



Berne, le 25 juin 2019

---

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

Condensé du rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral

---

## Contexte

En Suisse comme à l'étranger, les coûts élevés et croissants dans le système de santé constituent depuis de nombreuses années un sujet majeur. Or, le secteur hospitalier est un facteur de coûts non négligeable. En Suisse, il représente plus du tiers des coûts totaux de la santé, ce qui en fait le plus gros poste budgétaire parmi les fournisseurs de prestations dans ce domaine.

**Figure 1: coûts du secteur hospitalier au sein des dépenses de santé en Suisse**

| Coûts (dépenses pour)                                              |                           | Système de santé total                     |                          | 2016                                                                                                                                                                         | 80,5 milliards de francs |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                    |                           |                                            |                          | 2011                                                                                                                                                                         | 66,9 milliards de francs |
| <b>secteur hospitalier total</b>                                   |                           | 2016                                       | 28,5 milliards de francs | <b>autres fournisseurs de prestations</b><br>- médecins exerçant en cabinet privé<br>- services d'aide et de soins à domicile<br>- établissements médico-sociaux<br>- autres |                          |
|                                                                    |                           | 2011                                       | 23,0 milliards de francs |                                                                                                                                                                              |                          |
| (hôpitaux des soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) |                           |                                            |                          |                                                                                                                                                                              |                          |
| <b>secteur hospitalier stationnaire</b>                            |                           | 2016                                       | 17,5 milliards de francs | <b>secteur hospitalier ambulatoire</b>                                                                                                                                       |                          |
|                                                                    |                           | 2011                                       | 13,6 milliards de francs |                                                                                                                                                                              |                          |
| <b>prestations hospitalières stationnaires</b>                     |                           | <b>prestations d'intérêt général (PIG)</b> |                          |                                                                                                                                                                              |                          |
| (soumises à la LAMal)                                              | (non soumises à la LAMal) | (non soumises à la LAMal)                  |                          |                                                                                                                                                                              |                          |

Source : propre présentation, d'après B,S,S. 2019, s'appuyant sur des données OFS (OFS 2018).  
Légende : les zones grisées correspondent aux aspects centraux de l'évaluation sur la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Comme le montre la Figure 1, les dépenses pour l'ensemble du système de santé se sont élevées à 80,5 milliards en 2016. Un bon tiers de ces coûts a concerné le domaine hospitalier (28,5 milliards de francs), dont 60 % environ le secteur stationnaire (17,5 milliards de francs). Les dépenses pour le secteur stationnaire englobent d'une part le remboursement de prestations hospitalières stationnaires selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui sont assumées par les cantons et par l'assurance obligatoire des soins (AOS). D'autre part, elles comprennent les prestations dites d'intérêt général. Ces dernières ne sont pas soumises à la LAMal. Elles sont financées uniquement par les cantons ou, le cas échéant, par d'autres acteurs.

Étant donné la forte croissance des coûts, les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Il s'agit de l'une des adaptations les plus importantes de cette loi depuis son entrée en vigueur en 1996. L'objectif était de contenir la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire tout en maintenant l'accès à des soins de qualité élevée. La révision misait prioritairement sur une intensification de la concurrence entre les hôpitaux grâce à une transparence accrue et à l'extension du libre choix des assurés. Parallèlement, la gestion des capacités en matière de soins a été concrétisée au moyen des planifications cantonales des hôpitaux. La révision de la loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Les principales mesures découlant de la révision ont été les suivantes <sup>1</sup>:

- le *financement dual-fixe* des prestations hospitalières par les cantons et l'AOS, soit au moins 55 % par les cantons et au maximum 45 % par l'AOS ;
- le remboursement des prestations hospitalières stationnaires au moyen de *forfaits liés aux prestations* fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale ;
- l'orientation de la *planification hospitalière cantonale en fonction de critères nationaux uniformes*, la planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée et l'octroi de mandats de prestations établissant une distinction entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés ;
- l'*extension du libre choix de l'hôpital* pour les assurés en cas d'hospitalisation extra-cantonale ;
- l'obligation pour les fournisseurs de prestations de mettre à disposition *une base d'informations élargie concernant l'économicité et la qualité* des prestations hospitalières stationnaires.

La majorité des mesures prévues par la révision sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Des dispositions transitoires avaient par ailleurs été définies. Ainsi, dans les planifications cantonales des hôpitaux, les critères de qualité et d'économicité devaient être satisfaits au plus tard le 31 décembre 2014. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1<sup>er</sup> janvier 2012 avaient jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour appliquer leur part de rémunération au financement dual-fixe d'au moins 55 %. En outre, des forfaits liés aux prestations ont été introduits dans les hôpitaux de soins somatiques aigus (SwissDRG) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les mêmes mesures ont été appliquées au domaine de la psychiatrie (TARPSY) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dans le secteur de la réadaptation, ces forfaits liés aux prestations (ST Reha) devraient être instaurés à partir de 2022.

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer la mise en œuvre et les effets de la loi. Les bureaux de recherche et d'évaluation externes ont principalement analysé trois champs thématiques. Les résultats sont présentés en détail dans trois rapports également thématiques : « Coûts et financement du système de soins » (B,S,S. 2019), « Qualité des prestations hospitalières stationnaires » (INFRAS et Zahnd 2018) et « Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins » (econcept/LENZ 2018). Ces rapports se fondent aussi bien sur leurs propres collectes d'informations que sur d'autres études mandatées par l'OFSP et des analyses de la recherche concomitante externe.

Le présent rapport final comprend les conclusions de ces trois rapports thématiques et en tire un bilan global. Au moment d'interpréter les constats ci-après, il faut garder à l'esprit premièrement la durée limitée sur laquelle porte l'évaluation. La période d'introduction étudiée couvre en effet les années 2012 à 2016 ; elle a été marquée par des effets d'anticipation, des dispositions transitoires et une mise en œuvre des mesures parfois hétérogène. Deuxièmement, dans certains cas, les données disponibles ne permettent pas une évaluation définitive. Troisièmement, c'est la réalisation de la variante minimale de l'évaluation qui a été approuvée par le Conseil fédéral le 25 mai 2011. Autrement dit, l'évaluation se concentre sur le secteur hospitalier stationnaire relevant de l'AOS. Dès lors, des problématiques propres au secteur hospitalier ambulatoire, à l'interface entre les domaines ambulatoire et stationnaire ou au secteur « des assurances complémentaires »<sup>2</sup> ne peuvent être traitées ici, ou uniquement de manière restreinte. Enfin, quatrièmement, il convient de tenir compte de ce que les points identifiés d'après l'évaluation comme nécessitant une intervention reposent en grande partie sur la si-

---

<sup>1</sup> Une description détaillée des mesures est proposée à l'annexe.

<sup>2</sup> Directions rémunérées par le biais d'assurances complémentaires pour soins stationnaires, en vertu de la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

tuation jusqu'en 2016/17. Pour déterminer les mesures qui s'imposent à l'heure actuelle, l'évolution qui a eu lieu depuis lors et les activités pertinentes menées par la Confédération, les cantons, les fournisseurs de prestations et les assurances doivent être prises en compte.

### **Comment évaluer la mise en œuvre des mesures prévues par la révision ?**

Les mesures prévues par la révision sont dans l'ensemble appliquées conformément aux attentes du législateur.

- Le *financement dual-fixe des prestations* a été mis en œuvre comme prévu. Le passage du financement de l'établissement au financement des prestations est devenu effectif. Aujourd'hui, 91 % du secteur hospitalier stationnaire est financé au moyen des contributions pour les prestations hospitalières stationnaires<sup>3</sup>. Le transfert proportionnel visé du financement par les primes (AOS) vers le financement par les impôts (cantons) a bien lieu. Dans tous les cantons, la part de financement de l'AOS s'est stabilisée au niveau inférieur visé, soit 45 % au maximum.
- La mise en œuvre des *forfaits liés aux prestations* dans le domaine des soins somatiques aigus au moyen du système SwissDRG a également été largement conforme aux attentes. Au moment d'approuver et de fixer les tarifs hospitaliers, les cantons tiennent davantage compte du critère de l'économicité. Conformément à ce qui avait été recherché par le législateur, les coûts d'utilisation des immobilisations ont été intégrés dans les forfaits, et il n'existe quasiment plus de couvertures cantonales des déficits hospitaliers. La qualité de la structure tarifaire SwissDRG s'est améliorée ces dernières années.
- Les cantons ont appliqué les modifications de la révision de la LAMal concernant la *planification hospitalière* conformément à la loi. La marge de manœuvre a été pleinement mise à profit. La grande majorité des cantons ont procédé à une évaluation claire des besoins au moyen de modèles prévisionnels ; pour la planification des besoins dans le domaine des soins somatiques aigus, ils se sont fondés sur la systématique des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), conformément à la recommandation de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). L'achat de prestations est de plus en plus organisé de manière à favoriser la concurrence, en particulier dans le domaine des soins somatiques aigus. En matière de prise en charge stationnaire, on constate depuis 2012 des améliorations au niveau de la coordination intercantonale.
- Les hôpitaux mettent en œuvre *l'extension du libre choix de l'hôpital* et remplissent leur obligation d'admission. Concernant les traitements extracantonaux, les cantons n'ont formulé que peu de conditions allant au-delà des recommandations de la CDS. Les données disponibles à ce sujet sont toutefois limitées.
- La mise en œuvre des mesures visant à élargir la *base d'informations sur l'économicité et la qualité* a permis d'améliorer la disponibilité de chiffres-clés concernant les hôpitaux et de renforcer, dans l'ensemble, l'utilisation de ces données.

L'évaluation a également identifié plusieurs aspects pouvant être améliorés.

- De nombreuses mesures sont mises en œuvre différemment d'un canton à l'autre, ce qui pourrait faire obstacle à la concurrence interhospitalière visée à l'échelle nationale. Au moment d'approuver et de fixer les tarifs de base, les cantons tiennent différemment compte du critère d'économicité. De son côté, la Confédération n'a pas encore mené et publié, en collaboration avec les cantons, de comparaison nationale des hôpitaux portant sur les coûts par cas ajustés selon le degré de sévérité. Les cantons

---

<sup>3</sup> Les prestations hospitalières stationnaires sont des prestations médicales de soins et des prestations fournies lors du séjour à l'hôpital (hôtellerie, par ex.).

utilisent peu les chiffres-clés relatifs à la qualité dans leur planification hospitalière, notamment parce qu'ils interprètent de façon large les critères d'économicité et de qualité ; de plus, les données disponibles sont parfois insuffisantes. Enfin, même si, en théorie, le financement croisé des prestations hospitalières stationnaires est possible, vu l'absence de définition, de saisie et d'évaluation uniformes des prestations d'intérêt général et des investissements directs des cantons dans le secteur hospitalier (lorsque des conditions préférentielles sont accordées pour les investissements hospitaliers), les signes concrets allant dans ce sens sont limités.

- Il subsiste encore un potentiel d'amélioration en matière de collaboration intercantonale et de planification transrégionale des besoins en soins. Certes, la planification commune n'est prescrite par la loi que concernant la médecine hautement spécialisée. Toutefois, en vue d'éliminer les surcapacités, le législateur souhaite renforcer la coordination et la coopération entre cantons et régions.
- Les assurés ont encore peu profité de l'extension du libre choix de l'hôpital. Les chiffres-clés relatifs à la qualité des hôpitaux sont en effet probablement peu clairs pour les patients. En outre, d'éventuels inconvénients financiers (tarifs de référence bas en cas d'hospitalisation hors canton, par ex.) et la complexité du processus constituent probablement des freins supplémentaires.

Dans l'ensemble, la poursuite de l'amélioration de la base de données et l'harmonisation de la mise en œuvre dans les cantons sont les points de départ les plus importants pour améliorer la mise en œuvre de la révision.

## **Quels sont les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?**

### **Coûts et financement du système de santé**

Deux objectifs essentiels de la révision ont été atteints, à savoir freiner la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire et encourager la concurrence entre les hôpitaux (B,S,S. 2019, s'appuyant sur Pellegrini et Roth 2018, Müller et al. 2019).

- L'augmentation des coûts pour les prestations hospitalières stationnaires et le secteur hospitalier stationnaire a pu être maîtrisée, en particulier dans le domaine de l'AOS (cf. Tableau 2)<sup>4</sup>.
- La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a conduit à l'évolution voulue concernant les parts de financement des agents payeurs pour les prestations hospitalières stationnaires. Elle a contribué à ce que la part de l'AOS atteigne presque le pourcentage visé, soit 45 %. En 2016, 48 % du total suisse des dépenses hospitalières stationnaires soumises à la LAMal avaient été couverts par les primes de l'AOS. Ce pourcentage était encore de 53 % en 2013.
- Dans le secteur des soins stationnaires aigus des hôpitaux, le financement axé sur les prestations a gagné du terrain. Aujourd'hui, 91 % du secteur hospitalier stationnaire est financé à l'aide des contributions pour les prestations hospitalières stationnaires.
- La transparence des coûts et le financement des prestations hospitalières stationnaires ont progressé. Davantage de données sont accessibles au public, et la planification hospitalière cantonale tient mieux compte des critères d'économicité fixés au niveau fédéral.

---

<sup>4</sup> Les coûts pour des prestations hospitalières stationnaires correspondent au remboursement pour les prestations fournies et soumises à la LAMal. Les coûts pour le secteur hospitalier stationnaire comprennent, outre les dépenses pour les prestations de ce secteur, les prestations d'intérêt général et les éventuelles couvertures cantonales de déficits.

- La pression financière exercée sur les hôpitaux s'est accrue. Ces derniers ont réagi par des gains d'efficacité, généralement sous la forme d'optimisations des processus.
- Jusqu'à présent, les effets indésirables ont pu être largement évités : on n'observe aucune réaction des hôpitaux consistant à diminuer leur efficacité après l'introduction des forfaits liés aux prestations. De même, la hausse du nombre de cas dans les hôpitaux de soins somatiques aigus n'a pas entraîné d'augmentation du volume indésirable en raison de forfaits liés aux prestations. Toutefois, les données étayant ce constat sont limitées.

Parallèlement à ces évolutions globalement positives, quelques lacunes sont à relever dans les effets déployés sur les coûts et le financement du système de soins.

- La croissance des coûts n'a pas pu être freinée en dehors du secteur hospitalier stationnaire (cf. Tableau 2). Une des raisons réside dans le fait que la révision se concentre en effet sur le domaine des prestations hospitalières stationnaires ; en outre, comme évoqué plus haut, différents aspects de la mise en œuvre doivent encore être améliorés. Enfin, il ne s'est probablement pas écoulé suffisamment de temps depuis l'introduction de la révision pour permettre aux mesures de déployer pleinement leur effet.
- La durabilité de la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire n'est pas certaine. Il faudra d'abord voir si la très forte hausse des coûts observée en 2011 et 2012 pourra être compensée par une maîtrise à long terme de la croissance annuelle des coûts, en particulier lorsque les divers effets des délais transitoires se seront estompés.
- Il existe encore des lacunes concernant la transparence des coûts et celle du financement du secteur hospitalier stationnaire, surtout concernant le domaine des prestations d'intérêt général et celui des investissements.
- La révision a renforcé la tendance en faveur d'un transfert des prestations des hôpitaux de soins aigus vers le secteur de la prise en charge en aval. En raison de l'insuffisance des données disponibles, il reste encore à clarifier les conséquences d'un tel transfert en matière de coûts et, le cas échéant, d'efficacité.

### **Qualité des prestations hospitalières stationnaires**

Après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, la qualité des prestations hospitalières stationnaires a été maintenue, voire améliorée (INFRAS et Zahnd 2018). Contrairement aux craintes parfois exprimées avant la révision, aucune détérioration systématique de la qualité n'a été observée. Un objectif essentiel de cette révision a donc été atteint.

Toutefois, les statistiques publiques ne reposent que sur un petit nombre d'indicateurs permettant de tirer des conclusions concernant l'évolution de la qualité des résultats pour les prestations hospitalières stationnaires. Le Tableau 1 ci-dessous montre qu'après la révision de la LAMal, ces indicateurs ne se sont pas détériorés. On observe plutôt une tendance à l'amélioration. Par exemple, le nombre de décès intervenus dans les 30 jours suivant une intervention en milieu hospitalier stationnaire (taux de mortalité à 30 jours) a diminué dans le domaine des soins somatiques aigus. La satisfaction des patients et des indicateurs concernant divers aspects distincts de la qualité des résultats (infections de plaies postopératoires ou chutes, par ex.) sont restés stables. À l'inverse, les réhospitalisations en soins somatiques aigus ont nettement augmenté depuis 2009. Il n'est pas possible de déterminer avec certitude dans quelle mesure cette tendance est liée à la révision de la LAMal.

**Tableau 1 : évolution des indicateurs concernant la qualité des résultats (soins somatiques aigus)**

| Indicateurs                                                                                                                                             | Évolution des résultats | Période d'observation |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Indicateurs basés sur des évaluations de statistiques OFS par l'Obsan (Tuch et al. 2018)*                                                               |                         |                       |
| Taux de mortalité à 30 jours à l'hôpital                                                                                                                | ↓ En baisse             | 2009-2016             |
| Réhospitalisations (18 jours / 30 jours)                                                                                                                | ↑ En hausse             | 2009-2016             |
| Indicateurs basés sur des évaluations / mesures de l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques) |                         |                       |
| Réhospitalisations pouvant être potentiellement évitées**                                                                                               | ↓ En baisse (sauf 2014) | 2010-2015             |
|                                                                                                                                                         | ↑ En hausse             | 2016                  |
| Satisfaction des patients                                                                                                                               | Stable                  | 2011-2015             |
| Infections postopératoires des plaies pour 12 types d'intervention                                                                                      | Stable / ↓ En baisse*** | 2011-2015 / 2016      |
| Prévalence des chutes                                                                                                                                   | Stable                  | 2011-2016             |
| Prévalence des escarres                                                                                                                                 | Stable                  | 2011-2016             |

Source : présentation simplifiée, sur la base des données figurant dans INFRAS et Zahnd 2018, complétées par les données ANQ 2018.

Légende : \* OFS : données de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique.

\*\* L'indicateur ANQ se fonde également sur les statistiques OFS, mais utilise une autre méthode d'analyse que l'Obsan. Résultats de l'année 2016 complétés par les données ANQ 2018.

\*\*\* Depuis 2011, baisse importante des infections lors des appendicectomies, des opérations d'hernies, des interventions de chirurgie cardiaque, des interventions électives sur la hanche (prothèse), des laminectomies et des pontages gastriques.

Pour résumer, l'évaluation parvient aux conclusions suivantes concernant les répercussions de la révision sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires.

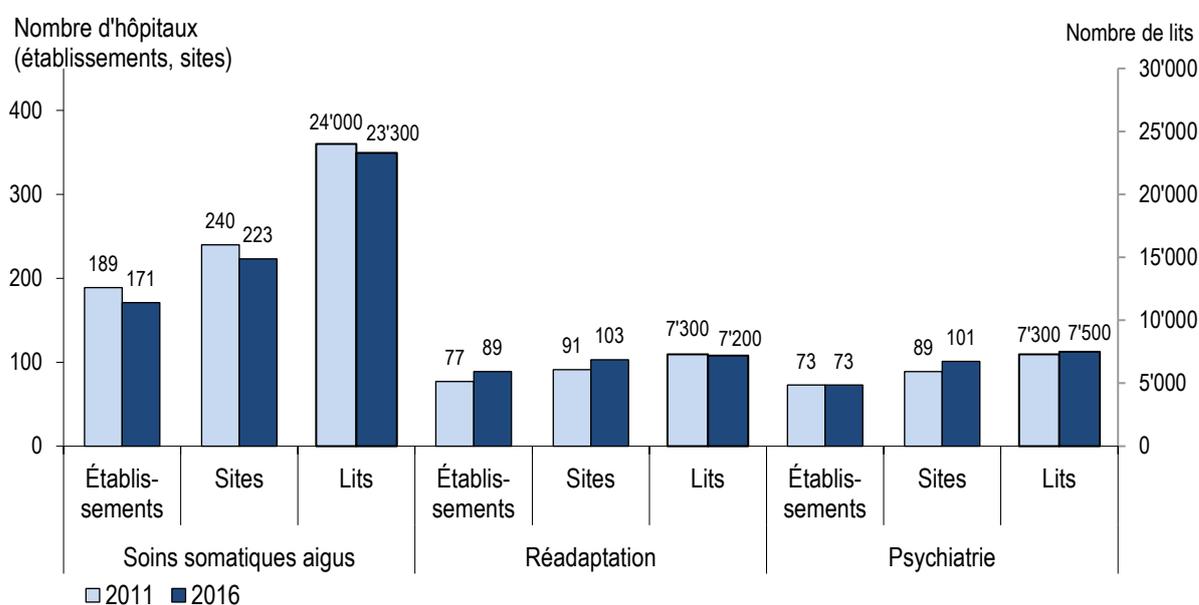
- Les améliorations apportées par la révision de la LAMal sont surtout visibles au niveau de la qualité des processus et des structures des prestations hospitalières stationnaires.
- Contrairement aux craintes parfois exprimées avant la révision, aucune détérioration systématique de la qualité n'a été observée. Toutefois, il est aussi manifeste que la révision n'a pas eu de conséquences clairement positives sur la qualité des résultats et sur la qualité aux interfaces avec les institutions intervenant en aval d'une hospitalisation.
- La transparence quant à la qualité des prestations hospitalières stationnaires a été améliorée, dans la mesure où il existe davantage de chiffres-clés des hôpitaux sur cet aspect. Durant la période d'observation, ces données étaient cependant encore lacunaires, peu compréhensibles pour les assurés et insuffisamment utilisées.
- Les mesures de la révision ont été mises en œuvre sur un terrain déjà préparé. Des tendances importantes allant dans le sens d'une concurrence accrue pour la qualité sont apparues avant 2012 déjà. En font partie un mouvement général pour plus de qualité parmi de nombreux acteurs, le traitement de ces thèmes dans les médias, un intérêt croissant du public pour ces questions et des patients plus autonomes et mieux informés.

## Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins

Si la concurrence entre les hôpitaux s'est renforcée depuis la révision de la LAMal de 2012, on ne peut encore constater les effets escomptés sur le paysage hospitalier (econcept/LENZ 2018). Celui-ci a en effet très peu évolué entre 2012 et 2016 à la suite des mesures introduites par la révision. Le nombre d'hôpitaux qui traitent au moins 30 cas stationnaires par an est resté stable entre 2011 et 2016 (+/- 2 %) et le nombre de lits a globalement à peine baissé (-1 %). Dans l'ensemble, on ne peut pas considérer qu'il y a eu une réduction des capacités dans le secteur stationnaire des hôpitaux.

Comme le montre la Figure 2, les secteurs de soins présentent toutefois des différences. Dans le domaine des soins somatiques aigus, la légère tendance à la concentration des hôpitaux (établissements et sites) déjà observée avant 2011 s'est poursuivie. En réadaptation, le nombre d'hôpitaux a augmenté d'environ 15 % depuis 2011, tandis que le nombre de lits a légèrement reculé. En psychiatrie, le nombre d'établissements est resté stable. En revanche, le nombre de sites (+12 %) et de lits (+4 %) a augmenté entre 2011 et 2016.

**Figure 2 : hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie de 2011 à 2016**



Source : propre présentation, sur la base de econcept/LENZ 2018, ainsi que Gruber et Lippitsch 2018.

Pour résumer, l'évaluation parvient aux conclusions suivantes concernant l'évolution du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins.

- L'approvisionnement en soins reste assuré. L'accès de la population à des hôpitaux dotés de services des urgences reconnus ouverts 24h sur 24 pour les urgences médicales et chirurgicales n'a quasiment pas changé depuis 2010.
- La concurrence entre les hôpitaux s'est renforcée depuis la révision de la LAMal de 2012. Néanmoins, la concentration espérée du paysage hospitalier, avec une réduction des capacités, ne s'est pas (encore) produite.
- Le paysage hospitalier a en effet très peu évolué entre 2012 et 2016 à la suite des mesures introduites par la révision. Au niveau agrégé, la concentration de l'offre et des prestations des hôpitaux est restée marginale. Cependant, les analyses détaillées montrent que le paysage hospitalier suisse est en proie à de nombreuses évolutions

et que ces dernières vont dans le sens souhaité par la révision. Dans les soins somatiques aigus, la tendance à la concentration de l'offre déjà observée avant 2012 s'est poursuivie au cours de la période étudiée.

- Différents facteurs expliquent les effets pour le moment modestes sur le paysage hospitalier. Premièrement, seul un court délai s'est écoulé depuis le début de la mise en œuvre de la révision. Deuxièmement, il existe un effet de retard lié aux décisions d'investissement nécessaires à long terme. Les hôpitaux sont en train de s'adapter au concept de concurrence accrue et d'investir dans les infrastructures. Dans les stratégies de compétitivité, les phases d'investissement précèdent souvent celles de la consolidation. Le paysage hospitalier n'a ainsi pas encore entamé sa phase de restructuration. Troisièmement, les cantons n'assurent pas encore la promotion des conditions de la concurrence de manière systématique. Quatrièmement, il existe un manque d'incitations au changement qui pourraient découler d'un comportement des patients cohérent et informé.

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

La révision de la LAMal a eu des conséquences sur tous les acteurs principaux du système de santé.

### **Assurés**

Dans l'ensemble, la révision de la LAMal a eu des répercussions modérément positives sur les assurés. Ces dernières années, ils ont en particulier bénéficié d'améliorations dans la qualité des structures et des processus (qualité du service, infrastructures, déroulement du traitement, par ex.). Des effets négatifs systématiques, tels qu'un rationnement ou des violations de l'obligation d'admission par les hôpitaux répertoriés, n'ont pas été constatés. Toutefois, sur le plan empirique, ni une amélioration ni une détérioration systématiques de la qualité des résultats n'ont pu être démontrées. On ne peut exclure que des séjours plus brefs en soins somatiques aigus entraînent des sorties prématurées et que les lacunes de qualité déjà existantes soient parfois accentuées, surtout au moment du transfert vers les institutions intervenant après de telles hospitalisations. Jusqu'à présent, les assurés ont peu profité de l'extension du libre choix de l'hôpital, les raisons principales étant probablement une transparence encore insuffisante concernant la qualité des prestations hospitalières, l'existence d'autres priorités pour les assurés et des obstacles financiers.

### **Cantons**

La révision de la LAMal a volontairement renforcé la responsabilité des cantons quant à la stabilisation du financement par les primes et par les impôts. Simultanément, la Confédération leur a laissé sur le plan légal une grande latitude pour la mise en œuvre.

Conformément à la volonté du législateur, les cantons assument désormais une part plus importante des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal. Parallèlement, la charge des cantons a été allégée de manière ciblée dans le domaine des coûts d'investissement pour les hôpitaux. Entre 2013 et 2016, les dépenses annuelles des cantons pour le secteur hospitalier stationnaire ont moins augmenté qu'en 2011 (0,6 % contre 3,8 %). La pertinence de cet indicateur est cependant limitée à deux égards. Premièrement, le manque de délimitation des dépenses effectuées dans le cadre des prestations d'intérêt général empêche de s'exprimer exclusivement sur le secteur des prestations soumises à l'AOS. Deuxièmement, faute de données suffisantes, il est impossible de chiffrer l'allègement de la charge des cantons. La comparaison de l'évolution des dépenses avant et après 2012 est donc forcément limitée (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).

Les cantons appliquent la planification hospitalière conformément aux dispositions légales. Nombre d'entre eux ont utilisé des groupes uniformes de prestations pour la planification hospitalière (systématique GPPH) dans le domaine des soins somatiques aigus et ont eu recours à des procédures publiques d'adjudication, contribuant ainsi à améliorer les conditions de la concurrence entre 2012 et 2015. Néanmoins, l'application de la révision dans les cantons reste très hétérogène en raison des différences d'interprétation d'un canton à l'autre. Ce constat vaut aussi bien pour le concept d'économicité (comparaison des établissements et prestations d'intérêt général surtout) que pour la notion de qualité. Ainsi, il n'existe pratiquement pas de comparaisons portant sur la qualité des hôpitaux, ce qui est aussi imputable à l'insuffisance des données disponibles. Une planification transrégionale des besoins en soins est à peine encouragée, sauf dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. La coordination intercantonale (concertations, auditions) a été renforcée, mais la coopération intercantonale (à savoir une collaboration dans le sens d'une planification commune des besoins) reste marginale. Cette lacune est sans doute due aux rôles multiples que les cantons continuent d'assumer dans le secteur hospitalier et aux conflits de gouvernance qui en découlent. De manière générale, les planifications hospitalières cantonales restent plutôt axées sur le propre canton et sur les hôpitaux de droit public.

### **Fournisseurs de prestations**

Les hôpitaux sont au centre des chaînes d'effet des mesures prévues par la révision de la LAMal. Les soins somatiques aigus sont les plus concernés, puisque les forfaits par cas liés aux prestations y ont été introduits en 2012 déjà.

Globalement, les hôpitaux ont réagi conformément aux attentes du législateur. Les hôpitaux de soins aigus en particulier ressentent une pression financière croissante en raison des forfaits par cas liés aux prestations. La planification hospitalière, avec les critères de qualité fixés sur le plan fédéral, de même que l'extension du libre choix de l'hôpital ont par ailleurs accentué la pression sur la qualité. Face à ces mesures, les hôpitaux ont intensifié leurs efforts en faveur de la qualité et amélioré l'efficacité de la fourniture de prestations ; ils ont également renforcé les coopérations (mesures de réduction des coûts principalement). Des mesures importunes visant à dégager davantage de revenus (augmentation des volumes sans nécessité médicale) n'ont été que rarement constatées. Les hôpitaux de soins aigus ont respecté l'obligation d'admission. Aucun indice solide ne suggère que les hôpitaux procèdent à des réductions de personnel afin de compenser la pression financière accrue. Cependant, les données disponibles à ce propos restent limitées. En outre, des sondages montrent une augmentation de la charge de travail assumée par le personnel. La réaction des hôpitaux face à la révision de la loi et l'évolution du paysage hospitalier n'ont par ailleurs pas atteint l'ampleur escomptée par le législateur. La concurrence entre les hôpitaux n'est pas encore assez marquée, et la réduction des capacités fait jusqu'à présent largement défaut.

Les résultats de l'évaluation montrent que la pression financière exercée sur les soins somatiques aigus entraîne des transferts plus nombreux et plus précoces vers les hôpitaux des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, de même que vers les structures non hospitalières de suivi (soins ambulatoires, établissements médico-sociaux, hospices, par ex.). Selon ces dernières, ce phénomène provoque une hausse des coûts, puisqu'elles sont contraintes d'engager davantage de personnel qualifié.

### **Assureurs**

Avec la révision, la part de financement de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal a baissé et atteint le niveau souhaité (45 %). La croissance des dépenses de l'AOS pour ces prestations a ralenti depuis l'introduction de la révision. En revanche, la croissance des dépenses de l'AOS tous types de prestations confondus n'a pas pu être freinée. La part des assurances complémentaires aux dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires a diminué. Cette baisse est probablement due à l'extension du libre

choix de l'hôpital, qui prévoit une participation financière du canton de domicile aux hospitalisations extracantonales. L'évaluation n'a pas permis d'établir de manière quantitative dans quelle mesure des transferts de dépenses au sein de l'AOS (vers des prestations ambulatoires notamment) ont eu lieu.

### Comment la révision contribue-t-elle à atteindre les principaux objectifs de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence ?

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier doit contribuer à la réalisation de deux des trois objectifs principaux de la LAMal, à savoir la maîtrise de l'augmentation des coûts, aussi bien dans l'AOS que dans le système de santé, et l'accès à des soins de qualité élevée.

#### Maîtrise de la croissance des coûts

Le Tableau 2 ci-après offre une vue d'ensemble sur l'évolution des indicateurs relatifs aux dépenses et aux coûts dans le secteur hospitalier et le système de santé. Il compare la situation avant et après la mise en œuvre de la révision.

**Tableau 2 : évolution des indicateurs relatifs aux dépenses et aux coûts**

| Indicateurs dépenses / coûts                                                                                   | Augmentation annuelle moyenne (%) |        |           | Évolution de l'augmentation<br>2013–2016 par rapport à la période précédente |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                | période précédente                | 2012   | 2013–2016 |                                                                              |
| <b>Prestations hospitalières stationnaires</b>                                                                 |                                   |        |           |                                                                              |
| Coûts de production pour la fourniture de prestations hospitalières stationnaires                              | 2,8 % <sup>a)</sup>               | 4,6 %  | 2,9 %     | = Stable                                                                     |
| Dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires                                             | 3,2 % <sup>b)</sup>               | 10,1 % | 1,5 %     | ↓ Augmentation freinée                                                       |
| <b>Secteur stationnaire des hôpitaux</b>                                                                       |                                   |        |           |                                                                              |
| Dépenses des cantons (y c. prestations d'intérêt général, éventuels investissements cantonaux supplémentaires) | 3,8 % <sup>b)</sup>               | 12,1 % | 0,6 %     | ↓ Augmentation freinée                                                       |
| Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur stationnaire des hôpitaux                         | 6,6 % <sup>a)</sup>               | 7,2 %  | 3,0 %     | ↓ Augmentation freinée                                                       |
| <b>Secteur hospitalier (ambulatoire et stationnaire)</b>                                                       |                                   |        |           |                                                                              |
| Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur hospitalier                                       | 3,6 % <sup>c)</sup>               |        | 4,0 %     | ↑ Augmentation accrue                                                        |
| <b>Système de santé</b>                                                                                        |                                   |        |           |                                                                              |
| Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le système de santé                                          | 3,3 % <sup>c)</sup>               |        | 3,9 %     | ↑ Augmentation accrue                                                        |

Source : présentation simplifiée, sur la base des données figurant dans B,S,S. 2019. Légende : est représentée ici la croissance des coûts / dépenses en termes absolus. La disponibilité des données pour la période précédente est variable. <sup>a)</sup> 2011, <sup>b)</sup> 2006–2011, <sup>c)</sup> 2009–2011.

Le tableau 2 montre une légère atténuation de la hausse des dépenses dans le secteur hospitalier stationnaire. Elle est due à des mesures prises par les hôpitaux afin de favoriser les gains d'efficacité qui peuvent au moins partiellement être mises en relation avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les objectifs de maîtrise des coûts ont été atteints concernant les dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires et pour tous les agents financeurs du secteur hospitalier stationnaire. Cependant, la

croissance des coûts n'a pas pu être freinée en dehors du secteur stationnaire, c'est-à-dire pour le secteur hospitalier y compris les prestations ambulatoires et pour le système de santé dans son ensemble. Il se peut toutefois que le ralentissement de la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire ait légèrement freiné la croissance des coûts globaux.

Les résultats sont toutefois à apprécier avec réserve. Premièrement, l'analyse porte sur une période courte. L'évolution en 2012 est présentée séparément, car la révision a entraîné pour cette année des effets de seuil qui compromettraient une comparaison de la situation avant et après la révision. La hausse initiale des dépenses peut être compensée par une croissance annuelle subséquente plus modeste uniquement si cette dernière se maintient à long terme. Deuxièmement, rappelons l'influence du délai transitoire accordé jusqu'en 2017 pour le relèvement de la part de financement cantonale à 55 % au moins. Ce changement devrait avoir un effet favorable sur la maîtrise des dépenses de l'AOS. Troisièmement, la prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits liés aux prestations du domaine des soins somatiques aigus à partir de 2012 a permis de freiner les dépenses des cantons.

Il est donc nécessaire d'attendre et d'observer l'évolution à long terme des coûts, à mesure que les effets de la phase d'introduction s'atténueront et que les forfaits liés aux prestations seront mis en œuvre tous domaines de soins confondus. De plus, avec le temps, on saura si la forte hausse des coûts de 2011/2012 peut être compensée à long terme.

### **Garantie de l'accès à des soins de qualité**

La révision de la LAMal a conduit à une légère amélioration de l'accès à des soins de qualité. La qualité des structures et des processus des prestations hospitalières stationnaires évolue favorablement depuis de nombreuses années. La révision y a contribué, principalement au moyen d'une pression concurrentielle accrue. L'accès aux soins est maintenu, puisque l'accessibilité des hôpitaux demeure excellente en cas d'urgence. En outre, il n'existe aucun indice suggérant une violation systématique de l'obligation d'admission des hôpitaux. Selon les indicateurs disponibles, il n'y a pas eu de détérioration systématique de la qualité des résultats ; de nombreux indicateurs pointent même vers une amélioration, par exemple concernant le nombre de cas de décès dans les 30 jours suivant une intervention en milieu hospitalier stationnaire, la satisfaction des patients ou les infections postopératoires des plaies. Toutefois, on ignore encore comment interpréter la hausse du taux de réhospitalisation. Plusieurs éléments laissent en outre supposer que les lacunes de qualité constatées aux interfaces avec le domaine en aval de l'hospitalisation (soins ambulatoires, établissements médico-sociaux, hospices, par ex.) se sont accentuées depuis l'introduction de la révision.

### **À quel point la révision de la LAMal est-elle adéquate pour parvenir à une maîtrise de la croissance des coûts dans l'AOS ?**

Globalement, la révision apparaît comme une mesure adéquate pour contribuer à freiner la croissance des coûts dans l'AOS pour le secteur hospitalier stationnaire. L'objectif de maîtrise des coûts a été atteint concernant les dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires. Le relèvement de la part de financement cantonale dans le cadre du système dual-fixe a joué un rôle essentiel à cet égard. La non-réalisation des objectifs en dehors du secteur hospitalier stationnaire peut s'expliquer, du moins en partie, par le fait que d'autres secteurs de prestations (prestations ambulatoires, par ex.) sont inclus dans ces dépenses, qui ne sont pas (directement) concernés par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

La révision de la LAMal constitue également une mesure adéquate eu égard à la qualité des prestations. Les mesures en faveur de la transparence, l'extension du libre choix de l'hôpital et la planification hospitalière ont contribué à au moins empêcher une baisse de la qualité des prestations hospitalières en dépit de la pression financière accrue. Les améliorations

concernant la qualité des structures et des processus n'ont pas eu d'effets sensibles sur la qualité des résultats pour le moment.

### **Dans quels domaines de la révision, des interventions sont-elles nécessaires ?**

Les mesures prévues par la révision ont dans l'ensemble déployé des effets conformes à l'orientation souhaitée. Aucun élément ne plaide pour une modification de la loi, mais tout le potentiel de la révision n'a pas encore été exploité. Cela s'explique par la période relativement restreinte de la mise en œuvre et par des facteurs contextuels, tel le financement hétérogène des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des conflits de gouvernance au niveau des cantons. Les résultats de l'évaluation montrent clairement un potentiel d'amélioration pour les aspects cités ci-dessous. Il convient cependant de noter que les besoins déterminés ici l'ont été en grande partie sur la base de la situation jusqu'en 2016/2017. En particulier dans les domaines des indicateurs de qualité et de la planification hospitalière, les acteurs ont mis en œuvre d'autres activités et mesures.

### **Intensifier la coopération intercantonale pour la planification hospitalière et renforcer la coordination concernant les critères de qualité**

La collaboration entre cantons constitue un élément clé de la logique d'impact de la révision. Les cantons coordonnent leurs activités conformément à la loi et à la marge de manœuvre relativement importante que cette dernière leur octroie. Cependant, la révision n'entend en définitive pas encourager uniquement une coordination entre cantons, mais également une véritable coopération. Dans ce domaine, les mesures à prendre concernent prioritairement la planification hospitalière. À cet égard, l'évaluation a montré que la Confédération pourrait aider les cantons et les fournisseurs de prestations à définir, pour la planification hospitalière, des critères de qualité valables et acceptés partout en Suisse. En outre, la révision serait plus efficace si les cantons appliquaient plus systématiquement lesdits critères à leur planification hospitalière et effectuaient davantage de comparaisons portant sur la qualité des établissements. Par ailleurs, selon les évaluations, les cantons pourraient veiller avec plus de rigueur à ce que les fournisseurs de prestations respectent les exigences de qualité. Enfin, la collaboration intercantonale doit être intensifiée, et une planification transrégionale des besoins en soins doit être lancée.

### **Économicité : renforcer la transparence par des données et méthodes uniformes**

Depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les chiffres-clés disponibles permettant d'évaluer les coûts des prestations hospitalières stationnaires sont plus nombreux. La qualité des données s'est en outre améliorée depuis quelques années. En ce sens, la révision a permis de faire progresser la transparence en matière d'économicité. Toutefois, des mesures restent nécessaires, surtout concernant les aspects suivants : définition uniforme et méthodes de saisie et d'évaluation homogènes des prestations d'intérêt général, bases pour les comparaisons des coûts dans les divers établissements et procédure harmonisée pour la définition des tarifs de référence. Il revient maintenant à la Confédération de publier des comparaisons nationales sur les différents établissements. Quant aux cantons, leur tâche sera d'harmoniser la définition et les méthodes de saisie et d'évaluation des prestations d'intérêt général et d'assurer la transparence quant à leurs investissements en faveur des hôpitaux. Il sera ainsi plus facile de délimiter les dépenses pour les prestations hospitalières soumises à la LAMal. De plus, en harmonisant les données de concert avec les fournisseurs de prestations, les cantons pourront améliorer les bases nécessaires à la comparaison susmentionnée. Ils pourraient par exemple s'accorder sur une seule méthode de saisie des prestations.

## **Améliorer le monitoring et la communication concernant l'évolution de la qualité**

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a contribué à ce que davantage de chiffres-clés soient publiés sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. En outre, indépendamment de cette révision, les acteurs ont aussi intensifié leurs efforts pour arriver à une meilleure évaluation de la qualité. Des lacunes subsistent toutefois concernant la portée, l'acceptation et une mise à disposition rapide de ces chiffres. Il manque des indicateurs généralement reconnus, surtout pour ce qui est de la qualité des résultats. Les points suivants méritent d'être améliorés, du point de vue des évaluations : critères de qualité valables et reconnus à l'échelle nationale, planification hospitalière avec comparaison systématique de la qualité des établissements, contrôle et application des exigences de qualité par les cantons et les assureurs ainsi qu'informations adaptées aux patients concernant les indicateurs de qualité. En premier lieu, la Confédération pourrait encourager, avec les fournisseurs de prestations et les cantons, l'élaboration d'indicateurs reconnus, en particulier pour la qualité des résultats. En outre, il y a lieu d'observer plus précisément les évolutions de la qualité des prestations hospitalières stationnaires, y compris au moment du transfert vers les institutions intervenant en aval. On peut estimer que la révision n'a pas encore déployé son plein effet.

## **Renforcer la position des assurés**

Les assurés, qui représentent la demande en prestations hospitalières stationnaires, n'assument encore que marginalement le rôle que la logique d'impact de la révision leur attribue dans le choix de l'hôpital. Il est donc important de leur apporter un soutien supplémentaire en tant qu'acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la révision. Selon les évaluations, il convient en particulier que les informations sur les indicateurs de qualité soient adaptées aux patients. La communication doit être encouragée au niveau fédéral, en collaboration avec les fournisseurs de prestations, les organisations de patients et les cantons. Au niveau cantonal, il est nécessaire d'améliorer les conditions relatives à l'extension du libre choix de l'hôpital par l'assuré, ce qui passe par une simplification de la procédure et une harmonisation de la fixation des tarifs de référence.

## **Quelle est la suite des démarches ?**

L'évaluation a confirmé l'utilité des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux et la mise en œuvre des mesures correspond globalement aux attentes du législateur. En outre, les effets produits par ces mesures vont dans le sens souhaité.

L'évaluation révèle cependant aussi clairement dans quels domaines des améliorations sont possibles au niveau de cette mise en œuvre afin que l'impact potentiel de la révision soit pleinement atteint.

Afin de réagir aux besoins d'intervention identifiés dans les quatre domaines mentionnés plus haut et d'optimiser la mise en œuvre des mesures, tous les acteurs pertinents doivent mettre la main à la pâte. Comme évoqué précédemment, ces derniers ont déjà pris d'autres mesures dans le cadre de l'évaluation depuis la fin de la collecte de données.

Les points qui suivent, concernant les quatre domaines évoqués, se concentrent sur la contribution que la Confédération peut ou doit fournir. Lors de sa séance du 3 juillet 2019, le Conseil fédéral a confirmé ces points et chargé le Département fédéral de l'intérieur, respectivement l'OFSP de s'attaquer aux déficits de mise en œuvre avec les acteurs concernés. La condition-cadre centrale à respecter consiste à tenir compte dans les entretiens de la répartition des tâches et des parts de financement entre la Confédération, l'AOS, les patients et les cantons.

### 1. Intensifier la coopération intercantonale pour la planification hospitalière et renforcer la coordination concernant les critères de qualité

La planification hospitalière, y compris la mise en œuvre des prescriptions en matière de qualité, est du ressort des cantons. La Confédération entend préciser les exigences en matière de qualité pour la planification hospitalière cantonale dans l'OAMal<sup>5</sup> (automne 2019).

### 2. Économicité : renforcer la transparence par des données et méthodes uniformes

Les cantons, les fournisseurs de prestations et la Confédération doivent agir de concert à l'amélioration des bases pour la comparaison des établissements. Dans le cadre des révisions prévues de l'OAMal et de l'OCP<sup>6</sup>, il convient de concrétiser davantage les dispositions relatives à la détermination des tarifs et à la déduction des coûts ajustés selon le degré de sévérité. Une publication sur les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité réalisée par la Confédération en collaboration avec les cantons est prévue pour 2020 (année de collecte des données : 2018). En ce qui concerne les prestations d'intérêt général, il est déterminant, du point de vue de la Confédération et de l'AOS, de les délimiter dans le cadre de la saisie des coûts par les fournisseurs de prestations. La CDS s'est déjà penchée sur ce point dans ses recommandations relatives à l'examen de l'économicité des tarifs hospitaliers (état au 1<sup>er</sup> mars 2018).

### 3. Améliorer le monitoring et la communication concernant l'évolution de la qualité

La poursuite du développement d'indicateurs de la qualité (des résultats) est une tâche de longue durée, incombant prioritairement aux fournisseurs de prestations. Les assureurs et les cantons ainsi que la Confédération ont cependant également un rôle à jouer. De nombreuses activités et mesures sont en cours. Outre la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité, la Confédération demande que dans le processus d'approbation des tarifs SwissDRG, les partenaires tarifaires renforcent l'assurance-qualité dans le cadre de l'application des tarifs. Cela implique notamment la mesure de la qualité mais aussi la mise en place de processus et de mesures d'amélioration contraignants dont l'efficacité doit être contrôlée. La poursuite de la surveillance du développement de la qualité doit également être contrôlée au niveau des transitions vers les soins intervenant en aval d'une hospitalisation.

### 4. Renforcer la position des assurés

La Confédération, les cantons et les assureurs doivent œuvrer dans ce sens dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité et par le biais d'autres activités. La question des tarifs de référence sera en outre vraisemblablement traitée dans le cadre des travaux relatifs à une motion non encore adoptée par les Chambres fédérales.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

<sup>6</sup> Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104)

<sup>7</sup> Motion CSSS-CN 18.3388 « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables »

## Bibliographie

- ANQ (2018) : Les derniers chiffres des réadmissions sont disponibles. Communiqué de presse, 11 décembre 2018. ANQ Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpi-taux et les cliniques, Berne.  
<<https://www.anq.ch/fr/communiqués-de-presse/les-derniers-chiffres-des-readmissions-sont-disponibles/>>, consulté le 25.06.2019.
- B,S,S. (2019) : Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Schlussbericht. Verfasst von Lobsiger, M. und Frey, M. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- econcept/LENZ (2018) : Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Schlussbericht. Verfasst von: Fontana, M./Bock, S./Haering, B./Gruber, J./Lippitsch, S. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. econcept/LENZ AG, Zürich.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018) : Sekundärdaten-Analyse zur «Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung». Teilbericht im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung: «Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). LENZ AG, Zürich.
- INFRAS/Zahnd (2018) : Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen auf die Qualität der stationären Versorgung. Verfasst von: Trageser, J./Spycher, A./Gschwend, E./von Stokar, T./Zahnd, D. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Infrac/InfoNavigation, Zürich und Bern.
- OFS (2018) : Coûts et financement du système de santé 2016 : données définitives.  
<<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.gnpdetail.2018-0391.html>>, consulté le 25.06.2019.
- OFSP (2015) : Evaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global. Version du 13 mai 2015. Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Pellegrini, S./Roth, S. (2018): Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 73). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Tuch, A./Jörg, R./Hedinger, D./Widmer, M. (2018) : Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 65). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

## Annexe : Description des mesures de la révision

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

- *Financement dual-fixe des prestations hospitalières* (mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012) : le nouveau régime de financement soumet aux mêmes conditions-cadres les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Ainsi, il n'y a en principe plus de différences entre les hôpitaux publics, les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux privés. Les prestations des hôpitaux admis dans la planification cantonale (hôpitaux dits répertoriés) sont remboursées par les cantons et les assureurs-maladies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (les cantons remboursent au minimum 55 % et l'AOS au maximum 45 %) selon une clé de financement fixe, en tenant compte des coûts d'investissement (coûts d'utilisation des immobilisations). Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1<sup>er</sup> janvier 2012 avaient jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour fixer leur part au financement à au moins 55 % (cf. art. 49a LAMal et al. 5 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007).
- *Forfaits liés aux prestations fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale* (mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012) : les prestations hospitalières sont désormais remboursées dans toute la Suisse au moyen de forfaits liés aux prestations. Cette rémunération forfaitaire comprend aussi les coûts d'utilisation des immobilisations (cf. art. 49 et 49a LAMal ainsi qu'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). Dans le domaine des soins aigus, la rémunération se fait conformément au système tarifaire SwissDRG convenu entre les partenaires tarifaires. Celui-ci est constitué de *cost-weights* uniformes au plan national pour chaque groupe de diagnostics et de tarifs de base spécifiques à l'hôpital. Les mêmes mesures ont été appliquées au domaine de la psychiatrie (TARPSY) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dans le secteur de la réadaptation, ces forfaits liés aux prestations (ST Reha) devraient être instaurés à partir de 2022.
- *Orientation de la planification hospitalière cantonale en fonction de critères nationaux uniformes, planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée et octroi de mandats de prestations établissant une distinction entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés* (mise en œuvre le 1<sup>er</sup> janvier 2009, prise en compte obligatoire des critères de planification depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015) : les principes de base de la planification hospitalière des cantons reposent sur les critères de planification de qualité et d'économicité uniformes à l'échelle de la Suisse. Les cantons ne participent au remboursement des prestations que pour les hôpitaux répertoriés. Les assureurs-maladie peuvent conclure avec des hôpitaux non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS (hôpitaux dits conventionnés). Les critères de qualité et d'économicité doivent être pris en compte dans les planifications hospitalières cantonales au plus tard à partir du 31 décembre 2014. S'agissant de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons décident d'une planification nationale (cf. art. 39 et 49a LAMal et al. 3 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). En signant la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les cantons se sont engagés à planifier et à attribuer ensemble les prestations hautement spécialisées.
- *Extension du libre choix de l'hôpital* (mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012) : en cas de traitement hospitalier, l'assuré a toujours le libre choix entre les établissements figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital

(hôpital répertorié). Le remboursement par le canton de résidence ne se limite toutefois plus aux prestations des hôpitaux situés dans le canton de résidence des assurés. Ainsi, en cas de traitement hospitalier stationnaire hors canton, l'assureur et maintenant le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération, et ce jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (cf. art. 41, al. 1 bis, LAMal). Le traitement hospitalier stationnaire hors canton fondé sur une indication médicale, aux coûts duquel le canton de résidence participait déjà, avant la révision, en fonction du tarif pratiqué par l'hôpital fournissant le traitement, constitue l'exception. Par rapport à la situation antérieure à la révision, la participation financière des patients aux traitements hospitaliers stationnaires hors canton ne doit donc plus qu'être marginale et la charge financière des assurances complémentaires doit être allégée.

- Obligation pour les fournisseurs de prestations de mettre à disposition *des bases d'informations élargies concernant l'économicité et la qualité des prestations hospitalières stationnaires* (mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009) : la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a inscrit dans la loi l'obligation faite aux fournisseurs de prestations de transmettre certaines données. En l'occurrence, ils doivent communiquer gratuitement aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la LAMal relatives au caractère économique et à la qualité des prestations<sup>8</sup>. Les données sont collectées et publiées par l'Office fédéral de la statistique (art. 59a LAMal). Les hôpitaux sont tenus de tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations basées sur une méthode uniforme et qui doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière (art. 49, al. 7, LAMal). En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à des comparaisons entre hôpitaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux (art. 49, al. 8, LAMal). Ces comparaisons sont également publiées. L'élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité vise à accroître la transparence concernant les coûts et les prestations des hôpitaux. Il permet ainsi aux acteurs du système de santé de surveiller la mise en œuvre de la révision du financement hospitalier et facilite l'évaluation du fonctionnement de la révision. Par ailleurs, une transparence accrue devrait renforcer la concurrence entre les hôpitaux.

Source : BAG 2015, actualisé.

---

<sup>8</sup> Art. 59a LAMal en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, anciennement art. 22a LAMal, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées: a. le genre d'activité exercée, l'infrastructure et l'équipement, ainsi que la forme juridique ; b. l'effectif et la structure du personnel, le nombre de places de formation et leur structure ; c. le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonyme ; d. le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies ; e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation ; f. les indicateurs de qualité médicaux (art. 59a, al. 1, LAMal).

## Impressum

---

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

### 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 Évaluation et recherche (E+F) et Cornelia Stadter, section Tarifs et fournisseurs de prestations stationnaires (TLS)

### Complément d'information et distribution

Office fédéral de la santé publique

Service Évaluation et recherche (E+F)

3003 Berne

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

[www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier](http://www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier)

Le rapport est également disponible en allemand. Il peut être téléchargé au format PDF en cliquant sur le lien suivant : [www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung](http://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung)