

B , S , S .

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

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

Effets de la révision sur les coûts et le finance- ment du système de soins

Executive summary

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

Michael Lobsiger
Miriam Frey

Bâle, 26 février 2019

Executive Summary

Situation initiale et objectif

La révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal; RS 832.10) en matière de financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La révision comprenait les mesures suivantes:

- Rémunération des prestations hospitalières stationnaires au moyen de forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse.
- Financement dual-fixe des prestations stationnaires par les assureurs et les cantons.
- Renforcement du libre choix de l'hôpital pour les assurés (choix de l'hôpital étendu).
- Ancrage légal des critères de la qualité et de l'économicité, sur lesquels les cantons doivent se baser pour leur planification hospitalière de même que l'obligation de la coordination intercantonale en matière de planification hospitalière.
- Elargissement des bases d'informations relatives à l'économicité et à la qualité des prestations hospitalières stationnaires.

La majorité de ces mesures est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2012. La révision de la LAMal vise notamment à endiguer l'augmentation des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire. Les effets de cette révision font l'objet d'une évaluation réalisée sous l'égide de l'Office fédéral de la santé (OFSP). La première étape (2012-2015) de cette évaluation a été conclue par le rapport intermédiaire remis par l'OFSP au Conseil fédéral (OFSP 2015). La seconde étape (2016-2018) entend examiner de manière approfondie les effets de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier en définissant trois domaines thématiques *Coûts et financement du système de soins* (« Coûts et financement »), *Qualité des soins hospitaliers stationnaires* et *Evolution du paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins*. Le présent mandat est consacré à l'évaluation des effets de la révision de la LAMal sur les *coûts et le financement du système de soins*. Les travaux réalisés à ce titre ont été coordonnés avec ceux des autres domaines thématiques.

La présente étude vise, premièrement, à *démontrer* la mise en œuvre et les effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système de soins et à les *évaluer*. Elle fournit des réponses aux problématiques thématiques suivantes:

- A. Dans quelle mesure la *mise en œuvre* de la révision exerce-t-elle une pression financière sur les hôpitaux dans la fourniture de prestations hospitalières stationnaires?
- B. Quelles sont les *réactions* que la révision engendre chez les hôpitaux dans la maîtrise de leurs coûts?
- C. Quels sont les *effets* de la révision sur les coûts et le financement du système de soins? Entraîne-t-elle des transferts de coûts? Si oui, lesquels?
- D. Comment la révision impacte-t-elle l'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et du système de santé?

L'analyse de ces problématiques spécifiques fournit, dans un deuxième temps, des éléments de réponse aux questions centrales suivantes formulées par l'OFSP dans la perspective du domaine thématique « Coûts et financement » :

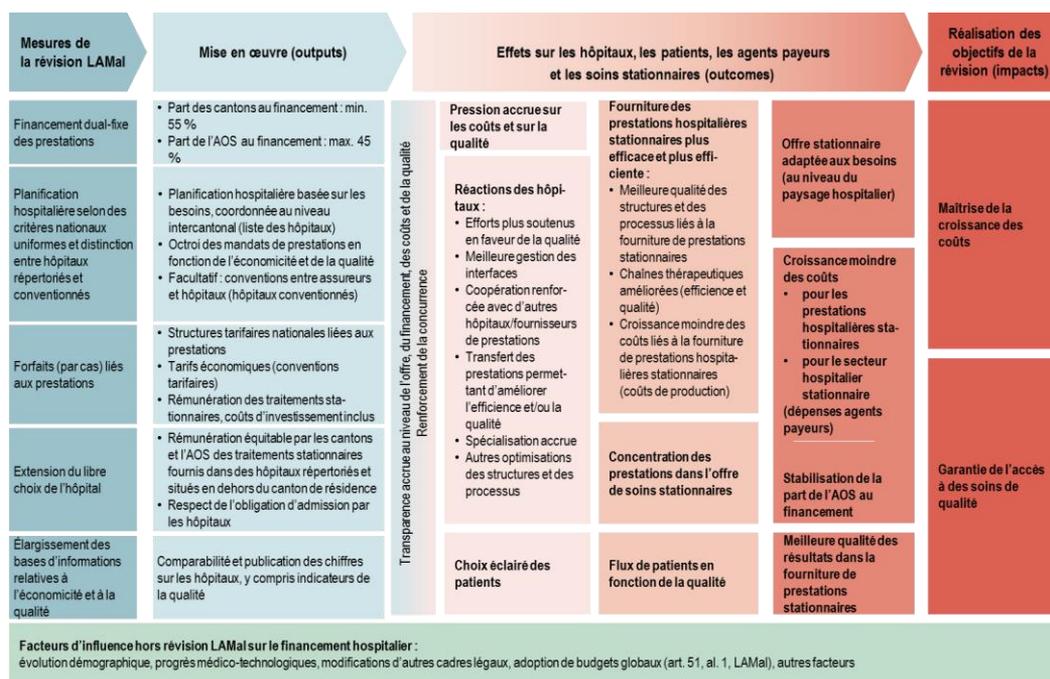
- 1) Quels sont les effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier?
- 2) Quels sont les effets de la révision sur les acteurs principaux du système de santé concernés, à savoir les assurés, les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations?
- 3) En quoi la révision contribue-t-elle à la réalisation des objectifs principaux de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence, à savoir la maîtrise de la croissance des coûts dans l'AOS ainsi que la garantie de l'accès à un système de soins de qualité supérieure?
- 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 de freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins?
- 5) Dans quels domaines une action s'impose-t-elle?

Les réponses à ces questions centrales figureront dans le rapport final sur l'évaluation des effets de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, qui sera soumis par l'OFSP au Conseil fédéral (OFSP 2019). Dans le domaine thématique « Coûts et financement », le mandat d'évaluation démontre qu'une action éventuelle s'impose pour procéder à des modifications au niveau législatif ou pour mettre en œuvre les mesures.

Concept et méthodologie

Corrélations: le point de référence théorique de cette évaluation est constitué par les corrélations illustrant les mises en œuvre et les effets souhaités des mesures de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, tels qu'ils sont explicitement nommés dans les documents législatifs ou tels qu'ils peuvent être définis sur la base de la logique révisionnelle (cf. illustration plus bas). La mise en œuvre souhaitée des mesures de la révision visait à augmenter la transparence en matière de coûts et de financement des prestations hospitalières stationnaires en vertu de la LAMal et à accroître la concurrence entre les hôpitaux. On s'attendait donc à ce que la pression financière sur les hôpitaux augmente, et les incite à réagir pour accroître leur efficacité en termes de prestations stationnaires obligatoires au sens de la LAMal. Cette démarche se traduirait par une croissance moindre des coûts de production des hôpitaux et des cliniques. Combinée à la mesure des forfaits (par groupe de cas) par rapport au niveau des coûts des hôpitaux efficients, cette croissance plus faible des coûts de production devait générer une hausse réduite des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires, elles-mêmes génératrices d'une baisse des dépenses du secteur hospitalier stationnaire et du système de santé dans son ensemble. Les corrélations tiennent également compte des facteurs d'influence exogènes à la révision (p. ex. vieillissement de la population, progrès médico-technologique). Les dérogations aux formes souhaitées de la mise en œuvre des mesures ne figurent pas dans les corrélations. Cependant, elles sont intégrées dans le cadre de cette évaluation.

Modèle de mise en œuvre souhaitée et effets de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier



Source: document de projet OFSP du 21 juin 2018

Méthode de recueil des informations: ont été pris en compte les résultats des études mandatées par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal en matière de financement hospitalier (notamment les résultats du monitoring des coûts et du financement par l'Obsan de même que les résultats des deux autres domaines thématiques de l'évaluation), la recherche complémentaire effectuée par des tiers et des documents (lois, arrêts du Tribunal administratif fédéral). Dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation, des enquêtes auprès des cantons et des hôpitaux ont été menées en automne 2017, au titre des deux autres domaines thématiques. Les résultats de ces enquêtes ont été également intégrés dans l'analyse. En outre, des entretiens avec différents acteurs concernés par la révision de la LAMal ont été réalisés. Enfin, des données secondaires ont été exploitées.

Méthodes d'analyse des informations: l'analyse des informations a été qualitative et quantitative. Les analyses quantitatives sont de nature descriptive.

Critères d'évaluation: sur la base des textes de loi, des objectifs de la révision, des corrélations et des réflexions sur ses effets, des arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) et de documents émis par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), divers critères d'évaluation ont été retenus et formulés de façon à pouvoir évaluer la mise en œuvre et les effets de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier.

Validité des résultats: différentes sources d'information ont été utilisées dans le cadre du présent rapport pour dresser un état des lieux et évaluer la mise en œuvre et les effets des mesures de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier dans le but de valider les résultats et les estimations et d'avoir une image la plus complète possible. Toutefois,

certaines analyses se concentrent fortement sur une/quelques source(s) d'information (notamment sur les estimations des acteurs du système de santé). Compte tenu du peu de données secondaires à disposition, l'analyse a dû se limiter à certaines périodes et inclure certaines imprécisions au niveau des catégorisations. La période principalement analysée débute à l'introduction des nouvelles règles de rémunération et de financement (à partir de 2012 jusqu'à 2016 ou 2017). Les années avant 2012 (essentiellement à partir de 2005) sont également prises en compte en fonction des indicateurs. Il est vrai que le temps a passé depuis 2012. Il se peut cependant que des effets souhaités ou indésirables ne se soient pas encore (entièrement) produits en raison de dispositions transitoires et de difficultés dans la mise en œuvre et suite à des changements de comportement différés. Les secteurs de soins en médecine somatique aiguë, en réadaptation et en psychiatrie ont été jusqu'à présent concernés à des degrés divers par la révision (durant la période sous revue, un système tarifaire à la prestation était établi uniquement pour les soins somatiques aigus). L'analyse des données secondaires est descriptive et le lien causal ne peut en être directement dérivé. Toutefois, les influences d'autres facteurs ont été prises en compte dans l'analyse qualitative. En outre, des comparatifs « avant-après » de même que des comparatifs avec les développements dans d'autres secteurs de prestations et de soins fournissent des éléments sur les effets de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier.

Résultats

Mise en œuvre des mesures de la révision dans la perspective des coûts et du financement

Financement dual-fixe des prestations: depuis 2017 (à l'issue d'un délai transitoire prévu par la loi), les prestations hospitalières sont rémunérées par les cantons à hauteur de 55% selon la clé de financement (à l'exception du canton de Bâle-Ville dont la clé de financement est de 56%). Les parts de financement effectives ont évolué conformément aux attentes.

Planification des hôpitaux: la planification hospitalière (processus de planification depuis l'évaluation des besoins requis jusqu'à l'examen de la planification des offres de soins) dans les cantons s'oriente de plus en plus (du moins pour les soins somatiques aigus) vers les critères de planification uniformes prescrits par la loi, ce qui ouvre la voie à une planification adaptée aux besoins (élimination des sous-capacités et des surcapacités) et coordonnée au niveau intercantonal. Dans le domaine des soins de réadaptation, on note l'absence d'une systématique des groupes de prestations acceptée par tous. Dans la coordination intercantonale, les planifications des cantons dépassent rarement l'échelon de la consultation ou de la concertation. L'absence de collaboration a lieu sporadiquement. Dans le cadre d'une évaluation du choix de l'offre à garantir dans la liste des hôpitaux, l'examen de l'économicité a gagné en importance. La mise en œuvre des mesures est encore hétérogène, ce qui peut s'expliquer, du moins dans la phase initiale, par la mauvaise base de données.

Forfaits (par cas) liés aux prestations: dans le cadre du système tarifaire SwissDRG, une structure tarifaire liée aux prestations est appliquée pour la médecine somatique aiguë en Suisse depuis 2012. De nouvelles structures tarifaires liées aux prestations ont été introduites pour la psychiatrie début 2018 (psychiatrie: TARPSY) et le seront pour la réadaptation, vraisemblablement en 2022 (réadaptation: ST Reha). Le système de rémunération

SwissDRG permet en principe de comparer les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité par-delà les hôpitaux sans qu'il y ait toutefois une uniformité sur la qualité de la structure tarifaire et, partant, sur d'éventuelles mesures correctives (en tout cas, des différenciations tarifaires dans le cadre de la détermination du tarif semblent être nécessaires). Dans la pratique, des démarches différentes ont vu le jour en matière de comparaison entre établissements pour définir la base des tarifs hospitaliers en fonction d'une valeur de référence fondée sur un hôpital efficient. Il n'existe pas de procédure reconnue par tous. Le critère de l'économicité est de plus en plus pris en compte par les cantons dans le cadre des autorisations et de la fixation des tarifs hospitaliers, mais sa mise en œuvre est hétérogène. Dans l'ensemble, la mise en œuvre des mesures a évolué dans la direction souhaitée. Le caractère économique est un critère de plus en plus intégré dans la fixation des tarifs hospitaliers. C'est ce que montre aussi l'évolution des tarifs hospitaliers pour la médecine somatique aiguë, qui enregistre un recul depuis 2012. Au regard des informations disponibles, on ne peut établir dans quelle mesure les coûts d'investissement nécessaires pour la fourniture de prestations hospitalières stationnaires en vertu de la LAMal sont entièrement compensés par les forfaits ou si un subventionnement (co)financé par les investissements cantonaux a lieu.

Choix étendu de l'hôpital: en cas de traitement hospitalier, les assurés ont toujours le libre choix entre les établissements figurant sur la liste de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital. Le canton et l'AOS prennent en charge leur part de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Certains cantons se basent sur le tarif hospitalier le plus bas pour fixer les tarifs de référence. Cette démarche limite la concurrence intercantonale et contredit l'intention du législateur. D'après les estimations des acteurs du système de santé, aucune indication d'une violation systématique de l'obligation d'admission par les hôpitaux n'est constatée.

Base d'informations étendue sur l'économicité: divers chiffres clés relatifs aux coûts et au financement des hôpitaux sont disponibles. Or, les chiffres clés relatifs aux coûts sont difficilement comparables dans la mesure où ils reposent sur des principes de données et de calcul différents. La publication de comparatifs entre établissements à l'échelle suisse par la Confédération en collaboration avec les cantons n'est pas (encore) disponible.

Effets des mesures de la révision

Transparence: dans l'ensemble, la transparence en matière de coûts, de dépenses et de financement a augmenté suite à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Cette transparence est parfois limitée, notamment en ce qui concerne les coûts (en raison de problèmes de délimitation des coûts des prestations d'intérêt général (PIG)), les indicateurs de dépenses (en raison de procédures différentes pour la comparaison entre établissements sur la base desquelles sont fixés les tarifs hospitaliers) et le financement (lié aux PIG et aux investissements cantonaux dans le système hospitalier).

Pression financière: dans le cadre de l'enquête réalisée, les estimations des hôpitaux laissent penser que la pression financière (pour réduire les coûts des prestations LAMal stationnaires et/ou pour augmenter les recettes) induite par la révision de la LAMal en matière de financement hospitalier s'est accrue. Une part élevée d'hôpitaux estime que cette hausse de la pression financière est imputable aux tarifs hospitaliers dans le domaine des

soins stationnaires. Les chiffres clés de la rentabilité indiquent que cette pression est encore importante après 2012. Malgré cela, une tendance nette vers une augmentation de la pression financière depuis 2012 n'est pas identifiable.

Comportements des hôpitaux générateurs d'une hausse ou d'une baisse de l'efficience: d'après les estimations des hôpitaux recueillies dans le cadre de l'enquête correspondante et celles d'autres acteurs recensées dans le cadre d'entretiens, les optimisations renforcées des structures et des processus sont un effet de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Citons à ce sujet des améliorations en termes de gestion des interfaces qui peuvent s'expliquer, d'une part, par la pression pour accroître la maîtrise des coûts, mais aussi par une sollicitation accrue de ces interfaces en raison des transferts de prestations. Un autre facteur est représenté par les coopérations renforcées avec d'autres fournisseurs de prestations. Néanmoins, une tendance nette vers une spécialisation amplifiée ne peut pas être établie. Certes, on constate des transferts partiels de prestations, mais pas dans leur entier. Il est impossible de savoir, dans le cadre de la présente étude, dans quelle mesure ces transferts sont souhaités du point de vue des coûts. Les craintes de voir certaines réactions génératrices d'une baisse d'efficience des hôpitaux (surcodages, rationnement) suite à la révision de la LAMal en matière de financement hospitalier ont été infondées. C'est du moins ce que permettent de conclure les chiffres clés résultant des rapports de révision des codages et les estimations des acteurs du système de santé. En ce qui concerne d'autres comportements indésirables (multiplication des prestations inutiles du point de vue médical, sélection du risque), les informations recueillies pour cette étude ne livrent aucun indice systématique à ce sujet et il est impossible de formuler une conclusion définitive.

Concentration des prestations: à de rares exceptions, on n'observe pas de concentration des prestations au sens d'une réduction du nombre de fournisseurs de prestations dans certains domaines dédiés ni le transfert de parts de marché en faveur de fournisseurs de prestations de plus grande envergure. Cela peut s'expliquer par la planification des hôpitaux qui impose des listes d'établissements et des mandats de prestations sur plusieurs années et fixe donc ainsi les structures en place jusqu'à un certain point. Les changements importants sont, par conséquent, attendus plutôt dans le long terme.

Coûts de la fourniture de prestations hospitalières stationnaires (coûts de production): après une hausse marquée en 2012 (4,6%), la progression des coûts de production pour la fourniture de prestations hospitalières stationnaires (pour l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire, c.-à-d. les secteurs de soins en médecine somatique aiguë, en psychiatrie et en réadaptation) n'a cessé de diminuer année après année. Sur la période 2013-2016, la croissance annuelle moyenne s'élevait à 2,9%. Par comparaison, la hausse des coûts de production atteignait 2,8% en 2011 (cf. tableau ci-dessous). Dans l'ensemble, les coûts de production ont évolué selon les attentes après 2012. Il est difficile d'établir une comparaison avec la période avant 2012 étant donné qu'un seul point de données est disponible.

Dépenses induites par les prestations hospitalières stationnaires: durant la période 2013-2016, les dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires (l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire) ont progressé plus modérément que sur la période 2006-2011 (la hausse annuelle moyenne 2013-2016 était de 1,5% contre 3,2% pour 2006-2011). Il faut toutefois considérer ce résultat sous réserve des transferts possibles de pres-

tations et de dépenses. Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que le report du relèvement de la part de financement cantonale à min. 55% en 2017, dans le cadre du délai transitoire légalement prévu, a freiné les coûts des dépenses de l'AOS pour les soins hospitaliers stationnaires. Si l'on exclut cet effet du calcul, la hausse annuelle moyenne des dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires de 2,4% pour la période 2013-2016 est encore inférieure à celle de la période 2006-2011. Parallèlement à ces effets (potentiels) sur la maîtrise des coûts, il convient de relever que la charge financière de l'AOS s'est accrue à partir de 2012 suite à l'instauration de la compensation proportionnelle des coûts d'utilisation des installations (CUI).

Les dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les FIG, les investissements cantonaux et l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire) présentent aussi une progression annuelle plus faible sur la période 2013-2016 (0,6%) par rapport à 2006-2011 (3,8%). Etant donné que les investissements cantonaux n'ont pas été systématiquement recensés avant 2012, on ne peut pas évaluer dans quelle proportion les cantons ont été déchargés financièrement par la participation de l'AOS aux CUI. Une comparaison des dépenses sous l'angle de leur évolution avant et après 2012 n'est donc possible que de manière limitée. Lorsque l'on interprète l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires, il convient de noter que les données utilisées pour cette étude comprennent les dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires en vertu de la LAMal ainsi que les dépenses pour les FIG.

Dépenses totales de l'AOS (toutes prestations confondues) et transferts de dépenses au sein de l'AOS: la courbe ascendante des dépenses totales de l'AOS s'est renforcée après 2012, comparé aux années précédentes (4,2% pour 2013-2016 contre 3,7% pour 2006-2011). Les études mandatées par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation et la recherche concomitante par des tiers indiquent que la révision de la loi a entraîné des transferts de prestations et donc de coûts en amont et en aval dans le domaine des soins stationnaires aigus (soins ambulatoires en cabinet/à l'hôpital, réadaptation, Spitex, EMS) qui sont également pertinents pour l'AOS. Dans l'optique d'un objectif de maîtrise des coûts, l'attrait des transferts de prestations peut se mesurer ainsi: les prestations dans un autre domaine peuvent-elles être fournies avec la même qualité mais à des coûts inférieurs? Les hausses des coûts dans les autres domaines s'accompagnent-elles d'un recul important des coûts dans le domaine stationnaire? L'évaluation des dépenses totales de l'AOS doit également prendre en compte la suppression de la participation financière des cantons. L'effet global des transferts de prestations sur les dépenses totales de l'AOS n'a pas pu être évalué dans le cadre de la présente étude.

Dépenses des institutions de financement pour l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire: comparé à l'année 2011 (6,6%), la progression des dépenses des institutions de financement (c.-à-d. AOS, cantons, assurances complémentaires, autres, assurances sociales, « out of pocket ») dans le domaine hospitalier stationnaire a également reculé pour la période 2013-2016 (3,0%) (cf. tableau ci-dessous). Mais l'interprétation doit être prudente, dans la mesure où il n'existe qu'un seul point de comparaison pour la période précédant la révision. Comparé à d'autres types de prestations (p. ex. prestations hospitalières ambulatoires, Spitex), la croissance annuelle moyenne des dépenses des institutions de financement pour l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire est plus modérée pour la période 2013-2016. Elle peut être interprétée comme un effet direct de la révision

de la LAMal en matière de financement hospitalier. Ici aussi, les transferts de prestations peuvent expliquer, du moins en partie, cette évolution.

Hausse annuelle moyenne des dépenses dans le domaine hospitalier stationnaire

	Hausse annuelle moyenne (%)		
	2011	2012	2013-2016
Coûts de production			
Coûts des prestations hospitalières stationnaires (domaine hospitalier stationnaire)	2,8%	4,6%	2,9%
Dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires	2006-2011	2012	2013-2016
Dépenses de l'AOS (domaine hospitalier stationnaire)	3,2%	10,1%	1,5%
Dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (avec PIG, investissements cantonaux, domaine hospitalier stationnaire)	3,8%	12,1%	0,6%
Dépenses pour le domaine hospitalier stationnaire	2011	2012	2013-2016
Dépenses des financeurs pour le domaine hospitalier stationnaire	6,6%	7,2%	3,0%

Source: calculs de l'auteur d'après Pellegrini & Roth (2018) et statistique des coûts et du financement du système de santé (OFSP). Remarque: l'évolution pour 2012 est indiquée séparément étant donné les effets de seuil constatés pour cette année-là et susceptibles d'impacter une comparaison « avant-après ».

Evaluation de la réalisation des objectifs de maîtrise des coûts: l'évaluation de la réalisation des objectifs pour maîtriser les coûts repose sur une comparaison entre différents indicateurs de dépenses, l'évolution du produit intérieur brut (PIB) et l'évolution de la croissance des salaires nominaux. L'objectif est considéré comme atteint si la croissance annuelle moyenne des dépenses (par habitant) sur la période 2013-2016 évolue tout au plus dans les mêmes proportions que celle du PIB nominal (par habitant) ou que celle des salaires nominaux (*critère fort*). Il est aussi atteint si l'écart entre la croissance annuelle moyenne des dépenses (par habitant) et la croissance nominale annuelle moyenne du PIB (par habitant)/la croissance annuelle moyenne des salaires nominaux pour 2013-2016 est moins important que sur la période 2006-2011 (*critère faible*).

Juxtaposé à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts (selon le critère fort) est atteint en matière de dépenses de l'AOS pour le domaine hospitalier stationnaire, à savoir les secteurs de soins en médecine somatique aiguë, en psychiatrie et en réadaptation. Si l'on soustrait l'effet induit par le report temporel du relèvement de la part de financement cantonal à min. 55% (au titre du délai transitoire prévu par la loi jusqu'en 2017) des dépenses de l'AOS dans le domaine hospitalier stationnaire, l'objectif de maîtrise des coûts n'est plus atteint.

Les résultats suggèrent que l'objectif de maîtrise des coûts est également atteint en matière de dépenses des acteurs du financement pour l'ensemble du domaine hospitalier stationnaire. Toutefois, compte tenu de l'horizon analytique réduit, il doit être interprété avec une grande prudence.

Les objectifs de maîtrise des coûts ne sont pas atteints pour d'autres indicateurs de dépenses, notamment les dépenses totales de l'AOS (toutes prestations confondues), les

dépenses des institutions de financement dans le domaine hospitalier et dans le système de santé. La croissance modérée des dépenses de l'AOS dans le domaine hospitalier stationnaire contribue potentiellement à la maîtrise des dépenses totales de l'AOS (toutes prestations confondues) et ainsi, à celle des dépenses des institutions de financement dans le domaine hospitalier et dans le système de santé. Une évaluation définitive ne peut néanmoins être formulée dans la mesure où les implications des transferts de prestations sur les dépenses totales de l'AOS (toutes prestations confondues) sont ouvertes. Les effets modérateurs possibles induits par des transferts de prestations et de dépenses du domaine hospitalier stationnaire vers d'autres domaines (pour autant que les prestations transférées dans d'autres secteurs de soins puissent être plus efficaces et que des économies correspondantes puissent être réalisées dans le domaine stationnaire) n'ont pas pu être examinés dans le cadre de cette étude.

Evaluation globale

Adéquation de la révision: compte tenu de la période d'analyse relativement courte, il se peut que les effets souhaités ou indésirables ne se soient pas encore (entièrement) produits en raison de dispositions transitoires et de difficultés dans la mise en œuvre, de même qu'en raison de changements de comportement différés. Il est donc impossible d'établir un bilan définitif. Cependant, au regard des informations disponibles pour la période sous revue, la révision semble globalement appropriée pour contribuer à endiguer la croissance des dépenses à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Des améliorations sont néanmoins encore nécessaires afin que les mesures adoptées puissent déployer tous leurs effets. Suite à l'analyse effectuée, l'équipe d'évaluation estime que la mise en œuvre des mesures est insuffisante dans la planification des hôpitaux (absence partielle de coordination intercantonale; examen parfois prudent de l'économicité), dans le choix étendu de l'hôpital (prise en compte du tarif hospitalier le plus bas sur la liste cantonale des établissements pour fixer les tarifs de référence) et dans les bases d'informations étendue (absence d'uniformité des données de base pour les comparaisons entre établissements; absence de comparaisons entre établissements réalisées et publiées par la Confédération en collaboration avec les cantons). Les effets souhaités de la révision ne se sont pas produits surtout en matière de forfaits liés aux prestations (absence de transparence des coûts et des comparaisons entre établissements; absence de transparence en matière de financement étant donné que les subventions cantonales par le biais de PIG et/ou de contributions/d'investissements des cantons ne peuvent pas être exclus).

Nécessité d'une action: une action s'impose pour harmoniser la définition et l'évaluation des PIG, renforcer la collaboration intercantonale en matière de planification hospitalière et accroître la transparence en matière d'économicité des prestations hospitalières stationnaires.

Adresse de correspondance

B,S,S.: Michael Lobsiger, michael.lobsiger@bss-basel.ch, + 41 61 263 00 57