



Berne, le 25 juin 2019

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

Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral

Sommaire

Liste des tableaux et figures.....	IV
Liste des abréviations.....	V
Condensé.....	VII
1 Révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et évaluation	1
1.1 Objectifs et mesures de la révision.....	1
1.2 Concept et méthode d'évaluation	3
1.3 Organisation de l'évaluation	5
1.4 Limites de l'évaluation	6
1.5 Interventions parlementaires concernant l'évaluation	6
1.6 Structure du rapport	7
2 Contexte général de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	8
2.1 Évolution des coûts dans le système de santé	8
2.2 Tendances de société influençant l'offre et la demande	10
2.3 Stratégies de politique de santé et législation fédérale	11
2.4 Facteurs contextuels internationaux	12
3 Résultats de l'évaluation relative à la mise en œuvre des mesures et effets de ces dernières	14
3.1 Financement dual-fixe des prestations	14
3.2 Forfaits liés aux prestations.....	15
3.3 Planification hospitalière et mandats de prestations	22
3.4 Extension du libre choix de l'hôpital.....	27
3.5 Élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité	31
3.6 Résumé de la mise en œuvre et des effets des mesures	34
4 Synthèse des résultats.....	39
4.1 Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	39
4.2 Effets sur les acteurs principaux du système de santé	56
4.3 Contribution à l'atteinte des principaux objectifs de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence.....	59
4.4 Adéquation de la révision	61
4.5 Conclusions et mesures nécessaires	62
4.6 Conclusions de la Confédération et suite des démarches	64
5 Bibliographie	68
Annexe	74
A1 Description des mesures de la révision	74
A2 Liste des domaines thématiques et des membres des groupes d'accompagnement.....	76

A3 Interventions parlementaires relatives aux effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier 77

Liste des tableaux et figures

Figure 1 :	coûts du secteur hospitalier au sein des dépenses de santé en Suisse	VII
Figure 2 :	hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie de 2011 à 2016.....	XIII
Figure 3 :	éléments centraux de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	2
Figure 4 :	base théorique de l'évaluation (modèle de la mise en œuvre et des effets escomptés de la révision LAMal dans le domaine du financement hospitalier).....	4
Figure 5 :	coûts du secteur hospitalier au sein des dépenses de santé en Suisse	9
Figure 6 :	comparaison entre l'évolution des coûts de l'AOS de 2015 à 2017, le produit intérieur brut et les salaires nominaux.....	10
Figure 7 :	parts de financement des porteurs de coûts pour les prestations hospitalières stationnaires relevant du domaine de la LAMal, 2010-2016	42
Figure 8 :	évolution des nombres de cas dans les hôpitaux de soins somatiques aigus, psychiatriques et de réadaptation, 2009-2016	44
Figure 9 :	évolution du paysage hospitalier de 2006 à 2016	54
Figure 10 :	hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation en 2011 et en 2016.....	55
Tableau 1 :	évolution des indicateurs concernant la qualité des résultats (soins somatiques aigus).....	XII
Tableau 2 :	évolution des indicateurs relatifs aux dépenses et aux coûts	XVI
Tableau 3 :	garanties cantonales de prise en charge des coûts et tarifs applicables pour les hospitalisations intracantonales et extracantonales à compter du 1 ^{er} janvier 2012 (recommandation de la CDS).....	27
Tableau 4 :	mise en œuvre des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	35
Tableau 5 :	effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	37
Tableau 6 :	effets sur les coûts et le financement du système de santé	39
Tableau 7 :	effets sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires.....	46
Tableau 8 :	évolution des indicateurs relatifs à la qualité des résultats (soins somatiques aigus).....	48
Tableau 9 :	effets sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins	52
Tableau 10 :	évolution des indicateurs relatifs aux dépenses et aux coûts.....	60
Tableau 11 :	vue d'ensemble des mesures qui s'imposent d'après l'évaluation et de la suite des démarches envisagées par l'OFSP dans quatre domaines	66

Liste des abréviations

AFF	Administration fédérale des finances
AI	Assurance invalidité
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CIRS	Critical Incidence Reporting System
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
CUI	Coûts d'utilisation des immobilisations
Curafutura	Association des assureurs-maladie CSS, Helsana, CPT et Sanitas
CURAVIVA	Association des homes et institutions sociales suisses
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes de cas liés au diagnostic)
EPT	Équivalents plein temps
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FMH	Fédération des médecins suisses
FSP	Fédération Suisse des Patients
GPPH	Groupe de prestations pour la planification hospitalière
H+	Association des hôpitaux et des cliniques suisses
HSK	Communauté d'achat Helsana, Sanitas et KPT
HSPM	Health Systems and Policy Monitor
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LCA	Loi sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
MNT	Maladies non transmissibles
NOSO	Infections associées aux soins
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCP	Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie RS 832.104)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique

OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) (RS 832.112.31)
PIB	Produit intérieur brut
PIG	Prestations d'intérêt général
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
REKOLE®	Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
santésuisse	Association des assureurs-maladie suisses
SBK/ASI	Association suisse des infirmiers et des infirmières
SMHC	Swiss Mental Healthcare
SPr	Surveillant des prix
ST Reha	Système tarifaire pour la réadaptation
SW!SS REHA	Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (structure tarifaire des soins somatiques aigus)
TAF	Tribunal administratif fédéral
TARPSY	Structure tarifaire pour la psychiatrie

Condensé

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
secteur hospitalier total		2016	28,5 milliards de francs	autres fournisseurs de prestations - médecins exerçant en cabinet privé - services d'aide et de soins à domicile - établissements médico-sociaux - autres	
		2011	23,0 milliards de francs		
(hôpitaux des soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation)					
secteur hospitalier stationnaire		2016	17,5 milliards de francs	secteur hospitalier ambulatoire	
		2011	13,6 milliards de francs		
prestations hospitalières stationnaires		prestations d'intérêt général (PIG)			
(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 2018a).
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^{er} janvier 2009.

Les principales mesures découlant de la révision ont été les suivantes ¹:

- 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^{er} 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^{er} janvier 2012 avaient jusqu'au 1^{er} 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^{er} janvier 2012. Les mêmes mesures ont été appliquées au domaine de la psychiatrie (TARPSY) à compter du 1^{er} 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 »² 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-

¹ Une description détaillée des mesures est proposée à l'annexe A1.

² 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 stationnaires³. 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

³ 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)⁴.
- 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.

⁴ 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.

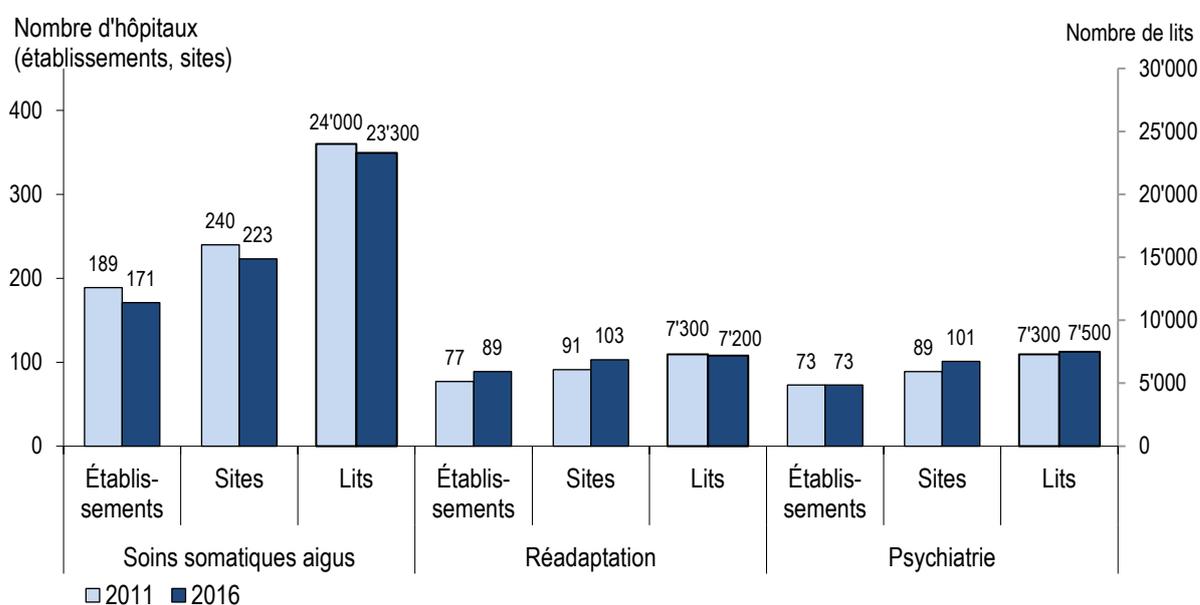
- Les améliorations apportées par la révision de la LAMal sont surtout visibles au niveau de la qualité des processus et des structures des prestations hospitalières stationnaires.
- Contrairement aux craintes parfois exprimées avant la révision, aucune détérioration systématique de la qualité n'a été 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 2018a.

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 2013–2016 par rapport à la période précédente
	période précédente	2012	2013–2016	
Prestations hospitalières stationnaires				
Coûts de production pour la fourniture de prestations hospitalières stationnaires	2,8 % ^{a)}	4,6 %	2,9 %	= Stable
Dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires	3,2 % ^{b)}	10,1 %	1,5 %	↓ Augmentation freinée
Secteur stationnaire des hôpitaux				
Dépenses des cantons (y c. prestations d'intérêt général, éventuels investissements cantonaux supplémentaires)	3,8 % ^{b)}	12,1 %	0,6 %	↓ Augmentation freinée
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur stationnaire des hôpitaux	6,6 % ^{a)}	7,2 %	3,0 %	↓ Augmentation freinée
Secteur hospitalier (ambulatoire et stationnaire)				
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur hospitalier	3,6 % ^{c)}		4,0 %	↑ Augmentation accrue
Système de santé				
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le système de santé	3,3 % ^{c)}		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. ^{a)} 2011, ^{b)} 2006–2011, ^{c)} 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'OAMal⁵ (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'OCP⁶, 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^{er} 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.⁷

⁵ Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

⁶ 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)

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

1 Révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et évaluation

1.1 Objectifs et mesures de la révision

Les trois principaux objectifs de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) sont restés les mêmes depuis l'introduction de la loi en 1996 : *premièrement* la maîtrise de l'augmentation des coûts, *deuxièmement* l'accès à des soins de qualité élevée et *troisièmement* la solidarité entre les assurés (Conseil fédéral 2004). Les attentes relatives à la maîtrise de la croissance des coûts n'ont été que marginalement satisfaites. En 2004, le Conseil fédéral a donc transmis au Parlement un message relatif à la modification de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (Conseil fédéral 2004). Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Son objectif principal était de contenir la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire tout en maintenant l'accès à des soins de qualité élevée. Les mesures prévues visent essentiellement à renforcer la concurrence entre les hôpitaux au moyen de diverses incitations économiques, à améliorer la transparence et à offrir aux assurés une plus grande liberté de choix. Dans le même temps, les prescriptions relatives à la gestion des capacités à assurer les soins ont été précisées au moyen des planifications cantonales des hôpitaux.

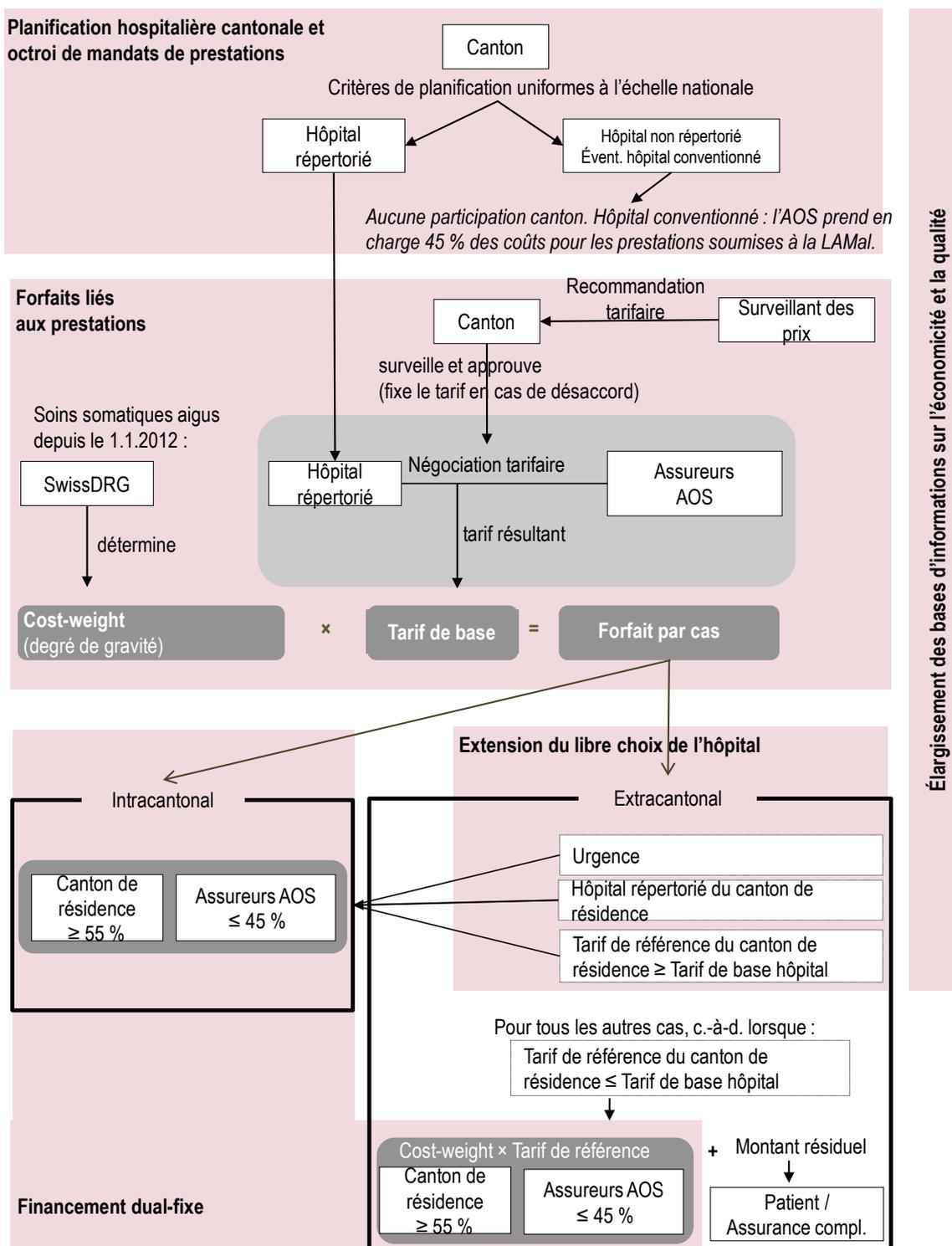
Les principales mesures découlant de la révision sont les suivantes :

- la *financement dual-fixe* des prestations hospitalières par les cantons (55 % au moins) et l'AOS (45 % au maximum) (mise en œuvre principalement depuis le 1^{er} janvier 2012, avec des dispositions transitoires pour certains cantons jusqu'au 31 décembre 2016) ;
- les *forfaits liés aux prestations* fondés sur des structures tarifaires nationales uniformes (mise en œuvre en soins somatiques aigus avec le SwissDRG depuis le 1^{er} janvier 2012, en psychiatrie avec TARPSY pour les adultes depuis le 1^{er} janvier 2018 et en réadaptation avec ST Reha à partir de 2022 en principe) ;⁸
- une *planification hospitalière cantonale axée sur des 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 (mise en œuvre le 1^{er} janvier 2009, prise en compte obligatoire des critères de planification depuis le 1^{er} janvier 2015) ;
- l'*extension du libre choix de l'hôpital* pour les assurés en cas d'hospitalisation extra-cantonale (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012) ;
- 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 (mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2009).

La Figure 3 ci-dessous montre comment les mesures de la révision s'articulent entre elles. Les différentes mesures et les attentes y relatives du législateur sont détaillées au chapitre 3.

⁸ Avec TARPSY et ST Reha, le lien aux prestations ne se fait pas sous la forme de forfaits par cas mais sous la forme de forfaits journaliers liés aux prestations, dont le montant varie en fonction du degré de gravité de la maladie, avec une dégressivité en fonction de la durée de l'hospitalisation.

Figure 3: éléments centraux de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier



Source : propre présentation simplifiée, sur la base de Cosandey et al. 2018, figure 5. Les forfaits liés aux prestations dans la psychiatrie (TARPSY) et la réadaptation (ST Reha, en cours de planification) ne sont pas représentés ici.

La Figure 3 montre que selon la révision, les cantons comparent les hôpitaux et les intègrent dans les listes cantonales indépendamment de leur statut et de leur forme juridique (*planification hospitalière cantonale et octroi des mandats de prestations*)⁹. À cet égard, ils prennent pour référence les critères d'économicité et de qualité.

Les hôpitaux dits répertoriés négocient avec les assureurs (AOS) un tarif de base. Ce dernier est validé par le canton, qui reçoit à ce propos une recommandation du surveillant des prix (SPr). Lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent à aucun accord, le canton doit fixer des tarifs de base. En outre, SwissDRG SA détermine pour le domaine des soins somatiques aigus un *cost-weight* national uniforme par cas traité, qui correspond au degré de gravité relatif de ce dernier. Les *forfaits liés aux prestations* pour le cas traité sont calculés en multipliant le *cost-weight* par le tarif de base. Ils sont ensuite répartis entre le canton (pour une part minimale de 55 %) et les assureurs (pour une part maximale de 45 %). C'est le système du *financement dual-fixe*. Depuis 2012, les assurés peuvent choisir de se faire opérer dans n'importe quel hôpital répertorié de Suisse (*extension du libre choix de l'hôpital*)¹⁰. Les chiffres-clés des hôpitaux, accessibles au public, doivent permettre de faciliter ce choix. En général, les coûts associés aux hospitalisations extracantonales sont assumés par le canton de domicile et l'AOS selon le système dual-fixe. Si, lors d'un traitement extracantonale, le tarif du canton de domicile est inférieur au tarif de base de l'hôpital choisi par l'assuré, ce dernier doit toutefois payer lui-même la différence, ou les coûts sont couverts par l'assurance complémentaire. La *base d'informations élargie* concernant l'économicité et la qualité forme le socle à partir duquel les acteurs appliquent les mesures de la révision.

Les éléments ci-dessus montrent clairement que la révision entend freiner la croissance des coûts principalement en renforçant la transparence des coûts et la qualité des hôpitaux, en établissant une tarification axée sur une fourniture de prestations efficiente et en élargissant la liberté de choix des assurés.

1.2 Concept et méthode d'évaluation

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer les effets de la loi¹¹. À l'automne 2014, une synthèse intermédiaire a été publiée. Elle rend compte de la première étape de l'évaluation (OFSP 2015a) et sert de point de départ au présent rapport final. Ce dernier évalue de manière approfondie la mise en œuvre et les effets de la révision durant la période d'introduction en se concentrant sur les années 2012 à 2016.

Un modèle a été conçu pour cette évaluation. Sur la base des mesures introduites avec la révision, il illustre la mise en œuvre escomptée et les effets visés par la révision dans le domaine du financement hospitalier (Figure 4).¹²

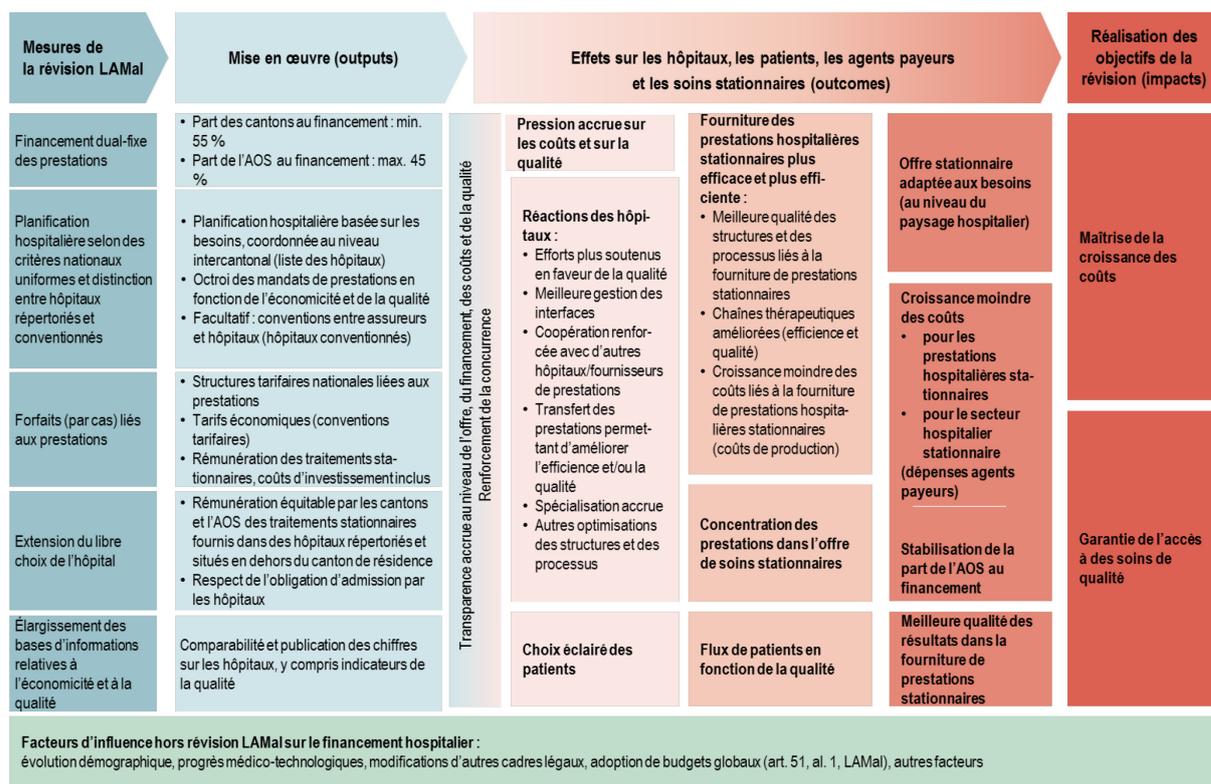
⁹ La classification des hôpitaux a changé en 2012. Avec la révision de la LAMal, les catégories hôpitaux privés et hôpitaux publics / subventionnés par les pouvoirs publics ont été remplacées par une distinction entre hôpitaux répertoriés et hôpitaux conventionnés. De plus, la forme juridique de nombreux hôpitaux a été modifiée ces dernières années (des hôpitaux publics sont devenus des sociétés par actions, par ex.), et la statistique des hôpitaux ne comprend depuis 2013 plus de variable concernant le statut privé - public / subventionné par les pouvoirs publics (Gruber et Lippitsch 2018a).

¹⁰ Cela ne s'applique pas aux hôpitaux figurant sur la liste d'un canton tiers (c.-à-d. ni le canton d'implantation, ni le canton de domicile, GDK 2011).

¹¹ Pour une vue d'ensemble sur les documents publiés par l'OFSP et les études mandatées par ce dernier dans le cadre de l'évaluation, consulter la page <https://www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier>, (état au 11 décembre 2018)

¹² Cf. le modèle d'effets dans le rapport intermédiaire (OFSP 2015a), dont le contenu a été repris. Suite aux travaux de synthèse effectués, certains éléments ont été davantage différenciés et classés différemment.

Figure 4: base théorique de l'évaluation (modèle de la mise en œuvre et des effets es-comptés de la révision LAMal dans le domaine du financement hospitalier)



Source : propre présentation.

La logique d'impact de la révision se fonde sur les hypothèses ci-après.

Grâce aux mesures déployées, la révision permet de renforcer la transparence de l'offre, des coûts et du financement tout en augmentant la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Les conditions de la concurrence sont également améliorées¹³. Les patients peuvent choisir le lieu de leur intervention en toute connaissance de cause. Pour le législateur, il s'agit globalement de renforcer la pression sur les hôpitaux, au niveau tant financier que qualitatif, et de parvenir à une plus forte concurrence.

Face à cette pression, les hôpitaux réagissent par des efforts en faveur de la qualité et une meilleure gestion des interfaces, une spécialisation plus marquée avec des transferts de prestations ainsi qu'un renforcement des coopérations. Le législateur parvient ainsi à une fourniture à la fois plus efficace et plus efficiente des prestations hospitalières stationnaires : la qualité au niveau des processus, de la structure et de la chaîne de prise en charge est améliorée et la croissance des coûts de production est freinée.

L'objectif à long terme est que les changements axés sur la qualité et l'efficacité de l'offre et de la demande remodelent le paysage hospitalier de façon à faire émerger une offre mieux adaptée aux besoins, plus efficace et de meilleure qualité encore. Cela devrait permettre de freiner la croissance des dépenses des agents payeurs pour les prestations hospitalières stationnaires et le secteur hospitalier stationnaire (y c. les prestations d'intérêt général [PIG]), de stabiliser la part de financement de l'AOS et d'améliorer la qualité des résultats de ces prestations¹⁴. L'objectif de maîtrise de la croissance des coûts du système de santé et de l'AOS serait in fine satisfait ; simultanément, l'accès à des soins de qualité élevée serait garanti.

¹³ Les attentes du législateur quant à la mise en œuvre des mesures distinctes sont décrites au chapitre 3.

¹⁴ C.-à-d. les prestations hospitalières stationnaires, qui sont des prestations médicales de soins et des prestations fournies lors du séjour à l'hôpital (hôtellerie, par ex.).

Le présent rapport final s'appuie en très grande partie sur les trois évaluations commanditées par l'OFSP à propos des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Ces études ont été réalisées entre 2016 et 2018. La première traite principalement des coûts et du financement du système de soins hospitaliers stationnaires (B,S,S. 2019). La deuxième analyse les effets de la révision sur l'évolution de la qualité des prestations hospitalières stationnaires (INFRAS et Zahnd 2018). La troisième se concentre sur l'évolution du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins (econcept/LENZ 2018).

Sur le plan de la méthode, ces trois études se fondent d'abord sur les analyses des données secondaires de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et des assureurs réalisées dans le cadre de différents mandats de l'évaluation (Pellegrini et Roth 2018 ; Tuch et al. 2018 ; Lobsiger et Frey 2019 ; Gruber et Lippitsch 2018a et 2018b ; Widmer et al. 2017a et 2017b). Ensuite, les responsables de ces études ont effectué leurs propres collectes de données en 2017. Pour ce faire, ils ont organisé des sondages standardisés dans tous les cantons et auprès de 118 hôpitaux. En se référant à un guide précis, ils ont également mené des interviews et des entretiens avec des groupes de discussion. Au total, quelque 45 représentants du système de santé y ont participé¹⁵. Enfin, ces trois études ont tenu compte des conclusions tirées par les analyses de l'OFSP et d'autres mandants¹⁶.

Le présent rapport répond à cinq questions principales :

- Quels sont les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?
- Quels sont les effets de la révision sur les principaux acteurs concernés du système de santé ?
- 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 ?
- À quel point la révision de la LAMal est-elle adéquate pour parvenir à une maîtrise de la croissance des coûts dans l'AOS ?
- Dans quels domaines de la révision, des interventions sont-elles nécessaires ?

1.3 Organisation de l'évaluation

Le Conseil fédéral est le mandant de l'évaluation. Elle est réalisée sous forme de mandats attribués par l'OFSP à des experts externes¹⁷. Au sein de l'OFSP, la direction stratégique de l'évaluation a été confiée à un groupe de pilotage composé de représentants des unités de direction Assurance maladie et accidents et du service Évaluation et recherche. Ces deux unités de l'OFSP ont également assumé la direction opérationnelle de l'évaluation.

Les études ont été élaborées avec la participation de groupes d'accompagnement thématiques composés d'acteurs importants du domaine des soins stationnaires (fournisseurs de prestations, cantons et assureurs surtout, cf. l'annexe A2).

¹⁵ Pour les détails concernant la méthode utilisée, se référer aux différents rapports d'évaluation.

¹⁶ Afin d'identifier les analyses pertinentes, l'OFSP a réalisé entre août 2013 et janvier 2019 plusieurs enquêtes auprès de parties prenantes et d'organismes économiques. Il s'est en particulier renseigné sur les études ayant un lien avec les effets de la révision de la LAMal. Une liste des études identifiées (aperçu de la recherche concomitante réalisée par des tiers) se trouve sur <<https://www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier>>.

¹⁷ Selon l'art. 32, al. 3, OAMal.

1.4 Limites de l'évaluation

La présente synthèse a pour objectif de présenter la mise en œuvre et les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier d'une manière scientifiquement fondée et aussi complète que possible. Or, la période d'introduction étudiée (2012 à 2016) était encore marquée par des effets d'anticipation, des dispositions transitoires et un déploiement incomplet, c'est-à-dire hétérogène, des mesures. La mise en application de la révision s'est faite par étapes. Ainsi, pour l'introduction du financement dual-fixe des prestations hospitalières, une disposition transitoire permettait à certains cantons d'avoir une part de financement inférieure à 55 % jusqu'en 2017, pendant que d'autres étaient tenus de respecter la part minimale de 55 % à partir de 2012 déjà. En outre, la plupart des mesures ont besoin de plusieurs années avant de déployer pleinement leur effet. Par conséquent, il n'est aujourd'hui pas non plus possible d'évaluer de manière définitive l'efficacité de la révision de 2007. Notons par ailleurs que les données pertinentes de l'OFS ne sont fournies qu'avec un certain retard en raison de la complexité de leur traitement¹⁸. Ainsi, pour les études principalement menées en 2018, il n'a été possible d'analyser dans le meilleur des cas que les données secondaires jusqu'à 2016.

Par ailleurs, la complexité de l'objet étudié ne permet que de manière très limitée la mise en évidence de causalités, au sens scientifique strict. Le présent rapport final doit donc se borner à montrer les corrélations identifiées de la façon la plus claire et la plus plausible possible.

Rappelons enfin que, concernant l'évaluation, le Conseil fédéral s'était vu proposer différentes variantes élaborées lors d'une étude préliminaire et de faisabilité (Pellegrini et al. 2010). Son choix s'est porté sur la variante minimale, axée sur les hôpitaux et le domaine de l'AOS. Il s'ensuit que certaines problématiques ne peuvent pas être traitées, ou uniquement de manière très limitée. C'est en particulier le cas concernant des groupes de patients vulnérables (personnes souffrant de maladies chroniques ou d'atteintes multiples, patients gériatriques, etc.). De même, il n'est pas possible d'apporter de réponse définitive à des questions relatives aux secteurs hospitaliers des soins ambulatoires et relevant de l'assurance complémentaire¹⁹ ou à l'interface entre les domaines ambulatoire et stationnaire.

En outre, les points identifiés d'après l'évaluation comme nécessitant une intervention reposent en grande partie sur la situation 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 prestataires de services et les assurances doivent être prises en compte.

1.5 Interventions parlementaires concernant l'évaluation

Depuis 2012, de nombreuses interventions parlementaires s'intéressent aux effets possibles de la révision. Ses conséquences sur la qualité des soins, la sécurité des patients et la garantie de qualité ont été en particulier évoquées. Les interventions accordent également beaucoup d'importance aux répercussions sur les coûts et la quantité de prestations hospitalières fournies (augmentation des volumes). Elles ont aussi abordé d'autres questions, comme les effets de la révision sur le système de soins, autrement dit sur la sécurité de l'approvisionnement, les impulsions données au niveau de la planification de la médecine hautement spécialisée et les conséquences dans les cantons appliquant un budget global. L'annexe A3 du présent rapport propose une vue d'ensemble des interventions parlementaires ayant un lien avec l'évaluation. Les réponses aux questions soulevées dans ces interventions sont détaillées dans les

¹⁸ Cf. l'annexe 1 du document « Évaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global » (OFSP 2015b) pour un aperçu des données requises et disponibles pour l'évaluation.

¹⁹ Directions rémunérées par le biais d'assurances complémentaires pour soins stationnaires, en vertu de la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

chapitres suivants, pour autant qu'elles correspondent aux cinq questions principales citées plus haut.

En outre, les points identifiés d'après l'évaluation comme nécessitant une intervention reposent en grande partie sur la situation 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 prestataires de services et les assurances doivent être prises en compte.

1.6 Structure du rapport

Le rapport comporte cinq chapitres. Après le présent chapitre d'introduction sur la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et sur son évaluation, le chapitre 2 expose succinctement le contexte général de la révision. Le chapitre 3 présente les résultats de l'évaluation concernant la mise en œuvre et les effets des cinq mesures de la révision, tandis que le chapitre 4 récapitule les constats de l'évaluation en reprenant les questions principales mentionnées plus haut. Les conclusions et les mesures découlant de l'évaluation figurent également dans ce chapitre. Les conclusions de la Confédération ainsi que le suivi des mesures nécessaires sont présentés au point 4.6. Enfin, le chapitre 5 est consacré à la bibliographie.

2 Contexte général de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'est pas mise en œuvre en vase clos, et ses effets ne se déploient pas non plus de manière isolée. Ci-dessous nous abordons brièvement les évolutions nationales importantes qui influencent les coûts et la qualité dans le secteur stationnaire. Nous évoquons également les expériences faites à l'étranger avec des mesures comparables. Ces éléments permettent de placer les résultats de l'évaluation dans le contexte général des évolutions sociales et politiques pertinentes.

En comparaison avec les systèmes de santé d'autres pays, la Suisse est très bien positionnée, comme le montrent de nombreux indicateurs. Au niveau européen, la Suisse est le deuxième pays avec la meilleure espérance de vie ; s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé, elle se place au-dessus de la moyenne européenne. Avec l'AOS, la quasi-totalité de la population est couverte par une assurance-maladie de base qui donne accès à un large éventail de prestations. Le système en place propose une grande liberté de choix et un accès direct à toutes les prestations de soins avec des délais d'attente presque inexistantes (HSPM 2017).

2.1 Évolution des coûts dans le système de santé

Le très bon approvisionnement en soins de la Suisse a son prix. En 2016, le système de santé suisse a coûté 80,5 milliards de francs ; un tiers environ (35 %) a été dépensé pour le secteur hospitalier (28,5 milliards de francs)²⁰. Ce dernier constitue ainsi le poste budgétaire le plus important parmi les fournisseurs de prestations. Environ 60 % des coûts dans le secteur hospitalier reviennent au secteur stationnaire (17,5 milliards de francs), dont la majorité sert à financer les hôpitaux de soins somatiques aigus (79 %, soit 14 milliards de francs). Les dépenses pour les hôpitaux des domaines de la psychiatrie (11 %, 1,9 milliard de francs) et de la réadaptation (10 %, 1,8 milliard de francs) sont bien plus modestes (OFS 2018a). L'AOS, qui a supporté environ 36 % des coûts totaux du système de santé en 2016, reste la principale source de financement, suivie des assurés (paiement par le patient, 29 %), de l'État (environ 17 %) et des autres assurances sociales (environ 10 %, y c. les prestations sociales sous condition de ressources) (OFS 2018a). Toujours en 2016, 41 % des coûts bruts de l'AOS étaient imputables au secteur hospitalier (12,8 milliards de francs), dont la moitié pour des prestations stationnaires et l'autre moitié pour des prestations ambulatoires (OFSP 2018c).

La Figure 5 montre les coûts et leur répartition au sein du secteur hospitalier. Les zones grisées correspondent aux aspects centraux de l'évaluation sur la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

²⁰ Les autres fournisseurs de prestations sont les cabinets médicaux et les centres de soins ambulatoires (16 %), les autres fournisseurs de prestations ambulatoires (7 %), les institutions médico-sociales (16 %), le commerce de détail, comme les pharmacies et les drogueries (9 %), les cabinets et cliniques dentaires (5 %), les assureurs comme fournisseurs de prestations (3 %), les prestataires de services auxiliaires, comme les laboratoires et les services de transport (2 %), l'État comme fournisseurs de prestations (2 %) et les organismes de prévention et d'assistance (1 %) (OFS 2018a).

Figure 5: 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
secteur hospitalier total		2016	28,5 milliards de francs	autres fournisseurs de prestations - médecins exerçant en cabinet privé - services d'aide et de soins à domicile - établissements médico-sociaux - autres	
		2011	23,0 milliards de francs		
(hôpitaux des soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation)					
secteur hospitalier stationnaire		2016	17,5 milliards de francs	secteur hospitalier ambulatoire	
		2011	13,6 milliards de francs		
prestations hospitalières stationnaires		prestations d'intérêt général (PIG)			
(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 2018a).
Légende : les zones grisées correspondent aux aspects centraux de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

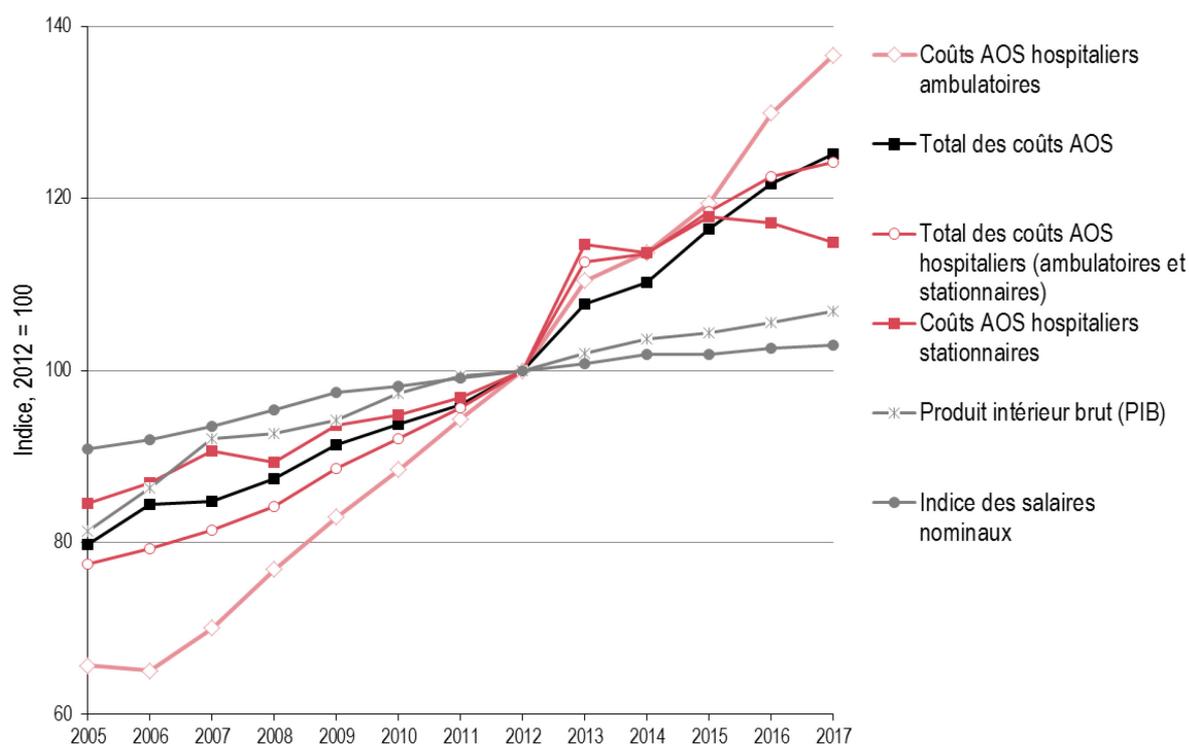
En comparaison internationale, la Suisse figure également parmi les pays dont la *part des coûts de la santé au produit intérieur brut* est la plus élevée (12,4 % du PIB en 2016, 10,8 % en 2011)²¹. Comparativement aux pays voisins, ce pourcentage a particulièrement augmenté au cours des dernières années. En outre, les assurés suisses sont très fortement mis à contribution : la part du paiement personnel s'élève à 36 % environ, contre 15 à 25 % dans les autres pays européens (OCDE 2017a).

L'évolution des coûts de l'AOS, comparée à celle du système de santé global, est encore plus frappante. De 2012 à 2016, l'AOS a déboursé chaque année environ 4 % de plus en moyenne par assuré. Toutefois, durant la même période, avec 2 % en moyenne, la croissance des dépenses de l'AOS pour les *prestations hospitalières stationnaires* a été plus faible que la moyenne (OFSP 2018c).

La figure ci-après montre que depuis 2005, la progression des coûts totaux de l'AOS (hausse de l'indice de 80 à 125 points) est nettement supérieure à celle du PIB (hausse de 81 à 107 points) et de l'indice des salaires nominaux (hausse de 91 à 103 points). À partir de 2012, cette hausse s'est quelque peu accentuée. Les coûts du secteur hospitalier (ambulatoire et stationnaire) à la charge de l'AOS ont régulièrement augmenté depuis 2005 (de 77 à 124 points). Les coûts du secteur hospitalier ambulatoire affichent d'ailleurs depuis 2005 une progression marquée (de 66 à 137 points), qui s'est encore légèrement renforcée après 2015. À l'inverse, la courbe de croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire à la charge de l'AOS a un profil descendant depuis 2015.

²¹ En 2016, la Suisse a occupé la seconde place après les États-Unis : les coûts de la santé représentaient 17,2 % du PIB contre 9 % en moyenne dans l'OCDE (OCDE 2017a).

Figure 6 : comparaison entre l'évolution des coûts de l'AOS de 2015 à 2017, le produit intérieur brut et les salaires nominaux



Source : propres calculs basés sur la figure 3 dans PUE 2016b.

Légende : AOS = assurance obligatoire des soins. PIB = produit intérieur brut. L'année d'introduction du nouveau financement hospitalier (2012) sert de référence (indice 2012 = 100).

2.2 Tendances de société influençant l'offre et la demande

Plusieurs tendances de société ont eu une incidence sur l'évolution des coûts de l'AOS ces dernières années, aussi bien avant qu'après la révision. La *demande* en prestations hospitalières stationnaires est particulièrement influencée par l'évolution démographique et les nouveaux besoins et exigences des patients :

- La croissance démographique et l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques conduit à une hausse de la demande en prestations de santé adaptées à ces patients non seulement dans le secteur ambulatoire mais aussi dans le domaine stationnaire (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017 ; Schwendener et Sommer 2017 ; Conseil fédéral 2016a). Le recours aux prestations de santé augmentant avec l'âge et les personnes de plus de 65 ans étant plus nombreuses, les dépenses de santé par habitant progressent également (EFV 2017 ; EFV 2012).
- De plus, les patients, mieux informés, ont des exigences croissantes et demandent plus fréquemment des prestations nouvelles et potentiellement plus chères (Schwendener et Sommer 2017).
- Enfin, les besoins des patients se diversifient en raison de la part croissante de la population issue de la migration et d'une tendance persistante à l'individualisation de la société. Ces évolutions, perceptibles depuis quelques années, ne déploieront pleinement leur effet qu'à l'avenir (Conseil fédéral 2016a).

Par ailleurs, plusieurs facteurs influencent également l'*offre* de prestations hospitalières :

- Les progrès de la technique médicale (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017 ; Conseil fédéral 2016a ; Kägi et al. 2014) se traduisent par un élargissement continu de l'offre de prestations hospitalières. De plus, la mise au point de nouvelles méthodes d'examen et de traitement ainsi que les prescriptions techniques qui les accompagnent provoquent en général une hausse des dépenses (EFV 2017 ; EFV 2012)²². Ce phénomène est à l'œuvre depuis quelque temps déjà.
- De plus, les nouveaux besoins des patients, la transformation des métiers de la santé, les changements dans les préférences et profils de la main-d'œuvre du secteur de la santé ont fait émerger de nouveaux modèles de soins (Schwendener et Sommer 2017). Ce phénomène n'en est qu'à ses débuts et n'influence pas encore de manière généralisée l'offre de prestations hospitalières. Parmi les moteurs sociétaux importants, citons la pénurie de professionnels, la coordination entre les différentes professions de la santé et la mise en réseau des secteurs des soins ambulatoires et stationnaires (Schwendener et Sommer 2017).

En sus des changements induits par l'offre et la demande, notons que le secteur hospitalier public subit depuis quelques années de profondes modifications sous l'influence de la « nouvelle gestion publique ». Dans certains cantons, l'*indépendance des hôpitaux publics* est déjà prévue, voire parachevée. Sur le plan de la forme juridique, les hôpitaux publics sont de plus en plus exploités en tant qu'institutions indépendantes ou sociétés par actions (environ 34 % et 31 % respectivement en 2013 contre 32 % et 26 % environ en 2007) (Berger et al. 2015).

Enfin, le phénomène de *numérisation* influence aussi bien l'offre que la demande du système de santé. Ainsi, les patients ont désormais plus largement et plus facilement accès à diverses informations. Cela modifie la demande en prestations. Simultanément, les nouvelles technologies exercent une influence sur l'offre de prestations et ses possibilités. À l'avenir, il faut s'attendre à d'autres répercussions, probablement encore plus marquées, sur l'approvisionnement en soins. Reste à savoir quels seront le rythme, la forme, l'ampleur et l'orientation (effet baissier ou haussier sur les coûts) de cette évolution (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017 ; Schwendener et Sommer 2017 ; Dobrev et al. 2011).

2.3 Stratégies de politique de santé et législation fédérale

Depuis quelques années, les tendances et thèmes susmentionnés sont repris au niveau fédéral, dans diverses *stratégies de politique de santé* qui influencent la manière dont le secteur hospitalier évolue. La stratégie « Santé2020 » (OFSP 2013) occupe à cet égard une place centrale. Son objectif est d'améliorer la qualité des soins, d'apporter davantage de transparence, d'assurer une bonne qualité de vie et de renforcer l'égalité des chances. Simultanément, elle accorde beaucoup d'importance au financement durable de l'approvisionnement en soins. Dans ce contexte, elle a mis en avant plusieurs approches visant à maîtriser indirectement les coûts. Citons notamment la stratégie nationale contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO), qui entend réduire le nombre d'infections contractées dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, ou la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), dont l'objectif est d'alléger la charge de morbidité des maladies chroniques en Suisse (OFSP 2018a).

À ces différentes stratégies de politique de santé viennent s'ajouter quelques dispositions légales, qui ont elles aussi marqué l'évolution du secteur hospitalier (OFSP 2018b). C'est notamment le cas de la réintroduction entre 2001 et 2011, puis en 2013 de la *limitation de l'admission à pratiquer* (art. 55a LAMal). Elle concerne aussi bien les médecins des cabinets privés que leurs collègues du secteur hospitalier ambulatoire. Ce moratoire a eu un effet sur les hôpitaux, puisque ces derniers fournissent de plus en plus de traitements ambulatoires plutôt que stationnaires. De plus, un *nouveau régime de financement des soins* est entré en vigueur

²² Ce constat vaut même si, en principe, ces méthodes et prescriptions entraînent un gain d'efficacité et ont donc un effet potentiellement baissier sur les coûts (B,S,S. 2019).

en 2011. Avant l'introduction du système SwissDRG, on craignait que les patients puissent quitter trop tôt les hôpitaux de soins aigus, car ledit système instaurait des incitations encourageant à réduire le temps de séjour en soins somatiques aigus. Le Parlement a donc introduit, dans le cadre du nouveau régime, un instrument pour les soins aigus et les soins transitoires. Les fournisseurs de prestations sont les établissements médico-sociaux, les hôpitaux et les services d'aide et de soins à domicile ou les soignants indépendants exerçant avec l'autorisation requise. Toutefois, le financement des soins transitoires ne peut en principe excéder deux semaines (Trageser et al. 2018).

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les cantons décident ensemble de l'offre hospitalière pour toute la Suisse dans le domaine de la *médecine hautement spécialisée (MHS)* (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). Cette planification commune a jusqu'à présent permis non seulement d'améliorer l'approvisionnement en soins, mais aussi d'arrêter l'élargissement de l'offre dans les secteurs concernés et d'aboutir à une concentration modérée de cette dernière (Conseil fédéral 2016b). L'introduction de listes contraignantes mentionnant les opérations devant désormais être obligatoirement réalisées en ambulatoire constitue une grande nouveauté. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019 avec une modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). De telles listes étaient appliquées dans certains cantons depuis le 1^{er} janvier 2017 déjà (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017).

En 2017, un rapport d'expert mandaté par le Département fédéral de l'intérieur a été publié. Il fait la synthèse des expériences nationales et internationales en matière de maîtrise des coûts de la santé (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017). Selon ce rapport, le potentiel à cet égard n'est pas encore épuisé dans le secteur stationnaire en Suisse. Les experts ont proposé plusieurs mesures pour décharger l'AOS. Parmi les mesures prioritaires et immédiatement applicables, ils ont notamment évoqué une liste contraignante au niveau national répertoriant les interventions devant être principalement réalisées en ambulatoire ainsi qu'une planification hospitalière régionale (et non cantonale) (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017). Se basant sur ce rapport d'expert, le Conseil fédéral a décidé en octobre 2017 d'intensifier les efforts visant à maîtriser les coûts de la santé et de lutter en particulier contre une augmentation des volumes qui n'aurait pas de nécessité médicale.

Depuis 2012, les dispositions légales, stratégies et rapports susmentionnés ont pour pendant une série d'interventions parlementaires portant sur la réduction des coûts dans le secteur stationnaire (interpellation 17.3824 Lohr « Maintien des structures, offre excédentaire et coûts disproportionnés », interpellation 17.3856 Kuprecht « Essor de l'ambulatoire, listes d'opérations et offre hospitalière excédentaire », motion 16.3954 Estermann « Halte à l'explosion des coûts de la santé », par ex.)

2.4 Facteurs contextuels internationaux

La mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier en Suisse ne se fait pas sans lien avec les expériences faites par d'autres pays avec des mesures similaires. C'est principalement dans le domaine des forfaits par cas liés aux prestations (*Diagnosis Related Groups, DRG*) que ces expériences peuvent être utiles. Les pays européens ayant introduit de tels forfaits avaient presque tous pour objectif d'améliorer la transparence, d'augmenter l'efficacité et de garantir la qualité des soins stationnaires (Busse et al. 2013). Les résultats concrètement obtenus sont exposés ci-après. Il convient à cet égard de toujours garder à l'esprit le contexte propre à chaque pays.

- **Efficiency** : dans l'ensemble, les analyses effectuées dans d'autres pays européens montrent que les forfaits par cas liés aux prestations ont eu un effet positif sur l'efficacité de la fourniture de prestations dans les hôpitaux. Elles sont largement d'accord sur le fait que l'introduction de ces forfaits a conduit à une hausse de l'activité hospitalière (augmentation du nombre de cas) et à un raccourcissement de la durée des séjours. Dès lors, la plupart de ces analyses estiment que ces forfaits ont permis d'améliorer l'efficacité hospitalière (Busse et al. 2013).

- *Transparence* : dans tous les pays étudiés, l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations a nettement amélioré la transparence des prestations hospitalières et des coûts hospitaliers (Busse et al. 2013). Quatre raisons expliquent principalement ce progrès : (1) les DRG améliorent l'établissement de rapports sur l'activité des hôpitaux (« concise measure »), (2) les DRG facilitent la comparaison des prestations de différents hôpitaux (« performance comparison »), (3) les hôpitaux sont incités à coder leurs processus et diagnostics, et (4) ils sont incités à améliorer leur système comptable. Toutefois, il est important que les forfaits par cas liés aux prestations soient suffisamment représentatifs des caractéristiques des patients. En outre, il faut tenir compte du fait que certains facteurs échappent au contrôle des hôpitaux et ne peuvent donc pas être représentés dans le système DRG (part des patients socialement défavorisés ou coûts salariaux plus élevés, par ex.).
- *Qualité des soins* : les avis sont très partagés concernant l'effet des forfaits par cas liés aux prestations sur la qualité des soins, et les preuves disponibles à cet égard sont limitées (Kägi et al. 2014). Selon des études américaines, le système des DRG n'a pas compromis la tendance à long terme vers une amélioration de la qualité des soins hospitaliers aux États-Unis (Rogers et al. 1990 ; Busse et al. 2013). En Europe, il n'existe pas suffisamment d'études pour tirer des conclusions solides sur ce sujet. De manière générale, dans la plupart des pays européens, il ne semble pas y avoir d'éléments attestant une détérioration de la qualité (Busse et al. 2013)²³. La majorité des études ne font pas état de conséquences indésirables comme des « sorties sanglantes », des « effets tourniquet » ou une sélection des patients²⁴.
- Les données concernant les effets des systèmes DRG sur l'évolution du *paysage hospitalier* sont insuffisantes et contradictoires. Par le passé, des études américaines avaient identifié une relation entre la pression accrue sur les prix et une spécialisation plus marquée des hôpitaux. Or, des études autrichiennes et allemandes plus récentes n'observent rien de tel. Néanmoins, des enquêtes montrent que la coopération inter-hospitalière s'est renforcée en Allemagne (Kägi et al. 2014).

Dans les ouvrages sur la question, on trouve aussi quelques indications isolées sur les effets d'une autre mesure de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, à savoir la base d'informations élargie concernant l'économicité et la qualité (transparence). Une étude américaine a par exemple démontré qu'une meilleure *transparence* pouvait inciter les hôpitaux à intensifier leurs *efforts en matière de qualité* (Kägi et al. 2014). En Allemagne, la loi oblige depuis 2005 les hôpitaux à publier des rapports annuels structurés sur la qualité. Toutefois, leur utilité pour comparer la qualité des traitements est contestée. On déplore en particulier les difficultés rencontrées par les patients pour interpréter ces données et les efforts excessifs qu'ils doivent fournir pour s'informer (Dreves et Gebele 2015). En France, les différences de volumes en prestations hospitalières entre régions et hôpitaux sont rendues publiques depuis 2013. Depuis peu, il existe en outre un atlas mentionnant les variations des taux de recours aux interventions chirurgicales (Le Bail et Or 2016). L'objectif est de limiter les traitements inadéquats. Il n'existe pas encore d'analyses d'impact officielles sur ces mesures, mais les premières indications à ce sujet sont plutôt encourageantes (groupe d'experts sur la maîtrise des coûts 2017).

²³ L'Allemagne a constaté une amélioration dans les efforts fournis en faveur de la qualité des hôpitaux (Kägi et al. 2014). La plupart des études montrent que la mortalité au cours de l'hospitalisation est restée stable. Toutefois, il s'agit d'un événement plutôt rare, ce qui en fait un indicateur partiellement pertinent seulement (Frick et al. 2013).

²⁴ Les « sorties sanglantes » désigne les sorties précoces de l'hôpital. Les « effets tourniquet » se réfèrent aux réadmissions rapides en milieu stationnaire de patients alors considérés comme des cas nouveaux.

3 Résultats de l'évaluation relative à la mise en œuvre des mesures et effets de ces dernières

Le présent chapitre résume aux points 3.1 à 3.5 les résultats de l'évaluation des cinq mesures de la révision de la LAMal (cf. annexe A1). Enfin, le point 3.6 résume les conclusions tirées de cette évaluation avec un aperçu de la mise en œuvre et des effets pour chacune des cinq mesures.

3.1 Financement dual-fixe des prestations

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les prestations stationnaires relevant de la LAMal fournies dans un hôpital répertorié doivent être remboursées selon une clé de financement fixe (min. 55 % par les cantons, max. 45 % par l'AOS).²⁵ Sont également compris dans la rémunération des prestations les coûts d'investissement des hôpitaux (ce que l'on appelle les coûts d'utilisation des immobilisations ou CUI) ; en revanche, les coûts pour les prestations dites d'intérêt général ne sont pas inclus.²⁶ Ces dernières sont financées exclusivement par les cantons ou, le cas échéant, par d'autres acteurs. La distinction en vigueur avant la révision, qui reposait sur le statut de l'établissement (privé, public, public-sубventionné), ne joue en principe plus aucun rôle.

Le financement dual-fixe des prestations était avant tout associé aux trois attentes suivantes.

- Premièrement, il s'agissait d'augmenter la *transparence du financement* en définissant explicitement la responsabilité des partenaires financiers et en clarifiant l'attribution des moyens aux différents types de prestations (prestations hospitalières vs prestations d'intérêt général ou PIG).
- Deuxièmement, la révision visait à parvenir à une *stabilisation de la part de l'AOS au financement* des primes, tout en tenant compte du fait que l'AOS participe désormais au financement des coûts d'utilisation des immobilisations.²⁷
- Troisièmement, une réduction de la charge pesant sur *les assurances complémentaires* était attendue puisque les cantons sont désormais tenus d'intégrer davantage d'hôpitaux privés sur leur liste d'hôpitaux répertoriés et donc de cofinancer leurs prestations.

3.1.1 Mise en œuvre de la mesure

Afin de pouvoir procéder de façon transparente au passage du financement de l'objet au financement des prestations, plusieurs aspects de la structure de financement des hôpitaux devaient être clarifiés. La mise en œuvre des nouvelles règles de financement et la fixation des parts de financement de l'AOS et des cantons pour les prestations hospitalières relevant de la LAMal ont donc entraîné des mouvements comptables considérables pour les cantons et les hôpitaux. À noter premièrement, pour les cantons, la délimitation des prestations hospitalières soumises à la LAMal (financées par les cantons et l'AOS) des prestations qui ne sont

²⁵ Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1^{er} janvier 2012 avaient jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour fixer leur part au financement à au moins 55 % (cf. art. 49a LAMal et al. 5 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007) (OFSP 2015b).

²⁶ Aux termes de l'art. 49, al. 3, LAMal, ces prestations comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire.

²⁷ À l'origine, le Conseil fédéral avait prévu une clé de répartition de 50 % à la charge de l'AOS. Le parlement a fixé la clé de financement à 55 % pour les cantons et à 45 % pour l'AOS. Étant donné que l'AOS pourrait subir une hausse de ses charges en raison des nouvelles règles de financement, cette décision peut être interprétée comme un effort en vue d'une stabilisation de la part de l'AOS au financement (B,S,S. 2019).

pas soumises à la LAMal (prestations d'intérêt général, par ex., qui sont exclusivement financées par les cantons). Deuxièmement, les cantons ont dû harmoniser leur mode de comptabilisation (contribution aux prestations hospitalières soumises à la LAMal et autres contributions financières aux hôpitaux, telles que les investissements, couvertures de déficits, PIG) avec celui des hôpitaux. À partir de 2012, les hôpitaux devaient quant à eux désormais indiquer explicitement pour les contributions cantonales quelle part était affectée au financement des prestations hospitalières soumises à la LAMal et quelle part était utilisée pour d'autres mandats de prestations. L'adaptation aux nouvelles règles et à la comptabilité analytique des hôpitaux a duré parfois plusieurs années. En 2015, ce processus était globalement terminé (Pellegrini et Roth, 2018).

Aujourd'hui, le secteur stationnaire des hôpitaux est financé à 91 % au moyen des contributions versées pour les prestations hospitalières stationnaires. 7 % supplémentaires proviennent des contributions pour l'enseignement universitaire et la recherche ainsi que pour les autres prestations d'intérêt général. Selon von Stokar et al (2016), Pellegrini et Roth (2018) et Müller et al. (2019), la façon dont les dépenses pour les prestations d'intérêt général sont gérées varie beaucoup entre les cantons. Cet aspect précis est approfondi au point 3.5.

En ce qui concerne l'adaptation des parts des cantons et de l'AOS au financement des prestations soumises à la LAMal, la mise en œuvre de la mesure s'est déroulée conformément aux attentes. En 2017, la part effective de financement assumée par les cantons s'élevait à au moins 55 % alors qu'en 2012, cette part ne se montait qu'à 40 % et en 2016 qu'à 51 % (B,S,S. 2019).

3.1.2 Effets de la mesure

Le financement dual-fixe a entraîné, parfois en combinaison avec d'autres mesures, les effets escomptés :

- La prescription imposant une clarification des règles en matière de clé de financement a augmenté la transparence concernant le financement des prestations hospitalières stationnaires (B,S,S. 2019).
- La part de financement de l'AOS a été stabilisée à un niveau inférieur à celui qui prévalait avant la révision. En chiffres absolus, les dépenses de l'AOS ont cependant continué d'augmenter, en raison de la hausse des dépenses des hôpitaux (Pellegrini et Roth, 2018).²⁸
- Pour l'année 2012, on observe un recul de la part de financement des assurances complémentaires/part des coûts directement réglés par les assurés (*out-of-pocket*), ce qui s'explique du moins en partie par la décharge des assurances complémentaires générée par la révision. L'égalité de traitement prévue entre les hôpitaux publics et privés a contribué surtout en 2012 à un net recul de la part de financement des assurances complémentaires.²⁹ Un autre aspect qui a probablement contribué à décharger ces assurances est l'élargissement du choix de l'hôpital ; en effet, lors de séjours hospitaliers extra-cantonaux dans un hôpital répertorié, y compris les séjours qui ne sont pas justifiés par un motif médical, c'est désormais le canton de domicile et non l'assurance complémentaire qui assume les coûts supplémentaires (B,S,S. 2019).

3.2 Forfaits liés aux prestations

Les prestations hospitalières stationnaires sont désormais rémunérées sur la base de forfaits liés aux prestations. Les prestations qui sont prises en charge sont avant tout des prestations par cas, et ce en principe indépendamment du type d'établissement dans lequel le traitement

²⁸ Voir également le chap. 4.1.1, Effets sur les coûts et le financement.

²⁹ Voir également la figure Figure , au chap. 4.

a lieu. Les coûts d'investissement liés, aux termes de la LAMal, à la réalisation des prestations hospitalières stationnaires (coûts d'utilisation des immobilisations) sont couverts par le biais des forfaits liés aux prestations. Les forfaits sont financés par une clé de répartition fixe entre les cantons et l'AOS (financement dual-fixe des prestations). Pour avoir droit à ce type de financement, la condition est la même pour tous les hôpitaux : figurer sur la liste des hôpitaux répertoriés. Avant la révision, les coûts des hôpitaux cantonaux publics et publics-subventionnés (classification de l'époque) étaient cofinancés, d'une part, par le biais du remboursement des coûts pour les prestations stationnaires et, d'autre part, par le biais des contributions structurelles et des couvertures de déficit.

Les effets escomptés avec les forfaits liés aux prestations se basent sur les hypothèses suivantes : la structure tarifaire ayant été uniformisée à l'échelle nationale, les forfaits augmentent la *transparence* des prestations et des coûts des hôpitaux, favorisant ainsi la comparabilité des différents établissements. De cette façon, cantons, assureurs et assurés peuvent plus facilement comparer ces établissements, ce qui contribue à entraîner une *hausse de la concurrence* entre les hôpitaux, y compris au-delà des frontières cantonales et, partant, crée des incitations pour que ces derniers *améliorent leur efficacité*. Le Conseil fédéral attend de cette mesure qu'elle suscite des optimisations de processus, un accroissement de la spécialisation, une amélioration de la gestion des interfaces et une augmentation des coopérations avec d'autres fournisseurs de prestations. Un autre effet important qui est escompté, en partant de l'hypothèse que certaines des prestations dans ce domaine peuvent être effectuées à moindres coûts avec le même degré de qualité, est un gain d'efficacité dans les transferts de prestations vers le secteur des soins intervenant en aval d'une hospitalisation. À plus long terme, il est escompté que notamment les hôpitaux très compétitifs s'imposent sur le marché et que, par le biais des forfaits, les processus de concentration du paysage hospitalier s'intensifient et mènent à une prise en charge efficace et de haute qualité.

L'introduction des forfaits liés aux prestations était associée à des attentes élevées sur le plan de la *maîtrise de la hausse des coûts*. Supposant que les transferts vers d'autres secteurs de soins se feraient à moindres frais, les auteurs de la réforme espéraient également que les forfaits *contribueraient à freiner la croissance des coûts de l'AOS et du système de santé dans son ensemble*, tout en maintenant l'accès à des soins de haute qualité.³⁰

3.2.1 Mise en œuvre de la mesure dans le domaine des soins somatiques aigus (SwissDRG)

Les développements qui suivent concernent principalement le domaine des soins stationnaires aigus et le système des SwissDRG. Cela résulte du fait qu'il n'existe pas encore de structure tarifaire uniforme pour l'ensemble du pays dans tous les secteurs de soins. Tandis que la révision a été mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2012 dans le secteur des soins somatiques aigus (SwissDRG), elle n'a été appliquée en psychiatrie (TARPSY) qu'à partir du 1^{er} janvier 2018, c'est-à-dire après la fin de la période examinée dans le cadre de la présente évaluation. Dans le domaine de la réadaptation, l'introduction des forfaits est prévue pour 2022.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les prestations de soins stationnaires somatiques aigus sont réglées selon le système tarifaire des SwissDRG. DRG correspond à *Diagnosis Related Groups*, et cela signifie que les patients sont classés dans différents groupes de cas en fonction de leur diagnostic, de leur âge, de leur sexe, des procédures appliquées dans l'hôpital et d'autres critères. Le montant des différents forfaits par groupe de cas qui seront facturés résulte de la multiplication d'un coût relatif (*cost-weight*) national uniforme par DRG par le tarif dit « de

³⁰ Le lien entre les mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et l'art. 51 LAMal (intitulé « Budget global des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ») est traité dans un rapport séparé (Lobsinger et Frey 2019). Ce rapport établit en particulier une comparaison entre les cantons qui ont recours à l'art. 51 LAMal et les autres, et il indique si les objectifs visés par l'introduction du système des SwissDRG a été atteint dans le premier groupe de cantons.

base » de chaque hôpital. Les coûts relatifs reflètent les coûts moyens d'un traitement dans un groupe de cas par rapport aux autres groupes de cas figurant dans la structure tarifaire.³¹ Ce sont les mêmes dans toute la Suisse. Le tarif de base (aussi appelé « tarif hospitalier », « prix de base » ou *baserate*) correspond au montant en francs attribué à un hôpital pour un cas avec un coût relatif de un. Il est négocié entre les hôpitaux de soins aigus et les assureurs et approuvé par le canton (art. 46, al. 4, LAMal). Les tarifs de base doivent être économiquement viables et sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent les prestations soumises à la LAMal, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49, al. 1, LAMal). Les cantons reçoivent quant à eux de la part du Surveillant des prix une recommandation de tarif basée sur des comparaisons des coûts d'exploitation de tous les hôpitaux de soins aigus.³² Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'accorder sur un tarif de base, le canton peut le fixer de façon souveraine (art. 47, al. 1, LAMal). Les cantons doivent toujours tenir compte du critère de l'économicité, qu'ils interviennent pour approuver ou pour fixer le tarif de base (Rütsche, 2011 ; GDK, 2017). La décision cantonale peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral (art. 53 LAMal).

La mise en œuvre des SwissDRG dans le domaine des soins somatiques aigus s'est globalement déroulée selon les prévisions. Les points qui suivent ont été évalués comme positifs.

- *Une structure tarifaire qui convient de manière générale pour établir des comparaisons entre hôpitaux* : mesurée d'après la qualité des données et la pertinence de la représentation des prestations de soins, la qualité de la structure tarifaire des SwissDRG peut être qualifiée de bonne. D'après l'appréciation des évaluations qui ont été réalisées, elle s'est améliorée ces dernières années.³³ En ce qui concerne le classement des prestations, les conditions nécessaires pour assurer une saisie uniforme et ainsi permettre une comparaison des données sont remplies (B,S,S. 2019).
- *L'intégration des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits liés aux prestations, la quasi-disparition des couvertures de déficits* : aujourd'hui, le secteur hospitalier stationnaire est financé à 91 % au moyen des contributions versées pour les prestations hospitalières stationnaires (Pellegrini et Roth, 2018). Cela signifie notamment que les coûts d'utilisation des immobilisations sont couverts avant tout par la rémunération pour les prestations hospitalières stationnaires. Il convient cependant de noter que les données pour étayer cette affirmation sont lacunaires. Les sommes assumées par les cantons pour couvrir les déficits des hôpitaux ont considérablement diminué. Le point qui était escompté consistant à ne plus accorder de couvertures de déficit est quasiment atteint.
- *La prise en compte du critère de l'économicité lors de l'approbation ou de la fixation des tarifs de base* : les cantons tiennent davantage compte du critère de l'économicité lorsqu'ils approuvent ou fixent les tarifs de base. En ce qui concerne la fixation des tarifs, la majorité des cantons s'est appuyée sur des données relatives aux prestations et aux coûts, conformément aux dispositions de l'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 (OCP) et sur des données relatives aux coûts selon la révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations (REKOLE®). Une bonne moitié des cantons a utilisé des données nationales pour évaluer l'économicité de leurs tarifs de base. En ce qui concerne l'appro-

³¹ La SwissDRG SA, qui a été spécialement créée dans le but de déterminer le montant de ces coûts relatifs, fixe chaque année ces montants dans le cadre de la structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse.

³² Art. 14 de la loi fédérale concernant la surveillance des prix (LSP, 2016a).

³³ La condition nécessaire pour pouvoir comparer les établissements de façon performante consiste à représenter les prestations de manière conforme à la réalité dans la structure tarifaire. Pour que cette représentation soit effectivement conforme à la réalité, le système doit fournir des données de haute qualité (ATAF 2014/36 E.4) (B,S,S. 2019).

bation des tarifs de base, moins d'un quart des cantons exige de la part des partenaires tarifaires qu'ils aient recours à un classement afin de vérifier l'économicité des tarifs de base qu'ils proposent (B,S,S. 2019).

Les points qui suivent peuvent être améliorés.

- *L'hétérogénéité des pratiques en ce qui concerne l'approbation et la fixation des tarifs de base par les cantons* : d'après les résultats de l'enquête qui a été réalisée, les cantons tiennent compte de façon variable du critère de l'économicité lors de l'approbation ou de la fixation des tarifs de base. Cela était dû, en partie, à la qualité relativement mauvaise des données durant la phase de lancement du nouveau système. Dans le secteur des soins somatiques aigus, six cantons ont exigé des partenaires tarifaires qu'ils utilisent un classement pour contrôler le critère de l'économicité. Les autres cantons ont renvoyé à un classement (établi en propre), au Surveillant des prix ou au primat de la négociation des parties à la convention. En ce qui concerne la fixation des tarifs, une bonne moitié des 18 cantons qui avaient procédé à une telle fixation a utilisé des données nationales pour apprécier l'économicité des tarifs de base. Les autres cantons ont renoncé à évaluer des données ou se sont basés sur des données cantonales ou régionales (B,S,S. 2019).
- *Le financement croisé des prestations hospitalières stationnaires* : les financements croisés par les cantons (et d'autres acteurs) des coûts pertinents pour la détermination des tarifs AOS demeurent théoriquement possibles, vu les investissements directs dans le domaine hospitalier, l'octroi de conditions préférentielles pour les investissements et les différences au niveau de la définition et de la gestion du financement des prestations d'intérêt général (Müller et al. 2019). On ne dispose cependant d'indications concrètes en ce sens que pour les prestations de réserve ou d'attente pour les cas d'urgence et pour les conditions préférentielles accordées pour les coûts d'utilisation des immobilisations (Müller et al. 2019).
- *L'hétérogénéité des pratiques en matière de comparaisons entre établissements* : la réalisation et la publication par la Confédération, en collaboration avec les cantons, de comparaisons nationales entre les établissements en ce qui concerne notamment les coûts des résultats médicaux (art. 49, al. 8, LAMal), font encore défaut. Il n'existe pas encore d'éléments de concrétisation sur la façon de procéder à la comparaison entre établissements. Il manque par exemple une échelle uniforme de mesure de l'efficacité ; il semble par ailleurs nécessaire d'opérer une différenciation des tarifs permettant de représenter des particularités spécifiques à certains hôpitaux. Dans la pratique, différentes procédures se sont par conséquent développées et s'orientent lorsque cela est possible sur les données corrigées des coûts par cas, sans prise en compte du degré de gravité des cas. En outre, certains problèmes de délimitation sont rapportés au niveau des coûts des prestations d'intérêt général, au niveau des coûts des prestations supplémentaires liées aux hospitalisations en division générale et au niveau de la délimitation des honoraires des médecins. Par ailleurs, il est fait état d'erreurs d'évaluation (surévaluation de cas bénins et sous-évaluation de cas complexes) et de répartitions des coûts peu homogènes au sein de mêmes groupes de cas (B,S,S. 2019).
- *Des complications, parfois, au niveau de l'établissement des tarifs* : la fixation du montant des tarifs de base des cas par les partenaires tarifaires ou, le cas échéant, par les cantons s'est parfois avérée difficile, du moins durant la phase d'introduction du nouveau système. Dans de nombreux cas, les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à parvenir à un accord (OFSP 2015a). Seuls huit cantons ont noté dans l'enquête menée en 2017 ne pas encore avoir été concernés par une procédure de fixation des tarifs (B,S,S. 2019). Plusieurs tarifs fixés par les cantons ont fait l'objet de recours devant le Tribunal administratif fédéral, déposés par les partenaires tarifaires. Les arrêts du Tri-

bunal administratif fédéral ont conduit à obliger les cantons à se baser sur un classement supracantonal (national) des coûts pour approuver ou fixer les tarifs de base (Widmer et al., 2016).

3.2.2 Effets de la mesure

Malgré une mise en œuvre encore partielle, l'introduction des SwissDRG dans les soins somatiques aigus indique, parfois en combinaison avec d'autres mesures de la révision, des effets allant dans le sens souhaité par le législateur.

- *L'augmentation de la transparence des prestations et des coûts* : dans le secteur des soins somatiques aigus, les forfaits liés aux prestations ont contribué à augmenter la transparence des coûts et des prestations des hôpitaux de soins aigus. Les cantons vérifient par le biais de comparaisons l'économicité de l'offre et les partenaires tarifaires s'inspirent d'un hôpital de soins aigus efficient pour établir les tarifs de base. Étant donné qu'il est essentiel pour les soins et pour le développement de la structure tarifaire des SwissDRG de disposer de données fiables, les acteurs ont été sensibilisés à l'importance de fournir des données de bonne qualité. L'inclusion des coûts d'investissement dans les forfaits a participé à la hausse de la transparence concernant le financement des hôpitaux de soins aigus (B,S,S. 2019).
- *L'augmentation de la concurrence et de l'efficacité des hôpitaux de soins aigus* :³⁴ de manière générale, on observe depuis 2012 un accroissement de la pression financière qui pèse sur les hôpitaux de soins aigus. Cette évolution s'explique, du moins en partie, par les forfaits liés aux prestations. Ce mode de rémunération des prestations a créé des incitations à réaliser des gains d'efficacité. Selon que les coûts par cas corrigés (sans prise en compte du degré de gravité des cas) sont inférieurs ou supérieurs au montant alloué pour le forfait par cas, il résulte pour l'hôpital un bénéfice ou une perte pour les cas en question. À partir de 2014, les coûts de production par cas se sont stabilisés dans le domaine des soins somatiques aigus. En 2016, on note même une légère baisse. Depuis 2012, on observe une baisse du montant des tarifs de base et une tendance à la convergence de ces derniers (B,S,S. 2019).
- *La contribution à des transferts de prestations du secteur des soins somatiques aigus vers le secteur des soins intervenant en aval d'une hospitalisation* : différentes études sont arrivées à la conclusion qu'une partie des prestations hospitalières stationnaires de soins aigus sont transférées vers d'autres secteurs de soins (Tuch et al. 2018 ; Widmer et al. 2017a et 2017b ; Felder et al. 2014). Cette évolution avait démarré dès avant l'introduction des forfaits liés aux prestations. Elle est liée à la tendance consistant à accomplir de plus en plus de prestations médicales en mode ambulatoire plutôt que stationnaire (B,S,S. 2019). La révision vise à renforcer cette tendance dans la mesure où elle cherche à inciter les hôpitaux à procéder à des transferts de prestations dans un but de gain d'efficacité. Transférer certaines prestations hospitalières stationnaires en-dehors de ce secteur de soins suppose que ces prestations puissent être réalisées à moindres frais tout en maintenant le même degré de qualité (B,S,S. 2019). Depuis 2012, on note une nette augmentation des transferts vers les établissements médico-sociaux, les soins ambulatoires et, au sein des hôpitaux, vers le secteur de la réadaptation. Ces transferts occasionnent dans le secteur ambulatoire ainsi que pour les établissements médico-sociaux des coûts supplémentaires qui n'ont toutefois pas pu être examinés dans le cadre de la présente évaluation (Pellegrini et Roth 2018).
- *La contribution à la maîtrise de la croissance des coûts concernant les prestations hospitalières stationnaires* :³⁵ dans le domaine des soins somatiques aigus, les dé-

³⁴ Voir le point 4.2.3 pour avoir une description détaillée des effets de la révision sur les hôpitaux.

³⁵ Voir le point 4.1.1 pour avoir une description détaillée des effets de la révision sur les coûts et le financement.

penses pour les prestations hospitalières stationnaires entre 2013 et 2016 ont augmenté moins rapidement qu'avant l'introduction des SwissDRG et moins que dans les divers secteurs de soins ambulatoires. Cette tendance est particulièrement visible au niveau des coûts par cas (2013-2016 : 1 % de croissance annuelle moyenne des coûts, contre 1,8 % en 2011). Ces évolutions semblent indiquer que la révision fait effet et qu'elle permet effectivement de contenir la hausse des coûts dans le secteur des soins hospitaliers stationnaires (B,S,S. 2019).

Malgré les effets positifs évoqués ci-dessus en lien avec l'introduction des forfaits liés aux prestations, il convient de noter qu'il subsiste des déficits dans différents domaines.

- *L'insuffisance de la transparence au niveau des coûts et des comparaisons entre établissements* : comme auparavant, il ressort de l'évaluation de la transparence concernant les coûts des soins somatiques aigus le constat que la situation peut encore être améliorée dans ce domaine. Les chiffres-clés doivent notamment être mieux harmonisés et ceux qui existent présentés de façon plus claire. Par conséquent, les comparaisons entre établissements qui peuvent être réalisées actuellement ne sont que partiellement fiables (voir le point 3.5).
- *L'incertitude quant à la maîtrise à long terme de la hausse des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire* : la forte hausse des coûts entre 2011 et 2012 (cf. tableau Tableau 13) ne peut être compensée que par une limitation à long terme de la croissance annuelle des coûts. Si, entre 2013 et 2015, une hausse plus faible de l'accroissement des coûts a pu être constatée, des signes d'augmentation sont à nouveau apparus en 2016 au niveau des coûts par cas (+ 0,7 %). Il est actuellement impossible d'évaluer si cette nouvelle hausse est ponctuelle ou si elle représente le début d'une nouvelle tendance (Pellegrini et Roth 2018).
- *L'absence de maîtrise des coûts au-delà du secteur hospitalier stationnaire de soins aigus* : la hausse des coûts n'a été contenue depuis 2012 dans aucun secteur de soins hormis celui des soins somatiques aigus (voir chap. 4.1.1). Cela signifie qu'une hausse de l'augmentation des coûts a dû se produire dans les secteurs des soins ambulatoires et post-opératoires stationnaires. Quant à savoir si les transferts de prestations du secteur hospitalier stationnaire de soins aigus vers le secteur (hospitalier ou non) des soins intervenant en aval ont ou non eu un effet positif sur les coûts et permis d'engendrer des économies, les données disponibles ne permettent pas de se prononcer sur ce point.
- *Des signes de hausse de la charge de travail pour le personnel* : la mise en œuvre de la révision n'a pas entraîné de coupes dans les effectifs. Kleinknecht-Dolf et al. (2015) soulignent cependant que la pression financière induite par les forfaits par cas liés aux prestations est susceptible d'entraîner un stress moral pour le personnel soignant, ce qui pourrait, le cas échéant, affecter la qualité des soins (INFRAS et Zahnd 2018). Différentes études commandées par la FMH (Golder et al. 2015 et 2017) évoquent également le facteur du stress dans le corps médical hospitalier. L'enquête qui a été réalisée révèle que parmi les médecins hospitaliers qui ont été interrogés, la part de ceux qui indiquent être généralement ou fréquemment soumis à du stress a tendance à augmenter.
- *L'importance croissante des déficits de qualité au niveau des interfaces* : les forfaits liés aux prestations incitent les hôpitaux à transférer les patients le plus tôt possible vers le secteur des soins intervenant en aval. Des analyses portant sur la durée des séjours hospitaliers et l'enquête réalisée auprès des hôpitaux révèlent que les hôpitaux réagissent en conséquence et intensifient dès lors leur gestion des interfaces. Certains signes indiquent que ces efforts ne sont pas suffisants et qu'il subsiste des déficits de qualité, en particulier au niveau de la gestion des sorties (voir le point 4.1.2).
- *L'augmentation du nombre de réhospitalisations dans le secteur des soins somatiques aigus* : dans le secteur des soins somatiques aigus, le nombre des réhospitalisations

est en forte augmentation depuis 2009. Il n'est pas possible, dans la présente évaluation, d'identifier dans quelle mesure cette tendance pourrait être liée à la révision de la LAMal et plus particulièrement à l'introduction des forfaits par cas (voir le point 4.1.2).

- *Des signes d'absence d'amélioration des différences de qualité entre les hôpitaux ou concernant la position de la Suisse dans la comparaison internationale* : les effets des améliorations au niveau de la qualité des structures et des processus semblent (pour l'instant) se limiter à la qualité des résultats³⁶. Une conclusion accessoire ressort de ce constat, à savoir qu'il n'a pas été possible de réduire notablement les différences importantes de qualité entre les hôpitaux suisses (concernant les taux d'infections de plaies post-opératoires ou la satisfaction des patients, par ex.). Un rapport de l'ANQ (Kuster et al. 2016) montre qu'en comparaison avec la situation à l'étranger, les taux d'infection continuent d'être relativement élevés, en particulier dans le domaine de la chirurgie colorectale (INFRAS et Zahnd 2018).

Il s'avère que certains effets indésirables qui étaient craints en rapport avec l'introduction des forfaits liés aux prestations ne se produisent globalement pas de façon systématique, ce qui conduit à des constats rassurants.

- *L'absence de réaction de baisse de l'efficacité de la part des hôpitaux* : les auteurs de l'évaluation n'ont pas observé de signes indiquant de la part des hôpitaux des réactions systématiques non désirées, telles qu'un surcodage ou un rationnement des cas hospitaliers. De même, les craintes d'une augmentation du nombre de cas, en rapport avec l'introduction des forfaits liés aux prestations, ne se sont pas confirmées (voir le point 4.1.1).
- *L'absence de coupes dans les effectifs* : aucun signe ne semble indiquer des coupes d'effectifs systématiques (voir le point 4.1.2).
- *Une stabilisation voire une amélioration de certains indicateurs de la qualité des résultats* : comme indiqué au point 4.1.2, les indicateurs tels que la mortalité à 30 jours à l'hôpital, la satisfaction des patients, la prévalence des infections de plaies post-opératoires ou encore le nombre des chutes se sont stabilisés voire améliorés, alors que l'on redoutait une détérioration au niveau de ces indicateurs avant la mise en œuvre de la révision. En revanche, le taux des réhospitalisations a augmenté.
- *L'absence de signes indiquant une péjoration de l'accès aux soins* : l'instauration des forfaits par cas liés aux prestations pourrait, alors que ce n'est pas souhaité, entraîner une sélection des patients si les hôpitaux obtiennent avec ce mode de facturation de meilleurs résultats financiers sur certains diagnostics. Un tel phénomène s'opposerait à l'objectif poursuivi par la révision de la LAMal consistant à assurer l'accès à une prise en charge de haute qualité (INFRAS et Zahnd 2018). En outre, la concentration de l'offre de soins stationnaires pourrait conduire à une modification géographique de l'accès aux prestations médicales (les patients devraient éventuellement parcourir de longs trajets pour aller se faire soigner) (econcept/LENZ 2018). Au-delà de ces aspects, les hôpitaux pourraient, en raison des DRG, modifier la façon dont ils posent les diagnostics et choisissent les traitements (qualité de l'indication) et provoquer ainsi une offre de soins excédentaires, insuffisants ou inappropriés (INFRAS et Zahnd 2018). Sur la base des études disponibles, aucun de ces effets négatifs ni aucune violation de l'obligation de prise en charge par les hôpitaux n'a été constaté (B,S,S. 2019 ; INFRAS et Zahnd 2018). Toutefois, le respect de l'obligation de prise en charge n'a été contrôlé de façon systématique que dans de rares cantons (econcept/LENZ 2018).

³⁶ La qualité des résultats correspond au changement de l'état de santé des patients auxquels peut être rattaché un acte médical ou de soins et un acte administratif antérieur.

3.3 Planification hospitalière et mandats de prestations

La révision a entraîné le remplacement du pilotage des capacités (déterminées par un nombre de lits, Conseil fédéral 2013) par un pilotage basé sur les prestations. Pour cela, des conditions-cadres uniformes pour tous les hôpitaux, indépendamment de leur statut et du canton où ils sont situés, ont été créées. Quatre éléments centraux caractérisent les nouvelles prescriptions pour la planification hospitalière des cantons.³⁷

- *Une procédure vérifiable d'évaluation des besoins en soins* : pour établir leur planification hospitalière, les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable, en se fondant notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons (art. 58b, al. 1, OAMal³⁸). Cette évaluation des besoins inclut également les flux de patients vers et depuis les hôpitaux conventionnés et vers et depuis des hôpitaux extra-cantonaux. Il s'agit d'éviter les surcapacités (voir à ce sujet également la recommandation 2 de la CDS, GDK 2017).
- *Des critères de planification uniformes définis par le Conseil fédéral* : l'adaptation des planifications hospitalières cantonales se fonde, entre autres, sur des critères de planification portant sur la qualité et l'économicité des soins, critères lesquels ont été précisés et uniformisés pour l'ensemble de la Suisse (art. 58a à 58e OAMal). Sont notamment à prendre en compte l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire ainsi que le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies (art. 58b, al. 5, let. a-c, OAMal). Ces critères correspondent dans une large mesure à la jurisprudence en vigueur avant la révision et supposent que la planification s'appuie sur des comparaisons entre établissements concernant la qualité et l'économicité de ces derniers (Rütsche 2011). La CDS a rédigé des recommandations sur la façon de contrôler les critères prescrits (recommandations 4 à 7 de la CDS, GDK 2018 ; econcept/LENZ 2018).
- *L'établissement de listes d'hôpitaux et l'attribution de mandats de prestations* : lors de la sélection des établissements qui figureront sur la liste d'hôpitaux (hôpitaux répertoriés), les cantons doivent prendre en compte les critères de planification prescrits (art. 58b, al. 4, let. a, OAMal) en assurant une égalité de traitement entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.³⁹ La CDS recommande de soumettre tous les fournisseurs de prestations intéressés à une procédure de candidature. L'inscription sur la liste des hôpitaux répertoriés constitue un élément déterminant pour les établissements, car les cantons et l'AOS ne participent financièrement qu'au financement des prestations réalisées dans les hôpitaux figurant sur une telle liste. Les établissements qui ne sont répertoriés sur aucune liste mais qui ont conclu un accord avec au moins un assureur-maladie (hôpitaux conventionnés) ne peuvent facturer leurs prestations qu'aux assureurs-maladie, pas aux cantons.⁴⁰
- *Une coordination et une coopération intercantionales* : lorsqu'ils établissent leur planification hospitalière, les cantons sont tenus en vertu de l'art. 39, al. 2, LAMal et de l'art. 58d OAMal de se coordonner à l'échelle intercantonale. D'après les recommandations de la CDS, ils doivent en particulier évaluer les informations nécessaires concernant les flux de patients et coordonner leur planification avec les cantons dont les hôpitaux jouent, sur la base de ces flux, un rôle important d'approvisionnement en

³⁷ 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 (cf. art. 39 et 49a LAMal et al. 3 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007).

³⁸ Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

³⁹ L'art. 39, al. 1, let. d, LAMal prévoit que les organismes privés soient pris en considération « de manière adéquate ».

⁴⁰ Cette règle ne s'applique que pour la part visée à l'art. 49a LAMal, pas pour l'ensemble des coûts de la prestation.

soins (recommandation 2 de la CDS, GDK 2018 ; econcept/LENZ 2018). Une planification supracantonale commune est attendue mais pas explicitement exigée, hormis dans le secteur de la médecine hautement spécialisée (art. 39, al. 2bis, LAMal).

Les modifications dans la planification hospitalière étaient liées à quatre attentes en particulier. Premièrement, il s'agissait d'éliminer les possibilités de distorsion de la concurrence ; deuxièmement, de contribuer à la hausse du degré de transparence des coûts dans le secteur des soins stationnaires ; troisièmement, de parvenir à une concentration de l'offre de soins, au moyen de coopérations et d'une spécialisation des établissements ; et, quatrièmement, d'exercer par le biais de ces coopérations et de cette spécialisation une influence positive sur la qualité des résultats des prestations fournies dans le domaine des soins stationnaires (INFRAS et Zahnd 2018).

3.3.1 Mise en œuvre de la mesure

Les études disponibles relèvent que les cantons ont mis en œuvre dans une large mesure et de façon conforme à la loi les modifications relatives à la planification hospitalière apportées par la révision de la LAMal (voir en particulier econcept/LENZ 2018). Ils ont aussi amplement exploité la vaste marge de manœuvre laissée par la législation révisée, par exemple sur le plan de l'application des critères de planification prescrits.

Les études disponibles permettent de tirer les constats positifs suivants en ce qui concerne la mise en œuvre de la planification hospitalière dans les cantons.

- *Une procédure vérifiable d'évaluation des besoins en soins* : tous les cantons satisfont à l'exigence de réaliser une planification hospitalière. Pour ce qui concerne le secteur des soins somatiques aigus, 23 cantons sur les 26 s'appuient sur le système des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), recommandé par la CDS. Tous les cantons utilisent un modèle de projection pour déterminer les besoins en termes d'approvisionnement en soins ; rares sont ceux qui ont effectué des analyses approfondies. Dans certains cas, il s'est avéré difficile de se procurer les données pertinentes suffisamment rapidement (econcept/LENZ 2018).
- *La prise en compte des critères de planification du Conseil fédéral* : lors de l'attribution de mandats de prestations, les cantons appliquent comme prévu les critères de planification du Conseil fédéral. Des clarifications s'imposent toutefois à différents points de vue en ce qui concerne la définition des critères, la façon de les rendre opérationnels et au niveau de la disponibilité et de la qualité des données (econcept/LENZ 2018).
- *L'établissement de listes d'hôpitaux et l'attribution de mandats de prestations* : tous les cantons attribuent des mandats de prestations conformément à la loi et établissent une liste des hôpitaux répertoriés (econcept/LENZ 2018). L'achat de prestations est de plus en plus fréquemment organisé de façon à favoriser la mise en concurrence. En particulier dans le secteur des soins somatiques aigus, on observe de plus en plus régulièrement des procédures publiques d'attribution de mandats qui appliquent le concept de groupes de prestations recommandé par la CDS (Widmer et al. 2016). L'examen de l'économicité appliqué lors de l'attribution de mandats de prestations dans le secteur des soins somatiques aigus s'appuie dans environ la moitié des cantons sur des données relatives aux prestations et aux coûts selon l'OCP ou sur des données relatives aux coûts selon la révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations (REKOLE®) (B,S,S. 2019).⁴¹ La part des assurés AOS qui sont

⁴¹ La méthode REKOLE® fournit sous la forme d'un manuel des lignes directrices en matière de saisie des coûts et des prestations dans les hôpitaux. Les règles de comptabilité prescrites par REKOLE® et l'OCP sont différentes. Selon la méthode REKOLE®, les placements s'amortissent tout au long de la durée de vie des objets dans lesquels il a été investi (même lorsque ceux-ci n'ont plus de valeur résiduelle). La comptabilisation se base sur la valeur de remplacement. Selon l'OCP, les placements s'amortissent jusqu'à ce que la valeur résiduelle

traités dans des hôpitaux privés constitue un des éléments indiquant si les hôpitaux privés sont mieux pris en compte lors de l'attribution de mandats de prestations. Entre 2010 et 2016, cette part a augmenté de 11,4 % dans le secteur des soins somatiques aigus, de 3,8 % dans celui de la réadaptation et de 9,2 % dans celui de la psychiatrie. Cette augmentation s'explique au moins en partie par l'intégration d'hôpitaux privés sur les listes d'hôpitaux répertoriés. Le recul général du nombre de personnes disposant d'une assurance complémentaire est un autre facteur pouvant expliquer cette évolution (Gruber et Lippitsch 2018a).

- *Une coordination intercantonale conforme aux prescriptions légales* : les examens qui ont été réalisés semblent indiquer que la coordination intercantonale s'est améliorée depuis 2012 sur le plan des soins stationnaires (econcept/LENZ 2018). Les prescriptions légales sont respectées dans une large mesure. Cette coordination se limite généralement au fait que les cantons se consultent mutuellement et parfois conviennent d'accords réciproques. Hormis la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), les cas de coopération plus poussée sont plutôt isolés. En voici quelques exemples : le rapport commun sur la situation en matière d'approvisionnement en soins dans la région du nord-ouest de la Suisse, le projet LUNIS, en Suisse centrale (Christen et al. 2013), la coopération entre le canton de Glaris et l'hôpital cantonal des Grisons, à Coire, ou encore la collaboration de deux hôpitaux intercantonaux en Suisse occidentale (Cosandey et al. 2018).

Certains aspects peuvent encore être améliorés, surtout dans les domaines qui suivent.

- *La variabilité entre cantons sur le plan de la mise en œuvre des critères de planification* : l'examen comparatif de l'économicité des hôpitaux a, certes, gagné en importance, mais les prescriptions en matière de prise en compte des critères de planification sont encore appliqués de façon très variable, que ce soit entre les différents cantons ou entre le secteur des soins somatiques aigus, celui de la réadaptation et celui de la psychiatrie (econcept/LENZ 2018). Une des raisons expliquant cela réside dans la disponibilité et la qualité limitées des données par le passé. Environ un quart des cantons a par exemple utilisé pour l'évaluation de l'économicité des données nationales obtenues par le biais d'un échange intercantonal de données. Les autres cantons s'appuient sur des données correspondant à une couverture régionale, cantonale ou autre ou ne procèdent pas à une évaluation de données (B,S,S. 2019). Il subsiste des lacunes non seulement au niveau de l'examen de l'économicité mais aussi au niveau de l'application des critères de qualité. Sur ce point également, une partie du problème s'explique par des lacunes au niveau des données disponibles. Toutefois, les cantons ont aussi très peu utilisé les indicateurs de qualité disponibles pour effectuer des comparaisons entre les hôpitaux (INFRAS et Zahnd 2018).
- *L'absence de comparaisons exhaustives entre établissements* : le Tribunal administratif fédéral a condamné en 2012 et en 2015 la façon dont le critère de l'économicité avait été mis en œuvre.⁴² Tandis qu'avant la révision, une comparaison entre des établissements comparables suffisait, depuis lors, les cantons sont tenus d'effectuer des comparaisons exhaustives entre établissements, or cette exigence n'est pas encore toujours satisfaite (econcept/LENZ 2018).⁴³

des investissements soit égale à zéro, la comptabilisation se basant sur la valeur d'achat. Ces différences mènent tendanciellement à ce que les CUI se révèlent moins élevés selon la méthode de l'OCP que selon celle de REKOLE® (B,S,S. 2019).

⁴² En particulier les arrêts du TAF C-325/2010, du 7 juin 2012, ainsi que C-2389/2012 et C-1841/2014, du 21 août 2015.

⁴³ La publication des coûts par cas corrigés (sans prise en compte du degré de gravité des cas) est prévue dans le cadre des comparaisons entre établissements selon l'art. 49 LAMal.

- *L'égalité de traitement entre les hôpitaux* : l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux, indépendamment de leur statut et de l'endroit où ils sont situés, n'est pas pleinement mise en œuvre dans toutes les planifications hospitalières cantonales. Certains signes indiquent que les hôpitaux privés subissent encore un désavantage concurrentiel par rapport à leurs équivalents publics. La part des personnes assurées à l'AOS soignées dans des hôpitaux privés demeure très en-dessous de celle des personnes soignées dans des hôpitaux publics (Gruber et Lippitsch 2018a). En outre, tous les hôpitaux publics mais seulement 80 % des hôpitaux privés figuraient en 2015 sur une liste d'hôpitaux répertoriés.
- *La coopération intercantonale, qui est encore faible* : certains signes semblent indiquer que la planification hospitalière ne s'oriente pour l'instant encore que peu en fonction des flux régionaux de patients et se basent principalement sur les frontières cantonales (Cosandey et al. 2018). La collaboration supracantonale est plutôt rare dans ce domaine. Dans certaines régions, la concurrence entre hôpitaux et, partant, entre cantons semble en revanche s'accroître (econcept/LENZ 2018).

3.3.2 Effets de la mesure

Lorsque l'on considère les effets de la planification hospitalière, on constate que les conditions-cadres favorisant la concurrence entre les hôpitaux se sont améliorées ces dernières années. L'approvisionnement en soins de haute qualité continue d'être garanti. La planification hospitalière a produit divers effets allant dans le sens qui était souhaité.

- *L'amélioration des conditions-cadres en matière de concurrence* : en utilisant le système des GPPH (dans le domaine des soins somatiques aigus), les cantons ont amélioré le degré de transparence des processus d'attribution de mandats de prestations, le degré de prise en compte des critères d'économicité et de qualité ainsi que les conditions-cadres en matière de concurrence, en intégrant des établissements privés sur les listes d'hôpitaux répertoriés (econcept/LENZ 2018, Widmer et al. 2016).
- *L'augmentation du degré de transparence concernant les coûts* : comme constaté précédemment, l'examen comparatif de l'économicité des hôpitaux, qui se base sur les chiffres-clés, a gagné en importance. Les chiffres-clés et les comparaisons entre établissements ont eu un impact positif sur la transparence des coûts (B,S,S. 2019).
- *La contribution à la maîtrise des coûts dans le secteur des soins hospitaliers stationnaires* : la nouvelle planification hospitalière a probablement eu une influence directe sur la maîtrise de la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire. Cela s'explique vraisemblablement en partie par le fait que les cantons ont contrôlé l'économicité des hôpitaux en procédant à des comparaisons concernant les coûts et par le fait que les assureurs et les cantons ont défini des tarifs de base en fonction des coûts constatés dans un hôpital efficient (notons cependant qu'il n'existe pas d'échelle uniforme de mesure de l'efficacité) (B,S,S. 2019).
- *Le renforcement de la pression financière et de la pression en matière de qualité* : la mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière par les cantons a non seulement renforcé la pression financière pesant sur les hôpitaux mais également les exigences en matière de qualité (INFRAS et Zahnd 2018). En particulier l'usage répandu du système des GPPH et la tendance à appliquer des procédures publiques et régulières pour l'octroi de mandats de prestations ont renforcé la concurrence. En revanche, la pression en matière de qualité résulte du point de vue des cantons surtout de la prise en compte du critère de la qualité lors du choix des établissements à inscrire sur les listes d'hôpitaux (INFRAS et Zahnd 2018).
- *La concentration de l'offre concernant les prestations hautement spécialisées* : si l'on constate des cas de coopération intercantonale dans certaines régions, les tendances à la concentration des services de soins se limitent au secteur des prestations hautement spécialisées. Ces processus de concentration sont régulés par les cantons avant

tout au moyen de nombres minimum de cas ou de décisions relevant de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (econcept/LENZ 2018).

- *La garantie de la sécurité au niveau de l'approvisionnement en soins (absence de déficits de soins)* : peu avant l'introduction de la planification hospitalière, la crainte avait été exprimée que cette planification puisse remettre en cause la sécurité de l'approvisionnement en soins. Aucun élément ne confirme cependant cette crainte. La sécurité de l'approvisionnement en soins continue d'être assurée (econcept/LENZ 2018). Si aucun signe de déficit de soins n'a donc été identifié, le problème de l'offre excédentaire en soins n'est en revanche toujours pas résolu (voir le point 4.1.3).

Malgré les évolutions réjouissantes décrites ci-dessus, les effets de la planification hospitalière sont, pour l'heure, moins importants que ce qui était attendu. L'objectif de l'amélioration de la coordination intercantonale avec, en toile de fond, l'attente que les surcapacités soient évitées n'a été que partiellement atteint. Cela est probablement dû, d'une part, au fait que la mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière nécessite plus de temps. D'autre part, certains signes indiquent que les effets escomptés ne peuvent se déployer complètement du fait que certains cantons appliquent les nouvelles prescriptions avec une certaine retenue.

- *La possibilité de distorsions de la concurrence* : le fait que l'inscription d'hôpitaux hors canton sur les listes d'établissements répertoriés reste plutôt rare et qu'il subsiste des surcapacités indique que les cantons pourraient promouvoir davantage la concurrence entre les hôpitaux. Cette situation s'explique selon certains avant tout par la frilosité de la volonté (politique) des acteurs déterminants à réduire les surcapacités, par la poursuite d'objectifs de politique régionale dans le cadre de la planification hospitalière et par les éventuelles procédures judiciaires (qui sont redoutées) (econcept/LENZ 2018).
- *Le recours limité des cantons aux chiffres-clés pour les comparaisons qualitatives* : les cantons interprètent les critères de qualité du Conseil fédéral de façons différentes. Sur ce point, une partie du problème s'explique par des lacunes au niveau des données disponibles. Toutefois, les cantons ont aussi très peu utilisé les indicateurs de qualité disponibles pour effectuer des comparaisons entre les hôpitaux (INFRAS et Zahnd 2018).
- *La marge d'amélioration au niveau de l'influence sur la concurrence entre établissements sur le plan de la qualité* : la grande majorité des cantons n'exploite pas toutes les possibilités que lui offre la planification hospitalière afin de stimuler la concurrence au niveau de la qualité, par le biais de comparaisons qualitatives entre établissements. Cela ne signifie pas pour autant que les hôpitaux n'ont pas de leur côté renforcé leurs efforts en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations (voir le point 4.1.2). Toutefois, il semblerait que ces efforts résultent davantage de tendances générales et de l'élargissement du choix de l'hôpital plutôt que de la planification hospitalière. On ne peut cependant exclure que les hôpitaux se soient montrés plus actifs dans l'expectative de comparaisons qualitatives par les cantons.
- *La quasi-absence de concentration au niveau de l'offre (offre excédentaire)* : si l'on considère la situation à une échelle agrégée, le paysage hospitalier n'a quasiment pas changé entre 2012 et 2016 suite aux mesures de la révision et l'on n'observe qu'une faible concentration de l'offre et des prestations des hôpitaux. Des analyses détaillées révèlent néanmoins que des mouvements importants s'opèrent au niveau du paysage suisse des établissements hospitaliers et que ces évolutions vont dans les grandes lignes dans la direction visée par la révision. Dans le secteur des soins somatiques aigus, la tendance à la concentration de l'offre déjà observée avant 2012 se poursuit au cours de la période étudiée (ecoconcept/ LENZ 2018).

3.4 Extension du libre choix de l'hôpital

En étendant le libre choix de l'hôpital à compter du 1^{er} janvier 2012, le législateur offre aux assurés une plus grande liberté de choix entre les hôpitaux répertoriés en Suisse. Pour le traitement hospitalier de prestations selon la LAMal, l'assuré a 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), (cf. art. 41, al. 1*bis*, LAMal). Une autorisation du canton de résidence est nécessaire (garantie de prise en charge) si l'assuré choisit, pour des raisons médicales, de se soumettre à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, à l'exception du cas d'urgence (cf. art. 41, al. 3, LAMal). Lorsque, pour des raisons médicales⁴⁴, un traitement est fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, les cantons et l'AOS prennent à leur charge leur part respective des coûts (cf. art. 41, al. 3, LAMal). Cependant, en cas de traitement volontaire hors canton, ils participent à la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (art. 41, al. 1*bis*, LAMal). Le canton de résidence définit à cet effet un tarif de référence, ce qui n'est pas réglementé dans la LAMal⁴⁵. En cas de traitement volontaire, la rémunération est limitée par le tarif d'un hôpital approprié sur la liste du canton de résidence (art. 41, al. 1*bis*, LAMal). Par rapport à la situation antérieure à la révision, la participation financière des patients aux traitements volontaires hors canton est ainsi réduite et la charge financière des assurances complémentaires est allégée. Si le prix pratiqué par l'hôpital qui fournit le traitement est supérieur au tarif pratiqué dans le canton de résidence, la différence est prise en charge par le patient lui-même ou par son assurance complémentaire. Les hôpitaux répertoriés sont tenus d'admettre toutes les personnes assurées résidant dans le canton où se situe l'hôpital et, s'agissant des assurés résidant hors de ce dernier, de prendre en charge les personnes dans le cadre de mandats de prestations et dans les cas d'urgence (obligation d'admission définie à l'art. 41a LAMal). Les cantons sont tenus de veiller au respect de l'obligation d'admission. Le Tableau 3 ci-après met en évidence la complexité de la réglementation.

Tableau 3 : garanties cantonales de prise en charge des coûts et tarifs applicables pour les hospitalisations intracantonales et extracantonales à compter du 1^{er} janvier 2012 (recommandation de la CDS)

Article de la LAMal	Lieu du traitement	Garantie de prise en charge requise	Décision garantie de prise en charge	Tarif applicable (à la charge du canton et de l'AOS)
Hospitalisation intracantonale				
art. 41, al. 1 <i>bis</i>	Hôpital répertorié du canton de résidence	Non requise	-	Hôpital traitant
Hospitalisation extracantonale pour des raisons médicales*				
art. 41, al. 3	Hôpital répertorié dans le canton où il se situe	En règle générale pour des raisons médicales : requise (pour autant que le canton n'ait pas généralement décidé de ne pas accorder de prise en charge des coûts)	Positive	Hôpital traitant
			Négative	Jusqu'à concurrence du tarif de référence du canton de résidence

⁴⁴ Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence (cf. art. 41, al. 3*bis*, LAMal).

⁴⁵ La CDS recommande d'utiliser comme tarif de référence un tarif basé sur les tarifs pertinents des hôpitaux de la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée et pondéré par les flux de patients (GDK 2011).

Article de la LAMal	Lieu du traitement	Garantie de prise en charge requise	Décision garantie de prise en charge	Tarif applicable (à la charge du canton et de l'AOS)
art. 41, al. 1bis		Urgence : non requise	-	Hôpital traitant
art. 49a, al. 4	Hôpital non référencé dans le canton de résidence ou dans le canton où il se situe**	En règle générale : non requise	-	Pas de part cantonale, part AOS uniquement, le reste est payé par le patient ou l'assurance complémentaire
			Urgence : requise	Positive
		Urgence : requise	Négative	Pas de part cantonale, part AOS uniquement, le reste est payé par le patient ou l'assurance complémentaire

Source : propre présentation, sur la base du tableau 1 dans GDK (2011).

Légende : * Correspond à un traitement sur indication médicale fourni dans un hôpital non répertorié du canton de résidence. ** Établissements autorisés à fournir des prestations selon la LAMal mais qui ne figurent ni sur la liste du canton de résidence ni sur celle du canton où il se situe. Lorsque ces hôpitaux ont conclu des conventions avec des assureurs-maladie, ils sont dits conventionnés (GDK 2011)

L'extension du libre choix de l'hôpital avait principalement pour but d'accroître la demande intercantonale axée sur la qualité. Le but est que les assurés s'adressent davantage à des hôpitaux de toute la Suisse pour leur traitement. Une plus grande mobilité des assurés devrait favoriser la concurrence au niveau de la qualité entre les hôpitaux (Rütsche 2011). La concurrence intercantonale renforcée doit entraîner (sur le long terme) une harmonisation des tarifs hospitaliers (cf. arrêt C-617/2012 du TAF, E.2.4.3) (B,S,S. 2019). Une condition essentielle à cet égard est que les informations appropriées sur la qualité des hôpitaux soient plus accessibles et plus transparentes.

3.4.1 Mise en œuvre de la mesure

La mise en œuvre de l'extension du libre choix de l'hôpital constatée dans le cadre des évaluations correspond dans l'ensemble à l'idée du législateur :

- *Absence d'indices d'un non-respect de l'obligation d'admission par les hôpitaux* : l'examen montre que les hôpitaux satisfont à leur obligation d'admission. Aucune violation systématique de cette exigence de la part des établissements n'a été constatée. Néanmoins, les données disponibles sont limitées. Certains cas de violations isolées ont pu se produire (B,S,S. 2019).
- *Quasi-absence de conditions supplémentaires imposées par les cantons concernant les traitements hospitaliers hors canton* : selon B,S,S. (2019), l'adéquation de la rémunération des traitements hospitaliers hors canton n'est que très faiblement limitée par des conditions cantonales plus strictes que les recommandations de la CDS. La littérature n'est cependant pas unanime concernant l'adéquation des tarifs de référence applicables à ces traitements. B,S,S. (2019) la juge contestable : en 2017, lors de l'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation, la moitié des cantons environ ont indiqué se baser sur le tarif le plus bas dans le canton (le cas échéant, par groupe de prestations). Cosandey et al., pour leur part, constatent pour 2017 que les tarifs de référence sont majoritairement équivalents ou supérieurs au tarif de base cantonal moyen. Le tarif de référence ne lui était nettement inférieur que dans trois cantons (Neuchâtel,

Fribourg et Vaud). Ils se sont basés, pour cette analyse, sur les données relatives aux tarifs hospitaliers et aux tarifs de référence (Cosandey et al. 2018)⁴⁶.

Certains aspects de la mise en œuvre cantonale de l'extension du libre choix de l'hôpital freinent toutefois le développement de la concurrence souhaitée à l'échelle de la Suisse entre les hôpitaux :

- *Tarifs de référence parfois peu intéressants* : l'évaluation a relevé des éléments indiquant que les tarifs de référence dans certains cantons ne sont pas intéressants pour les assurés. Selon leurs propres déclarations, environ la moitié des cantons se basent, pour fixer les tarifs de référence de leurs hôpitaux, sur la valeur la plus basse dans le canton et non, comme le recommande la CDS (cf. GDK 2011), sur une valeur moyenne pondérée. Or des tarifs de référence bas impliquent des coûts à la charge des patients ou de leur assurance complémentaire. Seuls un tiers des cantons modulent les tarifs de référence en fonction des prestations. Cela signifie que les patients ne peuvent pas recevoir hors canton des traitements complexes, qui sont généralement réalisés dans des hôpitaux appliquant des tarifs de base élevés (hôpitaux universitaires ou hôpitaux pédiatriques, par ex.) sans payer de supplément. Ce cadre défavorable pour les patients est susceptible d'entraver la mise en œuvre de l'extension du libre choix de l'hôpital (Widmer et al. 2016 ; B,S,S. 2019).
- *Contingents de cas ponctuels pour les hôpitaux privés* : les cantons limitent parfois l'extension du libre choix de l'hôpital en fixant des contingents de cas. Ainsi, par exemple, les cantons de Genève et de Vaud ont introduit ce type de contingents dans les mandats de prestations des hôpitaux privés. Lorsque les contingents respectifs sont épuisés, le canton ne paie plus sa part. Ce principe vaut également au-delà des frontières cantonales : en tant que canton de résidence, le canton de Vaud ne rembourse sa part des coûts en cas de traitement dans des hôpitaux privés de Genève que tant que les contingents de cas genevois ne sont pas épuisés (Cosandey et al. 2018, Lobsiger & Frey 2019).
- *Nécessité de communiquer aux patients de manière adaptée les chiffres-clés des hôpitaux concernant la qualité* : différents acteurs interrogés ont critiqué le traitement des chiffres-clés en matière de qualité, qui n'est toujours pas adapté aux patients. Le manque d'intelligibilité de ces données pourrait expliquer que les assurés ne fassent jusqu'ici qu'un usage modéré de l'extension du libre choix de l'hôpital (voir point 3.5).

3.4.2 Effets de la mesure

L'extension du libre choix de l'hôpital a produit des effets dans le sens des objectifs visés :

- *Augmentation des hospitalisations hors canton* : entre 2013 et 2016, les flux intercantonaux de patients ont affiché une croissance annuelle de près de 5 % (4,6%)⁴⁷. De 2006 à 2012, l'augmentation annuelle n'était encore que de 3 % environ (BFS 2018b). Dans le cadre de l'évaluation, la période 2010–2015, en particulier, a été soumise à un examen approfondi. Celui-ci a montré que la hausse des flux intercantonaux de patients concerne les hôpitaux dans les secteurs aussi bien des soins somatiques aigus que de la réadaptation et de la psychiatrie. La croissance des hospitalisations extracantonales a essentiellement concerné les traitements médicaux planifiables et les personnes assurées en division commune (en 2015, 11,7 % des prestations du

⁴⁶ B,S,S. considère que les données ne permettent pas d'attribuer les tarifs de référence de manière univoque dans les cantons. Le bureau note en effet qu'il n'y a pas un tarif de référence unique par canton (comme l'indique la représentation de Cosandey), mais qu'il existe parfois des différenciations par type d'hôpital et par groupe de prestations et qu'il est de ce fait impossible d'attribuer clairement les tarifs de référence aux tarifs hospitaliers correspondants (communication personnelle de M. Lobsiger du 3 décembre 2018).

⁴⁷ Croissance annuelle de la moyenne annuelle.

paquet de base dans les soins de base aigus stationnaires ont été fournies hors canton, soit une augmentation de 1,2 % par rapport à 2010). On constate en 2012 des taux d'augmentation visiblement élevés, surtout dans les domaines de la psychiatrie stationnaire (+17,5 %) et des soins somatiques aigus (+ 5,3%)⁴⁸. Après 2012, les taux de croissance sont restés relativement stables, tout en restant plus élevés que les taux antérieurs. Le lien de causalité entre la progression plus marquée à partir de 2012 et l'extension du libre choix de l'hôpital n'a pas pu être démontré empiriquement. Il existe de fortes disparités entre les cantons, qui tiennent notamment à leur offre de prestations. Bien que le flux sortant de patients ait augmenté sur l'ensemble de la Suisse, on ne constate cette tendance à la hausse que dans 16 cantons. L'hétérogénéité entre les cantons est considérable tant pour ce qui est de l'évolution au fil du temps que du niveau de départ et d'arrivée des flux entrants et des flux sortants (Gruber et Lippitsch 2018b, econcept/LENZ 2018).

- *Contribution au renforcement de la concurrence au niveau de la qualité* : l'extension du libre choix de l'hôpital a vraisemblablement contribué à renforcer la concurrence au niveau de la qualité. De fait, 25 % des hôpitaux interrogés ont indiqué avoir engagé des mesures visant à améliorer la qualité pour cette raison. Il s'agit essentiellement d'améliorations portant sur la qualité du service, les bâtiments et les infrastructures (INFRAS et Zahnd 2018). Des enquêtes ont montré que les patients accordent davantage d'importance, lors du choix d'un hôpital, à la qualité des traitements et des soins et à la qualité thérapeutique qu'à la proximité géographique (gfs.bern 2017). Il n'y a toutefois pas de consensus concernant le poids effectif de la qualité dans la décision des patients. Les hôpitaux considèrent que l'influence des portails comparatifs sur le choix d'un établissement est faible par rapport aux recommandations des médecins et des connaissances (INFRAS et Zahnd 2018). Selon INFRAS et Zahnd (2019), le développement des flux de patients motivés par la qualité est plutôt modeste. L'argument avancé est que les hôpitaux ont été principalement incités à engager des mesures par l'anticipation de la concurrence au niveau de la qualité, quelle que soit la mesure dans laquelle les patients mettent effectivement à profit l'extension du libre choix de l'hôpital. Une certaine concurrence joue par ailleurs du fait que les hôpitaux peuvent davantage se comparer les uns aux autres sur la base de leurs chiffres-clés en matière de qualité (INFRAS et Zahnd 2018).

Le potentiel que recèle l'extension du libre choix de l'hôpital n'a pas encore été totalement exploité, les raisons invoquées étant les suivantes :

- *Les chiffres-clés des hôpitaux sont insuffisamment adaptés aux besoins des assurés* : de manière générale, les effets de l'extension du libre choix de l'hôpital sur l'augmentation des flux intercantonaux de patients et la concurrence au niveau de la qualité sont interprétés comme limités. Cette faible influence est imputable tout d'abord aux exigences élevées pour que les assurés puissent procéder à un choix éclairé. L'asymétrie de l'information entre les fournisseurs de prestations (hôpitaux) et les utilisateurs (patients) est particulièrement problématique. Les chiffres-clés en matière de qualité sont en effet peu parlants pour les patients (INFRAS et Zahnd 2018) (voir également point 3.5).
- *Les priorités des assurés lors du choix* : les expériences de l'environnement et les médecins prescripteurs sont des facteurs qui pèsent davantage dans le choix de l'hôpital que les indicateurs relatifs aux coûts et à la qualité. Selon les résultats d'un sondage représentatif, 90 % des Suisses font confiance aux recommandations du médecin ou de l'hôpital (Comparis 2017).

⁴⁸ Étant donné que la part des hospitalisations hors canton dans les cliniques de réadaptation représente plus du double de celles dans le domaine des soins somatiques aigus et de la psychiatrie, les hausses dans les cliniques de réadaptation ne sont pas statistiquement significatives.

- *Les obstacles financiers* : comme indiqué précédemment (3.4.1), des tarifs de référence peu intéressants peuvent occasionner pour les patients des coûts supplémentaires en cas d'hospitalisations hors canton. De plus, la complexité du financement de ces hospitalisations peut dissuader les patients de profiter de la liberté de choix (B,S,S. 2019). Enfin, l'absence d'incitation financière pour les patients peut expliquer qu'ils n'utilisent pas autant l'extension du libre choix de l'hôpital que ce qui était souhaité.

3.5 Élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité

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 prestations⁴⁹. Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique et publiées par l'OFSP (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.

3.5.1 Mise en œuvre de la mesure

La mise en œuvre de l'élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité a permis des avancées dans différents domaines :

- *Mise à disposition de chiffres-clés sur les coûts et le financement des prestations hospitalières* : différents chiffres-clés concernant les coûts et le financement sont davantage disponibles et accessibles au public. Au niveau des hôpitaux, il existe quatre sources⁵⁰ ; aux autres niveaux d'agrégation, trois sources supplémentaires⁵¹ sont à disposition. La traçabilité des chiffres-clés est assurée par les rapports méthodologiques correspondants (B,S,S. 2019).
- *Mise à disposition de chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières* : certains chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières sont aussi disponibles et accessibles au public. Suite à la révision, l'OFSP publie chaque année depuis 2009 les

⁴⁹ Art. 59a LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, anciennement art. 22a LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} 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).

⁵⁰ Chiffres-clés des hôpitaux de l'OFSP, analyse comparative de l'association SpitalBenchmark et du Surveillant des prix et tarifs hospitaliers publiés sur la plateforme du Surveillant des prix.

⁵¹ Statistique de synthèse « Coûts et financement du système de santé » (OFS), monitoring de l'Obsan consacré aux coûts et au financement des hôpitaux, Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+.

indicateurs de qualité médicaux pour chaque hôpital dans le secteur des soins somatiques aigus (indicateurs de qualité CH-IQI)⁵². L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) conçoit, relève et publie les indicateurs de qualité⁵³. De plus, elle mène tous les ans des enquêtes auprès des patients dans les hôpitaux des secteurs des soins somatiques aigus (depuis 2009), de la psychiatrie (depuis 2012) et de la réadaptation (depuis 2012). Les indicateurs permettent parfois de déduire directement des mesures d'amélioration pour les hôpitaux de soins aigus (INFRAS et Zahnd 2018).

La mise en œuvre de l'élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité reste cependant soumise à des restrictions :

- *Comparabilité seulement partielle des chiffres-clés relatifs à la détermination du tarif* : la comparabilité des chiffres-clés relatifs à la détermination du tarif est limitée en raison de la disparité des bases de données et des méthodes de calcul (B,S,S. 2019).
- *Données insuffisantes concernant les prestations d'intérêt général* : dans le cadre de la statistique publique, les données mises à disposition sont insuffisantes pour évaluer les subsides perçus par les hôpitaux pour les prestations d'intérêt général (Pellegrini et Roth 2018, Von Stokar et al. 2016, Müller et al. 2019). Elles n'ont de ce fait pas été quantifiées par l'Obsan, faute d'éléments suffisants. Les résultats de deux projets d'évaluation (Felder et al. 2017, Cosandey et al. 2018), qui se sont penchés sur ces calculs, sont sujets à controverse car ils se basent sur les données de la statistique publique (Pellegrini et Roth 2018, B,S,S. 2019). Müller et al. (2019) fournissent une grande quantité de données. Étant donné que le fil des enquêtes effectuées ne peut être reconstitué totalement, l'étude ne peut pas non plus apporter une transparence complète.
- *Données incomplètes concernant la qualité des résultats* : pour différents acteurs, il y a un manque de mesures et d'indicateurs concernant la qualité des résultats. Par exemple, il faudrait des mesures relatives à la sécurité des patients et des médicaments, ainsi que des indicateurs en lien avec les patients concernant la qualité des résultats, qui prennent une importance croissante au niveau international (par ex., les Patient Reported Experience Measures [PREM] ou les Patient Reported Outcome Measures [PROM] ; OECD 2017b). De plus, les données sont très lacunaires notamment dans le secteur ambulatoire, si bien qu'il n'est pas possible d'assurer un suivi de la qualité tout au long du traitement, c'est-à-dire après la sortie de l'hôpital (INFRAS et Zahnd 2018).
- *Données insuffisantes pour des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale* : aucune comparaison entre les hôpitaux à l'échelle nationale concernant les coûts et la qualité des résultats médicaux effectuée par la Confédération en collaboration avec les cantons (conformément à l'art. 49, al. 8, LAMal) n'est encore disponible (B,S,S. 2019). Plusieurs acteurs interrogés soulignent l'existence de difficultés d'ordre méthodologique qui se posent dans la comparaison d'indicateurs relatifs à la qualité des résultats. Ils citent notamment l'ajustement des risques pour les indicateurs tels que la mortalité dans les hôpitaux (INFRAS et Zahnd 2018). En collaboration avec les cantons, la Confédération devrait publier les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité en 2020 (données 2018).
- *Nécessité de communiquer aux patients de manière adaptée les chiffres-clés des hôpitaux concernant la qualité* : différents acteurs interrogés ont critiqué le traitement des chiffres-clés en matière de qualité, qui n'est toujours pas adapté aux patients. Cette

⁵² Les indicateurs de qualité CH-IQI comprennent le nombre de cas, les chiffres de mortalité, les pourcentages de certains types de traitements tels que les césariennes ou les durées d'hospitalisation. Selon l'art. 31 OAMal, en vigueur depuis le 1^{er} août 2016.

⁵³ Prévalence des chutes, décubitus, réhospitalisations, réopérations, infections de plaies postopératoires, registre des implants.

analyse est confirmée par la littérature nationale et internationale (PUE 2016b, Britnell et al. 2016). Une comparaison avec 32 autres systèmes de santé a par ailleurs mis en évidence que la Suisse a notamment un retard à rattraper au niveau de la disponibilité et de l'actualité des données relatives à la santé (Britnell et al. 2016). Le manque d'intelligibilité des chiffres-clés pourrait expliquer que les assurés ne fassent jusqu'ici qu'un usage modéré de l'extension du libre choix de l'hôpital.

3.5.2 Effets de la mesure

L'élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité a produit des effets dans le sens des objectifs visés :

- *Amélioration de la transparence des coûts et de la qualité* : la transparence dans le secteur hospitalier stationnaire a été accrue. Cette évolution est principalement due à une plus large disponibilité des chiffres-clés et à une amélioration de la qualité des données. Les hôpitaux tiennent aujourd'hui une comptabilité analytique basée sur des prescriptions uniformes. Sur la base de ces informations, les acteurs du système de santé peuvent ainsi accéder à des statistiques et à des chiffres-clés sur les coûts et les prestations. Combinée aux autres mesures, cette nouveauté a augmenté la pression exercée sur les hôpitaux pour fournir de manière efficace des prestations de qualité.
- *Utilisation des chiffres-clés par les hôpitaux à des fins d'amélioration de la qualité* : selon les déclarations des hôpitaux et des parties prenantes interrogés, les résultats des mesures de la qualité sont pris en compte par les hôpitaux et les fournisseurs de prestations. L'association des hôpitaux et cliniques suisses H+ indique que les hôpitaux examinent activement leurs indicateurs de qualité en regard des chiffres attendus et des résultats de l'année précédente. De plus, ils se comparent avec des établissements similaires. Les publications de l'OFSP et de l'ANQ sont particulièrement scrutées. Certains acteurs interrogés ont constaté un changement culturel au niveau de la comparaison des hôpitaux depuis la révision de la loi. Dans certains cas, les établissements ont mis en place des processus d'amélioration en continu. Un précieux élan a également été apporté par l'initiative pour la qualité des soins médicaux (Initiative Qualitätsmedizin, IQM), qui réalise des discussions de cas (Peer Reviews) systématiques sur la base d'analyses des indicateurs de qualité. Le système des Peer Reviews a été adopté par différents acteurs. Ainsi, l'alliance Peer Review (H+, FMH, Swiss Nurse Leaders) encourage la mise en place de ces évaluations par les pairs dans différents domaines, y compris depuis peu dans la psychiatrie (INFRAS et Zahnd 2018).
- *Léger renforcement de la concurrence entre les hôpitaux* : étant donné que davantage de chiffres-clés sur la qualité sont disponibles aujourd'hui, les hôpitaux ont aussi plus de possibilités de se comparer les uns aux autres, ce qui a également pu contribuer à la concurrence au niveau de la qualité. Dans le cadre d'une enquête, 15 % des hôpitaux ont indiqué avoir engagé des mesures relatives à la qualité après 2012 pour cette raison. Pour autant, il convient de noter que la plus grande disponibilité de chiffres-clés sur la qualité ne peut être considérée qu'en partie comme une conséquence directe de la révision de la LAMal. Il existe en effet, depuis plusieurs années et indépendamment de la révision, une dynamique générale plus soutenue dans le domaine de la qualité, qui se traduit par des activités menées par les fournisseurs de prestations, des mesures de la qualité supplémentaires (registres médicaux, par ex.) et la mise en place de portails Internet dédiés à la recherche et à la comparaison d'hôpitaux. Dans le cadre du « contrat qualité national », les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ont été établies

depuis 2011, ce à quoi la révision de la LAMal a contribué⁵⁴. Tous les hôpitaux et cliniques en soins somatiques aigus, en réadaptation et en psychiatrie qui ont adhéré au contrat qualité se sont engagés à participer aux mesures de l'ANQ. Pour ces mesures, l'association a élaboré avec les partenaires un plan de mesures national contraignant contenant des indicateurs de qualité des résultats spécifiques aux différents domaines de spécialité (INFRAS und Zahnd 2018).

- *Absence d'indices d'effets indésirables* : il convient de garder à l'esprit que le développement des bases d'informations est susceptible d'entraîner des effets indésirables. Ainsi, la publication de chiffres-clés sur la qualité peut inciter les hôpitaux à éviter les patients présentant des maladies complexes (sélection des patients). Ils peuvent également être incités à faire sortir ou à transférer les patients prématurément (« bloody exits ») pour améliorer les statistiques. On peut toutefois constater que les évaluations réalisées ne contiennent pas d'indices d'une sélection des patients ou d'autres effets indésirables de l'élargissement des bases d'informations. Néanmoins, les données disponibles sont limitées (INFRAS et Zahnd 2018).

Malgré l'évolution positive décrite, il existe encore un potentiel d'amélioration considérable en ce qui concerne l'élargissement des bases d'informations sur l'économicité et la qualité :

- *Marge d'optimisation au niveau de la transparence pour les comparaisons d'hôpitaux à l'échelle nationale* : il est nécessaire de renforcer l'harmonisation et le traitement des chiffres-clés existants et de combler les lacunes pertinentes. La qualité des résultats est un aspect particulièrement touché par ces dernières (voir point 3.5.1).
- *Marge d'optimisation au niveau de la transparence des coûts (prestations d'intérêt général)* : comme nous l'avons déjà mentionné, il existe encore des lacunes au niveau de la transparence, en particulier dans le domaine des prestations d'intérêt général et dans celui des investissements hospitaliers (voir point 3.5.1).
- *Faible transparence concernant la qualité pour les assurés (chiffres-clés des hôpitaux)* : comme nous l'avons déjà évoqué, le traitement des chiffres-clés disponibles pour les hôpitaux concernant la qualité n'est pas suffisamment adapté aux patients, ce qui explique probablement que ces derniers n'en fassent qu'un usage limité (voir point 3.5.1).

3.6 Résumé de la mise en œuvre et des effets des mesures

La présente section fait le point sur les conclusions décrites précédemment pour chaque mesure, dans une vue d'ensemble de toutes les mesures engagées. La mise en œuvre et les effets des mesures sont présentés séparément.

3.6.1 Mise en œuvre des mesures

De manière générale, la mise en œuvre des mesures de la révision se déroule dans le sens des attentes du législateur. À cet égard, la mise en œuvre du financement dual-fixe des prestations est la plus avancée, tandis que celle des forfaits liés aux prestations et de l'élargissement des bases d'informations est la moins engagée. Le potentiel d'optimisation réside surtout dans la création d'une base de données uniforme permettant des comparaisons et une harmonisation de la mise en œuvre cantonale.

Le Tableau 4 récapitule les enseignements principaux tirés de l'évaluation concernant la mise en œuvre des différentes mesures.

⁵⁴ Le contrat qualité national du 18 mai 2011 a été conclu par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) avec les assureurs (santésuisse, CTM, AI, SUVA) et l'Association des hôpitaux, des cliniques et des établissements médico-sociaux suisses (H+).

Tableau 4 : mise en œuvre des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Mesure	Mise en œuvre conforme aux prévisions ?	Mise en œuvre sujette à optimisation ?
Financement dual-fixe des prestations (mise en œuvre depuis le 1.1.2012, délai transitoire jusqu'au 31.12.2016 pour certains cantons)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre conforme aux attentes Stabilisation de la part de financement des cantons et de l'AOS (min. 55 % et max. 45 %)	
Forfaits liés aux prestations (mise en œuvre depuis le 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre partielle - Structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse dans les soins somatiques aigus (SwissDRG) depuis 2012, depuis 2018 dans la psychiatrie (TARPSY) - Structure tarifaire SwissDRG qui convient de manière générale pour établir des comparaisons entre établissements - Intégration des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits liés aux prestations, quasi-disparition des couvertures de déficits - Prise en compte du critère de l'économicité lors de l'approbation ou de la fixation des tarifs de base	Domaines présentant un potentiel d'optimisation - Mise en œuvre de la structure tarifaire ST Reha dans la réadaptation (prévue pour 2022) - Hétérogénéité des pratiques en matière de comparaisons entre hôpitaux - Risque de distorsion au niveau des comparaisons entre établissements en raison de la possibilité de financement croisé des prestations hospitalières stationnaires par les cantons (prestations de réserve ou d'attente pour les cas d'urgence, conditions préférentielles pour les coûts d'utilisation des immobilisations, éventuellement d'autres mécanismes) - Hétérogénéité des pratiques en ce qui concerne l'approbation et la fixation des tarifs de base par les cantons - Complications, parfois, au niveau de l'établissement des tarifs, objet de procédures juridiques
Planification hospitalière et mandats de prestations (mise en œuvre depuis le 1.1.2009, prise en compte des critères de planification obligatoire depuis le 1.1.2015)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre conforme à la loi - Procédure vérifiable d'évaluation des besoins en soins - Prise en compte des critères de planification du Conseil fédéral - Établissement de listes d'hôpitaux et attribution de mandats de prestations - Coordination intercantonale conforme aux prescriptions légales	Domaines présentant un potentiel d'optimisation - Variabilité entre cantons sur le plan de la mise en œuvre des critères de planification, notamment en raison de la qualité limitée des données - Absence de comparaisons exhaustives entre établissements - Égalité de traitement entre les hôpitaux - Coopération intercantonale encore faible

Mesure	Mise en œuvre conforme aux prévisions ?	Mise en œuvre sujette à optimisation ?
Extension du libre choix de l'hôpital (mise en œuvre à compter du 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre conforme à la loi <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'indices d'un non-respect de l'obligation d'admission par les hôpitaux* - Quasi-absence de conditions cantonales concernant les traitements hospitaliers hors canton plus strictes que les recommandations de la CDS 	Domaines présentant un potentiel d'optimisation <ul style="list-style-type: none"> - Tarifs de référence parfois peu intéressants - Contingents de cas ponctuels pour les hôpitaux privés - Nécessité de communiquer aux patients de manière adaptée les chiffres-clés des hôpitaux concernant la qualité
Élargissement de la base d'informations (mise en œuvre à compter du 1.1.2009)	<input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre partielle <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition de chiffres-clés sur les coûts et le financement des prestations hospitalières - Mise à disposition de chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières 	Domaines présentant un potentiel d'optimisation <ul style="list-style-type: none"> - Comparabilité seulement partielle des chiffres-clés relatifs à la détermination du tarif - Données insuffisantes concernant les prestations d'intérêt général - Données incomplètes concernant la qualité des résultats - Données insuffisantes pour des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale - Nécessité de communiquer aux patients de manière adaptée les chiffres-clés des hôpitaux concernant la qualité

Source : propre présentation.

Légende : * Données disponibles limitées. : mise en œuvre la plus avancée, : mise en œuvre la moins avancée.

3.6.2 Effets des mesures

Les effets observés des mesures prévues par la révision vont dans la direction attendue, bien qu'ils ne soient apparus, pour l'heure, que dans une moindre mesure par rapport à ce qui était escompté. Le financement dual-fixe des prestations a répondu aux attentes. Dans le secteur des soins somatiques aigus, les effets des forfaits liés aux prestations correspondent majoritairement aux attentes du législateur. Si des effets indésirables sur la qualité n'ont pas été établis de manière systématique, cette possibilité ne doit pas pour autant être entièrement exclue. S'agissant des autres mesures, les effets attendus commencent à se déployer, mais de façon moins marquée. Le manque de transparence reste un point faible. Le Tableau 5 ci-après résume les enseignements principaux tirés de l'évaluation concernant les effets des mesures et les possibilités d'optimisation.

Tableau 5 : effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Mesure	Effets souhaités obtenus, aucune manifestation d'effets indésirables ?	Effets souhaités non obtenus, manifestation d'effets indésirables ?
Financement dual-fixe des prestations (mise en œuvre depuis le 1.1.2012, délai transitoire jusqu'au 31.12.2016 pour certains cantons)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Effets conformes aux attentes <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la transparence du financement - Stabilisation de la part de l'AOS au financement - Allègement de la charge des assurances complémentaires 	
Forfaits liés aux prestations (mise en œuvre Swiss-DRG/soins somatiques aigus depuis le 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Effets majoritairement conformes aux attentes <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la transparence des prestations et des coûts (qualité, disponibilité et utilisation des données) - Augmentation de la concurrence et de l'efficacité des hôpitaux de soins aigus - Contribution à des transferts de prestations du secteur des soins somatiques aigus vers le secteur post-hospitalier - Contribution à la maîtrise de la croissance des coûts concernant les prestations hospitalières stationnaires - Absence de signes indiquant des réactions de baisse de l'efficacité de la part des hôpitaux (surcodage, rationnement ou augmentation du nombre de cas) - Absence de coupes dans les effectifs - Stabilisation voire amélioration de certains indicateurs de la qualité des résultats - Absence de signes indiquant une péjoration de l'accès aux soins 	Domaines présentant un potentiel d'optimisation <ul style="list-style-type: none"> - Transparence au niveau des coûts et des comparaisons entre hôpitaux - Incertitude quant à la maîtrise à long terme de la hausse des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire - Absence de maîtrise des coûts au-delà du secteur hospitalier stationnaire des soins aigus - Signes de hausse de la charge de travail pour le personnel - Importance croissante des défauts de qualité au niveau des interfaces - Augmentation du nombre de réhospitalisations dans le domaine des soins somatiques aigus depuis 2009 (corrélation incertaine avec la structure tarifaire SwissDRG) - Persistance des différences de qualité entre les hôpitaux et entre la Suisse et les pays étrangers
Planification hospitalière et mandats de prestations (mise en œuvre depuis le 1.1.2009, prise en compte des critères de planification jusqu'au 31.12.2014 au plus tard)	<input checked="" type="checkbox"/> Effets dans le sens des attentes, potentiel non exploité <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions-cadres en matière de concurrence - Augmentation de la transparence des coûts (disponibilité des données) - Contribution à la maîtrise des coûts dans le secteur des soins hospitaliers stationnaires - Durcissement de la pression financière et de la pression en matière de qualité - Concentration de l'offre concernant les prestations hautement spécialisées 	Domaines présentant un potentiel d'optimisation <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de distorsions de la concurrence - Recours limité des cantons aux chiffres-clés pour les comparaisons qualitatives

Mesure	Effets souhaités obtenus, aucune manifestation d'effets indésirables ?	Effets souhaités non obtenus, manifestation d'effets indésirables ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Garantie de la sécurité au niveau de l'approvisionnement en soins (absence de déficit de soins) 	<ul style="list-style-type: none"> - Marge d'amélioration au niveau de l'influence sur la concurrence entre établissements sur le plan de la qualité - Quasi-absence de concentration de l'offre au niveau agrégé (offre excédentaire)
<p>Extension du libre choix de l'hôpital (mise en œuvre depuis le 1.1.2012)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Effets dans le sens des attentes, potentiel non exploité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des hospitalisations hors canton - Contribution au renforcement de la concurrence au niveau de la qualité (effet d'anticipation) 	<p>Domaines présentant un potentiel d'optimisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chiffres-clés des hôpitaux insuffisamment adaptés aux besoins des assurés - Obstacles financiers (tarifs de référence)
<p>Élargissement de la base d'informations (mise en œuvre depuis le 1.1.2009)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Effets dans le sens des attentes, potentiel non exploité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la transparence des coûts et de la qualité - Utilisation des chiffres-clés par les hôpitaux à des fins d'amélioration de la qualité - Léger renforcement de la concurrence entre les hôpitaux - Absence d'indices d'effets indésirables 	<p>Domaines présentant un potentiel d'optimisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transparence sous la forme de comparaisons entre établissements à l'échelle nationale - Transparence des coûts (des prestations d'intérêt général) - Transparence concernant la qualité pour les assurés (communication des chiffres-clés des hôpitaux)

Source : propre présentation.

Légende : AOS = Assurance obligatoire des soins * Données disponibles limitées.

4 Synthèse des résultats

Le présent chapitre résume les résultats centraux de l'évaluation de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, avec un accent sur les effets qui ont été enregistrés entre 2012 et 2016 ; il pointe également différents aspects sur lesquels il est nécessaire d'intervenir. Le chapitre est structuré en fonction des cinq questions directrices qui ont guidé l'évaluation (cf. point 1.2).

4.1 Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

L'idée de fond qui a guidé la révision résidait dans la volonté d'augmenter la concurrence entre les hôpitaux à l'échelle nationale, notamment en améliorant la transparence, en introduisant un système tarifaire qui soit axé sur la réalisation efficace de prestations et en élargissant le choix de l'hôpital pour les assurés. Un autre objectif visé était, par le biais d'une planification hospitalière optimisée et coordonnée au niveau intercantonal, d'éviter les offres excédentaires en soins. Tous ces aspects ont pour but, en fin de compte, de freiner la hausse des coûts, de maintenir voire d'améliorer la qualité des prestations et d'aménager le paysage hospitalier de telle sorte qu'il réponde aux besoins de la population ; en d'autres termes, il s'agit d'éviter à la fois l'offre excédentaire et le déficit de soins tout en garantissant l'accès aux soins pour les assurés.

4.1.1 Coûts et financement du système de santé

Le tableau 6 résume les principaux résultats de l'évaluation concernant l'évolution des coûts et du financement.

Tableau 6 : effets sur les coûts et le financement du système de santé

Effets souhaités obtenus, aucune manifestation d'effets indésirables	Effets souhaités non obtenus, manifestation d'effets indésirables
L'augmentation des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire a été surtout limitée au niveau des prestations hospitalières stationnaires à la charge de l'AOS.	Il n'a pas été possible de limiter la hausse des coûts au-delà du domaine hospitalier stationnaire. ⁵⁵ La durabilité de la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire n'est pas certaine.
Le rapport entre la part de financement des prestations hospitalières stationnaires assumée par les primes et celle assumée par les impôts a été stabilisée.	
La part du financement basé sur les prestations utilisé pour assumer le coût des prestations hospitalières de soins stationnaires aigus a augmenté.	
Le degré de transparence des coûts et du financement des prestations hospitalières stationnaires a augmenté.	La transparence des coûts et du financement des prestations hospitalières stationnaires présente encore des lacunes, en particulier dans le domaine des prestations d'intérêt général et dans celui des investissements.
La pression financière pesant sur les hôpitaux a augmenté et engendré des réactions de hausse de l'efficacité.	

⁵⁵ Mis à part la contribution du secteur stationnaire à ne pas accentuer encore davantage la hausse générale des coûts.

Effets aucune manifestation d'effets indésirables	souhaités obtenus,	Effets manifestation d'effets indésirables	souhaités non obtenus,
On n'observe pas dans les hôpitaux de réactions de baisse de l'efficacité en rapport avec les forfaits liés aux prestations.			
L'augmentation du nombre de cas traités dans les hôpitaux de soins somatiques aigus n'est pas due à une augmentation non désirée du volume des prestations en rapport avec les forfaits liés aux prestations.			
On observe une hausse des transferts de prestations hospitalières de soins aigus vers le domaine des prestations intervenant après une hospitalisation, mais les conséquences en termes de coûts sont peu claires.			

Source : propre présentation fondée sur les résultats dans B,S,S. 2019.

Légende : * Les forfaits liés aux prestations se réfèrent, pour la période d'évaluation entre 2012 et 2016, au secteur des soins somatiques aigus (SwissDRG).

Il ressort du tableau 6 que la révision a essentiellement entraîné les effets positifs suivants en ce qui concerne l'évolution des coûts et du financement dans le secteur hospitalier stationnaire.

L'augmentation des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire a été surtout limitée au niveau des prestations hospitalières stationnaires à la charge de l'AOS.

La révision a eu un impact positif sur l'évolution des coûts des prestations hospitalières stationnaires et dans le secteur hospitalier stationnaire (voir également le point 4.3.1).

- Après 2012, année marquée par une forte hausse des *coûts de production* liés à la réalisation de prestations hospitalières stationnaires (4,6 %), la croissance de ces coûts a diminué d'année en année. La croissance annuelle moyenne entre 2013 et 2016 s'élevait à 2,9 %, ce qui correspond au niveau de 2011 (2,8 %), le seul élément de comparaison possible avant 2012 compte tenu des données disponibles.⁵⁶ L'augmentation en 2012 s'explique avant tout par l'intégration des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas et par l'effet d'anticipation de la révision⁵⁷. La réduction de la hausse des coûts globaux résulte du ralentissement de l'accroissement des coûts par cas (1 % entre 2013 et 2016 contre 1,8 % en 2011) (Pellegrini et Roth 2018, B,S,S. 2019).
- L'évolution est encore plus marquée en ce qui concerne les *dépenses de l'AOS* pour les prestations hospitalières stationnaires. Entre 2013 et 2016, elles ont progressé de façon plus modérée qu'entre 2006 et 2011 (croissance annuelle moyenne de 1,5 % contre 3,2 %) (Pellegrini et Roth 2018). Cela s'explique en partie par le retard au niveau de l'élévation à 55 % au moins de la part de financement assumée par les cantons. Toutefois, même en tenant compte de cet effet, la croissance des dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires demeure plus faible qu'avant la révision, cette évolution est simplement un peu moins accentuée (2,4 %).⁵⁸ En outre, l'AOS a subi une charge supplémentaire à partir de 2012 avec la participation à la prise en charge des coûts d'utilisation des immobilisations.
- Les *dépenses des cantons* pour l'ensemble du secteur hospitalier stationnaire (soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie ainsi que prestations d'intérêt général et investissements cantonaux) affichent également un croissance annuelle moyenne moins élevée pour la période entre 2012 et 2016 (0,6 %) que pour celle entre 2006 et

⁵⁶ L'analyse se base sur le module de la comptabilité analytique des hôpitaux, introduite uniquement en 2010 dans la statistique des hôpitaux (Pellegrini et Roth 2018).

⁵⁷ Certains investissements ont probablement encore eu lieu en 2011, avant la modification législative.

⁵⁸ Analyse de données provenant du monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (B,S,S. 2019).

2011 (3,8 %), et ce malgré l'augmentation, entre 2012 et 2016, de leur part moyenne au financement des coûts liés à ce secteur. La valeur significative de cet indicateur est cependant limitée à deux égards. Premièrement, en raison de l'absence de délimitation des dépenses liées aux prestations d'intérêt général, il est impossible de formuler une affirmation concernant uniquement le domaine des prestations soumises à la LAMal. Deuxièmement, faute de données suffisantes, il est impossible de chiffrer dans quelle mesure la participation de l'AOS au financement des coûts d'utilisation des immobilisations a déchargé les cantons. La comparaison entre l'évolution des dépenses avant et après 2012 est donc forcément limitée (Pellegrini et Roth 2018 ; B,S,S. 2019).

- La hausse des *dépenses de l'ensemble des agents financeurs* (c.-à-d. l'AOS, les cantons, les assurances complémentaires, les autres assurances sociales et le financement out-of-pocket) pour le secteur hospitalier stationnaire a également diminué (3,0 % entre 2013 et 2016 contre 6,6 % en 2011), et se révèle ainsi plus faible que celle constatée dans d'autres secteurs (soins ambulatoires à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, par ex.). Si cette évolution peut être interprétée comme le reflet d'une influence directe de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, elle s'explique aussi, du moins en partie, par un transfert de prestations vers d'autres secteurs (Pellegrini et Roth 2018 ; B,S,S. 2019).

Sur la base de la présente évaluation, on peut supposer que la diminution de la hausse des coûts constatée à partir de 2013 résulte en premier lieu de l'introduction des forfaits liés aux prestations dans le secteur des soins stationnaires aigus, de l'introduction du financement dual-fixe et de la planification hospitalière d'après des critères uniformes pour l'ensemble du pays.

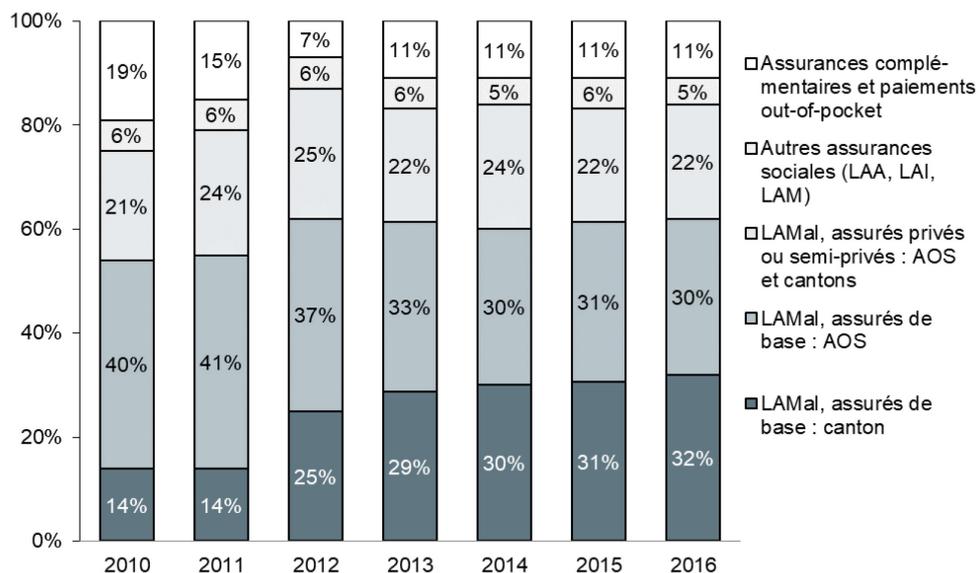
Le rapport entre la part de financement des prestations hospitalières stationnaires assumée par les primes et celle assumée par les impôts a été stabilisé.

La révision de la LAMal relative au financement hospitalier a entraîné les transferts des parts de financement entre les différents porteurs de coûts des prestations hospitalières stationnaires tel que cela avait été souhaité. En 2012, les dépenses liées aux prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal ont été couverts à 53 % par les primes de l'AOS ; en 2016, ce chiffre s'élevait à 48 %.⁵⁹ Cette décharge de l'AOS résulte de la hausse de la participation des cantons, sous la forme de contributions financées par l'impôt, à la couverture de ces dépenses. Le financement des prestations hospitalières soumises à la LAMal se rapproche ainsi de la clé de répartition visée, soit au moins 55 % des coûts à la charge des cantons et au maximum 45 % à celle de l'AOS. Le financement dual-fixe des prestations a donc permis de provoquer l'effet escompté. La figure 7 illustre l'évolution des dépenses assumées par différents porteurs de coûts pour les prestations hospitalières stationnaires. En 2016, environ 85 % des dépenses relèvent du domaine d'application de la LAMal et sont assumées par les cantons et l'AOS. Le reste des dépenses est pris en charge par d'autres assurances sociales, par les assurances complémentaires ou directement par les patients (paiements out-of-pocket). Si l'on considère l'ensemble des prestations hospitalières stationnaires, on observe entre 2010 et 2016 un transfert des coûts des assurances complémentaires vers le domaine de l'AOS. La part que les assurances complémentaires (paiements out-of-pocket y compris) assument dans le financement des séjours hospitaliers est passé de 19 % en 2011 à 11 % en 2016 (Pellegrini et Roth 2018).⁶⁰

⁵⁹ En raison la croissance des dépenses hospitalières, les montants en francs (dépenses absolues) ont continué d'augmenter (Pellegrini et Roth 2018).

⁶⁰ Ces chiffres incluent les paiements out-of-pocket. Dans la statistique des hôpitaux (SH), il n'est pas possible de distinguer les assurances complémentaires et les paiements out-of-pocket (Pellegrini et Roth 2018).

Figure 7 : parts de financement des porteurs de coûts pour les prestations hospitalières stationnaires relevant du domaine de la LAMal, 2010-2016



Source : sur la base de G3 : répartition des revenus totaux dans le secteur stationnaire (2010-2016) (en allemand « Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich (2010-2016) ») in Pellegrini et Roth (2018).

La part du financement basé sur les prestations utilisé pour assumer le coût des prestations hospitalières de soins stationnaires aigus a augmenté.

Les sommes dues aux hôpitaux de soins aigus sur la base des prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal qu'ils réalisent sont aujourd'hui pour l'essentiel couvertes, comme prévu, par les forfaits liés aux prestations (91 %). La pratique des couvertures de déficits est désormais plutôt exceptionnelle. En psychiatrie, les forfaits liés aux prestations n'ont cependant été introduits qu'en 2018 ; par conséquent, les observations qui ont pu être faites durant la période sous revue correspondent, au mieux, à des effets d'anticipation durant la phase de préparation à la nouvelle structure tarifaire. Dans le secteur de la réadaptation, le changement du système de rémunération n'a pas encore été opéré, l'introduction des forfaits est prévue pour 2022 (B,S,S. 2019).

Le degré de transparence des coûts et du financement des prestations hospitalières stationnaires a augmenté.

La révision a amélioré le degré de transparence des coûts de production des hôpitaux et des dépenses générales. On dispose en particulier désormais d'un plus grand nombre de chiffres-clés issus de différentes sources de données. Les responsabilités des différents porteurs de coûts ont été établies clairement. Des chiffres-clés sur ce point se trouvent dans les statistiques publiques. Les principaux facteurs qui ont conduit à cette évolution sont les forfaits liés aux prestations dans le secteur des soins stationnaires aigus, la planification hospitalière selon des critères nationaux uniformes, la distinction entre hôpitaux répertoriés et conventionnés et la bases d'informations relatives à l'économicité et à la qualité.

La pression financière pesant sur les hôpitaux a augmenté et engendré des réactions de hausse de l'efficacité.

D'après les réponses données dans le cadre de l'enquête, la révision a augmenté le degré de pression qui pesait sur les hôpitaux. On observe diverses réactions de hausse de l'efficacité. Si l'on observait avant 2012 des efforts de la part des hôpitaux pour améliorer la qualité de leurs services, depuis cette année-là, ces efforts se sont cependant intensifiés. On note que

les optimisations des structures et des processus ainsi que les coopérations entre hôpitaux se sont multipliées. La gestion des interfaces s'est également améliorée depuis 2012. Cela s'explique, d'une part, par la pression liée à la nécessité d'augmenter l'efficacité des coûts et, de l'autre, par l'accroissement de la sollicitation des interfaces, en lien avec les transferts de prestations (B,S,S. 2019).

On n'observe pas dans les hôpitaux de réactions de baisse de l'efficacité en rapport avec les forfaits liés aux prestations.

Aucun signe ne semble indiquer de réactions systématiques de baisse de l'efficacité en lien avec la révision de la LAMal dans le domaine des hôpitaux. Selon l'analyse d'une sélection de rapports de révision de codage, des adaptations du coût relatif (c.-à-d. de la classification à un groupe de cas donné) n'ont été nécessaires que dans 69 cas sur environ 2000.⁶¹ Ces situations sont donc rares. En outre, les adaptations se font dans les deux sens (dans 43 cas, le nouveau classement a donné lieu à un coût relatif plus élevé et dans 26 cas à un coût relatif plus faible). Le constat selon lequel les réactions de baisse de l'efficacité en rapport avec les forfaits liés aux prestations sont rares est également appuyé par les indications fournies par les hôpitaux et par les estimations formulées par les cantons dans le cadre de l'enquête.

L'augmentation du nombre de cas traités dans les hôpitaux de soins somatiques aigus n'est pas due à une augmentation non désirée du volume des prestations en rapport avec les forfaits liés aux prestations.

La croissance des coûts observée depuis de nombreuses années dans le domaine hospitalier s'explique avant tout par la hausse du nombre de cas (+ 2,1 % par an entre 2012 et 2016), puisque les coûts par cas sont globalement restés stables (+ 0,6 % par an durant cette même période). Étant donné que les forfaits par cas couvrent également les coûts d'utilisation des immobilisations, il avait été craint que ce nouveau mode de financement entraîne une augmentation des volumes sans justification médicale.⁶² Ces appréhensions sont appuyées par les réponses données par les cantons et les hôpitaux dans le cadre de l'évaluation : la majorité des cantons (78 %) et des hôpitaux (56 %) estime en effet que la révision de la LAMal a provoqué une augmentation du nombre des cas traités (B,S,S. 2019). Ces déclarations ne peuvent pas être confirmées d'un point de vue empirique. Selon une étude commandée par l'OFSP qui s'est penchée de façon approfondie sur cette problématique (Widmer et al. 2017a), il n'existe pas d'éléments prouvant clairement que l'introduction des forfaits liés aux prestations a entraîné une augmentation des volumes. Ce point de vue est également confirmé par une enquête réalisée par l'Obsan, dans laquelle il est indiqué que la croissance des nombres de cas en soins somatiques aigus ne s'est pas accrue depuis l'introduction des forfaits liés aux prestations et que cette croissance s'explique principalement par des effets démographiques (Pellegrini et Roth 2018).⁶³ Il ressort de la figure 8 qu'en revanche, dans les hôpitaux de réadaptation et dans les établissements psychiatriques, le nombre des cas traités a légèrement augmenté, et que cette augmentation est supérieure à la hausse liée à la croissance et au vieillissement de la population.⁶⁴

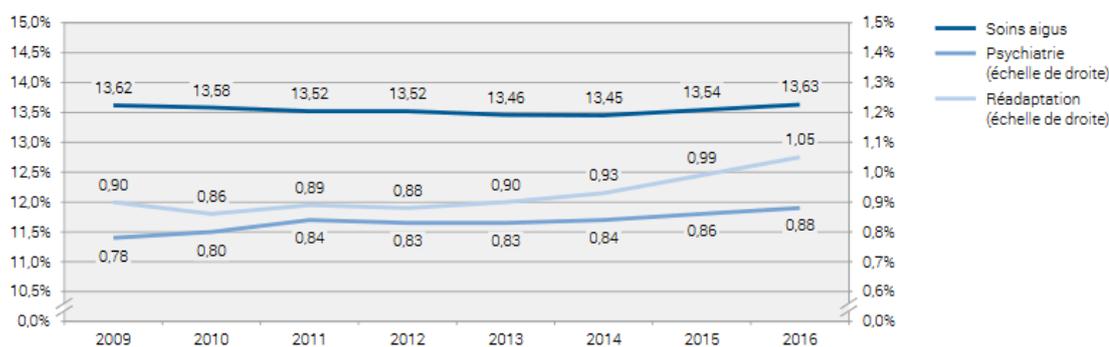
⁶¹ La sélection des rapports n'est pas représentative.

⁶² Étant donné que la rémunération accordée pour chaque cas de patient par le biais des forfaits par cas dépasse le montant effectif des coûts variables et des coûts fixes, chaque cas supplémentaire contribue au financement des coûts fixes (Pellegrini et Roth 2018).

⁶³ Les progrès technico-médicaux ont peu d'impact sur l'évolution du nombre de cas (B,S,S. 2019).

⁶⁴ Un des motifs expliquant la fréquence plus élevée des séjours de réhabilitation réside dans l'augmentation des transferts des soins somatiques aigus vers le secteur de la réadaptation, observée par Tuch et al. (2018). En psychiatrie, en revanche, le nombre des transferts depuis les soins somatiques aigus n'a pas augmenté ; il est difficile de savoir si la hausse du taux d'hospitalisation dans ce secteur est liée à la révision du financement hospitalier (Tuch et al. 2018; Pellegrini et Roth 2018).

Figure 8 : évolution des nombres de cas dans les hôpitaux de soins somatiques aigus, psychiatriques et de réadaptation, 2009-2016



Source : figure G2 : évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation standardisés par âge et sexe, de 2009 à 2016, tiré de Pellegrini & Roth (2018).

Outre les effets positifs que la révision a eus sur les coûts et le financement du système de santé, il convient de pointer certains aspects moins favorables.

Il n'a pas été possible de limiter la hausse des coûts au-delà du domaine hospitalier stationnaire.

Depuis 2012, il n'a pas été possible de freiner la hausse des coûts dans l'ensemble du secteur hospitalier et dans l'ensemble du système de santé (notamment dans les soins ambulatoires et de manière générale dans tous les soins relevant de l'AOS) (cf. tableau 6). La révision ne concerne qu'une partie du système très complexe qu'est le système suisse de santé, à savoir le secteur des prestations hospitalières réalisées de façon stationnaire. Des analyses de données secondaires et des indications relevées dans le cadre d'entretiens laissent supposer que la révision a eu entre autres pour effet d'entraîner un transfert partiel des prestations du secteur des soins hospitaliers stationnaires vers celui des soins intervenant en aval d'une hospitalisation. Toutefois, d'autres facteurs contextuels jouent un rôle sur ce plan, en particulier la tendance à privilégier les soins ambulatoires aux soins stationnaires. Il est actuellement impossible d'évaluer dans quelle mesure ces transferts ont eu un impact sur les coûts de l'ensemble du système de santé. Il est encore trop tôt pour poser une appréciation définitive, étant donné que les mesures de la révision n'ont pas encore toutes été pleinement mises en œuvre. Les forfaits liés aux prestations ne sont pas encore établis dans les trois secteurs de soins et les cantons n'ont encore effectué qu'une seule planification hospitalière selon la nouvelle réglementation. Pour l'heure, on ne constate quasiment pas d'effets sur le paysage hospitalier au niveau de la diminution des capacités excédentaires.

On ne peut affirmer clairement que la maîtrise de la hausse des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire perdurera à long terme.

L'augmentation des dépenses des hôpitaux de soins aigus, due à l'intégration des coûts d'utilisation des immobilisations, de même que la forte hausse des coûts entre 2011 et 2012 ne pourront être compensées que par une maîtrise à long terme de la croissance annuelle des coûts. Si, entre 2013 et 2015, une hausse plus faible de l'accroissement des coûts a pu être constatée, des signes d'augmentation sont à nouveau apparus en 2016 au niveau des coûts par cas (+ 0,7 %). Il est actuellement impossible d'évaluer si cette nouvelle hausse est ponctuelle ou si elle représente le début d'une nouvelle tendance (Pellegrini et Roth 2018).

La transparence des coûts et du financement des prestations hospitalières stationnaires présente encore des lacunes.

Dans l'ensemble, la transparence a augmenté sur le plan des coûts et du financement à la suite de la révision, mais des lacunes subsistent. L'une de ces lacunes concerne les prestations d'intérêt général (PIG), qui ne sont pas définies de manière uniforme et ne sont pas saisies de façon transparente. Ces raisons, entre autres, expliquent pourquoi il n'est pas encore possible d'effectuer des comparaisons nationales pertinentes entre établissements. Il manque par ailleurs un consensus national concernant la méthode à appliquer pour effectuer des comparaisons destinées à définir les tarifs de base.

On observe une hausse des transferts de prestations hospitalières de soins aigus vers le domaine des prestations intervenant en aval d'une hospitalisation, mais les conséquences en termes de coûts sont peu claires.

Les mesures de la révision de la LAMal dans le domaine hospitalier devaient provoquer des transferts de prestations hospitalières stationnaires qui augmentent l'efficacité et la qualité de ces prestations. L'étude de Widmer et al. (2017b) et l'analyse de l'Obsan montrent qu'une partie des prestations de soins somatiques aigus sont transférés vers les soins intervenant en aval d'une hospitalisation (Tuch et al. 2018). Widmer et al. (2017b) montrent qu'à la suite de l'introduction des SwissDRG, on a noté pour l'année 2014 un transfert de prestations, surtout dans le secteur des soins hospitaliers ambulatoires. Tuch et al. (2018) décrivent pour la période entre 2011 et 2016 plusieurs transferts de patients hospitalisés dans un établissement de soins aigus vers des établissements médico-sociaux et en particulier une hausse de la fréquence des suivis post-opératoires assurés par le biais des soins ambulatoires. Une augmentation des transferts de patients hospitalisés en soins somatiques aigus vers des établissements de réadaptation a également été relevée. Les bases de données disponibles n'ont pas permis de vérifier s'il existait un lien de causalité entre ces évolutions et la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ou d'autres facteurs, tels que l'introduction du nouveau régime de financement des soins, en 2011, ou la tendance privilégiant les soins ambulatoires aux soins stationnaires. Comme indiqué par B,S,S. (2019), l'évaluation de l'efficacité des transferts suppose de comparer les coûts de la réalisation de prestations dans le secteur hospitalier stationnaire avec ceux dans le secteur des soins intervenant en aval d'une hospitalisation. Les données correspondantes n'étaient cependant pas disponibles lors de l'élaboration du rapport thématique, d'où l'impossibilité d'évaluer s'il s'agit d'évolutions souhaitées ou non souhaitées.

En résumé, l'évaluation parvient aux conclusions suivantes concernant les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins.

- Dans les domaines pilotables directement, la révision peut globalement être considérée comme un succès : des objectifs importants, notamment la diminution de la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire et l'encouragement de la concurrence entre les hôpitaux, ont été atteints ou sont en voie de l'être. Jusqu'à présent, on n'a globalement pas enregistré d'effets non souhaités.
- Néanmoins, certains résultats escomptés par le législateur n'ont été que partiellement atteints. Par exemple, l'objectif d'une maîtrise durable de la croissance des coûts du système de santé n'a pas été atteint, ce qui est dû, premièrement, au fait que la révision devait se limiter au secteur relativement étroit des prestations hospitalières stationnaires. Si la hausse des coûts a effectivement été freinée dans ce secteur, elle a continué de progresser dans les autres. Deuxièmement, certains des changements initiés par la révision sont de nature potentiellement durable mais certaines adaptations n'ont été mises en œuvre que récemment voire pas encore, en raison des délais de transition. Il faut donc encore du temps avant de pouvoir effectuer une évaluation définitive des effets de la révision législative. Troisièmement, l'évaluation a également mis en

évidence des déficits dans la mise en œuvre des mesures, lesquels seront détaillés plus loin dans le présent rapport (voir le point 4.5).

4.1.2 Qualité des prestations hospitalières stationnaires

Le tableau 7 fournit un aperçu des principaux résultats concernant les effets observés dans le domaine du développement de la qualité durant les quatre années ayant suivi la mise en œuvre des mesures (2012–2016).

Tableau 7 : effets sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires

Effets souhaités obtenus, aucune manifestation d'effets indésirables	Effets souhaités non obtenus, manifestation d'effets indésirables
La concurrence entre les hôpitaux pour offrir une meilleure qualité de soins a augmenté et conduit, dans certains secteurs, à une amélioration de la qualité des processus et des structures.	Il n'est pas à exclure que la pression financière ait entraîné certaines altérations de la qualité des processus et des structures.
On n'observe pas de coupes dans les effectifs hospitaliers.	
Certains indicateurs relatifs à la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires ont connu une légère amélioration.	Dans l'ensemble, l'évolution de la qualité des résultats est seulement modérée.
Les hôpitaux progressent au niveau de la gestion des interfaces favorisant la collaboration avec le domaine des prestations intervenant en aval.	Les déficits de qualité existants s'accroissent au niveau des interfaces avec les fournisseurs de prestations intervenant en aval.
Il est davantage fait recours aux critères de qualité dans le cadre de la planification hospitalière.	Les chiffres-clés concernant la qualité des prestations hospitalières stationnaires sont lacunaires et sous-utilisés par les acteurs.
L'augmentation du nombre des enquêtes et des publications sur les chiffres-clés en matière de qualité a augmenté le degré de transparence concernant la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires.	
L'influence des forfaits liés aux prestations sur l'augmentation du nombre de réhospitalisations dans les hôpitaux de soins somatiques aigus depuis 2009 est peu claire.	

Source : propre présentation, sur la base de INFRAS et al. 2018.

Légende : * les forfaits liés aux prestations se réfèrent, pour la période d'évaluation entre 2012 et 2016, au secteur des soins somatiques aigus.

Les effets positifs suivants sont attribuables, au moins en partie, à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

La concurrence entre les hôpitaux pour offrir une meilleure qualité de soins a augmenté et conduit, dans certains secteurs, à une amélioration de la qualité des processus et des structures.

Depuis 2012, les hôpitaux ont renforcé leurs efforts en matière de qualité. Ils cherchent avant tout à améliorer la qualité des structures et des processus. On observe des améliorations, d'une part, dans des domaines visibles pour les patients, comme la qualité des services ou au niveau des bâtiments et des infrastructures. D'autre part, les hôpitaux ont procédé à des changements en vue d'améliorer la qualité de leurs processus (en particulier la standardisation des processus thérapeutiques, des principes d'organisation, des certifications et des systèmes de gestion des erreurs, de la gestion des sorties et des interfaces). Selon les responsables hospitaliers et cantonaux qui ont été interrogés, la révision a aussi notablement contribué par le

biais de la planification hospitalière à des améliorations qualitatives. Environ un quart des hôpitaux interrogés indique avoir mis en œuvre des mesures d'amélioration dans le domaine de la qualité en raison des modifications opérées au niveau de cette planification. Les responsables hospitaliers déclarent à ce sujet que les facteurs ayant eu une influence sur ce plan sont avant tout l'accroissement de la pression financière (38 %), l'élargissement du choix de l'hôpital (28 %), les exigences cantonales en matière de qualité (25 %) et le développement des possibilités de comparaison entre les établissements (15 %). Par ailleurs, un des motifs poussant les établissements à procéder à des améliorations qualitatives réside selon les responsables hospitaliers interrogés surtout dans les exigences propres en matière de qualité (plus de 80 %).

On n'observe pas de coupes dans les effectifs hospitaliers.

Il a été redouté que la pression financière à laquelle les hôpitaux seraient confrontés à cause de la révision puisse entraîner une réduction des structures néfaste en termes de qualité, se traduisant par des coupes dans les effectifs.⁶⁵ Un tiers des hôpitaux interrogés (30 %) indique effectivement avoir procédé à une réduction du personnel relativement conséquente (≥ 10 postes à temps plein) à la suite de la révision. Les coupes dans les effectifs résultent cependant essentiellement de fermetures de services (22 % des hôpitaux interrogés) et de mesures de suppression de lits (25 %) (INFRAS et Zahnd 2018). Toutefois, les analyses de données ne confirment pas l'existence de coupes systématiques dans les effectifs. Ainsi, le taux d'encadrement par groupe professionnel (équivalents temps plein pour 1000 cas et par jour de soins) ainsi que le *skill-mix* (proportion d'équivalents temps plein par groupe professionnel) dans les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie sont globalement restés stables entre 2010 et 2016. Le nombre des personnels soignants titulaires d'un diplôme de degré secondaire II a augmenté dans tous les secteurs de soins hospitaliers. Cette évolution s'explique principalement par l'accroissement de la popularité de la formation d'assistant en soins et santé (Tuch et al. 2018).

Certains indicateurs relatifs à la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires ont connu une légère amélioration.

Seuls de rares indicateurs de la statistique publique permettent de tirer des conclusions sur l'évolution de la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires. Le tableau 8, ci-après, illustre clairement que ces indicateurs ne se sont pas détériorés à la suite de la révision mais qu'ils ont au contraire plutôt eu tendance à s'améliorer. Le nombre des cas de décès intervenant dans les 30 jours suivant une intervention en milieu hospitalier stationnaire (mortalité à 30 jours à l'hôpital), par exemple, a diminué dans le domaine des soins somatiques aigus. La satisfaction des patients et les indicateurs de différents aspects supplémentaires concernant 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, sur la base d'autres résultats tirés de l'évaluation, dans quelle mesure cette tendance est liée à la révision de la LAMal.

⁶⁵ Les éventuelles réactions des hôpitaux ayant un impact négatif sur l'accès aux soins (sélection des patients et rationnement) sont abordées au point 4.1.3.

Tableau 8 : évolution des indicateurs relatifs à 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 : représentation simplifiée, sur la base des données figurant dans INFRAS et Zahnd 2018 et 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.

Les hôpitaux progressent au niveau de la gestion des interfaces favorisant la collaboration avec le domaine des prestations intervenant en aval.

En introduisant les forfaits par cas liés aux prestations, la révision de la LAMal a créé des incitations à écourter la durée des séjours des patients dans le secteur des soins somatiques aigus stationnaires et à transférer des prestations dans le domaine des soins intervenant en aval d'une hospitalisation (cf. Hedinger et al. 2017). Les analyses sur la durée de séjour et l'enquête auprès des hôpitaux révèlent que par rapport à la période précédant la révision, les hôpitaux de soins aigus transfèrent désormais les patients davantage et plus rapidement vers des secteurs de soins intervenant en aval d'une hospitalisation (en particulier la réadaptation, les EMS et les soins ambulatoires). Les interfaces vers ces secteurs sont ainsi davantage sollicités. D'après les indications fournies par les hôpitaux eux-mêmes, la gestion des interfaces s'est intensifiée depuis la révision législative ; ils ont notamment optimisé la gestion des sorties (intégration du case management dans les entretiens interdisciplinaires lors de la visite, amélioration du système d'information des cliniques, par ex.). Il ne peut pas être établi précisément dans quelle mesure cette évolution est due à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ou à d'autres effets, comme la tendance à faire réaliser certaines prestations en ambulatoire (B,S,S. 2019).

Il est davantage fait recours aux critères de qualité dans le cadre de la planification hospitalière.

La révision oblige les cantons à tenir compte dans leur planification hospitalière des critères d'économicité et de qualité définis par le Conseil fédéral. D'après leurs propres indications,

suite à la révision une bonne moitié des cantons (13 réponses sur 20) ont renforcé leurs exigences en matière de qualité envers les hôpitaux en vue de l'intégration sur la liste des établissements répertoriés. 24 cantons posent des exigences de qualité aux hôpitaux dans au moins un secteur de soins.⁶⁶ Les critères de qualité qui sont appliqués dans le secteur des soins somatiques aigus sont plus comparables entre les cantons que ceux appliqués dans les secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, puisque dans le secteur des soins somatiques aigus, la plupart des cantons s'appuient sur la démarche de la direction de la santé du canton de Zurich. Dans les trois secteurs de soins, la plupart des hôpitaux mettent en œuvre des concepts d'assurance-qualité, des concepts hygiéniques et des systèmes de gestion des erreurs et ils participent à des démarches de mesure de la qualité (INFRAS & Zahnd 2018).⁶⁷ Les exigences spécifiques aux prestations concernent généralement la qualification du personnel et la disponibilité au niveau des infrastructures (service d'urgence ou de soins intensifs, par ex.). Concernant les soins somatiques aigus, 24 cantons indiquent des nombres de cas minimum.

L'augmentation du nombre des enquêtes et des publications sur les chiffres-clés en matière de qualité a augmenté le degré de transparence concernant la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires.

La transparence en matière de qualité des prestations hospitalières stationnaires a considérablement augmenté ces dernières années, en particulier dans le secteur des soins somatiques aigus. Cela est avant tout lié à la multiplication des enquêtes et des publications de chiffres-clés relatifs à la qualité. Si de nombreuses évolutions qui ont eu lieu dans ce domaine, comme par exemple l'apparition des plate-formes de comparaison sur Internet, ne sont pas directement liées à la révision de la LAMal (elles peuvent notamment être le fruit de motivations sur le plan marketing), le mandat en matière de mesure de la qualité constitue néanmoins un élément important de la révision et l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a pour mission, sur mandat des partenaires tarifaires, de coordonner et de mettre en œuvre de façon uniforme les mesures nationales de la qualité dans les soins somatiques aigus, la psychiatrie et la réadaptation puis d'en publier les résultats en toute transparence, sous une forme permettant une comparaison à l'échelle nationale. Il existe par conséquent de bonnes raisons de croire que la révision de la LAMal a contribué à l'amélioration de la transparence concernant la qualité des résultats des prestations hospitalières stationnaires (INFRAS et Zahnd 2018). Environ la moitié des cantons s'appuie sur des chiffres-clés en matière de qualité et procède à des comparaisons entre les établissements lorsqu'ils établissent leur planification hospitalière (econcept/LENZ 2018). Ils utilisent pour cela principalement un ou plusieurs chiffres-clés de l'ANQ ou de l'OFSP. Parfois, ils utilisent aussi des informations tirées du système de gestion des plaintes, des nombres de cas ou d'autres informations mentionnées dans les rapports de qualité de l'association faitière nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins (H+). D'après cette dernière, les hôpitaux comparent activement leurs indicateurs de qualité avec les valeurs escomptées et celles des années précédentes concernant leur propre établissement et avec celles d'institutions similaires à la leur. Quelques acteurs interrogés constatent un changement de culture positif au niveau de l'acceptation des comparaisons entre hôpitaux (INFRAS et Zahnd 2018).

Les effets suivants qui étaient escomptés n'ont pas encore été atteints ou les effets négatifs suivants ne peuvent être exclus.

⁶⁶ En 2017, 24 cantons posaient des exigences de qualité dans le domaine des soins somatiques aigus (INFRAS & Zahnd 2018). En 2016, d'après une évaluation de différents documents de planification, neuf cantons posaient des exigences de qualité dans le secteur de la réadaptation et douze dans celui de la psychiatrie (INFRAS & Zahnd 2018).

⁶⁷ Par exemple le Critical Incidence Reporting System (CIRS).

Il n'est pas à exclure que la pression financière ait entraîné certaines altérations de la qualité des processus et des structures.

Près de la moitié des hôpitaux interrogés ont indiqué lors de l'enquête avoir reporté ou réduit leurs investissements depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. On ne peut déterminer avec certitude si cela s'est fait au détriment de la qualité. Il est de plus possible que les optimisations des processus menées par les hôpitaux aient occasionné pour le personnel un stress plus important, ce que suggèrent plusieurs études. Ainsi, Kleinknecht-Dolf et al. (2015) ont indiqué que les forfaits par cas liés aux prestations ont augmenté la charge de travail du personnel soignant, ce qui aurait pu par la suite nuire à la qualité des soins. Différentes études réalisées à la demande de la Fédération des médecins suisses (FMH) ont également mis en évidence en 2015 que la part des médecins hospitaliers interrogés qui ont déclaré être soumis généralement ou fréquemment au stress est en hausse (Golder et al. 2015 et 2017).

Dans l'ensemble, l'évolution de la qualité des résultats est seulement modérée.

Comme nous l'avons constaté précédemment, certains indicateurs de la qualité des résultats ont évolué favorablement. C'est notamment le cas des taux de mortalité (taux de mortalité à 30 jours à l'hôpital) observés pour les principaux groupes de maladies, qui affichent un recul au niveau national. Aucun progrès n'a manifestement pu être réalisé pour certains indicateurs de qualité. Il s'agit en l'occurrence d'indicateurs pour lesquels des hôpitaux individuels (mortalité par infarctus ou satisfaction des patients, par ex.) ou les hôpitaux suisses, en comparaison internationale, sont relativement moins bien classés. Ce phénomène concerne par exemple les infections de plaies dans le domaine de la chirurgie du côlon et après des opérations du rectum (Kuster et al. 2016). Les améliorations apportées au niveau de la qualité des structures et des processus semblent ainsi avoir eu (jusqu'ici) peu d'effets sur la qualité des résultats (INFRAS et Zahnd 2018).

Les déficits de qualité existants s'accroissent au niveau des interfaces avec les soins intervenant en aval.

Les analyses sur la durée de séjour et l'enquête auprès des hôpitaux montrent que les hôpitaux transfèrent aujourd'hui davantage et plus rapidement les patients dans les domaines situés en aval de la chaîne de soins qu'avant la révision. D'après leurs indications, les hôpitaux ont intensifié la gestion des interfaces en conséquence depuis la révision de la LAMal. Mais ces efforts ne semblent pas suffire. Certains représentants d'institutions en aval interrogées font état de fortes disparités dans la gestion des interfaces des hôpitaux et constatent d'importants déficits de qualité, en particulier s'agissant de la gestion des sorties (transferts à très court terme, rapports de transfert, prescriptions de médicaments ou matériel incomplets, par ex.). L'augmentation et la précocité accrue des transferts semblent avoir accentué les déficits de qualité existants aux interfaces vers les fournisseurs de prestations intervenant en aval.

Les chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires sont lacunaires et sous-utilisés par les acteurs.

Ces dernières années, davantage de chiffres-clés ont été publiés sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Ces chiffres portent essentiellement sur le secteur des soins somatiques aigus, leur valeur informative est parfois sujette à controverse et ils sont difficilement compréhensibles pour les patients. Les évaluations montrent clairement que ces chiffres-clés sont, de manière générale, peu utilisés par les assurés, les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs. On constate des déficits concernant les aspects suivants : la définition et l'acceptation d'indicateurs valides, l'adéquation aux groupes cibles du traitement et de la communication des chiffres-clés ainsi que l'exhaustivité des données. La multitude de portails comparatifs sur Internet peut également se révéler déroutante pour les assurés, d'autant plus que les portails ne sont pas toujours neutres et peuvent également être utilisés par les

hôpitaux à des fins de marketing (INFRAS et Zahnd 2018). Les réponses des représentants des cantons interrogés dans le cadre de l'évaluation montrent que des chiffres-clés valides concernant la qualité des résultats font toujours défaut pour procéder aux comparaisons qualitatives et à la sélection des hôpitaux répertoriés.

L'influence des forfaits liés aux prestations sur l'augmentation du nombre de réhospitalisations dans les hôpitaux de soins somatiques aigus depuis 2009 est peu claire.

Dans le secteur des soins somatiques aigus, le nombre de réhospitalisations a nettement augmenté depuis 2009, affichant une hausse moyenne annuelle comprise entre 1,1 et 3,3 % (Tuch et al. 2018). Les résultats de l'évaluation ne permettent pas de déterminer avec certitude dans quelle mesure cette tendance est liée à la révision de la LAMal. Tandis que les réhospitalisations ont globalement augmenté par rapport à 2011, le nombre de réadmissions potentiellement évitables a diminué dans un premier temps⁶⁸. Les chiffres récents montrent cependant que cette évolution ne s'est pas poursuivie en 2016 : le taux de réadmissions potentiellement évitables est remonté par rapport à 2015 (ANQ 2018). Une étude plus ancienne a mis en évidence des taux de réhospitalisations plus élevés dans les cantons appliquant des forfaits par cas liés aux prestations (Busato et von Below 2010). En revanche, l'hypothèse selon laquelle une baisse de la durée de séjour a conduit à davantage d'« effets tourniquet » et de sorties prématurées n'est pas confirmée sur la base des analyses approfondies des données. Le fait que la durée des hospitalisations qui ont été suivies d'une réadmission affiche une baisse inférieure à celles des hospitalisations sans réadmission ultérieure tend au contraire à infirmer le rôle des forfaits par cas liés aux prestations dans la multiplication des réhospitalisations (Tuch et al. 2018).

Pour résumer, l'évaluation parvient aux conclusions suivantes concernant les répercussions de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier 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 néanmoins 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 au niveau de la qualité sont déjà apparues avant 2012. En font partie un mouvement général pour plus de qualité parmi de nombreux acteurs, le traitement du thème de la qualité dans les médias, un intérêt croissant du public pour ces questions et des patients plus autonomes et mieux informés.

⁶⁸ Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si les trois conditions suivantes sont remplies : elle n'était pas prévue au moment de la sortie de l'hospitalisation précédente, elle est causée par au moins une affection déjà connue au moment de cette sortie, et elle survient dans les 30 jours suivant la sortie. Les réadmissions liées à des transplantations, des accouchements, des chimio- ou des radiothérapies, ou à des opérations chirurgicales qui suivent un séjour d'investigation sont, par exemple, considérées comme prévues. Par ailleurs, les réadmissions pour une nouvelle affection, qui n'était pas présente lors du séjour précédent sont considérées comme inévitables (INFRAS et Zahnd 2018).

4.1.3 Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins

Le tableau 9 présente un aperçu des principaux résultats concernant les effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins.

Tableau 9 : effets sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins

Effets souhaités obtenus, aucune manifestation d'effets indésirables	Effets souhaités non obtenus, manifestation d'effets indésirables
La sécurité de l'approvisionnement en soins reste bonne.	
La légère tendance à la concentration de l'offre de soins se poursuit dans le domaine des soins somatiques aigus.	Dans l'ensemble, le paysage hospitalier a très peu changé et il n'existe pas d'indices d'une réduction des surcapacités.
On relève de légères tendances à la spécialisation dans le domaine des prestations hautement spécialisées.	Aucune tendance générale au renforcement de la spécialisation des hôpitaux n'est observée.
La nouvelle planification hospitalière a renforcé les conditions de la concurrence.	Les cantons n'exploitent pas le potentiel de promotion des conditions de la concurrence.
Des restrictions indésirables de l'accès aux soins ne sont pas démontrées.	

Source : propre présentation, sur la base de ecoconcept/LENZ 2018

Les effets positifs suivants ont été constatés en lien avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier :

La sécurité de l'approvisionnement en soins reste bonne.

Les indicateurs disponibles montrent clairement que la sécurité de l'approvisionnement en soins reste assurée en Suisse. L'accès de la population à des hôpitaux disposant d'un service d'urgence 24h/24 reconnu pour des urgences médicales et chirurgicales n'a guère changé depuis 2010. Le nombre de ces hôpitaux a même augmenté dans les zones urbaines. Bien que certains services d'urgences 24h/24 aient été fermés dans les secteurs ruraux, 99,7 % de la population pouvait accéder à ce type d'unité en moins de 30 minutes en 2016 (Gruber et Lippitsch 2018a et 2018b).

La légère tendance à la concentration de l'offre de soins se poursuit dans le domaine des soins somatiques aigus.

Dans les soins somatiques aigus, la légère tendance à la concentration des hôpitaux et des sites s'est poursuivie après la révision de la LAMal. Jusqu'en 2016, le nombre d'hôpitaux de soins aigus a diminué d'environ 10 % par rapport à la période antérieure à la révision, pour atteindre 171 établissements et 223 sites. Dans l'intervalle, le nombre de lits a diminué de 3 %⁶⁹. Le nombre d'hôpitaux a augmenté dans la psychiatrie et la réadaptation⁷⁰. Il convient de noter qu'au niveau agrégé, les effets des différents mouvements (fusions, fermetures, créations et réorientations) s'équilibrent à peu près en termes de nombre d'hôpitaux et de sites. L'évaluation explique essentiellement la légère tendance à la concentration dans les soins

⁶⁹ Selon les « Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2016 », on comptait en 2016 24 320 lits dans les hôpitaux de soins généraux et 13 739 lits dans les cliniques spécialisées, cliniques psychiatriques et de réadaptation incluses (BAG 2018d).

⁷⁰ Dans le domaine de la psychiatrie, le nombre d'hôpitaux est resté stable et le nombre de sites a augmenté.

somatiques aigus par la pression financière accrue résultant de l'introduction des forfaits liés aux prestations. Les évolutions du paysage hospitalier qui commencent timidement à se manifester vont toutefois dans le sens recherché par la révision (econcept/LENZ 2018).

On relève de légères tendances à la spécialisation, surtout dans le domaine des prestations hautement spécialisées.

On relève dans certains secteurs de soins de légères tendances à la spécialisation. Ainsi, par exemple, on constate dans les soins somatiques aigus que les sites secondaires des centres hospitaliers et des réseaux d'hôpitaux de premier recours tendent à concentrer leur offre de prestations. Les changements dans le secteur des soins somatiques aigus se manifestent principalement dans la médecine hautement spécialisée (transplantations cardiaques ou chirurgie viscérale spécialisée, par ex.), dans les groupes de prestations présentant un nombre minimal de cas (chirurgie vasculaire, prostatectomie radicale, épileptologie, tumeurs et appareil locomoteur, par ex.) ainsi que dans le cas d'autres prestations hautement spécialisées (néonatalogie, par ex.). Parallèlement, les hôpitaux de la psychiatrie et de la réadaptation gagnent des parts de marché et la part de la division commune augmente légèrement, en particulier dans les hôpitaux privés (econcept/LENZ 2018). Les évolutions dans la médecine spécialisée découlent de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) initiée par la révision de la LAMal⁷¹. De manière générale, on observe pour l'heure peu de changements s'agissant des parts de marché et de l'éventail des prestations en ce qui concerne les types d'hôpitaux et le potentiel de la concurrence accrue n'est pas encore pleinement exploité (econcept/LENZ 2018).

La nouvelle planification hospitalière a renforcé les conditions de la concurrence.

L'enquête menée auprès des cantons montre que les mesures prévues par la LAMal révisée, en vue de l'instauration des conditions de la concurrence, ont largement été appliquées par les cantons et les administrations cantonales (econcept/LENZ 2018). L'évaluation révèle des indices selon lesquels les changements dans le domaine de la planification hospitalière influencent favorablement la concurrence entre les hôpitaux ainsi que les soins stationnaires. Ainsi, les représentants des cantons ont principalement attribué l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières à la prise en compte du critère de planification « qualité » dans l'admission des établissements dans les listes d'hôpitaux répertoriés (INFRAS et Zahnd 2018). De plus, la nouvelle planification hospitalière, l'utilisation généralisée de la systématique des groupes de prestations pour la planification hospitalière recommandée par la CDS et la tendance à appliquer des procédures publiques et régulières pour l'octroi de mandats de prestations ont contribué à améliorer les conditions de la concurrence (Widmer et al. 2016).

Des restrictions indésirables de l'accès aux soins ne sont pas démontrées.

Des craintes ont été exprimées en amont de la révision, selon lesquelles la pression financière accrue exercée sur les hôpitaux pourrait les inciter, pour des raisons de coûts, à limiter l'accès aux soins pour les patients nécessitant des traitements onéreux. Les enquêtes menées auprès des cantons n'ont pas permis de déceler d'indices d'une telle évolution. Aucune violation systématique de l'obligation d'admission des hôpitaux (sélection des patients) et aucune prise en charge inappropriée de cas complexes (rationnement) n'ont été rapportées. Toutefois, le contrôle par les cantons du respect de l'obligation d'admission est plutôt passif et a lieu en cas de plaintes ou de signalements. C'est pourquoi les conclusions n'excluent pas que certains patients puissent être concernés. Un rationnement peut être pratiqué de manière très subtile, par exemple au moyen de listes d'attente ou de recommandations de possibilités de traitement prétendument meilleures dans d'autres hôpitaux. Seuls quelques cantons vérifient systématiquement

⁷¹ Art. 39, al. 2bis, LAMal

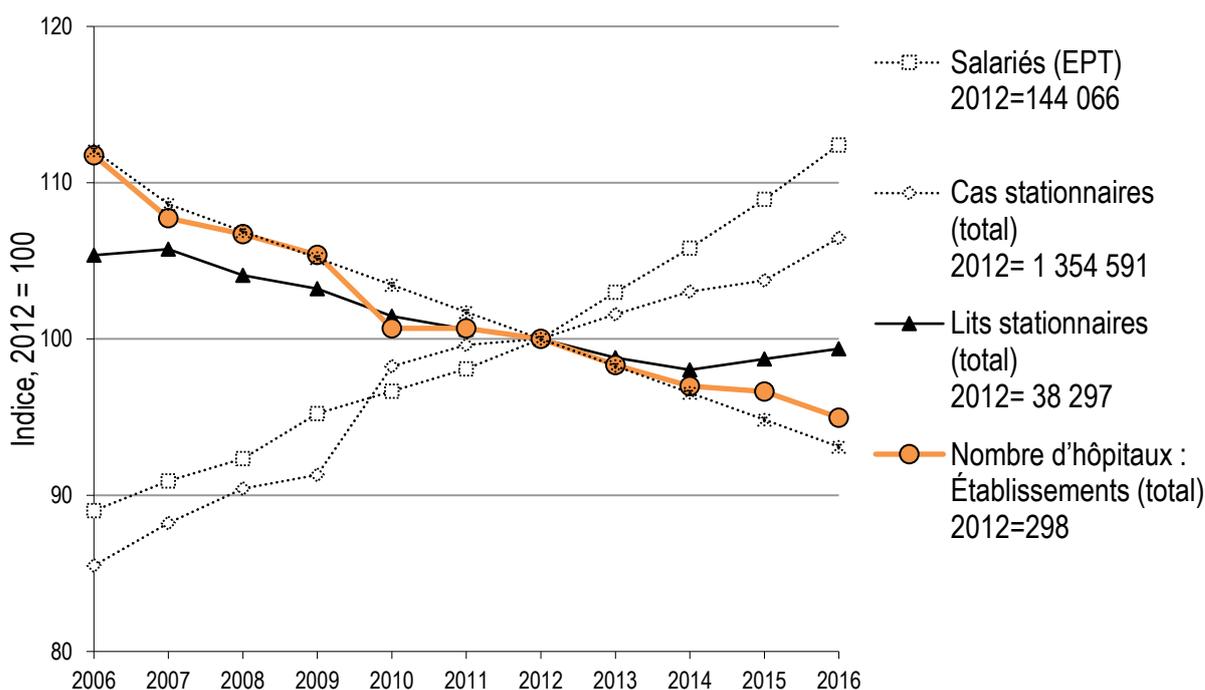
quement le respect de l'obligation d'admission (econcept/LENZ 2018, B,S,S. 2019). Les évaluateurs jugent qu'il est improbable que les hôpitaux aient recours au rationnement. D'après les avis des experts, un rationnement a été exclu en 2014, au motif que les tarifs de base différenciés contribuent à atténuer d'éventuels problèmes concernant la représentation de cas complexes dans la structure tarifaire SwissDRG et qu'il n'y a de ce fait pas d'incitations à recourir à cette pratique. Étant donné que la différenciation des tarifs a été maintenue, la nouvelle évaluation reprend l'appréciation de 2014 (B,S,S. 2019).

Pour l'instant, les effets visés suivants concernant le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins ne se sont pas manifestés comme escompté.

Dans l'ensemble, le paysage hospitalier a très peu changé et il n'existe pas d'indices d'une réduction des surcapacités.

Depuis 2006, le nombre d'établissements hospitaliers et de lits diminue constamment. Comme le montre la Figure 9, cette tendance s'est poursuivie sans interruption depuis 2012. L'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a, par conséquent, pas eu d'influence jusqu'ici sur l'évolution de l'offre des hôpitaux. L'évaluation attribue ce manque d'impact au fait que les hôpitaux doivent tout d'abord se préparer à affronter la concurrence (par ex., par des investissements) avant que ne débute la phase de consolidation et/ou de restructuration (econcept/LENZ 2018).

Figure 9 : évolution du paysage hospitalier de 2006 à 2016



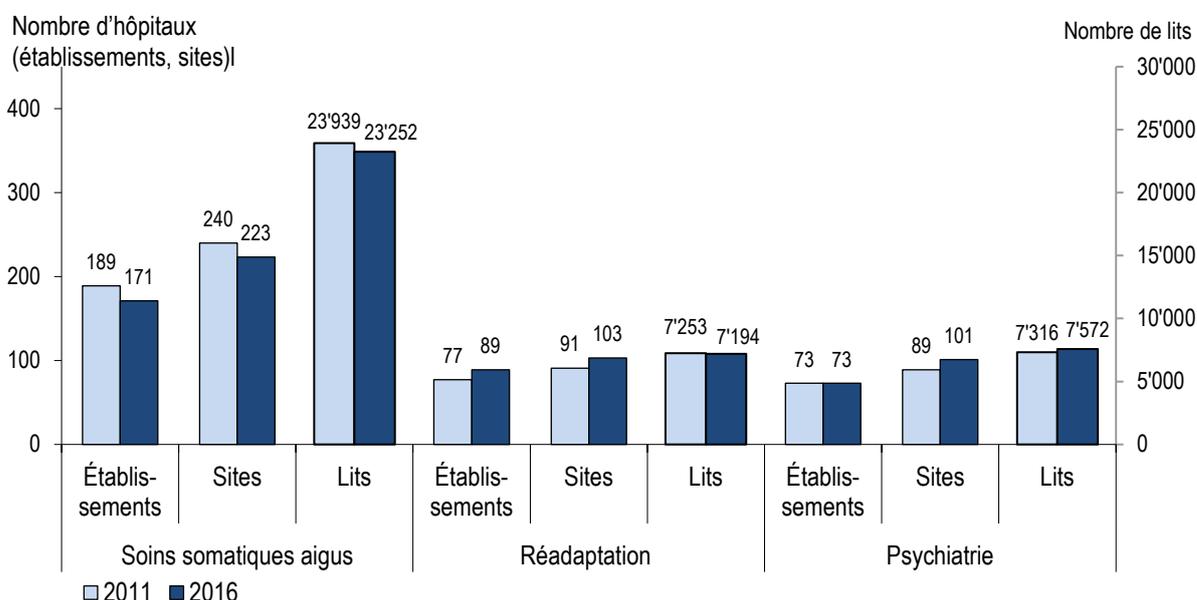
Source : OFS : statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux ; OFSP : chiffres-clés des hôpitaux suisses 2012 et chiffres-clés des hôpitaux suisses 2016. La méthode de relevé a changé en 2010.

L'évolution du paysage hospitalier a été analysée de manière approfondie dans le cadre de l'évaluation (econcept/LENZ 2018, Gruber & Lippitsch 2018a)⁷². Le nombre d'hôpitaux qui traitent au moins 30 cas stationnaires par an est resté stable entre 2011 et 2016 (+/- 2 %) et le

⁷² La notion de « paysage hospitalier » se réfère au nombre d'hôpitaux et à leur composition selon des critères spécifiques (econcept/LENZ 2018).

nombre de lits a globalement peu varié (- 1 %) ⁷³. On ne peut donc pas considérer qu'il y a eu une réduction des surcapacités dans le secteur hospitalier stationnaire. Comme le montre la Figure 10, les secteurs de soins présentent toutefois des différences. Dans les soins somatiques aigus, la légère tendance à la concentration des établissements et des sites déjà observée avant 2011 s'est poursuivie. En réadaptation, le nombre d'hôpitaux a augmenté d'environ 15 % depuis 2011 ⁷⁴, tandis que le nombre de lits a légèrement reculé (-1 %). Dans le domaine de la psychiatrie, il y avait autant d'établissements en 2016 qu'en 2011 (73). Cependant, ils sont aujourd'hui actifs sur plusieurs sites et le nombre de lits a augmenté de 4 % sur cette même période. Les différences observées entre les soins somatiques aigus et les autres secteurs de soins s'expliquent par la pression financière accrue résultant de l'introduction en 2012 des forfaits liés aux prestations pour les soins somatiques aigus. Dans les deux autres secteurs, le passage aux forfaits liés aux prestations n'a pas été opéré avant 2016. Les hausses intervenues dans la réadaptation sont expliquées par les potentiels de marché pour la réadaptation à proximité du lieu de résidence ou de l'hôpital de soins aigus et par le transfert des prestations stationnaires de soins somatiques aigus (econcept/LENZ 2018).

Figure 10 : hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation en 2011 et en 2016



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

Aucune tendance générale au renforcement de la spécialisation des hôpitaux n'est observée.

La pression accrue en termes de finances et de qualité ne s'est pour l'instant pas traduite par une tendance allant dans le sens d'un renforcement de la spécialisation des hôpitaux. Au niveau agrégé, on n'observe entre 2012 et 2016 que des changements marginaux s'agissant des parts de marché et de l'éventail des prestations en ce qui concerne les types d'hôpitaux. Ce constat vaut aussi bien pour les soins somatiques aigus que pour la réadaptation et la psychiatrie (Gruber et Lippitsch 2018a). Les résultats concordent largement avec les conclusions d'une étude consacrée aux tendances en matière de concentration et de spécialisation (Friedl 2017, p. 9). Bien que les données de la statistique médicale de l'OFS de 2012 à 2015 indiquent une concurrence intensive entre les hôpitaux pour les hospitalisations planifiées, elles ne permettent pas de dégager d'indications concernant des modifications de l'offre de

⁷³ La limitation aux hôpitaux qui traitent au moins 30 cas stationnaires par an permet de mettre l'accent sur les hôpitaux qui fournissent effectivement des prestations dans le domaine des soins stationnaires.

⁷⁴ Établissements : +14 %, sites : +13 %

prestations des hôpitaux qui pourraient être liées à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Ce résultat est conforme aux conclusions d'études menées plus récemment en Autriche (Kobel & Theurl 2013) et en Allemagne (Fürstenberg et al. 2013). Ces dernières n'ont pas non plus été en mesure de confirmer qu'une pression financière accrue entraîne un renforcement de la spécialisation des hôpitaux (econcept/LENZ 2018).

Les cantons n'exploitent pas le potentiel de promotion des conditions de la concurrence.

Le fait que l'inscription d'hôpitaux hors canton sur les listes d'établissements répertoriés reste plutôt rare et qu'il subsiste des surcapacités montre que les cantons pourraient promouvoir davantage la concurrence entre les hôpitaux. Les réticences des cantons à cet égard sont imputées à un manque de volonté politique de réduire les surcapacités, aux objectifs de politique régionale ainsi qu'à de possibles procédures juridiques. Il est néanmoins difficile de déterminer le niveau minimum de surcapacités nécessaires à la concurrence pour que les patients et les cantons puissent choisir entre les offres des différents hôpitaux (econcept/LENZ 2018).

Pour résumer, les évaluations parviennent aux conclusions suivantes concernant les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins :

- L'approvisionnement en soins reste assuré.
- Si la concurrence entre les hôpitaux s'est renforcée depuis la révision de la LAMal de 2012, on ne peut (encore) en constater les effets souhaités sur le paysage hospitalier.
- Le paysage hospitalier a en effet très peu évolué au niveau agrégé entre 2012 et 2016 à la suite des mesures introduites par la révision. La concentration visée de l'offre et des prestations s'est à peine manifestée pour le moment. 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 l'absence d'effets pour le moment 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 à long terme nécessaires. 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.

4.2 Effets sur les acteurs principaux du système de santé

La révision de la LAMal a eu des conséquences pour tous les acteurs principaux du système de santé, qu'il s'agisse des acteurs impliqués dans la mise en œuvre (principalement les cantons, les assurés et, à la marge, les assureurs) ou des acteurs concernés (principalement les hôpitaux, les assurés et les assureurs).

4.2.1 Effets sur les assurés

Dans l'ensemble, la révision de la LAMal a eu de modestes répercussions positives sur les assurés. Ces dernières années, les patients ont ainsi pu bénéficier d'améliorations dans les aspects visibles des soins stationnaires, tels que la qualité du service, les bâtiments et les infrastructures, qui ont été renforcées par la nouvelle planification hospitalière. De plus, du fait de la pression financière accrue, les hôpitaux ont intensifié leurs efforts en matière de qualité et optimisé leurs processus. Toutefois, ces démarches n'ont pas produit d'effets mesurables

à ce jour. Ni une amélioration ni une détérioration systématiques de la qualité des résultats n'ont pu être démontrées sur le plan empirique. Des effets négatifs systématiques, tels qu'un rationnement ou des violations de l'obligation d'admission par les hôpitaux répertoriés, n'ont pas non plus été constatés. Les données disponibles sont néanmoins limitées.

Malgré cette évaluation généralement positive, il convient de relever deux points faibles qui concernent les assurés :

On ne peut exclure que des séjours plus brefs en soins somatiques aigus entraînent des sorties prématurées. Il n'est pas possible de déterminer avec certitude si les sorties plus précoces ont eu des conséquences négatives pour les patients, qui se seraient par exemple traduites par davantage de réhospitalisations ou une détérioration de la qualité des résultats. Les données empiriques à ce sujet ne sont pas claires. De manière générale, les indicateurs disponibles ne suggèrent pas l'existence de déficits systématiques. Du point de vue des fournisseurs de prestations intervenant après une hospitalisation, il existe cependant quelques indices d'une augmentation des « effets tourniquet », c'est-à-dire de transferts de patients intervenant rapidement après leur sortie de l'hôpital (INFRAS et Zahnd 2018).

Les assurés sont des acteurs importants dans la mise en œuvre de la révision, car ils peuvent maintenant choisir parmi des hôpitaux de tout le pays. Or les assurés ont peu profité de l'extension du libre choix de l'hôpital jusqu'à présent, 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. Bien que les patients aient accès à davantage de plateformes de comparaisons, conséquence indirecte de la révision, les indicateurs de qualité restent difficiles à interpréter. De plus, les tarifs de référence relativement bas constituent un frein pour les hospitalisations hors canton, car les patients peuvent être amenés à devoir verser une contribution financière. Enfin, les enquêtes indiquent que les recommandations de l'entourage des patients et des médecins traitants ont une plus forte influence que les indicateurs de qualité sur le choix d'un hôpital (INFRAS et Zahnd 2018).

4.2.2 Effets sur les cantons

La révision de la LAMal a délibérément renforcé la responsabilité des cantons concernant une stabilisation des parts de financement. Simultanément, le législateur leur a laissé une grande latitude pour la mise en œuvre.

Les évaluations montrent clairement que les cantons assument désormais, comme le souhaitait le législateur, une part plus importante des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal. Cette évolution tient principalement au financement dual-fixe des prestations. Entre 2013 et 2016, les dépenses des cantons pour le secteur hospitalier stationnaire ont cependant moins augmenté qu'en 2011 (0,6 % contre 3,8 %). Cet écart pourrait toutefois être lié à la forte hausse des coûts constatée entre 2011 et 2012 (cf. Tableau 10). En raison du manque de données disponibles, il reste difficile de déterminer dans quelle mesure cette évolution est imputable à un recul des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal ou à une réduction des investissements. Il n'est pas possible en effet d'évaluer dans quelle mesure la nouvelle participation de l'AOS aux coûts d'utilisation des immobilisations a permis d'alléger la charge financière des cantons. Les données disponibles ne suffisent pas non plus pour évaluer les prestations d'intérêt général (B,S,S. 2019, Müller et al. 2019).

Dans l'ensemble, on peut retenir de l'évaluation que les cantons appliquent la planification hospitalière conformément aux dispositions légales. Ils ont largement adapté la planification hospitalière aux prescriptions et un degré élevé d'harmonisation a pu être atteint en termes de planification des besoins en soins dans le secteur des soins somatiques aigus. Le respect des prescriptions du mandat de prestations applicables aux hôpitaux est souvent contrôlé de manière systématique. Dans certains cas, ces contrôles sont uniquement effectués dans le cadre de la procédure d'autorisation ou en cas de difficultés. Le respect de l'obligation d'admission, en revanche, est le plus souvent examiné en cas de plaintes/signalements (econcept/LENZ

2018). Étant donné que différents aspects (tels que l'économicité et l'efficacité) n'avaient pas été concrétisés plus en détail au début de la nouvelle planification hospitalière, la mise en œuvre de cette dernière et la définition de tarifs se sont parfois révélées compliquées pour les cantons, comme le suggère également le fait que le Tribunal administratif fédéral ait été saisi pour différentes questions en lien avec la fixation des tarifs. La qualité des données disponibles pour l'évaluation des tarifs semble cependant s'être améliorée depuis 2012 (B,S,S. 2019).

Néanmoins, l'application de la révision dans les cantons reste très hétérogène en raison des différentes interprétations en présence. Du point de vue de l'évaluation, les cantons pourraient développer davantage leurs prescriptions en matière de qualité dans le cadre des mandats de prestations (INFRAS et Zahnd 2018). L'évaluation a également identifié des déficits au niveau du contrôle des exigences de qualité. On ne sait pas dans quelle mesure les cantons appliquent des sanctions lorsque les hôpitaux n'y satisfont pas. De plus, 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 reste marginale (econcept/LENZ 2018). 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. Le fait que les listes d'hôpitaux incluent plus rarement des établissements hors canton que des établissements intracantonaux en est un indicateur important (Cosandey et al. 2018).

4.2.3 Effets sur les 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. Globalement, les hôpitaux ont réagi conformément aux attentes du législateur.

Les hôpitaux de soins aigus en particulier subissent une pression financière croissante en raison des forfaits par cas liés aux prestations. La planification hospitalière, avec les critères de qualité à respecter, a par ailleurs accentué la pression sur la qualité. Nombre d'entre eux se sont aussi fondés sur des groupes uniformes de prestations pour la planification hospitalière (systématique GPPH) et ont réalisé des procédures publiques d'adjudication, contribuant ainsi à améliorer les conditions de la concurrence entre 2012 et 2015. Face à la pression financière accrue, 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, par ex.) n'ont été que rarement constatées. Les hôpitaux de soins aigus ont respecté l'obligation d'admission, pour autant que l'on puisse en juger sur la base des données disponibles. Aucun indice solide ne suggère que les hôpitaux procèdent à des réductions de personnel afin de compenser la pression financière accrue. Cependant, on relève des éléments indiquant une augmentation de la charge de travail assumée par le personnel.

La réaction des hôpitaux et l'évolution des conditions de la concurrence n'ont par ailleurs pas atteint l'ampleur escomptée par le législateur. La concurrence entre les hôpitaux n'est pas encore assez marquée vu que la concentration de l'offre de soins (réduction des capacités) fait jusqu'à présent défaut. Bien que l'on observe une tendance aux regroupements intracantonaux, la plupart de ces rapprochements n'entraînent pas une réduction du nombre de sites. Une tendance à la spécialisation se dessine dans certains secteurs de soins (sites secondaires, soins de base, prestations hautement spécialisées).

Les hôpitaux de soins aigus transfèrent plus tôt et plus fréquemment les patients vers les secteurs de soins en aval. Si le phénomène était déjà observé avant 2012, il a été accentué

par les forfaits par cas liés aux prestations. 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 surtout pour les soins ambulatoires, les établissements médico-sociaux et les hospices, puisqu'ils sont contraints d'engager davantage de personnel qualifié. Les données disponibles ne permettent pas de corroborer ces propos. Des fournisseurs de prestations interrogés ont cependant rapporté de graves déficits de qualité de la part de certains hôpitaux en lien avec des transferts (INFRAS et Zahnd 2018).

4.2.4 Effets sur les assureurs

Avec la révision, la part de financement des assureurs pour les prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal a baissé et atteint le niveau souhaité (45 %). La croissance des dépenses 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. Le monitoring des coûts et du financement montre par ailleurs que 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 ont eu lieu (cf. Pellegrini et Roth 2018 ; B,S,S. 2019).

4.3 Contribution à l'atteinte des 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 loi, à savoir la maîtrise de l'augmentation des coûts, aussi bien dans l'AOS que dans le système de santé, et la garantie de l'accès à de soins de qualité.⁷⁵ La question se pose donc de savoir dans quelle mesure la révision a contribué à l'atteinte de ces objectifs.

4.3.1 Contribution de la révision à la maîtrise de l'augmentation des coûts

Par rapport à la hausse des dépenses, l'objectif de maîtrise de l'augmentation des coûts a été atteint dans le secteur stationnaire des hôpitaux. Le Tableau 10 montre ainsi une légère atténuation de la hausse des dépenses dans ce secteur. On peut supposer que la révision a contribué à la réalisation de cet objectif, car tandis que la hausse des dépenses dans le secteur hospitalier stationnaire à la charge de l'AOS a été atténuée, les dépenses dans les autres secteurs de l'AOS (prestations hospitalières ambulatoires ou prestations ambulatoires, par ex.) ont continué à augmenter fortement. Cette atténuation est principalement 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. Cependant, l'étude B,S,S. (2019) montre aussi clairement qu'il convient de relativiser l'affirmation concernant la réalisation de l'objectif de maîtrise de l'augmentation des coûts dès lors que l'on procède à une comparaison avec le PIB et la croissance du salaire net.

⁷⁵ Cf. Conseil fédéral (Bundesrat) 2004

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, comme le montre le tableau 10, ci-après. Il se peut cependant que le ralentissement de la hausse des coûts dans le secteur des prestations hospitalières stationnaires ait légèrement limité le développement des coûts dans son ensemble.

Tableau 10 : évolution des indicateurs relatifs aux dépenses et aux coûts

Indicateurs dépenses / coûts	Augmentation annuelle moyenne (%)			Évolution de l'augmentation 2013–2016 par rapport à la période précédente
	période précédente	2012	2013-2016	
Prestations hospitalières stationnaires				
Coûts de production pour la fourniture de prestations hospitalières stationnaires	2,8 % ^{a)}	4,6 %	2,9 %	= Stable
Dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires	3,2 % ^{b)}	10,1 %	1,5 %	↓ Augmentation freinée ⁷⁶
Secteur hospitalier stationnaire				
Dépenses des cantons (y c. prestations d'intérêt général, éventuels investissements cantonaux supplémentaires)	3,8 % ^{b)}	12,1 %	0,6 %	↓ Augmentation freinée
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur hospitalier stationnaire	6,6 % ^{a)}	7,2 %	3,0 %	↓ Augmentation freinée
Secteur hospitalier (ambulatoire et stationnaire)				
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le secteur hospitalier	3,6 % ^{c)}		4,0 %	↑ Augmentation accrue
Système de santé				
Dépenses de l'ensemble des agents financeurs pour le système de santé	3,3 % ^{c)}		3,9 %	↑ Augmentation accrue

Source : présentation simplifiée, sur la base des données figurant dans B,S,S. 2019.
Légende : Les chiffres présentés correspondent à la croissance absolue des coûts / dépenses. La disponibilité des données pour la période précédente est variable : ^{a)} 2011, ^{b)} 2006–2011, ^{c)} 2009–2011.

Les résultats sont cependant 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 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

⁷⁶ Cette tendance s'explique en partie par le décalage dans le temps de l'élévation de la part de financement cantonale à minimum 55 %. Toutefois, même en tenant compte de cet effet, la hausse des dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires est moins importante après 2012 ; la tendance est simplement moins marquée (2,4 %) (B,S,S. 2019).

seront mis en œuvre tous domaines de soins confondus. On saura de plus avec le temps si la forte hausse des coûts de 2012 peut être compensée à long terme.

4.3.2 Contribution de la révision à la garantie de l'accès à des soins de qualité

Selon les résultats de l'évaluation, la révision de la LAMal a généralement conduit à une amélioration de l'accès à des soins de qualité. L'accès aux soins est maintenu. Les hôpitaux respectent l'obligation d'admission et leur accessibilité (en cas d'urgence également) est restée élevée. La qualité des structures et des processus des prestations hospitalières stationnaires a évolué favorablement (surtout les bâtiments, les infrastructures, le skillmix et le grademix du personnel, la qualité du service et les mesures de la qualité). La révision y a contribué, principalement au moyen d'une pression concurrentielle accrue. Le rôle de la planification hospitalière dans cette évolution est en revanche (encore) minime. Les indicateurs disponibles ne permettent pas de relever d'indices d'effets négatifs en termes de qualité des résultats. Au contraire, on observe une légère amélioration : ainsi, 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 les soins somatiques aigus. La satisfaction des patients et les indicateurs de différents aspects supplémentaires concernant la qualité des résultats (infections de plaies postopératoires ou chutes, par ex.) sont restés stables. Cependant, on ignore encore comment interpréter la hausse du taux de réhospitalisation et certaines institutions intervenant après une hospitalisation se montrent critiques quant à la qualité aux interfaces

4.4 Adéquation de la révision

Globalement, au vu des résultats de l'évaluation, 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 pour les prestations hospitalières stationnaires.

Les dépenses de l'AOS dans leur ensemble (tous types de prestations confondus) ainsi que les dépenses de tous les agents financeurs pour le secteur hospitalier, y compris la fourniture de prestations ambulatoires, et pour le système de santé ont continué de progresser en flèche. Ceci peut s'expliquer 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 empêcher une baisse de la qualité des prestations hospitalières en dépit de la pression financière accrue. Au contraire, celle-ci a même eu tendance à augmenter. Les mesures prévues par la révision de la LAMal axées sur la qualité étaient des éléments adéquats et nécessaires pour que la concurrence renforcée entre les hôpitaux ne se fasse pas au détriment de la qualité des prestations hospitalières. L'extension du libre choix de l'hôpital et l'élargissement de la base d'informations ont accru la concurrence au niveau de la qualité entre les hôpitaux et les ont incités à améliorer la qualité de leurs structures et de leurs processus. Les mandats de prestations dans le cadre de la planification hospitalière constituent également un instrument adéquat pour imposer la qualité dans les prestations hospitalières. Toutefois, 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.

4.5 Conclusions et mesures 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 peut en partie s'expliquer par la durée d'observation relativement restreinte depuis la mise en œuvre de la révision, par l'introduction tardive des forfaits liés aux prestations dans la psychiatrie et la réadaptation ainsi que par le fait que les changements dans le paysage hospitalier ne sont attendus qu'à long terme. Des facteurs contextuels, tels que le financement hétérogène des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des conflits de gouvernance au niveau des cantons, ont également contribué de manière significative à entraver l'efficacité de la révision. L'évaluation ne livre cependant pas d'informations approfondies à cet égard, car elle mettait l'accent sur le secteur hospitalier. Les résultats de l'évaluation montrent clairement un potentiel d'amélioration pour les aspects cités ci-dessous.

1. Intensifier la coopération intercantonale pour la planification hospitalière et renforcer la coordination concernant les critères de qualité
2. Économies : renforcer la transparence par des données et méthodes uniformes
3. Améliorer le monitoring et la communication concernant l'évolution de la qualité
4. Renforcer la position des assurés

Les paragraphes qui suivent développent les quatre aspects identifiés en vue d'améliorer l'efficacité de la révision.

Mesure n° 1 « planification hospitalière » : intensification de la coopération intercantonale et renforcement de la coordination au niveau des 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 importante que cette dernière leur octroie. Cependant, la révision n'entend en définitive pas uniquement encourager la coordination entre cantons, mais également une véritable coopération. Dans ce domaine, les mesures à prendre concernent prioritairement la planification hospitalière.

- *Renforcement de la coopération intercantonale et planification transrégionale des soins* : il existe notamment un potentiel d'optimisation au niveau de la coopération intercantonale. Bien que la loi encourage une collaboration intercantonale renforcée, les prescriptions ne concernent que la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Les résultats de l'évaluation montrent que les surcapacités constituent pour les cantons un défi plus politique que réglementaire. La dimension cantonale actuelle des planifications hospitalières doit être dépassée pour réduire les surcapacités et promouvoir la spécialisation et le développement de la qualité. Il faudrait de plus que les cantons s'emploient à régionaliser la planification des besoins en soins. Une harmonisation temporelle des planifications hospitalières permettrait de faciliter davantage la coordination intercantonale (econcept/LENZ 2018 ; B,S,S. 2019).
- *Coordination de la mise en œuvre des critères de qualité dans la planification hospitalière* : les conditions prévues par l'ordonnance sur l'assurance maladie concernant la prise en compte des critères de qualité dans la planification hospitalière accordent aux cantons une marge de manœuvre importante. Par conséquent, on constate d'importantes disparités entre les cantons quant à la question de savoir si, et dans quelle mesure, ils prennent en compte et imposent les critères de qualité. Certains cantons ont également indiqué que leur réserve à cet égard était due à des ambiguïtés liées au fond concernant la sélection et l'interprétation des critères de qualité appropriés. Il est donc nécessaire de proposer une définition uniforme et d'harmoniser l'application

d'indicateurs de qualité valides pour la planification hospitalière. Par ailleurs, il convient de prévoir des contrôles et les sanctions en cas de non-respect des prescriptions par les hôpitaux. De manière subsidiaire, on pourrait envisager que la Confédération prescrive des standards de qualité uniformes si la mise en œuvre par les cantons restait insuffisante (INFRAS et Zahnd 2018).

Mesure n° 2 « économicité » : renforcement de 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. Des lacunes subsistent toutefois concernant l'ampleur, la qualité et la rapidité de la mise à disposition de ces chiffres. Il convient d'engager des mesures notamment en vue d'une opérationnalisation uniforme du critère de l'économicité. Les résultats de l'évaluation ont permis d'identifier que des mesures s'imposaient principalement concernant les aspects suivants :

- *Définition uniforme et méthodes de saisie et d'évaluation homogènes des prestations d'intérêt général* : la délimitation des coûts pour les prestations d'intérêt général permet d'améliorer la comparabilité des hôpitaux. Bien que cette forme de financement sorte du cadre de la rémunération liée aux prestations de prestations soumises à la LAMal, elle a une incidence sur la situation financière des hôpitaux et peut entraîner des distorsions de la concurrence. Pour la Confédération, il est évident que les prestations soumises à la LAMal doivent être clairement séparées des prestations d'intérêt général. Quant aux cantons, leur tâche sera d'harmoniser autant que faire se peut 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. Cela contribuerait à éviter toute distorsion au niveau des comparaisons entre établissements lors de la fixation des tarifs.
- *Harmonisation des bases pour les comparaisons entre établissements* : les cantons procèdent à des comparaisons entre les hôpitaux en vue d'établir les listes d'établissements répertoriés, d'attribuer les mandats de prestations et d'approuver les tarifs. Les partenaires tarifaires et le Surveillant des prix recourent eux aussi à ces comparaisons dans le cadre de la fixation des tarifs de base. Or les comparaisons utilisées se fondent sur différentes échelles de mesure de l'efficacité et procédures. Les cantons, les assureurs, les hôpitaux et le Surveillant des prix devraient uniformiser leur manière de procéder. Ils pourraient par exemple s'accorder sur une seule méthode de saisie des prestations (B,S,S. 2019).
- *Publication de comparaisons nationales entre les établissements* : la tâche confiée à la Confédération, qui consiste à faire procéder, en collaboration avec les cantons, à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux, qu'elle publie par la suite (art. 49, al. 8, LAMal), n'est pas encore mise en œuvre. Il faut pour cela s'assurer le concours des hôpitaux et des cantons, et de ce fait la disponibilité des données correspondantes (B,S,S. 2019).
- *Harmonisation de la procédure de fixation des tarifs de référence pour les hospitalisations hors canton* : l'évaluation indique que certains cantons, pour le moins, fixent des tarifs de référence qui ne sont pas intéressants pour les assurés et limitent de ce fait l'extension du libre choix de l'hôpital. En effet, dès lors que les tarifs de référence se fondent sur les tarifs hospitaliers les plus bas d'un établissement sur la liste des hôpitaux répertoriés, il est plus probable que les assurés devront payer un supplément en cas d'hospitalisation hors canton. Ce mode de calcul entrave l'usage de l'extension du libre choix de l'hôpital. Les cantons devraient uniformiser leurs pratiques à cet égard et suivre les recommandations de la CDS (B,S,S. 2019).

Mesure n° 3 « qualité » : amélioration du monitoring et de 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 : 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. Dès lors, les éventuelles lacunes concernant la qualité se manifesteront plus clairement à l'avenir.

Mesure n° 4 « assurés » : renforcement de 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. En particulier, les informations disponibles concernant la qualité des prestations hospitalières devraient être davantage adaptées aux besoins des assurés et des patients et les conditions-cadres cantonales en lien avec l'extension du libre choix de l'hôpital devraient être optimisées :

- *Informations adaptées aux patients concernant les indicateurs de qualité* : la seule amélioration des comparaisons qualitatives entre les hôpitaux ne suffit pas pour que les patients puissent davantage profiter de leur liberté de choix. Il faut également qu'elles soient préparées et communiquées d'une manière plus adaptée. Les informations sur la qualité qui sont actuellement disponibles sur les portails comparatifs sont peu compréhensibles pour les patients. La communication doit être encouragée au niveau fédéral, en collaboration avec les fournisseurs de prestations, les organisations de patients et les cantons (INFRAS et Zahnd 2018).
- *Suppression des obstacles posés en matière de libre choix de l'hôpital* : les tarifs de référence définis par les cantons pour les hospitalisations extracantonales suite à l'extension du libre choix de l'hôpital compromettent la liberté de choix dans la mesure où ils sont fixés selon des critères hétérogènes. L'alignement sur le tarif hospitalier le plus bas d'un établissement sur la liste cantonale des hôpitaux est problématique. Au niveau cantonal, il est nécessaire d'améliorer pour les assurés les conditions relatives à l'extension du libre choix de l'hôpital, ce qui passe par une simplification de la procédure et une harmonisation de la fixation des tarifs de référence. On pourrait également envisager de renforcer les incitations financières pour les patients dans le cadre de l'extension du libre choix de l'hôpital, en récompensant financièrement, par exemple, les patients qui choisiraient, à qualité égale, de se faire soigner dans un établissement moins onéreux.

4.6 Conclusions de la Confédération et suite des démarches

L'objectif de la révision consistait à limiter la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire tout en maintenant un accès à des soins de haute qualité. Cette limitation devait également contribuer à diminuer l'augmentation générale des coûts de l'AOS.

L'OFSP se rallie aux conclusions tirées dans les évaluations. Dans l'ensemble, les mesures de la révision déploient des effets allant dans le sens souhaité. Aucun signe n'indique qu'il soit nécessaire de modifier la loi. Le potentiel d'impact de la révision n'est cependant pas pleinement exploité.

Il convient de noter que les mesures nécessaires identifiées d'après l'évaluation reposent en grande partie sur la situation jusqu'en 2016/17. Pour déterminer les mesures qui s'imposent à l'heure actuelle, l'OFSP se réfère à l'évolution qui a eu lieu depuis lors et aux activités pertinentes menées par la Confédération, les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Tableau 11 : vue d'ensemble des mesures qui s'imposent d'après l'évaluation et de la suite des démarches envisagées par l'OFSP dans quatre domaines

<p>Mesure n° 1 « planification hospitalière » : intensification de la coopération intercantonale et renforcement de la coordination au niveau des critères de qualité</p> <p>Les cantons coordonnent leurs activités de façon conforme à la loi dans le cadre de la marge de manœuvre relativement large qui leur est laissée sur le plan législatif. Néanmoins, la révision vise une prise en charge au-delà des frontières cantonales.</p> <p>Des mesures s'imposent avant tout au niveau de la planification hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcement de la planification suprarégionale des soins (coopération) • définition de critères de qualité pour la planification hospitalière acceptés à l'échelle nationale • coordination de la mise en œuvre de critères de qualité, de comparaisons entre établissements, application de prescriptions en matière de qualité
<p>Suite des démarches du point de vue de l'OFSP</p> <p>Dans ce domaine, les acteurs principaux sont les cantons, en partie la Confédération.</p> <p>Mesures/contributions de la Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> • précision des exigences en matière de qualité pour la planification hospitalière : ceci fait partie des révisions prévues de l'OAMal/OCP au niveau des critères de la planification hospitalière
<p>Mesure n° 2 « économicité » : renforcement de la transparence par des données et méthodes uniformes</p> <p>On dispose aujourd'hui de bien plus de chiffres-clés pour évaluer les coûts des prestations hospitalières stationnaires. La qualité des données s'est améliorée.</p> <p>Des mesures s'imposent encore, en particulier concernant l'uniformisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la définition, de la saisie et de l'évaluation des prestations d'intérêt général (PIG) • des bases pour les comparaisons entre hôpitaux • des comparaisons entre établissements à l'échelle nationale
<p>Suite des démarches du point de vue de l'OFSP</p> <p>Dans ce domaine, les acteurs principaux sont les cantons, les fournisseurs de prestations et la Confédération.</p> <p>Mesures/contributions de la Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PIG : du point de vue de l'AOS/de la Confédération, il est central de délimiter les PIG dans le cadre de la fixation des coûts. Sur la base des résultats de l'étude ECOPLAN et de réflexions sur la répartition des compétences entre les échelons administratifs, le Conseil fédéral tire la conclusion qu'aucune mesure ne s'impose à l'échelle de la Confédération. Dans ses recommandations, la CDS s'est déjà penchée sur l'examen de l'économicité des tarifs hospitaliers (état au 1^{er} mars 2018). • amélioration des bases pour la comparaison entre les hôpitaux : dans le cadre des révisions prévues de l'OAMal/l'OCP, les dispositions relatives à la détermination des tarifs et à la déduction des coûts ajustés selon le degré de sévérité seront concrétisés davantage. Ces travaux sont également liés à la réponse à donner à la motion Humbel 12.3245 « Mettre en oeuvre le financement des hôpitaux tel qu'il a été voulu par le législateur », qui a été acceptée. • publication de comparaisons nationales entre établissements au niveau des coûts : la Confédération et les cantons effectuent actuellement les travaux préparatoires. La publication est prévue pour 2020.

Mesure n° 3 « qualité » : amélioration du monitoring et de la communication concernant l'évolution de la qualité

On dispose d'un plus grand nombre de chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires publiques. En outre, les acteurs ont avancé sur l'évaluation de la qualité.

Des mesures s'imposent en particulier sur deux points :

- le développement d'indicateurs appropriés pour la qualité des résultats
- la surveillance supplémentaire, approfondie de l'évolution de la qualité, y compris concernant les transitions vers les soins en aval d'une hospitalisation

Suite des démarches du point de vue de l'OFSP

Dans ce domaine, les acteurs principaux sont les fournisseurs de prestations et les assureurs, avec les cantons et la Confédération.

Les points suivants sont à évoquer concernant les mesures/contributions de la Confédération :

- Dans le processus de l'approbation des tarifs SwissDRG, la Confédération demande aux partenaires tarifaires de renforcer l'assurance-qualité dans le cadre de l'application des tarifs. Ceci inclut la mesure de la qualité mais aussi des processus et des mesures d'amélioration contraignants dont l'efficacité doit être contrôlée.
- La mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité et la révision de la LAMal pour le renforcement de la qualité et de l'économicité.
- La poursuite de l'observation et de l'analyse du développement de la qualité au niveau des transitions vers les soins intervenant en aval d'une hospitalisation. La question de l'approvisionnement des soins après une hospitalisation dans les soins somatiques aigus, y compris les soins aigus et de transition, sera abordé dans le cadre du développement du financement des soins.
- Il faut également contrôler la poursuite de l'observation d'autres indicateurs dans les domaines de la qualité et des coûts, en rapport avec les effets de l'introduction de TARPSY et de ST Reha, par ex. (voir également l'étude sur l'examen de l'introduction de TARPSY et de du ST Reha → Internet OFSP, étude disponible uniquement en allemand)⁷⁷.

Mesure n° 4 « assurés » : renforcement de la position des assurés

Les assurés, demandeurs de prestations hospitalières stationnaires, n'utilisent pour l'heure que peu le rôle qui leur a été accordé au niveau du choix de l'hôpital dans la logique d'effets de la révision.

Des mesures s'imposent en particulier sur deux points :

- la communication, sous une forme adaptée aux patients, des chiffres-clés disponibles en matière de qualité concernant les prestations hospitalières
- les conditions-cadres cantonales relatives à l'élargissement du choix de l'hôpital : simplification de la procédure, harmonisation de la démarche de fixation des tarifs de référence pour les hospitalisations extra-cantonales (afin de ne pas poser d'obstacles à l'élargissement du choix de l'hôpital)

Suite des démarches du point de vue de l'OFSP

Dans ce domaine, les acteurs principaux sont la Confédération, les cantons et les assureurs.

La Confédération doit proposer dans les domaines suivants des contributions pertinentes visant à renforcer la position des assurés :

- les tarifs de référence : la motion 18.3388 « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables » de la CSSS-CN (devant encore être traitée par la seconde Chambre) formera vraisemblablement la base des travaux dans ce domaine.
- la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité (cf. mesure n° 3)

⁷⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-kranken-unfallversicherung.html>

5 Bibliographie

- AFF (2012) : Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 18, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
<https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html>, consulté le 25.6.2019.
- AFF (2017) : Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045, Working Paper Nr. 21, Administration fédérale des finances, Berne.
<https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html>, consulté le 25.6.2019.
- 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/communiques-de-presse/les-derniers-chiffres-des-readmissions-sont-disponibles/>>, consulté le 25.06.2019.
- Berger, S./Bienlein, M./Wegmüller, B. (2015) : Spitäler. In: Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017: Eine aktuelle Übersicht. Verlag Hans Huber, Bern.
- Britnell, M./Scher, M./Friedrich, S./Kocot, L./Wilson, P./Thomas, N. et al. (2017) : Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. Publication number 133989-G. March 2017. KPMG International, Amstelveen.
- 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.
- Busato, A./von Below, G. (2010) : The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population based perspective. In: Health Research and Policy Systems 8, 31.
- Busse, R./Geissler, A./Quentin, W./Wiley M. (2013) : EuroDRG: Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, Maidenhead.
- CDS (2011) : •Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal (Version révisée du 2.9.2011, valable le 1.1.2012. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_HOSPEX_20190214_f.pdf>, consulté le 25.06.2019.
- CDS (2017) : Recommandations sur l'examen de l'économicité : Détermination des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49 al. 1 LAMal. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf>, consulté le 25.06.2019.
- CDS (2018) : Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 1.1.2018. Version révisée des recommandations adoptée par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 25.5.2018. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf>, consulté le 25.06.2019.

- Christen, A./Hänggi, P./Kraft, C./Künzi, D./Merki, M./Ruffner, J (2013) : Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Credit Suisse, Zürich.
- Comparis (2017) : Choix de l'hôpital : les Suisses ne veulent pas voir le taux de mortalité. Enquête comparis.ch sur les hôpitaux. Communiqué de presse, 12 avril 2017. Comparis.ch, Zurich.
<<https://fr.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2017/spitalvergleich/spital-vergleich/spitalumfrage>>, consulté le 25.6.2019.
- Conseil fédéral (2004) : Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004. FF 2004 5207.
- Conseil fédéral (2013) : Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 en réponse aux postulats 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » du 11 décembre 2009, et 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » du 29 septembre 2010.
- Conseil fédéral (2016a) : Changement démographique en Suisse : champs d'action au niveau fédéral. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat Schneider-Schneiter 13.3697.
- Conseil fédéral (2016b) : Planification de la médecine hautement spécialisée: mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 13.4012, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 8 novembre 2013, du 25 mai 2016.
- Cosandey, J./Roten, N./Rutz, S. (2018) : Une politique hospitalière saine. Plus de transparence, plus de souveraineté du patient, moins de cantonalisme. Avenir Suisse, Zurich.
<<https://www.avenir-suisse.ch/fr/publication/une-politique-hospitaliere-saine/>>, consulté le 25.06.2019.
- Dobrev, A./Rissi, C./Marti, M./Stroetmann, K. (2011) : Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG und des Staatssekretariates für Wirtschaft SECO. Ecoplan/empirica, Bern und Bonn.
- Dreves, F./Gebele, C. (2015) : Bevor der Patient ins Krankenhaus kommt. Informations- und Entscheidungswege des Patienten. In: Fischer, A. (Hrsg.): Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- 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.
- Felder, S./Kägi, W./Lobsiger, M./Tondelli, T./Pfinninger, T. (2014) : Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Studie im Auftrag von FMH und H+. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Felder, S./Meyer, S./Selcik, F. (2017) : Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013–2015. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel, Basel.
- Frick, U./Krischker, S./Gmel, G. (2013) : Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.

- Frick, U./Dickson-Spillmann, M./Krischker, S./Wiedermann, W./Wiedenhöfer, D./Schaub, M. (2014) : Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Forschungsbericht No. 341 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- Friedl, A. J. (2017) : Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen in der stationären akutsomatischen Versorgung seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Masterarbeit im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Fürstenberg, T./Laschat, M./Zich, K./Klein, S./Gierling, P./Nolting, H. D./Schmidt, T. (2013) : G- DRG-Begleitforschung gemäss § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des dritten Forschungszyklus. Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.
- gfs.bern (2017) : H+ Spital- und Klinik-Barometer.gfs,Bern.
<<https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-barometer>>, consulté le 25.6.2019.
- Golder, L./Longchamp, C./Jans, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Hagemann, M./Schwab, J. (2015) : Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Schlussbericht 2015, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015. gfs, Bern.
<<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/begleitforschung.cfm#i111856>>, consulté le 16.5.2019.
- Golder, L./Jans, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Herzog, N. (2017) : Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen. Schlussbericht 2017, Begleitstudie im Auftrag der FMH, 7. Befragung 2017. gfs, Bern. <<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/begleitforschung.cfm#i111856>>, consulté le 16.5.2019.
- Groupe d'experts sur la maîtrise des coûts (2017) : Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du groupe d'experts du 24 août 2017. Berne.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018a) : 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.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018b) : Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010–2015 im stationären Bereich (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie). Schlussbericht. Studie innerhalb der Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). LENZ AG, Zürich.
- Hedinger, D./Tuch, A./Widmer, M. (2017) : Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. (Obsan Bulletin 2/2017). Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- HSPM (2017) : The Health System Policy Monitor > Countrypage Switzerland. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<<http://www.hspm.org/countries/switzerland25062016/countrypage.aspx>>, consulté le 19.1.2018.

- 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.
- Kägi, W./Frey, M./Lobsiger, M. (2014) : Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Kleinknecht-Dolf, M./Haubner, S./Wild, V./Spirig, R. (2015) : Wie erleben Pflegefachpersonen Moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? In: Pflege & Gesellschaft, 2015, 20(2), 115–132.
- Kobel C./Theurl, E. (2013) : Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case. In: Working Papers in Economics and Statistics, No. 2013-06. University of Innsbruck, Innsbruck.
- Kuster, S./Eisenring, M.-C./Troillet, N. (2016) : Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Bern.
- Le Bail, M./Or, Z. (2016) : Atlas des variations de pratiques médicales en France. IRDES, Paris.
<www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>, consulté le 11.12.2018.
- Leu, A./Gaechter, T./Elger, B. (2013) : 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen, hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit (2013), Nr. 95.
- Lobsiger, M./Frey, M. (2019) : Globalbudgets in den Kantonen im stationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Müller, A./Iseli, S./ Bücher, S. (2019) : Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Ecoplan AG, Bern.
- OECD (2017a) : Health at a Glance 2017. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
<http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en>, consulté le 19.1.2018.
- OECD (2017b) : Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- OFS (2018a) : 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.
- OFS (2018b) : Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006–2016. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFSP (2009) : Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut.
<[https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossen-ne%20Revisionen%20\(Themen%20&%20Service\)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossen-ne%20Revisionen%20(Themen%20&%20Service)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf)>, consulté le 25.6.2019.

- OFSP (2013) : Une stratégie globale pour le système de santé.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>>, consulté le 25.06.2019.
- OFSP (2015a) : Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Résultats intermédiaires. Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral. Office fédéral de la santé publique, Berne.
- OFSP (2015b) : 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.
- OFSP (2018a) : Stratégies nationales en matière de santé.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien.html>>; consulté le 25.06.2019.
- OFSP (2018b) : Assurance-maladie : Projets adoptés.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>>, consulté le 25.06.2019.
- OFSP (2018c) : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2016. Office fédéral de la santé publique, Berne.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>>, consulté le 25.06.2019.
- OFSP (2018d) : Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2016. Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Pellegrini, S./Widmer, T./Weaver, F./Fritschi, T./Bennett, J. (2010) : KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Berner Fachhochschule/Universität Genf/Universität Zürich, Bern, Genf und Zürich.
- 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.
- Rogers, W. H./Draper, D./Kahn, K. L./Keeler, E. B./Rubenstein, L. V./Koseoff J./Brook R. H. (1990) : Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects. In: Journal of the American Medical Association, 264(15), 1989–1994.
- Rütsche, B. (2011) : Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung. Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich, im Auftrag des Kantons Bern, handelnd durch das Generalsekretariat der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF), Bern.
- Schwendener, P./Sommer, P. (2016) : Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015. PricewaterhouseCoopers AG, Bern.
- Schwendener, P./Sommer, P. (2017) : Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016. Die Versorgungslandschaft Schweiz im Umbruch. PricewaterhouseCoopers AG, Bern.
- SPR (2016a) : Tarifs hospitaliers - Pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires. Surveillance des prix – Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche DEFR, Berne.
- SPR(2016b) : Rapport « Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitalern im Ländervergleich ». Surveillance des prix – Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche DEFR, Berne.

- Trageser, J./Gschwend, E./von Stokar, T./Landolt, H./Otto, U./Hegedüs, A. (2018) : Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Infrac/Careum Forschung/Landolt Rechtsanwälte, Zürich und Glarus.
- 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.
- Von Stokar, T./Vettori, A./Gschwend, E./Boos, L. (2016) : Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Infrac/H Focus, Zürich und Baar.
- Widmer, P./Telser, H. (2013) : Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie im Auftrag von comparis.ch. Polynomics, Olten.
- Widmer, P./Telser, H./Uebelhart, T. (2016) : Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Polynomics, Olten.
- Widmer, P./Trottmann, M./Napierala, C./Hochuli, P./Telser, H./Reich, O./Früh, M (2017a) : Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Polynomis, Olten.
- Widmer, P./Hochuli, P./Telser, H./Reich, O./Früh, M. (2017b) : Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Polynomics, Olten.

Annexe

A1 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^{er} janvier 2012) : le nouveau régime de financement soumet aux mêmes conditions-cadres les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Ainsi, il n'y a en principe plus de différences entre les hôpitaux publics, les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux privés. Les prestations des hôpitaux admis dans la planification cantonale (hôpitaux dits répertoriés) sont remboursées par les cantons et les assureurs-maladies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (les cantons remboursent au minimum 55 % et l'AOS au maximum 45 %) selon une clé de financement fixe, en tenant compte des coûts d'investissement (coûts d'utilisation des immobilisations). Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1^{er} janvier 2012 avaient jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour fixer leur part au financement à au moins 55 % (cf. art. 49a LAMal et al. 5 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007).
- *Forfaits liés aux prestations fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012) : les prestations hospitalières sont désormais remboursées dans toute la Suisse au moyen de forfaits liés aux prestations. Cette rémunération forfaitaire comprend aussi les coûts d'utilisation des immobilisations (cf. art. 49 et 49a LAMal ainsi qu'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). Dans le domaine des soins aigus, la rémunération se fait conformément au système tarifaire SwissDRG convenu entre les partenaires tarifaires. 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^{er} 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^{er} janvier 2009, prise en compte obligatoire des critères de planification depuis le 1^{er} 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^{er} 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^{er} janvier 2012) : en cas de traitement hospitalier, l'assuré a toujours le libre choix entre les établissements figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Le remboursement par le canton de résidence ne se limite toutefois plus aux prestations des hôpitaux situés dans le canton de résidence des assurés. 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. 1bis, 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^{er} 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 prestations⁷⁸. 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 2015b, actualisé.

⁷⁸ Art. 59a LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, anciennement art. 22a LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} 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).

A2 Liste des domaines thématiques et des membres des groupes d'accompagnement

Domaine thématique	Membres du groupe d'accompagnement
Coûts et financement du système de santé	CDS H+ FMH DVSP curafutura santésuisse OFS AFF FINMA SPR SWISS REHA SMHC
Qualité des prestations hospitalières	CDS H+ FMH DVSP Fondation Sécurité des patients Suisse ANQ curafutura santésuisse SBK/ASI SWISS REHA SMHC
Membres supplémentaires du groupe d'accompagnement pour l'étude d'interface :	CURAVIVA Spitex SWISS REHA
Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins	CDS Cantons du Valais et de Berne H+ FMH DVSP curafutura santésuisse OFS Obsan SMHC SWISS REHA

Source : propre présentation.

A3 Interventions parlementaires relatives aux effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Adopté

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP - Mise en œuvre par le Conseil fédéral
16.3623 Motion CSSS-CE « Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons »	Adopté 21.9.2016 : Adoption CE 8.12.2016 Texte modifié CN, adoption 14.3.2017 Adhésion CE	« Dans le cadre de l'analyse sur les effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, le Conseil fédéral est chargé d'indiquer quels cantons subventionnent, directement ou indirectement et à quelle hauteur, leurs fournisseurs de prestations pour des coûts qui seraient pris en charge par l'AOS. » Remplace le contenu similaire de l'initiative cantonale du canton de Berne, à laquelle il n'a pas été donné suite ⁷⁹ .	Müller et al. 2019 B,S,S. 2019 Pellegrini et Roth 2018 Von Stokar et al. 2016 Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion CSSS-CE « Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons »
14.3385 Postulat CSSS-CN « Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons »	Adopté 10.9.2014 Adoption CN	« Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un rapport sur l'application des DRG. Ce rapport comparera notamment la situation des cantons qui font usage de l'article 51 LAMal avec la situation des autres cantons et indiquera si dans les premiers cantons les buts de l'introduction des DRG ne sont pas atteints. »	Lobsiger & Frey 2019 Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat CSSS-CN 14.3382 « Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons »
12.3245 Motion Humbel « Mettre en œuvre le financement des hôpitaux tel qu'il a été voulu par le législateur »	Adopté 11.9.2013 Adoption CN 13.6.2014 : Texte modifié CE, adoption 10.9.2014 Adhésion CN	« Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer les bases légales nécessaires pour que les hôpitaux dont le fonctionnement est efficient et qui fournissent des prestations de bonne qualité puissent prévoir des bénéfices (différence entre les coûts effectifs et l'indice de référence) dans le cadre de l'AOS et les utiliser de manière ciblée. »	Révision de l'OAMal/OCP en préparation (ouverture de la consultation prévue pour l'automne 2019)

Soumis mais pas encore traité

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP
18.3388 Motion CSSS-CN « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour	Motion au 2 ^e conseil 19.9.2018 Adoption CN	« Le Conseil fédéral est chargé de veiller à ce que les traitements hospitaliers auxquels l'assuré choisit librement de se soumettre hors de son canton soient rémunérés au tarif maximal de la liste des hôpitaux de son canton de résidence pour le même	B,S,S. 2019 econcept/LENZ 2018

⁷⁹ « Évaluation des distorsions de la concurrence contraires à la LAMal » ; <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20150312>

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP
des tarifs de référence équitables »		type d'hôpital ; on appliquera toutefois au plus le tarif de l'hôpital qui fournit le traitement.»	
18.3149 Postulat Frehner « Spécifier les prestations d'intérêt général »	Non encore traité au conseil	Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport sur les prestations d'intérêt général au sens de l'article 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il y traitera notamment les points suivants : 1. À combien s'élèvent les contributions que les cantons versent aux hôpitaux au titre des prestations d'intérêt général (pour l'ensemble de la Suisse et par canton ; en chiffres absolus et par habitant ; par hôpital) ? 2. Sous quelles rubriques cet argent est-il versé (liste exhaustive par canton) ? 3. Quelles mesures permettraient de faire en sorte que les cantons traitent de la même manière tous les hôpitaux et cliniques situés sur leur territoire s'agissant des rémunérations versées au titre des prestations d'intérêt général ? 4. Quels seraient les effets de ces mesures sur les coûts de la santé, sur les structures hospitalières et, en particulier, sur les primes ? »	Müller et al. 2019

**Classé, rejeté, liquidé
(car, en majorité, déjà couvert dans le cadre de l'évaluation ou, du moins, traité partiellement)**

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP
13.4264 Postulat Kessler « Conséquences de l'introduction des forfaits par cas pour la sécurité des patients »	Classé 21.3.2014 Adoption CN 7.6.2016 Classé CN (16.006)	« Le Conseil fédéral est chargé de soumettre un rapport qui analyse les conséquences de l'introduction des forfaits par cas après le séjour à l'hôpital et pour les institutions assurant la suite du traitement, notamment la réhabilitation, les soins transitoires, les soins en établissement médico-social, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Le rapport examinera si la continuité des soins, leur qualité et la sécurité des patients sont assurées et si des mesures sont nécessaires pour garantir la sécurité des patients. » Postulat classé suite au rapport Motions et postulats 2015 ⁸⁰ .	INFRAS et Zahnd 2018 Tuch et al. 2018
15.3718 Postulat Hess « Nouveau régime de financement hospitalier. Créer les	Rejeté 25.9.2015 CN	« Le Conseil fédéral est chargé de présenter une analyse d'impact de l'influence grandissante qu'exercent les cantons dans la planification et le financement des hôpitaux. »	econcept/LENZ 2018 Gruber et Lippitsch 2018a et 2018b

⁸⁰ « Motions et postulats des conseils législatifs 2015. Rapport » ; <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/2739.pdf>

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP
conditions permettant une analyse complète »			
13.3207 Postulat Hardegger « Système des forfaits par cas. Multiplication du nombre d'interventions médicales »	Rejeté 21.6.2013 CN	« Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport qui examine dans quelle mesure le système des forfaits par cas provoque une augmentation inutile du nombre d'interventions médicales. Il y exposera également ce qu'il compte faire pour y remédier. »	Widmer et al. 2017a B,S,S. 2019 Pellegrini et Roth 2018
16.3757 Interpellation Lohr « Assurance obligatoire des soins. Accroissement du volume des prestations »	Liquidé 16.12.2016 CN	« Il ressort du communiqué publié par l'Office fédéral de la santé publique le 2 septembre 2016 que l'évolution des coûts enregistrée ces dernières années est aussi due à un accroissement du volume des prestations dans l'assurance obligatoire des soins, dont l'ampleur ne peut guère se justifier d'un point de vue médical. [...] Je prie donc le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes : [...] 4. Les méthodes proposées sont de nature étatique. Étudie-t-on également des instruments fondés sur le libre jeu de la concurrence pour résoudre de manière ciblée le problème de l'accroissement du volume des prestations ? »	B,S,S. 2019 INFRAS et Zahnd 2018 econcept/LENZ 2018
16.3194 Interpellation Hess « Le libre choix de l'hôpital n'existe-t-il que sur le papier ? »	Liquidé 17.6.2016 CN	« Dans plusieurs cantons, il semble que ce soit devenu un sport que d'empêcher les patients de choisir librement un hôpital sur le territoire suisse. [...] 3. Le Conseil fédéral peut-il confirmer qu'il conviendrait d'intégrer dans l'évaluation en cours du financement hospitalier (avis du Conseil fédéral à mon postulat 15.3718) la problématique des tarifs de référence, qui peuvent aller jusqu'à torpiller le libre choix de l'hôpital sur le territoire suisse tel que l'a voulu le législateur ? »	B,S,S. 2019 econcept/LENZ 2018
16.3070 Interpellation Amaudruz « Libre circulation des patients dans le domaine stationnaire. Contingentement des hospitalisations hors canton »	Liquidé 17.6.2016 CN	« Plusieurs cantons romands notamment contingentent l'accès aux établissements hospitaliers situés hors du canton de leurs résidents en tenant compte des quotas fixés par le canton d'implantation de l'établissement pour refuser la prise en charge financière en cas de dépassement de ces quotas. Il en découle que le libre choix des assurés est limité par ces cantons dans le cadre de la planification hospitalière contingentée. Aussi, prié-je le Conseil fédéral de bien vouloir répondre aux questions suivantes : [...] 2. Le Conseil fédéral est-il d'accord d'examiner cette problématique dans le cadre des évaluations de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ? [...] »	econcept/LENZ 2018

Intervention	État des délibérations	Texte / Question	Études pertinentes réalisées sur mandat de l'OFSP
<p>15.3608</p> <p>Interpellation Gilli</p> <p>« Conditions de travail du personnel de santé non médical. Conséquences des forfaits par cas »</p>	<p>Liquidé</p> <p>25.9.2015 CN</p>	<p>« [...] La concurrence accrue et la pression sur les coûts qui en découlent se répercutent cependant aussi sur les conditions de travail étant donné que les frais de personnel représentent normalement un poste de dépenses très important dans le système de santé. Une grande flexibilité est exigée des travailleurs pour les horaires de travail, les périodes de repos et les salaires sont sous pression, notamment pour les collaborateurs de longue date, et les heures supplémentaires ne sont souvent pas compensées. Vu ce qui précède, je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes : 1. L'introduction du système des forfaits par cas devait s'accompagner d'une évaluation scientifique de ses effets. Quels en sont les résultats intermédiaires ? 2. Cette évaluation tient-elle également compte des conséquences du système pour les conditions de travail du personnel de santé non médical dans les hôpitaux ? 3. Le Conseil fédéral convient-il que les conditions de travail du personnel de santé non médical dans les hôpitaux sont davantage sous pression depuis l'introduction du système des forfaits par cas ? 4. Dans quelle mesure l'introduction du système des forfaits par cas a-t-il modifié le rapport entre les activités de soins et les activités bureaucratiques ou le temps passé à consigner ses activités pour le personnel non médical ? »</p>	<p>INFRAS et Zahnd 2018</p>
<p>15.3429</p> <p>Interpellation Munz</p> <p>« Évolution des contributions de l'État au financement des hôpitaux privés et publics »</p>	<p>Liquidé</p> <p>25.9.2015 CN</p> <p>Discussion reportée ;</p> <p>16.6. 2017 CN</p> <p>Classé car examen non achevé dans un délai de deux ans</p>	<p>« 1. Comment les contributions des cantons au financement des prestations en milieu hospitalier au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ont-elles évolué depuis 2010, plus précisément entre les hôpitaux de droit public et les hôpitaux privés ? Indiquer quatre chiffres pour chaque canton et chaque année : contributions cantonales pour les prestations en milieu hospitalier au sein du canton, contributions cantonales pour les prestations en milieu hospitalier hors du canton, contributions cantonales pour les prestations fournies par les hôpitaux publics et contributions cantonales pour les prestations fournies par les hôpitaux privés. [...] »</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>Pellegrini et Roth 2018</p>
<p>13.3995</p> <p>Interpellation Bischof</p> <p>« Explosion des coûts de la santé. De plus en plus d'opérations inutiles ? »</p>	<p>Liquidé</p> <p>9.12.2013 CE</p>	<p>« [...] 5. Selon le docteur Bernhard Christen, président de la Société suisse d'orthopédie, l'introduction du système des forfaits par cas va faire augmenter, comme en Allemagne, d'environ un quart le nombre d'opérations en raison des mauvaises incitations dont il s'accompagne ("NZZ am Sonntag" du 25 août 2013). Le Conseil fédéral partage-t-il ces prévisions ? [...] »</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>Pellegrini et Roth 2018</p> <p>Widmer et al. 2017a</p>

Source : propre présentation. État : 29 avril 2019

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

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