



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

Résultats intermédiaires

Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral

Berne, 13 mai 2015

Table des matières

Liste des abréviations.....	2
Résumé.....	3
1 Introduction	11
1.1 La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques : objectifs et mesures.....	11
1.2 L'évaluation de la révision : objectifs, conception et organisation	13
2 Résultats de l'évaluation	17
2.1 Paysage hospitalier et soins hospitaliers.....	17
2.2 Comportement des hôpitaux.....	21
2.3 Coûts et financement du système de santé.....	26
2.4 Qualité des prestations hospitalières.....	36
2.5 Compensation des risques	43
3 Perspective de la deuxième étape de l'évaluation	48
3.1 Synthèse des principales conclusions méthodologiques	48
3.2 Questions laissées en suspens par l'évaluation	49
3.3 Conception de la deuxième étape de l'évaluation	49
4 Bibliographie	50
Annexe	54
Liste des thèmes et des groupes d'accompagnement.....	54
Liste des études pertinentes d'autres acteurs (état : octobre 2014)	55

Liste des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups (système de forfaits par cas)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
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)
FSP	Fédération Suisse des Patients
CDF	Contrôle fédéral des finances
AFF	Administration fédérale des finances
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FMH	Fédération des médecins suisses
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
H+	Association des hôpitaux, des cliniques et des établissements médico-sociaux suisses
IDoC	Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice (projet Sinergia)
ISGF	Institut de recherche sur la santé publique et les addictions
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
KS	Statistique des hôpitaux
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
AOS	Assurance obligatoire des soins
PLT	Tarification des processus et prestations
RVK	Verband der kleineren und mittleren Krankenkassen
santésuisse	Association des assureurs-maladie suisses
SBK/ASI	Association suisse des infirmiers et des infirmières
Spitex	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
GPPH	Groupe de prestations pour la planification hospitalière
OSP	Organisation suisse des patients
SWISS REHA	Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (structure tarifaire des soins somatiques aigus)
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
OCoR	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
EPT	Equivalents plein temps
OMS	Organisation mondiale de la santé

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

² Conformément au concept global de l'évaluation (OFSP 2015)

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

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

Transparence

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

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

Concurrence

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

Accroissement de l'efficacité dans les hôpitaux

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

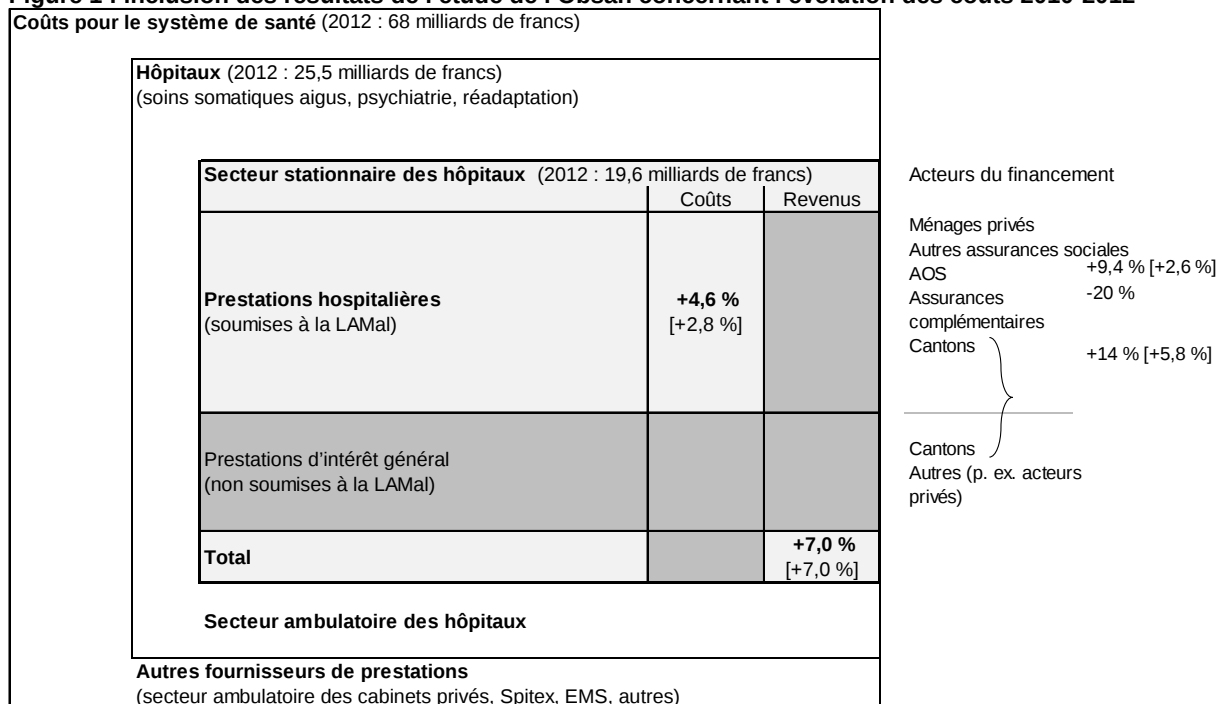
Evolution des coûts

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

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

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

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



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

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

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

Evolution de la qualité

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

Compensation des risques

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

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

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

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

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

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

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

Effets sur les assureurs

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

Effets sur les assurés

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

Effets sur les cantons

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

Effets redistributifs de la révision sur le plan financier

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

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

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

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

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

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

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

Objectif de la LAMal : solidarité entre les assurés

La solidarité entre les assurés est principalement assurée par le biais de primes uniques et de règles correctes concernant les rabais. La compensation affinée des risques doit renforcer cette solidarité ou du moins ne pas l'épuiser davantage³. Les assureurs doivent réussir cette entreprise, s'ils sont attentifs aux coûts (faibles frais administratifs, contrôle efficace des prestations remboursées) et s'ils offrent à leurs assurés des prestations de qualité. Une stratégie commerciale essentiellement fondée sur la sélection des risques et donc l'inégalité de traitement des assurés doit en revanche devenir peu attrayante à l'avenir et ne plus être récompensée.

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

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

⁴ En mars 2014, le Parlement a décidé de modifier la compensation des risques. Dans l'ordonnance, le Conseil fédéral peut désormais définir des indicateurs de morbidité supplémentaires appropriés et en tenir compte dans la compensation des risques. Les coûts des médicaments l'année précédente seront pris en compte comme indicateur supplémentaire pour la morbidité dès l'année de compensation 2017. La modification correspondante de l'OCOR a été approuvée par le Conseil fédéral le 15 octobre 2014 (OFSP 2014b). Mais ce n'est qu'une solution transitoire. La prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques en guise d'indicateurs supplémentaires de morbidité est visée à moyen terme.

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

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

Quelles recommandations peut-on déduire de l'évaluation ?

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

Actions requises

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

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

Deuxième étape de l'évaluation

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

1 Introduction

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques a été adoptée par les Chambres fédérales le 21 décembre 2007 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La plupart des mesures sont appliquées depuis le 1^{er} janvier 2012.⁵

Par souci de clarté, l'année 2012 est donc qualifiée ci-après d'année d'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) prévoit de procéder à des études scientifiques des effets de la loi. Le Conseil fédéral a approuvé la réalisation d'une évaluation correspondante le 25 mai 2011.⁶ Des études scientifiques consacrées à cinq thématiques doivent être réalisées sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en deux étapes de 2012 à 2019. Les résultats doivent être récapitulés dans un rapport de synthèse.

La présente synthèse intermédiaire de la première étape de l'évaluation résume l'état actuel (octobre 2014) des enseignements tirés de la mise en œuvre et de l'effet de la révision.⁷

1.1 La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques : objectifs et mesures

Les trois principaux objectifs de la 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 et *troisièmement* la solidarité entre les assurés. La maîtrise des coûts reste l'objectif principal de la révision et porte essentiellement sur la maîtrise de l'augmentation des coûts dans l'AOS (Conseil fédéral 2004).

La révision de la LAMal comprend deux volets : le nouveau financement hospitalier et l'amélioration de la compensation des risques entre les assureurs. Les mesures prévues dans le domaine du financement hospitalier portent sur les soins hospitaliers dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation. Les incitations visées doivent permettre d'augmenter la concurrence entre les hôpitaux, d'accroître leur efficacité et de maîtriser la hausse des coûts. Les cantons doivent revoir leur planification hospitalière en fonction des critères d'économicité et de qualité.

Les principales mesures découlant de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sont brièvement décrites ci-après :⁸

- *Introduction de 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.⁹ Celui-ci est constitué de *cost-weights* uniformes au plan national pour chaque groupe de diagnostics et de prix de base spécifiques à l'hôpital (également qualifiés de *baserates*). Pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, les premières propositions pour des modèles de forfaits liés aux prestations ont été présentées. Des structures tarifaires uniformes doivent être introduites dans ces domaines à l'échelle nationale en 2018.

⁵ Deux mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (« planifications cantonales des hôpitaux conformément aux critères de planification » et « transparence en matière de qualité des prestations médicales ») sont mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009. Les autres mesures sont appliquées depuis le 1^{er} janvier 2012 (cf. OFSP 2015 : 2). Cf. OFSP 2012a pour ce qui est de l'intégration de la révision dans la réforme de l'assurance-maladie sociale.

⁶ OFSP 2015 : 2.

⁷ La réponse aux principales questions formulées dans le concept global de l'évaluation (OFSP 2015 : 9) sera fournie, pour autant que possible, dans le résumé.

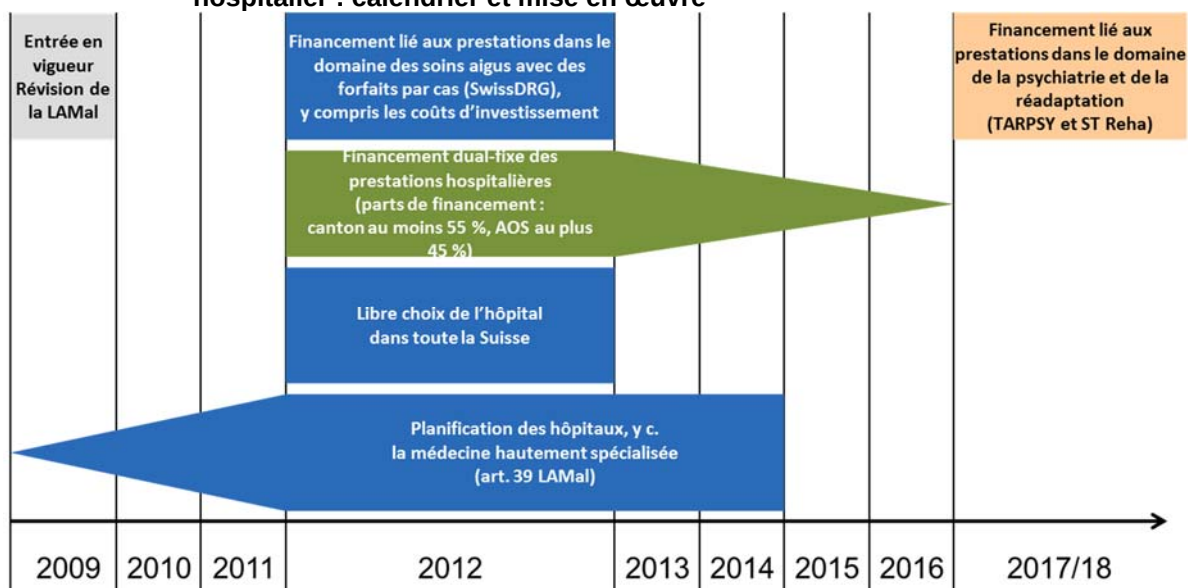
⁸ OFSP 2015 : 3.

⁹ DRG signifie *Diagnosis Related Groups* (groupes de cas liés au diagnostic).

- *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 publics et privés admis dans la planification cantonale (hôpitaux dits répertoriés) sont remboursées par les cantons et les assureurs-maladie dans le cadre de l'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 ont jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour fixer leur part de rémunération 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).
- *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. En cas de traitement hospitalier hors canton, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (cf. art. 41, al. 1^{bis}, LAMal). Le traitement hospitalier hors canton fondé sur une indication médicale, pour lequel le canton de résidence prenait déjà en charge, avant la révision, une différence éventuelle entre le tarif de l'hôpital répertorié hors canton et le tarif applicable au traitement correspondant dans un hôpital répertorié du canton de résidence, constitue l'exception. Par rapport à la situation antérieure à la révision, la participation financière des patients aux hospitalisations hors canton n'est donc plus que marginale et la charge financière des assurances complémentaires est considérablement allégée.
- *Planifications cantonales des hôpitaux conformément aux critères de planification et distinction entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009) : les principes de base de la planification des hôpitaux reposent sur des critères de planification fondés sur la qualité et l'économicité. 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 (cf. art. 39 et 49a LAMal et al. 3 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). Les cantons conviennent ensemble d'une planification nationale pour le secteur de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. 2^{bis}, LAMal). 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.

La Figure 2 présente le calendrier de la mise en œuvre de ces quatre éléments centraux de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Figure 2 : Eléments centraux de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : calendrier et mise en œuvre



Source : Propre présentation en référence à OFSP 2014b.

L'engagement des fournisseurs de prestations en faveur d'une plus grande transparence concernant la qualité des prestations médicales constitue une mesure supplémentaire de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009) : les fournisseurs de prestations sont tenus de relever des indicateurs de qualité concernant les prestations médicales et de les communiquer. L'OFSP les publie (cf. art. 22a LAMal). Il s'agit ainsi d'assurer la transparence concernant la qualité des prestations et de renforcer la concurrence.

Une *compensation affinée des risques* a également été décidée à l'occasion de la révision de la LAMal (mise en œuvre depuis la compensation des risques 2012). Le séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente est désormais pris en compte dans le calcul, en plus des indicateurs précédents de l'âge et du sexe.

1.2 L'évaluation de la révision : objectifs, conception et organisation

Cette section présente brièvement les objectifs, la conception et l'organisation de l'évaluation. Pour une description plus approfondie, nous renvoyons au concept global de l'évaluation.¹⁰

Objectifs de l'évaluation

Le but de l'évaluation est défini à l'art. 32 OAMal (Analyse des effets) :

«¹ L'OFSP, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.

² Ces études ont pour objet l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Elles servent notamment à examiner si la qualité et le caractère économique des soins de base sont garantis et si les objectifs de politique sociale et de concurrence sont atteints. »

L'évaluation est réalisée a posteriori (évaluation *ex post*) et doit analyser en profondeur les corrélations. Les effets de la révision de la LAMal doivent en principe être étudiés au plan national afin d'identifier les tendances et les modifications globales imputables à la révision.

¹⁰ OFSP 2015.

Organisation de l'évaluation

Le Conseil fédéral est le mandant de l'évaluation menée par l'OFSP. L'évaluation est réalisée sous forme de mandats attribués par l'OFSP à des mandataires externes.¹¹ Le groupe de pilotage composé de représentants des unités de direction Assurance maladie et accidents (KUV) et Politique de la santé (GP) est responsable de la réalisation de l'évaluation, et prend les décisions stratégiques nécessaires. La codirection opérationnelle du projet global d'évaluation relève également de la responsabilité de ces deux unités de direction. Un groupe de direction et un groupe d'accompagnement ont par ailleurs été mis en place pour chaque domaine thématique (cf. la section suivante).

Conception de l'évaluation

Une étude préliminaire et de faisabilité a été mise au point afin de préparer l'évaluation.¹² Elle dégage les principales questions à poser et décrit neuf thématiques et seize études évaluatives en tout, qui, selon leur importance, leur degré de priorité et la charge de travail impliquée, relèvent d'une variante minimale, d'une variante standard ou d'une variante complète de l'évaluation. Ces variantes se distinguent tant par l'étendue des thèmes couverts que par le degré de traitement des différentes thématiques.

Le 25 mai 2011, le Conseil fédéral a accordé des fonds pour réaliser la variante minimale de l'évaluation. Sur cette base, l'OFSP a défini cinq thématiques sur lesquelles portera l'évaluation. Quatre thématiques se rapportent au nouveau financement hospitalier et une thématique à l'amélioration de la compensation des risques (cf. Figure 3).

Figure 3 : les cinq thématiques de l'évaluation selon les deux volets de la révision

Volet de la révision	Thème pour l'évaluation (influence du volet sur ...)
<i>Nouveau financement hospitalier</i>	• structure marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins
	• comportement des hôpitaux
	• coûts et financement du système de santé
	• qualité des prestations hospitalières
<i>Compensation affinée des risques</i>	compensation des risques

Source : sur la base de OFSP 2015 : 5 ss

Des questions spécifiques pour certaines études évaluatives ont été formulées pour les thèmes respectifs. Une partie de ces études a déjà été réalisée. D'autres études seront lancées ces prochaines années. Au plan méthodologique, les études actuellement disponibles s'appuient essentiellement sur les données de l'OFS (notamment la statistique des hôpitaux, la statistique médicale des hôpitaux et la statistique « Coût et financement du système de santé ») et des assureurs (notamment le pool de données de SASIS SA). Certaines évaluations incluent en outre des entretiens avec des spécialistes ou l'analyse de données supplémentaires. La mise en œuvre de la plupart des mesures ayant débuté le 1^{er} janvier 2012, l'année 2012 marque une césure importante pour l'évaluation des évolutions dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques.

La présente synthèse se fonde sur sept études¹³ en tout que l'OFSP a commandées entre 2012 et 2014. Mais les résultats d'études pertinentes ordonnées par d'autres mandants sont également pris en considération dans la synthèse afin de disposer d'une base d'évaluation aussi large que possible. L'OFSP a réalisé plusieurs enquêtes auprès des parties prenantes et d'institutions scientifiques d'août 2013 à juin 2014 afin de les identifier. Les études en relation avec les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ont été ciblées à cet effet.¹⁴

¹¹ Conformément à l'art. 32, al. 3, OAMal.

¹² Berner Fachhochschule/Université de Genève/Universität Zürich 2010.

¹³ Y compris deux études préliminaires consacrées à la mesure de la qualité.

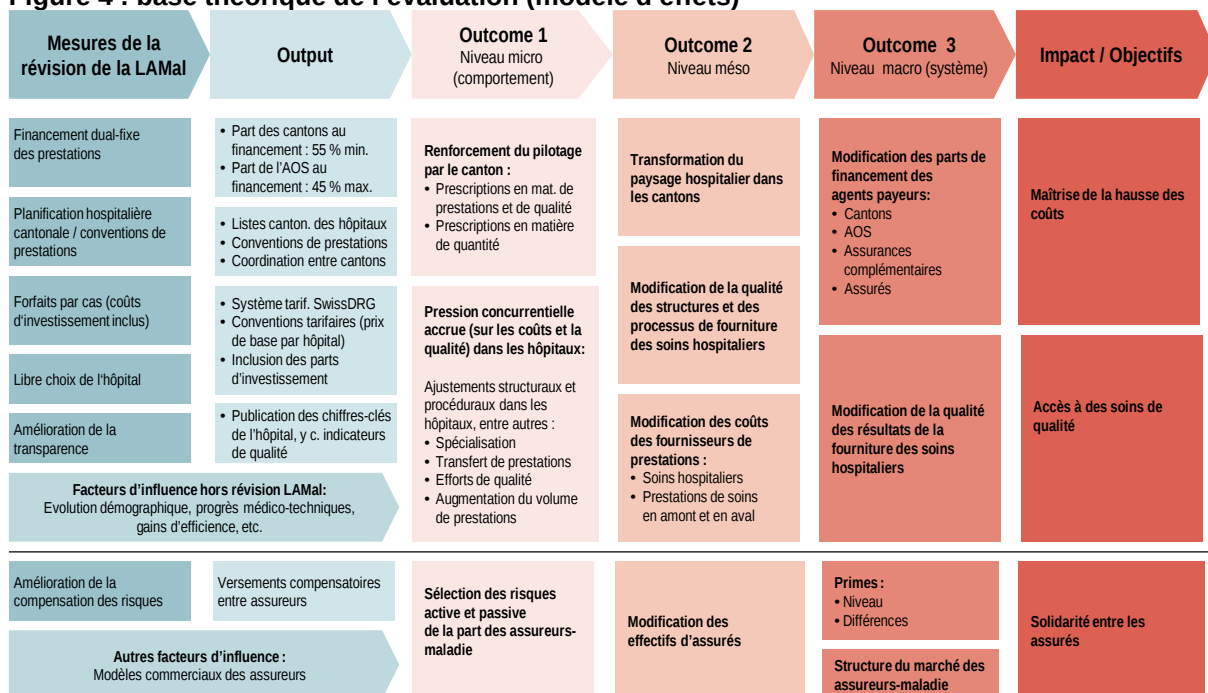
¹⁴ Une liste des études obtenues est disponible sur <<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html?lang=fr>>. Les études pertinentes au regard de la présente évaluation ont été choisies parmi les résultats de l'enquête. La période de référence des données (données de l'année 2012 et des années précédentes) ainsi que la pertinence pour les questions de l'évaluation ont été retenues comme critères de choix des études (cf. OFSP 2015).

Modèle d'effets

L'étude préliminaire et de faisabilité a permis l'élaboration d'un modèle d'effets simplifié de la révision de la LAMal comme base théorique de l'évaluation (cf. Figure 4).

Il montre l'impact idéal que devraient avoir les mesures de la révision dans la perspective des objectifs de la LAMal. D'autres facteurs d'influence éventuels ont également été présentés. Le modèle d'effets se fonde sur les mesures centrales de la révision. Il représente les résultats immédiats des mesures (*output*), en général par rapport aux destinataires, les effets chez les destinataires directs (*outcome*) et les effets en ce qui concerne les trois principaux objectifs visés par la LAMal au niveau de la société globale (*impact*).

Figure 4 : base théorique de l'évaluation (modèle d'effets)



Source : OFSP 2015 : 8.

Limites de l'évaluation

La présente synthèse a pour objectif de présenter les effets connus à ce jour de la révision de la LAMal dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques d'une manière scientifiquement fondée et aussi complète que possible. Théoriquement, les premiers effets de la révision auraient dû se faire sentir dès 2012. La plupart des mesures requièrent cependant quelques années pour être entièrement implémentées et déployer leurs effets. Notons par ailleurs que les données pertinentes de l'OFS ont été fournies avec un certain retard en raison de la complexité de leur traitement.¹⁵ C'est pourquoi les données analysées en 2014 correspondent pour l'essentiel à la période jusqu'en 2012 et reflètent donc la situation au cours de cette année.

Notons par ailleurs que la complexité de l'objet étudié ne permet que de manière très restreinte la mise en évidence de causalités, au sens scientifique strict. La présente synthèse doit donc se limiter à montrer les corrélations identifiées de la manière la plus claire et la plus plausible possible.

Rappelons pour finir que le Conseil fédéral a opté pour la variante minimale avec focalisation sur les hôpitaux proposée par l'OFSP (cf. section « Conception de l'évaluation »). Il s'ensuit que certaines questions importantes qui auraient été prises en compte dans la variante maximale ou standard ne peuvent pas être traitées ou seulement de manière très limitée. Il s'agit principalement de questions éthiques dans la perspective des assurés et de questions relatives au secteur ambulatoire. Les aspects suivants ne sont notamment pas étudiés de façon spécifique :

¹⁵ Cf. l'annexe 1 du document « Evaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global » (OFSP 2015) pour un aperçu des données requises et disponibles pour l'évaluation.

- effets sur la qualité des soins dispensés aux groupes de patients vulnérables (p. ex. enfants, personnes âgées, malades chroniques ou personnes souffrant d'atteintes multiples), sur l'accès aux prestations de santé et à des soins de qualité (p. ex. aux prestations hospitalières extracantoniales), sur la sélection des risques par les hôpitaux et/ou l'inégalité de traitement de certains groupes de patients ;
- effets sur les fournisseurs de prestations intervenant en amont ou en aval du secteur hospitalier stationnaire (p. ex. services ambulatoires ou EMS).

2 Résultats de l'évaluation

Ce chapitre récapitule les résultats des études disponibles à ce jour. Les évolutions du paysage hospitalier et des soins hospitaliers ainsi que les réactions des hôpitaux à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier seront présentées dans un premier temps. Ce sera ensuite le tour des évolutions des coûts et du financement du système de santé ainsi que de la qualité des prestations hospitalières. La dernière section détaille les résultats concernant les effets de la révision de la LAMal dans le domaine de la compensation des risques.

2.1 Paysage hospitalier et soins hospitaliers

La notion de « paysage hospitalier suisse » se réfère au nombre d'hôpitaux et à leur composition selon leur éventail et leur volume de prestations. Une organisation optimale du paysage hospitalier doit garantir, à long terme, des soins de qualité et des soins hospitaliers efficaces pour la population.

Au travers de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le législateur envisage d'améliorer la qualité et l'efficacité de la fourniture des prestations hospitalières par l'instauration des conditions-cadres correspondantes. Il cherche principalement à renforcer la concurrence et la collaboration intercantonale. Les études évaluatives prévues entre 2015 et 2018 doivent étudier les changements induits par la révision dans le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins. Il s'agit d'évaluer si la révision a une incidence sur les planifications cantonales des hôpitaux, les processus de spécialisation et de concentration éventuels dans le paysage hospitalier et l'orientation des hôpitaux sur la concurrence. L'influence sur l'éventail et le volume des prestations des hôpitaux est également un élément à considérer.

2.1.1 Contexte

A l'aune de la situation en matière d'accessibilité des hôpitaux et de la satisfaction des patients, les soins hospitaliers étaient très bons en Suisse en 2011. C'est ce que révèlent les calculs de Credit Suisse, qui montrent que 99 % de la population peut se rendre dans un hôpital de soins généraux en 30 minutes en voiture et environ 90 % dans un hôpital de prise en charge centralisée (Credit Suisse 2013 : 27). Les enquêtes menées auprès des patients dans 80 % des hôpitaux de soins généraux ont par ailleurs révélé une forte satisfaction des patients à l'égard de la qualité du traitement et des informations obtenues (ANQ 2014).

En 2011, soit avant la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, la Suisse comptait environ 300 hôpitaux répartis sur près de 480 sites. 120 hôpitaux étaient des hôpitaux de soins généraux, dont 30 de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et cantonaux) et 90 hôpitaux de soins de base. Les quelque 200 cliniques spécialisées¹⁶ se concentraient essentiellement sur la psychiatrie, la réadaptation, la chirurgie et la gériatrie et étaient en moyenne nettement plus petites que les hôpitaux de soins généraux (à peine 80 lits contre 200 lits) (OFS 2013). La Suisse disposait d'environ 4,9 lits pour mille habitants en 2011. Elle est ainsi proche de la moyenne de l'OCDE de 4,8 (OCDE 2013). Les pouvoirs publics jouent un rôle important en tant que responsables d'hôpitaux. En 2011, une bonne moitié des hôpitaux étaient des établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (OFS 2013). La participation des pouvoirs publics était particulièrement marquée dans les hôpitaux de soins généraux (Credit Suisse 2013 : 20).

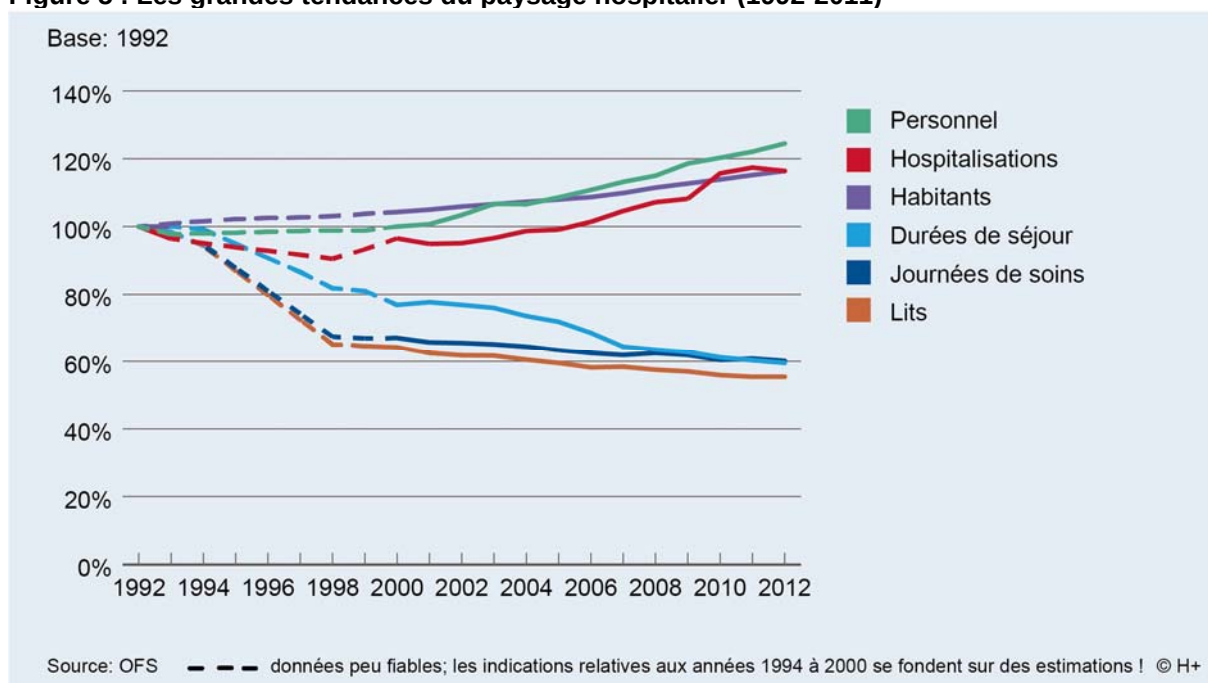
La situation présentée résulte d'une plus forte orientation sur le marché qui a débuté il y a bien des années. Si l'on compare le paysage hospitalier de 1999 avec celui de 2011, de nombreux indicateurs signalent un *processus de spécialisation et de concentration*. Le nombre des hôpitaux de soins de base petits et moyens a par exemple fortement diminué (-50 % depuis 1999), alors que le nombre des hôpitaux de prise en charge centralisée et des cliniques spécialisées augmentait sur la même période (Credit Suisse 2013 : 25). Les hôpitaux de prise en charge centralisée ont par ailleurs pris un rôle de leader dans les soins de base et ont traité environ 60 % des patients hospitalisés en 2011 (Credit Suisse 2013 : 25). La réduction du nombre d'hôpitaux s'explique cependant davantage par les fusions et la constitution de groupes hospitaliers disposant de plusieurs établissements que par les fermetures

¹⁶ Pour l'année 2011, OFS 2013 et H+ 2014 fournissent des indications différentes concernant le nombre de cliniques spécialisées (163 [OFS] et 180 [H+]). En plus des cliniques spécialisées, H+ établit une distinction supplémentaire entre psychiatrie et réadaptation, qui sont toutefois regroupées parmi les cliniques spécialisées dans ce rapport.

d'hôpitaux (Credit Suisse 2013 : 27).¹⁷ Ces processus de concentration et de spécialisation se sont parfois étendus au-delà des frontières cantonales. L'étude évoquée de Credit Suisse cite des exemples de collaboration intercantonale de longue date et particulièrement intense en Suisse du Nord-Ouest et en Suisse centrale, où la création de régions de soins communes est explicitement recherchée. La collaboration est un peu moins poussée en Suisse romande d'après l'étude. Elle compte cependant aujourd'hui déjà des hôpitaux intercantonaux.

Le processus de concentration et de spécialisation s'est accompagné d'un *accroissement de l'efficacité* ainsi que d'une tendance vers plus de *marché* dans le paysage hospitalier. La Figure 5 montre que les hôpitaux peuvent aujourd'hui traiter plus de patients dans un temps comparativement plus court qu'il y a encore 20 ans, alors qu'ils disposent de moins de capacités (H+ 2014). Les hôpitaux de droit public se distinguent par ailleurs par une tendance vers plus d'autonomie depuis quelques années. La part des hôpitaux qui font partie de l'administration publique ou qui sont des établissements dépendants est en recul. En 2011, trois-quarts des hôpitaux de droit public étaient des établissements de droit public dépendants (34 %), des sociétés anonymes (31 %) ou des fondations privées (13 %) (Credit Suisse 2013 : 18 ss).

Figure 5 : Les grandes tendances du paysage hospitalier (1992-2011)



Outil de lecture : ces 20 dernières années, le nombre de lits (-45 %), la durée de séjour (-40 %) et les journées de soins (-40 %) ont diminué. Parallèlement, le nombre d'habitants (+15 %), les hospitalisations (+18 %) et le personnel (+22 %) ont augmenté. Source : H+ 2014.

La modification de la demande et les réglementations légales de la Confédération et des cantons ainsi que la rareté des ressources constituent autant de facteurs importants qui ont influé sur l'évolution du paysage hospitalier vers plus de concentration, de spécialisation, vers l'accroissement de l'efficacité et l'orientation « marché » :

- La *demande* en prestations de soins hospitalières a augmenté, notamment du fait du changement démographique, de la polymorbidité croissante et des maladies chroniques ainsi que du progrès technique. L'étude de Credit Suisse juge particulièrement significative la demande induite par l'offre, par exemple suite au progrès de la technologie médicale (Credit Suisse 2013 : 9). L'évolution démographique (croissance et vieillissement de la population) est en revanche jugée beaucoup moins déterminante en termes de coûts.¹⁸ Elle est toutefois jugée significative en ce

¹⁷ Le nombre de collaborateurs et de cas par hôpital de soins généraux (hôpitaux de soins de base et hôpitaux de prise en charge centralisée) a augmenté sur la même période (Credit Suisse 2013 : 28).

¹⁸ Entre 2000 et 2010, elle n'était responsable que d'un tiers de la hausse des coûts hospitaliers (Credit Suisse 2013 : 22).

qui concerne la répartition régionale différente de la demande. Il faut s'attendre à une augmentation de la demande en raison de la démographie, notamment dans l'agglomération de Zurich, en Suisse centrale et dans la région lémanique (Credit Suisse 2013 : 5).

- *Cadre légal* au niveau de la Confédération et des cantons : même après la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, la responsabilité pour des soins hospitaliers adaptés aux besoins incombe aux cantons (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). Notons que ces derniers peuvent assumer un rôle multiple susceptible de freiner l'évolution souhaitée du paysage hospitalier vers la concentration, la spécialisation, l'accroissement de l'efficacité et l'orientation « marché ». Ce rôle multiple s'explique par la fonction souveraine assumée par les cantons (planification des hôpitaux, achat de prestations, tarification), leur participation au financement hospitalier (coûts d'exploitation/d'investissement, prestations d'intérêt général, octroi de crédits) et par le fait qu'ils sont aussi souvent propriétaires ou exploitants d'hôpitaux. Des objectifs de politique régionale, tels que la préservation des emplois dans les hôpitaux, peuvent en outre générer certains antagonismes (Polynomics 2013 : 3).
- La raréfaction des *ressources personnelles et financières* a par ailleurs été citée comme facteur d'influence sur les évolutions du paysage hospitalier dans des entretiens avec des spécialistes (Sinergia 2013b, cité dans B,S,S. 2014 : 4).

L'un des buts de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier consiste à étudier dans quelle mesure les facteurs cités influencent l'évolution souhaitée du paysage hospitalier.

2.1.2 Résultats des analyses des effets

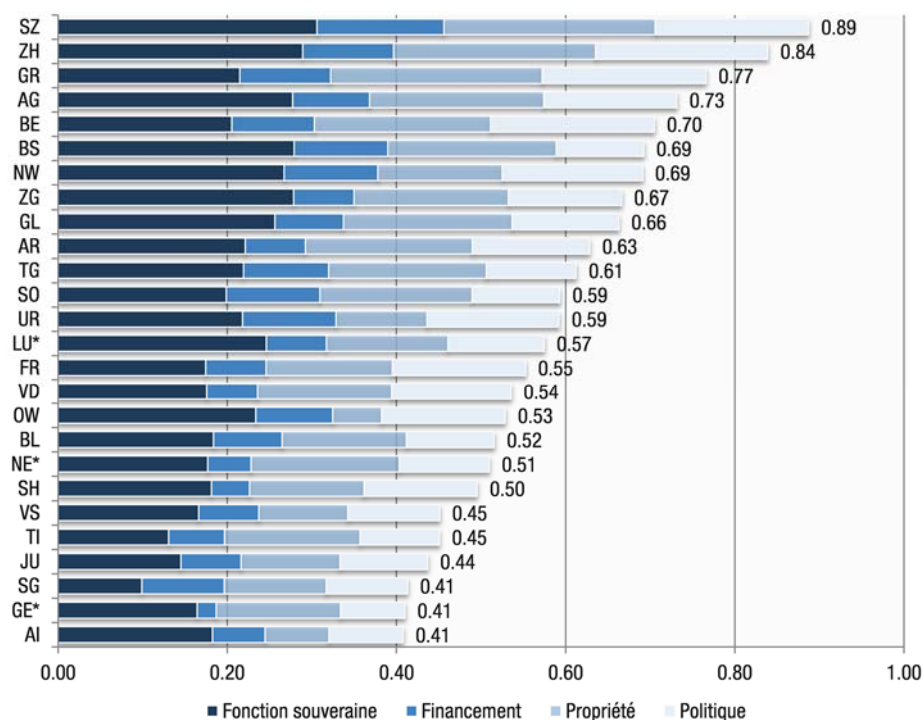
Les changements mesurables du paysage hospitalier et des soins hospitaliers imputables à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ne sont attendus qu'à moyen-long terme. Certaines mesures de la révision n'ont en effet pas encore été définitivement mises en œuvre. Ainsi, le système des forfaits par cas SwissDRG est continuellement adaptée, et certaines législations cantonales correspondantes sont encore en cours d'élaboration. Des délais de transition ont par ailleurs été définis pour certains volets de la mise en œuvre et ils ne sont pas encore arrivés à échéance. Ainsi, les planifications cantonales des hôpitaux ne devront satisfaire aux prescriptions modifiées de l'art. 39 LAMal qu'à la fin 2014, et la part des cantons dans le remboursement des prestations hospitalières ne sera fixée à au moins 55 % pour tous les cantons qu'en 2017.¹⁹ Pour finir, il faut généralement un certain temps pour que la révision puisse déployer ses effets et pour collecter les données documentant les changements correspondants. C'est pourquoi, l'OFSP a prévu de mener une étude évaluative concernant l'évolution du paysage hospitalier à partir de 2015, lorsque les données des années 2012 et 2013 au moins seront disponibles.²⁰

Les premiers effets de la révision sur les évolutions du paysage hospitalier et des soins hospitaliers sont néanmoins observables dans trois études menées sur mandat d'autres acteurs de la politique de la santé en 2013 et 2014. Une étude a été confiée par le comparateur Internet Comparis à la société Polynomics. Elle compare le cadre légal des hôpitaux dans les cantons. A cet effet, Polynomics a élaboré et calculé pour l'année 2012 un indice du niveau de concurrence des réglementations cantonales. L'analyse a révélé qu'il existait au plan intercantonal des conditions très différentes pour la concurrence entre les hôpitaux (cf. Figure 6). Les auteurs de l'étude s'attendent toutefois à de nouvelles adaptations de la législation cantonale, surtout au cours des deux prochaines années. (Polynomics 2013 : 3 ss).

¹⁹ Cf. al. 3 et 5 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (financement hospitalier).

²⁰ Statistique des hôpitaux (OFS) ; Chiffres-clés des hôpitaux suisses (OFSP) ; autres données, par exemple des cantons (notamment à propos de la planification hospitalière) et des hôpitaux. Cf. OFSP 2015 : 14.

Figure 6 : Niveau de concurrence dans les réglementations cantonales des hôpitaux 2012



* Les résultats n'ont pas pu être vérifiés avec les représentants cantonaux

Outil de lecture : la figure reproduit les résultats relatifs à l'indice global. La première section des barres de résultat par canton renseigne sur l'indice intermédiaire « Fonction souveraine » (planification des hôpitaux, achat de prestations, tarification), la deuxième sur le « Financement » (coûts d'exploitation/d'investissement, prestations d'intérêt général, octroi de crédits), la troisième sur la « Propriété » (forme juridique, conduite stratégique et opérationnelle des hôpitaux, infrastructure) et la quatrième sur la « Politique » (contexte politique, *controlling* politique, transparence). Une valeur élevée de l'indice, proche de 1, signifie que le canton a défini des soins hospitaliers ouverts à la concurrence ; une valeur proche de zéro suggère au contraire une définition hostile à la concurrence.

Source : Polynomics 2013 : 6 et 51.

La deuxième étude a été réalisée par des juristes de l'institut des sciences juridiques de l'Université de Zurich et de Poledna Boss Kurer AG. L'étude, qui s'appuie sur une enquête auprès de 18 cantons, porte sur la réglementation des investissements cantonaux pour les hôpitaux dans le cadre des nouvelles prescriptions de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Elle conclut également que la mise en œuvre cantonale est extrêmement hétérogène, que la transparence et la comparabilité des hôpitaux ne sont pas garanties contrairement à ce qui avait été souhaité et qu'il faut donc craindre des distorsions de concurrence (Université de Zurich/Poledna Boss Kurer AG 2014 : 15 ss).

La troisième étude pertinente au regard de la thématique abordée a été réalisée par Credit Suisse. Elle attire l'attention sur le manque d'homogénéité de la mise en œuvre dans les cantons de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Elle cite notamment à titre d'exemples les fonds prévus pour soutenir les hôpitaux déficitaires, une soumission à autorisation pour les investissements hospitaliers ainsi que des limites de quantité, telles que des limites supérieures et inférieures prescrites pour les nombres de cas afin de bénéficier d'un mandat de prestations. Elle souligne notamment que la notion de prestations d'intérêt général des hôpitaux financées par les cantons est extrêmement hétérogène et peu claire. L'étude suppose qu'il serait ainsi possible de distribuer des subventions cachées (Credit Suisse 2013 : 18 s.).

2.1.3 Perspectives

Il est encore beaucoup trop tôt pour évaluer les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur le paysage hospitalier et sur la garantie de l'approvisionnement en soins de la population. L'éventail et le volume des prestations des hôpitaux ainsi que les processus de concentration éventuels sont des thématiques qui devront être étudiées dans le cadre de l'évaluation qui

sera réalisée sur mandat de l'OFSP à partir de 2015. Les résultats de cette étude ne sont pas attendus avant 2017. Il serait important à l'avenir de suivre attentivement l'évolution des planifications cantonales des hôpitaux ainsi que les conditions-cadres concurrentielles pour les hôpitaux dans les cantons.

2.2 Comportement des hôpitaux

Le législateur envisage notamment l'intensification de la concurrence entre les hôpitaux grâce aux mesures de la révision. La notion de « comportement des hôpitaux » employée dans cette section se réfère aux réactions des hôpitaux suite à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. A cet égard, le système des forfaits par cas, uniforme au niveau national, joue un rôle essentiel dans le domaine des soins somatiques aigus à l'hôpital (SwissDRG). Il vise à assurer la comparabilité des hôpitaux en Suisse, grâce à une meilleure transparence (Obsan 2011 : 7). Le but est que les hôpitaux fournissent des prestations plus efficaces et de meilleure qualité pour rester compétitifs. Les adaptations souhaitées dans le comportement des hôpitaux consistent, par exemple, en un renforcement de la spécialisation²¹, un accroissement du volume des prestations afin de profiter des économies d'échelle et des efforts de qualité accrus. Mais des craintes ont également été exprimées en amont de la révision, selon lesquelles le nouveau financement hospitalier entraînerait des changements de comportement négatifs de la part des hôpitaux, par exemple, des augmentations indésirables du volume de prestations, des codages erronés dans le système des forfaits par cas allant dans le sens d'une augmentation systématique du degré de gravité des cas (« surcodage »), une sélection des patients²² et des sorties prématurées de l'hôpital (« bloody exit »).

L'évaluation cherche à déterminer si les hôpitaux²³ ressentent une pression accrue sur la qualité et les coûts du fait de la révision et comment ils y réagissent, le cas échéant. Elle s'intéresse plus particulièrement à l'ampleur des adaptations de processus et aux gains d'efficacité éventuels.

2.2.1 Contexte

Les prestations hospitalières des établissements de soins somatiques aigus sont remboursées au moyen d'un système de forfaits par cas liés aux prestations, uniforme à l'échelle nationale, depuis 2012. Avant la révision, le remboursement dans les cantons était fondé sur des systèmes de rémunération différents. Dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne ainsi que de Soleure, les prestations étaient remboursées en fonction du traitement et de la durée du séjour. Des forfaits par cas liés aux prestations étaient déjà utilisés depuis quelques années dans la plupart des cantons de Suisse romande, de Suisse centrale et de Suisse méridionale.²⁴ Des systèmes mixtes composés de forfaits par cas et de forfaits journaliers (p. ex. tarification des processus et prestations PLT) étaient souvent appliqués (B,S,S./Université de Bâle 2012 : 2 s.).²⁵ Jusqu'alors, les forfaits journaliers étaient plutôt appliqués par les cliniques privées (Obsan 2011 : 15).²⁶

Dans les systèmes de forfaits par cas, des forfaits sont préalablement définis pour les prestations. Un coût relatif (*cost-weight*), déterminé de manière empirique, qui correspond au coût moyen des traitements du groupe de cas concerné, est attribué à chaque groupe de cas (DRG). Dans le système SwissDRG, ce *cost-weight* est le même partout en Suisse. Le montant remboursé pour un cas est calculé en multipliant le *cost-weight* respectif d'un « cas » par le prix de base (*baserate*) spécifique de

²¹ Une spécialisation peut déboucher sur une concentration des patients répondant à certains critères, ce qui peut être interprété comme une sélection souhaitable. Le présent rapport emploie le terme de « spécialisation » à ce propos.

²² Cf. note de bas de page 21.

²³ Les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie ne sont pas pris en compte, car les forfaits par cas liés aux prestations basés sur des structures tarifaires nationales uniformes n'ont pas encore été introduits dans ces domaines. La mise en place de cette formule est prévue en 2018 (SwissDRG 2014).

²⁴ En 2011, la plupart des hôpitaux facturaient par APDRG dans onze cantons (Genève, Vaud, Valais, Neuchâtel, Berne, Tessin, Obwald, Nidwald, Uri, Schwyz, Zoug) et au moyen de systèmes tarifaires mixtes dans deux cantons (Argovie, Grisons). Parallèlement au système des forfaits journaliers, le système tarifaire SwissDRG a été introduit dès 2010 à l'hôpital cantonal de Lucerne dans le cadre d'un projet pilote (H+ 2011 : 6). Les APDRG reposent sur un principe de base similaire à celui des SwissDRG, mais s'en différencient à certains égards. Ils incluent par exemple nettement moins de groupes de diagnostics que les SwissDRG. Les méthodes de calcul et de facturation sont par ailleurs différentes. Les APDRG ignorent en outre les réductions pour transfert (SwissDRG 2014).

²⁵ Selon H+, neuf cantons (Fribourg, Jura, Zurich, Schaffhouse, St-Gall, les deux cantons d'Appenzel, Glaris, Thurgovie) appliquaient des systèmes mixtes (H+ 2011 : 6).

²⁶ Les informations de l'Obsan se rapportent à l'année 2008. Environ 40 % des cliniques privées de soins somatiques aigus utilisaient encore les forfaits journaliers pour la facturation en 2011, selon une analyse de l'OFSP.

l'hôpital. Le prix de base désigne le montant payé à un hôpital pour un traitement dont le *cost-weight* s'élève à 1.0. Le prix de base est négocié par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) pour chaque hôpital ou fixé par le canton, au cas où ceux-ci ne parviendraient pas à s'accorder (SwissDRG 2014).

La structure tarifaire nationale uniforme SwissDRG a été introduite pour les hôpitaux de soins aigus avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les forfaits par cas SwissDRG incluent également la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations et des coûts de la formation non-universitaire.²⁷ Désormais, le remboursement des prestations hospitalières de soins somatiques aigus par les assureurs-maladie (AOS) et les cantons au moyen des forfaits par cas SwissDRG est en outre dual-fixe selon une nouvelle clé de répartition (dès 2017 dans tous les cantons, au maximum 45 % pour l'AOS et au minimum 55 % pour les cantons). Ce financement vaut pour tous les hôpitaux, quel que soit leur organisme responsable. Il signifie que les cantons cessent de couvrir les déficits des hôpitaux publics.

2.2.2 Résultats des analyses des effets

A propos du comportement des hôpitaux, nous disposons actuellement d'un rapport d'évaluation de B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, mandaté par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. La question centrale posée par ce rapport consiste à savoir si la révision a déjà permis de renforcer la concurrence entre les hôpitaux de soins somatiques aigus peu de temps après son introduction et, partant, si elle a entraîné par la suite des adaptations des structures et des processus dans les hôpitaux.²⁸ Au niveau méthodologique, l'étude se fonde sur l'analyse de documents fournis par 20 hôpitaux et sur 25 entretiens avec différents spécialistes des soins hospitaliers. Le choix des hôpitaux et des spécialistes ne prétend pas être représentatif. L'étude s'est par ailleurs référée à des théories dans le domaine de l'économie de la santé, à la littérature concernant les expériences nationales et internationales ainsi qu'aux premières données nationales disponibles fournies par l'OFS²⁹. Les résultats se rapportent en premier lieu aux conséquences des forfaits liés aux prestations SwissDRG (B,S,S. 2014 : 4). Selon B,S,S., les résultats de l'analyse des documents et des entretiens avec des spécialistes ne sont pas généralisables, mais fournissent de premières indications quant aux réactions des hôpitaux. Les données de l'OFS sont représentatives, mais ne sont exploitées que de manière descriptive et ne conviennent donc pas pour attester des liens de causalité (B,S,S. 2014 : 7). L'étude se rapporte également aux résultats d'un projet du Fonds national suisse de la recherche scientifique qui étudie les effets éthiques, médicaux et sociaux des SwissDRG (Sinergia 2013b).

L'étude évaluative de B,S,S. indique que la concurrence entre les hôpitaux s'est accrue depuis l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et que ceux-ci y réagissent. La Figure 7 récapitule les principales conclusions de l'étude sous forme synoptique.

²⁷ Aux termes de l'art. 49, al. 3, LAMal, la recherche et la formation universitaire ne sont pas rémunérées par le biais des forfaits par cas, mais pris en charge par les cantons au travers des prestations d'intérêt général.

²⁸ Les résultats concernant les adaptations structurelles sont disponibles dans la section 2.1 Paysage hospitalier.

²⁹ Statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux de l'OFS.

Figure 7 : principales conclusions concernant le comportement des hôpitaux juste après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, selon B,S,S. 2014

Effets de la révision (notamment du système des forfaits par cas)		Informations fournies par l'étude évaluative
+	Optimisations des processus (accroissement de l'efficacité)	Oui
+	Accroissement de la transparence au sein des hôpitaux	Oui
+	Pas de surcodage (degrés de gravité supérieurs)	Surcodage non confirmé
+	Aucun déficit de soins pour les cas difficiles	Déficit de soins non confirmé
(+)	Transfert de prestations	Partiel
(+)	Efforts de qualité accrus	Partiel
(+)(-)	Diminution de la durée d'hospitalisation	Partiel
-	Sélection des patients	Oui
-	Accroissement de la charge administrative	Oui
?	Augmentations du volume de prestations	Impossible à évaluer
?	Spécialisation/coopération croissantes des hôpitaux	Impossible à évaluer
?	Evolution des modalités d'investissement	Impossible à évaluer

Outil de lecture : + signifie des effets positifs ; - signifie des effets négatifs ; ? signifie que l'effet n'a pas pu être évalué lors de l'analyse. Les parenthèses caractérisent les effets qui ont été partiellement confirmés.

Source : propre présentation fondée sur les résultats dans B,S,S. 2014: vii ss.

Il est positif de constater les effets suivants, souhaités par le législateur :

- Différents efforts ont été entrepris dans les hôpitaux afin d'*optimiser les processus*, par exemple, l'intensification de la gestion des sorties, le développement des systèmes informatiques et l'optimisation de la prise en charge tout au long du traitement. Ils s'expliquent notamment par le système des forfaits liés aux prestations qui, selon B,S,S., a accru la transparence au sein des hôpitaux, par exemple grâce au développement du *controlling* médical.

Le fait que deux des effets indésirables redoutés ne se soient pas produits jusqu'à présent est également un signe positif.

- Selon l'étude, il n'existe aucun indice fiable d'un surcodage systématique et intentionnel de cas, auxquels serait attribué un code financièrement plus intéressant (*upcoding* ou *DRG-Creep*) (B,S,S. 2014 : 29). En analysant les rapports de révision du codage³⁰ de certains hôpitaux, B,S,S. a constaté que le *cost-weight* a été corrigé dans 90 des quelque 2500 cas révisés, avec une majoration dans 45 cas et une minoration dans les 45 autres cas. Il ne s'agit donc pas d'une correction systématique à la hausse dans le sens d'un surcodage, mais plutôt de problèmes de codage en général. Une étude menée par le Contrôle fédéral des finances (CdF) à propos du contrôle des factures DRG dans les hôpitaux conclut à cet égard que la qualité du codage dans les hôpitaux est en moyenne élevée et que seules quelques factures ont dû être corrigées jusqu'au début 2014 (CdF 2014).
- B,S,S. n'a pas non plus découvert d'indices d'un *déficit de soins pour les cas difficiles, financièrement inintéressants*, infirmant ainsi les craintes exprimées en amont de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Lors de cette évaluation, B,S,S. se base sur l'appréciation des spécialistes interrogés. L'étude constate cependant que la répartition des cas difficiles serait très inégale entre les hôpitaux. Les hôpitaux universitaires traiteraient notamment de très nombreux cas de ce type. La structure tarifaire SwissDRG serait notamment trop peu différenciée et ne permettrait donc pas de cerner suffisamment les cas difficiles. Cette problématique serait toutefois atténuée par les prix de base spécifiques aux hôpitaux. B,S,S. estime cependant qu'une

³⁰ L'Office fédéral de la statistique définit des directives pour un codage homogène que tous les hôpitaux doivent respecter. L'application correcte de ces directives est contrôlée par les assureurs-maladie (échantillons de cas avec vérification du codage par du personnel spécialement formé) (SwissDRG 2014).

adaptation correspondante du système DRG serait nécessaire à long terme.³¹

Certains des effets positifs attendus de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ont en partie été confirmés par l'étude de B,S,S. :

- Un *transfert partiel de prestations* a par ailleurs été observé après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. D'après les spécialistes interrogés dans le cadre de l'étude conduite par B,S,S., il n'y a certes aucun transfert global de traitements dans le secteur ambulatoire. Mais certaines prestations ambulatoires seraient toutefois séparées du séjour hospitalier afin d'être fournies dans le secteur ambulatoire. A cela s'ajouterait aussi une certaine tendance dans le secteur hospitalier à transférer plus rapidement les patients des soins somatiques aigus vers la réadaptation. Selon B,S,S., les intérêts des assureurs divergeraient cependant à cet égard de l'intérêt des hôpitaux à transférer les patients. De l'avis de certains des représentants des hôpitaux interrogés, les assureurs tarderaient de plus en plus à fournir les garanties de prise en charge des coûts, manifestant ainsi leur intérêt pour des hospitalisations plutôt longues (B,S,S. 2014 : 22 s.). Les résultats d'une enquête auprès des médecins qui estimaient en moyenne à 5,5 par mois les garanties de prise en charge des coûts retardées vont également dans ce sens (gfs.bern 2014, citée dans B,S,S. 2014 : 23). Selon une autre étude de B,S,S., cette situation ne se traduit cependant pas par une prolongation du séjour en soins somatiques aigus (B,S,S./Université de Bâle 2014 : 1444). Il n'est pas certain que cette évolution soit nouvelle, car la thématique n'a pas été étudiée les années précédentes.
- L'étude évaluative observe une augmentation des flux de patients entre les cantons au niveau national. Celle-ci est considérée comme un indice de l'accentuation de la *concurrence au niveau de la qualité* entre les hôpitaux.³² L'étude s'appuie sur des données de l'OFS. Les 20 hôpitaux retenus par l'étude évaluative possédaient déjà un système d'assurance qualité avant 2012. Lors des entretiens avec les spécialistes, ceux-ci ont cependant confirmé que le nouveau financement hospitalier avait suscité une prise de conscience accrue relative au positionnement des hôpitaux sur le marché. Les avis divergent en revanche quant à savoir si cette prise de conscience se manifeste par un accroissement des efforts en matière de qualité. Parmi les facteurs de blocage éventuels d'une concurrence au niveau de la qualité, l'étude souligne l'asymétrie de l'information importante qui perdure entre les hôpitaux et les patients (B,S,S. 2014 : 43 ss). Autrement dit, les hôpitaux ont une longueur d'avance sur les patients en termes d'informations et peuvent ainsi influencer leur demande de prestations. C'est également la conclusion d'une étude de Credit Suisse portant sur des questions similaires (Credit Suisse 2013 : 9).³³
- La tendance au *raccourcissement des durées d'hospitalisation* observée depuis quelques années ne s'est globalement pas renforcée l'année de l'introduction de la révision. Elle aurait pu être le signe d'une évolution vers des sorties prématurées indésirables de l'hôpital (« bloody exit ») (B,S,S. 2014 : 25 ss). Parallèlement, la baisse des durées de séjour est aussi considérée comme un signe d'efficience. Une distinction en fonction des traitements et groupes de patients révèle ponctuellement des évolutions différentes. On observe ainsi dans l'étude de B,S,S. une baisse sensible des durées de séjour pour des accouchements et lorsqu'il s'agit de personnes âgées par rapport à l'année précédente. Les durées de séjour tendent, en revanche, à augmenter pour les patients dont les hospitalisations étaient jusqu'à présent de courte durée. Selon B,S,S., cette évolution pourrait être la conséquence des réductions pour les « hospitalisations de courte durée » (*low-outliers*).

Mais l'étude évaluative de B,S,S. contient aussi des indices concernant deux effets négatifs de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier :

- Premièrement, il existe des indices d'une *sélection* indésirable *des patients* dans les hôpitaux. Le système DRG définit une incitation théorique à sélectionner les patients dont les coûts escomptés sont inférieurs à la rémunération des prestations (p. ex. patients jeunes qui récupèrent plus vite après une opération). La moitié des spécialistes interrogés pensent déceler des indices d'une

³¹ En relation avec l'approbation de la version 4.0 de la structure tarifaire SwissDRG, le Conseil fédéral a invité les partenaires tarifaires à présenter une stratégie et un plan d'action. Il s'agit soit de différencier suffisamment la structure tarifaire pour parvenir à un prix de base uniforme, soit de pouvoir appliquer différents prix de base de façon claire.

³² La part des patients extracantonaux a progressé de 0,7 % en 2011 à près de 3 % en 2012 (B,S,S. 2014 : 44 s.)

³³ Les effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers seront approfondis à la section 2.4.

telle sélection, notamment de la part des hôpitaux privés. Celle-ci a parfois été considérée comme le signe d'une spécialisation et n'a donc pas été considérée de façon négative. Mais ils ont également souvent souligné la différenciation insuffisante de la structure tarifaire SwissDRG. Ainsi, ces cas problématiques (p. ex. patients polymorbides, *high outlier*) ne seraient pas suffisamment pris en compte d'un point de vue financier.³⁴ L'enquête auprès des médecins menée à la demande de la FMH suggère que la sélection pourrait avant tout concerner les patients souffrant de maladies chroniques et polymorbides. Ainsi, les médecins interrogés en 2012 étaient un peu plus nombreux qu'en 2011 à penser que les hôpitaux cherchaient à transférer de tels groupes de patients (33 % contre 27 %, B,S,S. 2014 : 32 ss). Une étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique rappelle que des conventions de prestations complètes et intelligemment formulées peuvent remédier efficacement à l'attrait pour une sélection des patients (Siner-gia 2013b).

- Deuxièmement, la *charge administrative* a augmenté à l'hôpital selon les entretiens avec les spécialistes (B,S,S. 2014 : 9 ss). C'est également ce que révèle un sondage réalisé auprès de médecins spécialistes en 2003 à la demande de la FMH. La charge de documentation a ainsi augmenté d'environ 20 minutes par semaine (gfs.bern 2014, cité dans B,S,S. 2014 : 13).

Trois objets d'étude n'ont pas pu être appréciés dans l'étude évaluative :

- Le système SwissDRG définit théoriquement des incitations pour que les hôpitaux augmentent les nombres de cas. Il pourrait donc y avoir des *augmentations du volume de prestations*, qui peuvent être souhaitables (économies d'échelle), mais aussi indésirables (induits par l'offre ou « case splitting »). L'analyse des données de l'OFS sur les sorties de l'hôpital entre 2003 et 2012 ne révèle aucune augmentation des nombres de cas. B,S,S. estime toutefois que la période d'analyse est trop courte à cet égard pour émettre des conclusions fondées (B,S,S. 2014 : 13 ss).
- *Les spécialisations et coopérations* des hôpitaux sont théoriquement encouragées par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, car elles incitent à une utilisation efficiente des ressources. La plupart des représentants d'hôpitaux interrogés ont estimé que les évolutions correspondantes n'en étaient encore qu'à leurs premiers balbutiements.
- Pour finir, la révision permet d'espérer un changement de la *politique d'investissement* des hôpitaux. Désormais, les coûts d'utilisation des immobilisations sont en effet remboursés dans le cadre des forfaits par cas et les hôpitaux financent leurs investissements en toute autonomie. Forte de son analyse, B,S,S. estime qu'il est actuellement impossible d'évaluer la politique d'investissement des hôpitaux. Il lui semble en revanche incontestable que les conditions-cadres diffèrent très fortement d'un canton à l'autre en matière d'investissements, mais aussi dans d'autres domaines (B,S,S. 2014 : 40 ss).

2.2.3 Perspectives

B,S,S. estime que la concurrence entre les hôpitaux a plutôt augmenté après la révision, mais que le potentiel correspondant est encore loin d'avoir été épuisé. Les prescriptions cantonales et l'asymétrie de l'information entre les patients et les hôpitaux constituent ainsi des freins de taille à la libre concurrence. Il est cependant encore trop tôt pour évaluer définitivement les effets de la révision sur le comportement des hôpitaux, car la mise en œuvre des mesures et plus particulièrement l'évolution de la structure tarifaire SwissDRG n'en sont encore qu'à leurs débuts. Pour la deuxième étape de l'évaluation, B,S,S. propose de suivre systématiquement l'augmentation éventuelle du volume des prestations, l'évolution des durées de séjour dans les hôpitaux, les transferts de prestations dans le secteur ambulatoire, la pratique des hôpitaux en matière de transferts ainsi que la satisfaction des patients comme critère de mesure des changements dans le domaine des soins.

³⁴ La version 1.0 de la structure tarifaire SwissDRG n'explique que 60 % des différences de coûts entre les hôpitaux, contrairement à la structure tarifaire allemande G-DRG qui explique 75 % des différences (B,S,S. 2014 : 33). La précision de la version 4.0 des SwissDRG s'est légèrement améliorée : la version actuelle explique environ 65 % des différences de coûts entre les hôpitaux.

2.3 Coûts et financement du système de santé

Cela fait des années que l'évolution des coûts est une thématique essentielle de la politique suisse de la santé. L'un des principaux objectifs de la LAMal consiste donc à maîtriser l'augmentation des coûts. L'analyse des effets de la LAMal réalisée en 2001 a montré que la loi a certes atteint les objectifs législatifs de solidarité entre les assurés et d'accès à des soins de qualité, mais non l'objectif de maîtrise des coûts (OFAS 2001). La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier vise donc à renforcer les incitations afin d'atteindre cet objectif. Le législateur entend atténuer l'augmentation des coûts en créant des conditions-cadres uniformes, propices à la concurrence pour tous les hôpitaux (Conseil fédéral 2004).

L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier vise, dans un premier temps, à déterminer si la révision a permis de maîtriser les coûts des prestations hospitalières et de l'AOS. La notion de coûts s'entend ici dans le sens de dépenses et celle de financement dans le sens de rémunération. Les transferts de coûts entre les différents secteurs du système de santé doivent être évalués dans un deuxième temps. L'accent dans ce domaine est mis sur le secteur hospitalier et plus particulièrement sur le secteur des soins somatiques aigus.³⁵ L'influence de la révision sur les contributions des cantons et des assureurs à la rémunération des prestations hospitalières doit être étudiée dans un troisième temps. Quatrièmement, il sera question de déterminer si la révision a pour effet de décharger les assurances complémentaires.

2.3.1 Contexte

Cela fait des années que les dépenses de santé en Suisse augmentent plus fortement que le produit intérieur brut (PIB). Leur part est passée de 9,3 % du PIB en 1995 à 11 % en 2011, l'année précédant la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier (OFS 2014a). L'importance des soins hospitaliers en tant que poste de dépense en forte croissance a notamment été soulignée à l'époque. En 2011, les hôpitaux représentaient environ 36 %, soit quelque 23,2 milliards de francs sur un coût total du système de santé d'environ 64,5 milliards de francs (OFS 2014b).³⁶ Les soins hospitaliers assurés par les hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation ont coûté quelque 18 milliards de francs en 2011 (OFS 2014c). L'AOS, qui a supporté environ 35 % des coûts totaux du système de santé en 2011, était la principale source de financement, suivie des assurés (ménages privés, 25 %), de l'Etat (environ 20 %) et des autres assurances sociales (environ 11 %, y compris les prestations sociales sous condition de ressources) (OFS 2014d).

L'OCDE/l'OMS ont considéré que les dépenses de santé élevées étaient la conséquence d'une utilisation non optimale des soins en relation avec des coûts immobiliers élevés et une faible limitation de la demande et exprimé des critiques en ce sens (OCDE/OMS 2006 : 114 ss). Les auteurs du rapport OCDE/OMS ont estimé que la multiplicité des sources de financement et des acheteurs de prestations combinée au manque de transparence compliquait le contrôle des coûts. La compétence réglementaire décentralisée et la planification cantonale ont été qualifiées d'obstacles à la concurrence. L'exiguïté territoriale des planifications hospitalières se traduirait en outre par une duplication des offres de prestations. Les incitations en faveur d'une fourniture efficiente des prestations seraient insuffisantes, tant pour les fournisseurs de prestations que pour les assureurs et les patients. La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier s'empare de certains des aspects critiqués, ce que le rapport OCDE/OMS consécutif de 2011 juge positif (OCDE/OMS 2011). Les experts de l'OCDE/OMS ont toutefois de nouveau souligné que les caractéristiques structurelles du système de santé suisse nuisaient à son efficience et que les effets attendus de la modification du système de financement devaient donc être limités.

³⁵ Dans ce rapport, la notion de système de santé se rapporte donc aux prestations hospitalières des hôpitaux. Sauf mention contraire, il s'agit des hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation. Les coûts des prestations hospitalières désignent, dans l'optique des hôpitaux, les coûts de production, autrement dit la charge financière que représentent le personnel, le matériel et l'infrastructure requis pour la fourniture des prestations. Il faut en distinguer les revenus des hôpitaux pour les prestations hospitalières qui correspondent aux montants effectivement décomptés. Ils constituent un critère de mesure pour le remboursement des prestations, à savoir les coûts dans l'optique des acteurs du financement (cantons, AOS, autres assurances, assurés).

³⁶ En 1995, les coûts totaux s'élevaient à environ 36 milliards de francs. Outre le remboursement des prestations en lien avec les patients, les coûts des hôpitaux incluent également le remboursement des prestations d'intérêt général (financées par les cantons).

2.3.2 Résultats des analyses des effets

A la demande de l'OFSP, l'Obsan a rédigé un rapport de base sur les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les coûts et le financement du système de santé. Outre la description des effets à court terme du nouveau financement hospitalier au cours de l'année de son introduction en 2012, ce rapport vise à élaborer des bases pour une analyse régulière des données au cours des prochaines années. Deux questions essentielles sont au cœur de l'évaluation des effets à court terme de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Il s'agit premièrement d'évaluer l'évolution des coûts dans le secteur hospitalier et deuxièmement de déterminer s'il existe des transferts de coûts entre les acteurs de financement et de les préciser. Les transferts éventuels entre l'AOS, les cantons et les assurances complémentaires font l'objet d'une attention particulière. Ces deux questions sont étudiées selon différents points de vue. Les différences par secteur (soins somatiques aigus par rapport à la psychiatrie et à la réadaptation) et entre les cantons sont plus particulièrement étudiées (Obsan 2015a : 11).

Les analyses des indicateurs sont présentées de manière purement descriptive et s'appuient sur les données disponibles de la comptabilité analytique émanant de la statistique des hôpitaux de l'OFS et sur les données des assureurs-maladie. La révision récente de la statistique des hôpitaux complique la comparabilité des données annuelles correspondantes. Ainsi, les données ne sont exploitables qu'à partir de 2010, sans compter qu'elles sont incomplètes.³⁷ L'Obsan considère que la qualité des données est très limitée et conseille d'interpréter les résultats avec une extrême prudence. Il estime que l'interprétation doit se limiter à l'observation des tendances dans l'évolution. Les études ultérieures devraient cependant s'appuyer sur des données de meilleure qualité (Obsan 2015a : 11 s.).

Pour l'OFSP, il est essentiel que les problèmes existants soient résolus dans les meilleurs délais, notamment pour que le Parlement, la Confédération et les cantons puissent disposer d'informations fondées sur les coûts et le financement du secteur stationnaire des hôpitaux. La qualité insuffisante des données de la statistique des hôpitaux rend difficile l'analyse globale des effets de la révision, notamment en ce qui concerne les conséquences sur les coûts et le financement de la globalité du secteur stationnaire des hôpitaux. L'utilisation de la statistique des finances publiques ne permet pas non plus de résoudre ce problème, car il n'est pas certain que celle-ci ait effectivement saisi les dépenses cantonales afférentes aux soins hospitaliers de manière comparable dans tous les cantons avant et après l'introduction du nouveau financement hospitalier.

Le pool de données des assureurs-maladie suisses établi par SASIS est utilisé pour analyser l'évolution des coûts de l'AOS (analyse des données annuelles).³⁸ Ces données sont en principe de bonne qualité, si ce n'est qu'elles pourraient encore être corrigées a posteriori pour l'année 2012 en raison de la nature provisoire de certains tarifs (Obsan 2015a : 11). Or la prise en compte des modifications correspondantes dans le pool de données SASIS ne sera très vraisemblablement que partielle. L'introduction des forfaits par cas SwissDRG en 2012 a par ailleurs entraîné des retards dans les décomptes de prestations. Afin de remédier aux distorsions engendrées, les données ont été interprétées selon l'année des traitements et non selon la date de facturation.

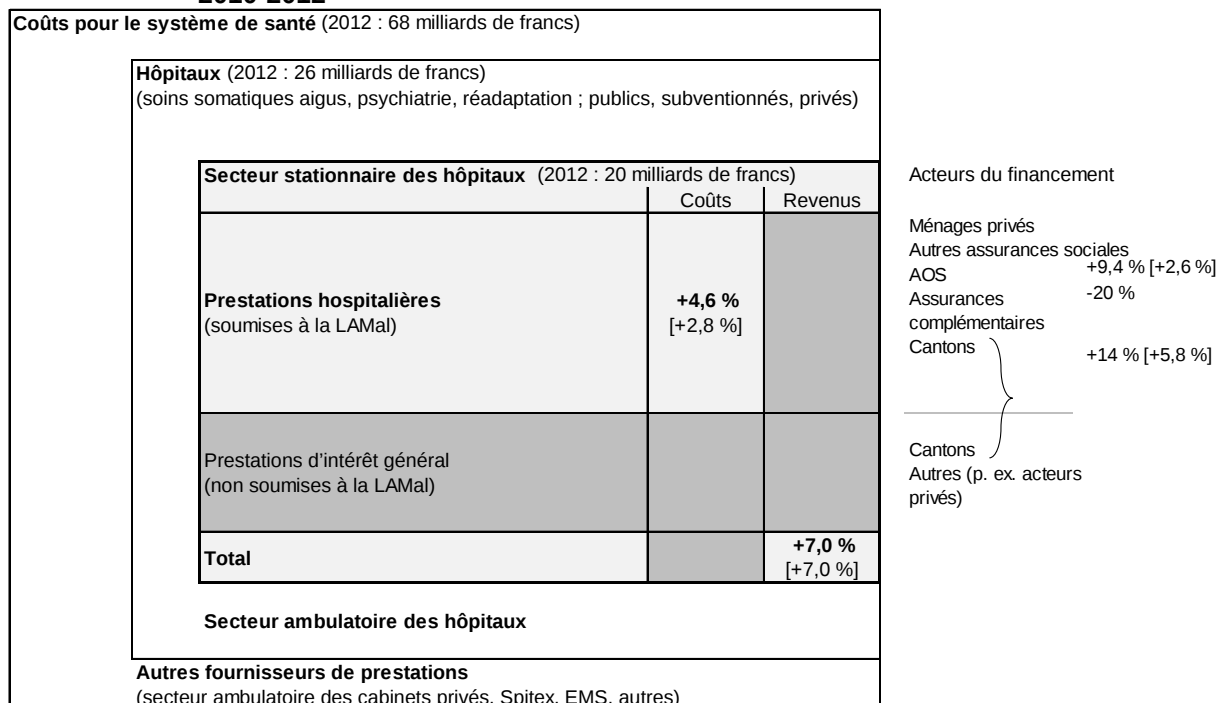
³⁷ Les informations sur les revenus et les coûts font défaut, respectivement pour 25 % et 10 % des hôpitaux ; le nombre de valeurs manquantes diminue depuis 2012. En 2010, environ la moitié des hôpitaux publics (subventionnés) n'opéraient par ailleurs aucune distinction entre les types de prestations dans leur comptabilité analytique. Il était donc impossible de calculer les coûts de la recherche et de la formation universitaire ainsi que des prestations d'intérêt général. Une étude de l'hôpital universitaire de Zurich estime que les coûts de la recherche et de la formation universitaire représentent environ 9 % des coûts totaux de l'hôpital. La Surveillance des prix applique un taux de déduction normatif de 23 % et la CDS propose un taux de déduction de 12 %. D'après l'Obsan, les problèmes posés par l'estimation de ces coûts n'ont pas encore été résolus. La détermination des revenus pour les prestations hospitalières constitue un autre problème méthodologique. L'OFS les estime en combinant différentes sources de données.

³⁸ En tant que filiale de santésuisse, SASIS SA tient la statistique sectorielle des prestations médicales décomptées et des primes d'assurance AOS facturées. Le pool de données renseigne sur l'évolution nationale des coûts par catégorie d'assurés et groupe de fournisseurs de prestations rapportée au canton, à la région de primes et au modèle d'assurance. Les types de prestations (p. ex. prestation du médecin, soins ambulatoires et stationnaires à l'hôpital), les participations aux coûts et les primes peuvent être étudiés (SASIS 2014).

Synthèse et présentation des principaux résultats

Les principaux résultats des analyses de l'Obsan seront présentés dans un premier temps sous forme synthétisée dans le contexte global des coûts du système de santé pour une meilleure compréhension (Figure 8).

Figure 8 : Présentation des résultats de l'étude de l'Obsan concernant l'évolution des coûts 2010-2012



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

Source : propre présentation, basée sur les données de l'Obsan 2015a : 57 et 62 s. Indications relatives aux montants en francs : OFS (2014b) et OFS (2014c).

Selon l'OFS, les coûts de l'ensemble du système de santé s'élevaient à quelque 68 milliards de francs en 2012, ceux des hôpitaux à environ 25,5 milliards de francs et ceux du secteur stationnaire des hôpitaux à environ 19,6 milliards de francs. L'augmentation des coûts dans le secteur stationnaire des hôpitaux et à la charge de l'AOS n'a pas été freinée en 2012. Les analyses de l'Obsan suggèrent que l'objectif de la révision consistant à maîtriser l'accroissement des coûts dans le secteur hospitalier et dans l'AOS n'a vraisemblablement pas encore été atteint durant l'année de l'introduction du nouveau financement hospitalier.

L'Obsan estime ainsi que les coûts de production des prestations hospitalières stationnaires ont progressivement augmenté par rapport à l'année précédente (+4,6 % en 2012 contre +2,8 % en 2011). Les revenus totaux des hôpitaux en 2012 ont connu une augmentation similaire à celle de la période précédente (respectivement 7 %). Ces résultats sont cohérents avec les analyses d'autres acteurs pour l'année 2012. L'OFS trouve une augmentation similaire des dépenses de santé dans le secteur stationnaire des hôpitaux de +9,2 %.

L'augmentation des revenus totaux des hôpitaux se reflète également dans une augmentation plus forte des coûts à la charge de l'AOS (selon le calcul entre +7,6 % et +9,4 % pour les prestations hospitalières en 2012 contre +1,3 % à +2,6 % en 2011). Des simulations de l'OFSP montrent toutefois que la réglementation transitoire du financement dual-fixe a une forte influence sur l'évolution des coûts de l'AOS : si la clé de répartition entre l'AOS (au maximum 45 %) et les cantons (au minimum 55 %) s'étaient appliquée dès 2012, l'augmentation des coûts de l'AOS aurait été nettement moins forte. Avec le nouveau financement hospitalier, les coûts d'utilisation des immobilisations sont désor-

mais également pris en compte dans la rémunération des prestations hospitalières. Selon les estimations de l'OFSP, cela a contribué à hauteur d'environ cinq points de pourcentage à l'accroissement des coûts de l'AOS pour le secteur des soins somatiques aigus en 2012.

L'année de l'introduction du nouveau financement hospitalier, la charge des cantons a augmenté et celles des assurances complémentaires diminué. Aussi les cantons ont-ils déboursé nettement plus d'argent pour les soins hospitaliers et le secteur stationnaire des hôpitaux en 2012 que les années précédentes (+18 % selon la CDS et +14 % en 2012 contre +5,8 % en 2011 selon les indications de l'AFF)³⁹. La part des dépenses des cantons devant être attribuée aux prestations hospitalières soumises à la LAMal reste incertaine. Etant donné que l'augmentation des revenus totaux des hôpitaux est restée la même en 2012, on peut penser que les paiements des cantons ont augmenté dans le domaine soumis à la LAMal, conformément aux souhaits. Comme prévu, les assurances complémentaires ont en revanche enregistré en 2012 une forte diminution des coûts de 20 % pour les prestations hospitalières (-73 % pour le modèle d'assurance hospitalière « Division commune », -16 % pour la « Division demi-privée » et -17 % pour la « Division privée », cf. FINMA 2013).

Pour certains domaines, l'Obsan n'a pas encore été en mesure de recourir à des données fiables pour la période étudiée, ce qui a considérablement restreint les possibilités d'analyse. La part des coûts des cantons pour les prestations d'intérêt général⁴⁰ non soumises à la LAMal reste notamment incertaine. Des améliorations de la qualité des données sont toutefois attendues à l'avenir (Obsan 2015a : 11 s.).

Interprétation des résultats

Il est actuellement impossible de savoir si la hausse observée des indicateurs de l'évolution des coûts correspond à des accroissements effectifs des coûts ou seulement à des effets d'adaptation et de transfert ponctuels (Obsan 2015a : 12 s.). Il est certain qu'il n'y a ni accroissement quantitatif (nombre de cas globalement stable) ni surcodage systématique des cas hospitaliers (*upcoding*) en 2012. Un certain nombre de questions restent cependant en suspens. Les réflexions suivantes doivent notamment être prises en compte lors de l'interprétation des évolutions :

- *Pratique plus précise des hôpitaux en matière de décompte* : il est possible que les hôpitaux de soins somatiques aigus documentent les coûts de traitement de manière plus précise et conforme à la réalité qu'avant, en raison d'une sensibilisation accrue aux coûts.
- *Prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations* : les coûts d'utilisation des immobilisations sont désormais pris en compte dans la rémunération des prestations hospitalières, ce qui est susceptible d'accroître la charge pour l'AOS (environ la moitié du taux de majoration normatif appliqué en 2012 pour la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations des hôpitaux de soins somatiques aigus, qui se montait à 10 %, était à la charge de l'AOS). Ces coûts étaient précédemment financés par les cantons en dehors de la rémunération des prestations pour les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics.
- *Transferts entre les secteurs de soins* : rien ne permet actuellement de savoir dans quelle mesure des transferts s'opèrent entre les différents secteurs de soins du système de santé. Il existe quelques indices de transferts du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire. Sur le principe, il est parfaitement envisageable que des prestations soient fournies de manière stationnaire en raison de leur rémunération élevée, alors qu'elles auraient très bien pu être ambulatoires.

³⁹ Les indications relatives aux dépenses des cantons se fondent sur les estimations de la CDS (CDS 2014) et sur les estimations de l'Obsan sur la base de la statistique des finances publiques de l'Administration fédérale des finances (AFF ; Obsan 2015a : 12, 56, 62 s.). La différenciation des dépenses en fonction des prestations hospitalières et des prestations d'intérêt général est impossible sur la base de ces données. La statistique des hôpitaux n'a pas (encore) pu être utilisée pour le calcul à cause de problèmes méthodologiques (25 % de valeurs manquantes, définition des prestations, méthode d'estimation). Des améliorations sont prévues à l'avenir (Obsan 2015a : 11 s.).

⁴⁰ La notion de prestations d'intérêt général n'est pas définie de manière exhaustive dans la loi. En vertu de l'art. 49, al. 3, LAMal, les rémunérations pour les prestations hospitalières ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire (à savoir notamment la formation des médecins assistants). Les prestations d'intérêt général sont principalement financées par les cantons et par d'autres acteurs (p. ex. secteur privé).h

- *Nouvelle structure tarifaire et nouveaux prix de base* : pour l'heure, le nouveau système de rémunération n'a été mis en place que dans les soins somatiques aigus et traverse encore un processus de maturation. Les prix pour le traitement d'un cas en soins somatiques aigus résultent de la multiplication d'un *cost-weight* national uniforme pour le groupe de diagnostics du cas (DRG) par le prix de base du cas spécifique à l'hôpital (*baserate*). Or ces deux éléments de la rémunération ne sont pas encore stabilisés. Les *cost-weights* de la structure tarifaire nationale uniforme SwissDRG sont recalculés chaque année (SwissDRG 2014). Les prix de base spécifiques à l'hôpital sont négociés par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations). La fixation du montant des prix de base des cas par les partenaires tarifaires ou, le cas échéant, par les cantons s'est parfois avérée difficile. Les partenaires tarifaires n'ont souvent pas pu se mettre d'accord. Ils ont par ailleurs contesté les tarifs fixés par les cantons devant le Tribunal administratif fédéral (Tribunal administratif fédéral 2014). Une étude de Credit Suisse, qui se réfère aux données des trois assureurs-maladie Helsana, Sanitas et CPT, a certes démontré que les prix de base supérieurs à 10 000 francs tendaient à baisser entre 2012 et 2013. Une incitation à augmenter les coûts s'est toutefois manifestée parallèlement pour les hôpitaux qui se situaient initialement sous la référence, car les prix de base compris entre 8000 et 10 000 francs par hôpital ont plutôt augmenté.⁴¹ Credit Suisse estime même que les coûts pourraient augmenter à l'avenir dans les hôpitaux moins chers en dépit des gains d'efficacité (Credit Suisse 2013 : 18). L'augmentation des coûts observée en 2012 pourrait également se fonder sur un effet de prix, au cas où des *tarifs (prix de base) trop élevés* auraient été négociés et/ou fixés pour cette année. Le montant des prix de base des années 2013 et 2014 tend déjà à la baisse. Une évaluation définitive ne sera toutefois possible qu'une fois le système de rémunération stabilisé.
- *Délai de transition pour la clé de répartition des coûts sur la base du financement dual-fixe* : les prestations hospitalières bénéficient d'un financement dual par l'AOS et les cantons. On vise une clé de répartition fixe, avec une part de financement des cantons d'au moins 55 %, mais un délai de transition correspondant s'applique encore jusqu'en 2017. A l'heure actuelle, la part cantonale au financement est encore nettement inférieure à 55 % dans certains cantons, ce qui a un effet négatif sur la charge de l'AOS. On peut donc estimer que la charge de l'AOS va s'alléger davantage à l'avenir au fur et à mesure que la participation des cantons va augmenter. Les simulations de l'OFSP ont montré que l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS aurait été nettement moins importante si les cantons avaient assumé une part de 55 % dès 2012 (cf. ci-dessus ainsi que la section « Evolution des coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS » ci-dessous).
- *Influence des effets uniques et spéciaux* : en 2011 et 2012, différents cantons ont effectué des paiements uniques et transféré des immeubles aux hôpitaux. Il est par ailleurs probable que des coûts non attribués au secteur hospitalier dans la comptabilité cantonale (par exemple les coûts d'utilisation des immobilisations ou les coûts de la formation universitaire) figurent dans les statistiques à partir de 2012. Ces effets ne sont toutefois pas explicitement indiqués dans les statistiques et pourraient être l'une des causes de la surestimation de l'évolution des coûts.

Les résultats de la Figure 8 concernant les différents indicateurs sont détaillés ci-après.

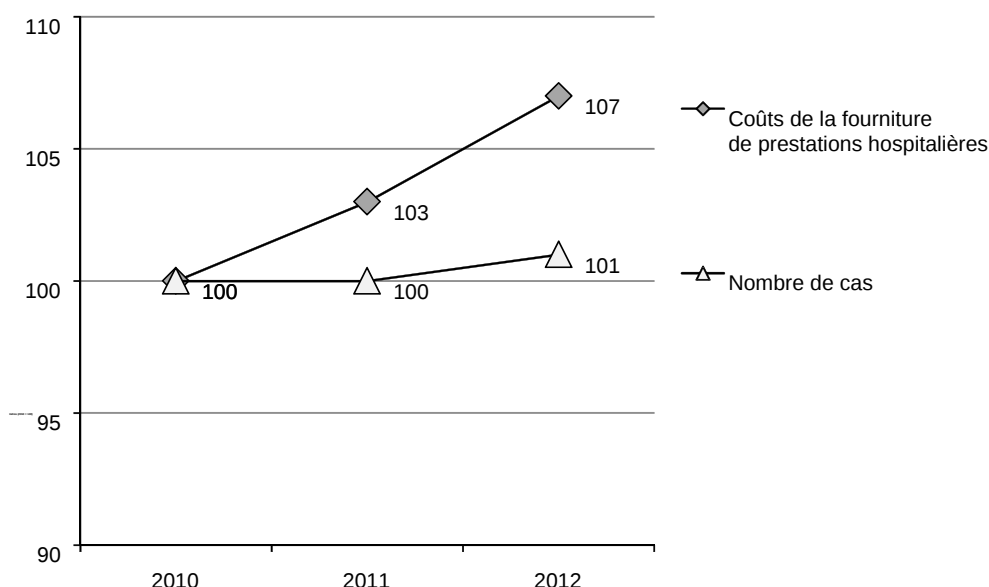
Evolution des coûts de la fourniture de prestations hospitalières (coûts de production)

L'analyse de l'Obsan montre que les coûts de la fourniture de prestations hospitalières stationnaires (coûts de production des hôpitaux) par les hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation ont augmenté beaucoup plus fortement en 2012 que les années précédentes (Figure 9).⁴² Entre 2011 et 2012, la hausse était de 4,6 % contre 2,8 % entre 2010 et 2011.

⁴¹ Le référentiel caractérise le prix de base optimal qui se fonde sur le prix de base d'un hôpital géré efficacement (Credit Suisse 2013 : 13).

⁴² Les coûts se rapportent aux coûts de production des hôpitaux. Ils ne correspondent pas aux montants effectivement décomptés ou remboursés.

Figure 9: Coûts pour la fourniture des prestations hospitalières stationnaires et nombre de cas dans les hôpitaux dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation entre 2010 et 2012 (indice)



Outil de lecture : sont présentés les coûts des prestations hospitalières stationnaires (en lien avec les patients, soumises à la LAMal). Les coûts des prestations d'intérêt général (non soumises à la LAMal) ne sont pas inclus. Source : propre présentation, sur la base de la figure 2.6 dans Obsan 2015a : 26.

En 2012, c.-à-d. l'année de l'introduction du nouveau financement hospitalier, l'augmentation des coûts dans le secteur des soins somatiques aigus a été la plus forte (+6 %), ce qui s'explique principalement par une hausse des coûts par cas, les nombres de cas étant globalement stables par ailleurs (+1 %). Dans ce secteur, l'accroissement des coûts est le plus fort dans les grands hôpitaux (hôpitaux universitaires et hôpitaux de prise en charge centralisée). En 2012, ceux-ci ont non seulement enregistré une augmentation substantielle des cas, mais aussi la plus forte hausse des coûts par cas (entre +8 % et +9 %). L'évolution des coûts est, en revanche, restée stable ou a même reculé dans les petits hôpitaux et dans les cliniques spécialisées (Obsan 2015a : 29 s.). La hausse des coûts par cas est plus marquée dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics (Obsan 2015a : 34).⁴³

Afin de savoir comment les hôpitaux réagissent au nouveau système de rémunération, l'Obsan a analysé à part l'évolution des coûts dans les hôpitaux selon le système de rémunération en 2010, c.-à-d. avant la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier. Il s'avère que les hôpitaux qui utilisaient déjà un système de décompte basé sur les forfaits par cas se distinguent par une moindre augmentation des coûts par cas que les autres hôpitaux. On pourrait en déduire que les augmentations de coûts initiales lors de l'introduction d'un nouveau système de rémunération sont de nature passagère et s'estompent au fil du temps.⁴⁴ Alors que l'accroissement des coûts était de +5 % pour les hôpitaux qui utilisaient le système de décompte APDRG, il était de +9 % pour les hôpitaux qui ne l'utilisaient pas. Le système tarifaire APDRG était toutefois plus répandu dans les grands hôpitaux que dans les petits, ce qui pourrait se traduire par une distorsion des résultats.⁴⁵

⁴³ Parallèlement, l'indice du « case mix » (mesure sous forme codée du degré de gravité des cas) a également enregistré une hausse plus marquée dans les hôpitaux privés, dont la part de marché a progressé de 1,7 % depuis 2010 à 27 % en 2012.

⁴⁴ Les hôpitaux qui utilisaient déjà le système de décompte APDRG peuvent être considérés comme une sorte de groupe de contrôle pour l'augmentation générale des coûts, car ils ont vraisemblablement déjà mené à bien les adaptations éventuelles en vue du système de forfaits par cas.

⁴⁵ En 2011, la moitié environ des hôpitaux universitaires et des hôpitaux de prise en charge centralisée, environ un quart des hôpitaux de soins de base et environ un dixième des cliniques spécialisées utilisaient le système de décompte APDRG.

Evolution des revenus totaux dans le secteur stationnaire des hôpitaux

Les revenus totaux incluent les recettes globales des hôpitaux résultant de la rémunération des prestations hospitalières soumises à la LAMal, mais aussi de la rémunération des prestations d'intérêt général non soumises à la LAMal, y compris de la couverture des déficits (Obsan 2015a: 55). Une distinction entre coûts soumis et non soumis à la LAMal pour l'ensemble des hôpitaux est actuellement impossible pour des questions de méthodologie (25 % de valeurs manquantes, définition incertaine des prestations, méthode d'évaluation). L'Obsan table sur des améliorations de la qualité des données à l'avenir (Obsan 2015a : 11 s.). Il a procédé à une analyse partielle des hôpitaux à l'aide des données disponibles. Celle-ci montre que les revenus totaux des hôpitaux ont progressé de la même manière (soit de 7 %) entre 2011 et 2012 par rapport à la période précédente de 2010 à 2011. La composition des revenus totaux a toutefois considérablement changé entre ces deux périodes. La part de la rémunération des prestations hospitalières dans les revenus totaux a progressé de 69 % en 2011 à 87 % en 2012. Parallèlement, la part des prestations d'intérêt général a baissé de 20 % à 11 % et celle des couvertures des déficits de 9 % à 1 % (Obsan 2015a : 56)

L'évolution des revenus totaux du secteur hospitalier est conforme aux analyses de l'OFS. Dans son communiqué de presse du 13 mai 2014, celui-ci a fait état d'une augmentation des dépenses de santé dans le secteur stationnaire des hôpitaux de 9,2 %. L'Obsan ne veut néanmoins pas commenter ces résultats de manière définitive, tant qu'il n'existe pas de séries de données plus longues (Obsan 2015a : 62 s.). L'OFSP estime également qu'il serait prématuré de statuer dès à présent sur les effets de la révision sur les coûts du secteur hospitalier.

Evolution des coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS

Cela fait des années que les coûts totaux à charge de l'AOS augmentent. C'est l'une des raisons qui ont conduit à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Selon les chiffres des assureurs-maladie, l'augmentation des coûts à charge de l'AOS s'est quelque peu accentuée au cours des deux années qui ont suivi l'introduction des nouvelles règles de financement.

Les coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS ont progressé de 5,8 milliards de francs en 2011 à 6,3 milliards de francs en 2012, selon les calculs de l'OFSP⁴⁶. Ceci correspond à une hausse de +8,6 % entre 2011 et 2012, soit nettement plus qu'au cours de la période précédente de 2010 à 2011 [+3,0 %]. D'après les analyses de l'Obsan, les coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS ont augmenté de +9,4 % entre 2011 et 2012. L'accroissement des coûts était de +2,6 % entre 2010 et 2011 (Obsan 2015a : 41, 63). Dès 2013, l'augmentation est toutefois plus modérée (+1,9 %) selon les calculs de l'OFSP. Pour l'année 2013, l'Obsan renvoie aux chiffres de santé-suisse qui suggèrent également un accroissement des coûts nettement plus faible pour les prestations hospitalières d'environ +3,5 % par rapport à 2012 (Obsan 2015a : 41 s.).

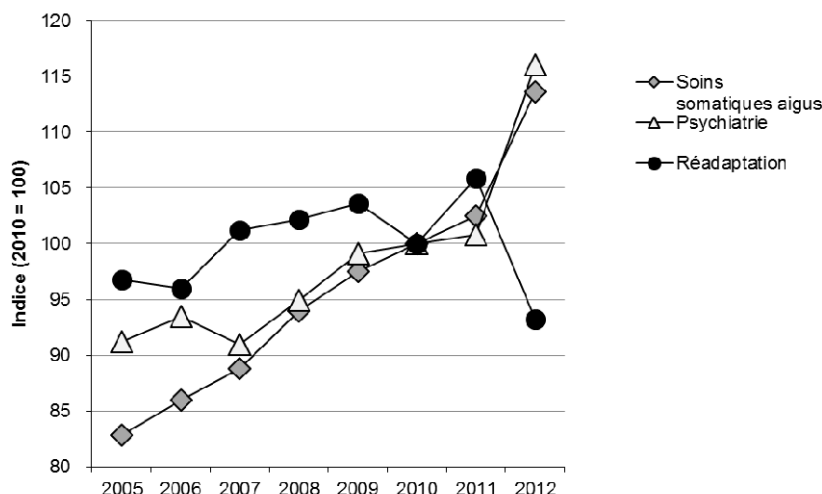
Un calcul de l'évolution des coûts par personne assurée permet de prendre en compte l'effet de l'évolution démographique. Les coûts moyens par assuré pour les prestations hospitalières à la charge de l'AOS ont augmenté de 737 francs en 2011 à 793 francs en 2012, d'après les calculs de l'OFSP. L'augmentation des coûts par tête est également beaucoup plus forte entre 2011 et 2012 (+7,6 %) qu'au cours de la période précédente de 2010 à 2011 [+1,3 %]. La hausse par tête était nettement plus modeste entre 2012 et 2013, puisqu'elle n'est que de 5 francs, soit 0,7 %.

Il n'est pas clair si l'évolution des coûts de l'AOS pour le secteur hospitalier stationnaire est ponctuelle. C'est pourquoi, il n'est pas encore possible de prévoir de tendances à long terme. La Figure 10 montre que l'augmentation des coûts en 2012 concerne avant tout les deux secteurs hospitaliers importants des soins somatiques aigus et de la psychiatrie, qui concentraient plus de 90 % des dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires (Obsan 2015a : 42).⁴⁷

⁴⁶ Analyse du pool de données SASIS : prestations brutes absolues par année de traitement, à l'exclusion des catégories « Autres » et « Etranger ».

⁴⁷ En 2012, 81 % des dépenses de l'AOS relevaient des soins somatiques aigus, 12 % de la psychiatrie et les 7 % restants de la réadaptation.

Figure 10: Coûts à la charge de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires de 2005-2014 par secteur



Source : propre présentation, indice fixé à 100 en 2010, sur la base de la figure 3.2 dans Obsan 2015a : 43.

Les effets décrits ci-après du nouveau financement hospitalier sur les coûts de l'AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux peuvent être approximativement quantifiés pour l'année 2012 : d'une part, l'indemnisation pour les coûts d'utilisation des immobilisations désormais incluse dans la rémunération (taux de majoration normatif de 10 %) a entraîné une augmentation des coûts de l'AOS pour le secteur des soins somatiques aigus des hôpitaux d'environ cinq points de pourcentage en 2012. D'autre part, les cantons ont jusqu'en 2017 pour fixer leur part au financement à au moins 55 %, en raison des dispositions transitoires relatives au financement dual-fixe des prestations hospitalières. La part cantonale au financement est actuellement beaucoup plus basse dans certains cantons. Les simulations de l'OFSP ont révélé un effet significatif de la clé de répartition sur les coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS. En simulant une part au financement de 55 % pour tous les cantons dès 2012, on obtient un accroissement des coûts par tête à la charge de l'AOS de seulement +1,1 % en 2012 et même une baisse des coûts de -4,1 % par rapport à l'année précédente en 2013. Sans réglementation transitoire relative au financement dual-fixe, le nouveau financement hospitalier n'aurait pratiquement eu aucune incidence sur les coûts de l'AOS dès 2012. Les calculs permettent de conclure que la charge pesant sur l'AOS diminuera à l'avenir, au fur et à mesure que la participation des cantons à la rémunération des prestations hospitalières soumises à la LAMal augmentera.

Evolution des coûts dans d'autres secteurs de soins à la charge de l'AOS

Avant la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier en 2012, les coûts à la charge de l'AOS avaient moins augmenté dans le secteur stationnaire des hôpitaux que dans les autres secteurs de traitement (secteur ambulatoire des hôpitaux, secteur ambulatoire des cabinets privés, EMS, Spitex). L'année de l'introduction des nouvelles règles de financement en 2012, cette situation a changé d'après les calculs de l'Obsan, et un accroissement des coûts particulièrement important des prestations hospitalières remboursées par l'AOS a été observé (+9,4 % contre +4,8 % dans les autres secteurs de traitement) (Obsan 2015a : 48).

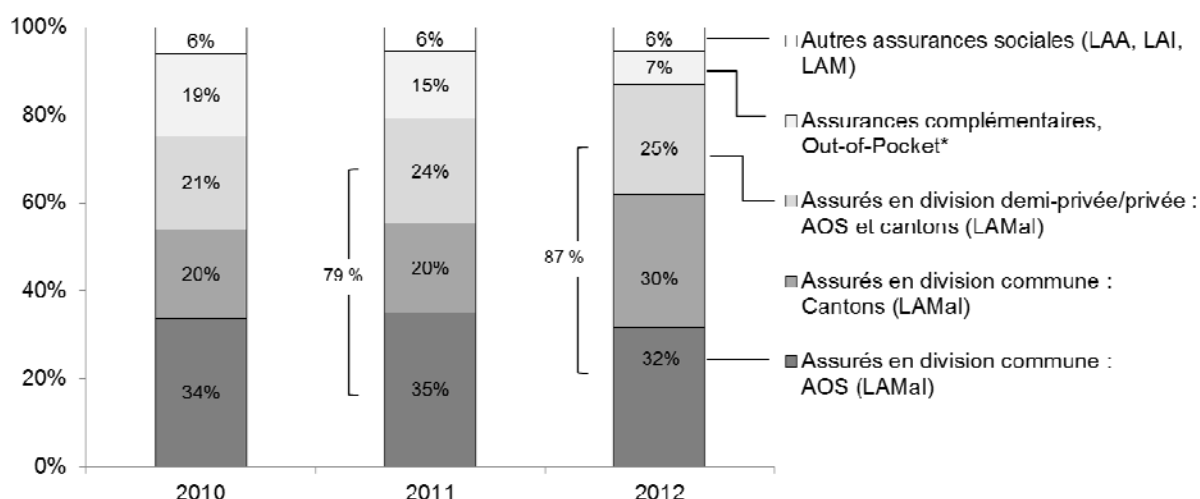
Les propres calculs de l'OFSP montrent que les coûts par tête à la charge de l'AOS ont nettement progressé en 2012 et plus encore en 2013, tant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux que dans le secteur ambulatoire des cabinets privés. Les autres groupes de coûts (p. ex. laboratoires, Spitex, physiothérapie) montrent également un accroissement plus marqué depuis 2012. Cela pourrait indiquer que des prestations relevant d'une hospitalisation sont décomptées comme prestations ambulatoires (DRG-Plus). L'interprétation de ces résultats est cependant problématique à l'heure actuelle. Une étude de B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG et de l'Université de Bâle réalisée sur mandat de la FMH et H+ pointe également une augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire des cabinets privés résultant de l'introduction des systèmes de forfaits par cas DRG. Globalement, cette étude ne constate cependant pas d'augmentation des coûts, mais plutôt une concentration des effets sur les

cantons qui n'utilisaient pas de système des forfaits par cas APDRG avant 2012. Le secteur ambulatoire des hôpitaux enregistre plutôt une diminution des coûts, cet effet n'étant cependant pas non plus significatif (B,S,S./Université de Bâle 2013 : 1 s. et 14).

Transferts entre acteurs du financement

Des transferts de coûts significatifs entre les acteurs du financement se sont produits entre 2011 et 2012, comme le montre la Figure 11. La part LAMal a augmenté de près de 10 % (d'environ 79 % à 87 %) tandis que la part des assurances complémentaires a nettement diminué. L'augmentation de la part LAMal concerne principalement la rémunération des assurés en division commune (de 55 % à 62 %). La part LAMal dans la rémunération pour les assurés en division demi-privée ou privée n'a guère évolué.⁴⁸ La part des cantons dans la rémunération des prestations hospitalières a globalement augmenté d'au moins 10 % (de 20 % en 2011 à 30 % en 2012), alors que la part AOS a légèrement diminué (de 35 % en 2011 à 32 % en 2012). Il est par ailleurs impossible au plan méthodologique d'isoler les parts au financement de l'AOS et des cantons pour les assurés en division demi-privée ou privée. Le transfert est encore plus net pour les assurés en division commune : alors que l'AOS supportait encore 63 % des coûts en 2011, ceux-ci n'étaient plus que de 51 % en 2012. Aussi la part des cantons a-t-elle augmenté en conséquence de 37 % à 49 %. Le transfert est essentiellement dû à la prise en compte des prestations des hôpitaux privés, où la part des cantons dans la rémunération des prestations était de 1 % en 2011 et de 46 % en 2012. Dans les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics, la participation cantonale a augmenté de 45 % à 50 % (tableau 4.5 dans Obsan 2015a : 58).

Figure 11: Financement des prestations hospitalières de 2010-2012



Outil de lecture : le graphique présente le financement estimé des prestations hospitalières en lien avec les patients (hors prestations d'intérêt général), sur la base des revenus des hôpitaux (comptabilité analytique). * La part des assurances complémentaires ainsi que la part supportée directement par les assurés (*Out-of-Pocket*) ne sont pas indiquées dans la comptabilité analytique des hôpitaux, mais fait l'objet d'une estimation en tant que différence.

Source : propre présentation sur la base des deux tableaux 4.4 et 4.5 dans Obsan 2015a : 57 s.

La faible part des autres assurances sociales (LAA, LAI, LAM) dans le financement des prestations hospitalières (6 %) est restée stable.⁴⁹ La part au financement estimée des assurances complémentaires et des prestations directement réglées par les assurés (*Out-of-Pocket*) a nettement baissé de 15 % à 7 %. Les résultats de la FINMA, qui montrent une forte diminution des coûts des produits de l'assurance complémentaire d'hospitalisation de 20 % en 2012, vont dans le même sens (Obsan 2015a : 57). Les diminutions de coûts dans l'assurance complémentaire par rapport à l'année précédente étaient les plus nettes dans le modèle de l'assurance d'hospitalisation « Division commune » (-73 %). La réduction était moindre pour les produits « Division demi-privée » et « Division privée » (-16 % et -18 %) (FINMA 2013).

⁴⁸ Cf. le tableau 4.4 dans Obsan 2015a : 57.

⁴⁹ Assurances sociales réglementées selon les lois fédérales sur l'assurance-accident (LAA), l'assurance militaire (LAM) et l'assurance-invalidité (LAI).

Selon les estimations de l'Obsan, les transferts de l'assurance complémentaire vers l'AOS et plus particulièrement vers les cantons s'expliquent essentiellement par deux mécanismes. Depuis 2012, les cantons participent également au financement des prestations hospitalières des hôpitaux privés (financement dual-fixe pour les hôpitaux répertoriés) et des hôpitaux situés en dehors du canton de résidence des assurés (libre choix de l'hôpital). Autrefois, ces coûts étaient à la charge des assurances complémentaires et de l'AOS.

Evolution variable des coûts et du financement au niveau cantonal

L'étude de l'Obsan montre des différences flagrantes entre les cantons, notamment pour ce qui est de la variation des coûts de l'AOS pour les prestations hospitalières d'une année sur l'autre (cf. le tableau 3.3 dans Obsan 2015a : 46). L'évolution va d'une diminution de 18 % à une augmentation de 40 % entre 2011 et 2012, selon la participation financière des cantons. Certains cantons ont déjà fixé à 55 % leur participation au financement dual-fixe des prestations hospitalières, comme le prévoit le législateur.⁵⁰ D'autres cantons ont commencé par réduire leur contribution, afin de l'adapter progressivement jusqu'en 2017, comme les y autorise la loi. L'Obsan estime que cette situation explique en partie les différences entre les cantons (Obsan 2015a : 13). Avec le nouveau financement hospitalier, les cantons participent désormais aussi à la rémunération des prestations hospitalières des hôpitaux privés. Les cantons de Berne ou du Tessin, par exemple, qui possèdent une part relativement importante d'hôpitaux privés répertoriés ont ainsi dû supporter une charge plus importante, et les coûts AOS dans ces cantons ont nettement diminué.

Le nombre d'hôpitaux ayant un budget global des cantons a fortement baissé de 69 en 2011 à 30 en 2012, selon les analyses de l'Obsan. Les budgets globaux ne font en principe pas la différence entre les montants affectés au remboursement des prestations hospitalières et les montants afférents aux prestations d'intérêt général. Parallèlement, les contributions des cantons aux prestations d'intérêt général comptabilisées parmi les contributions et les subventions ainsi que comme couvertures des déficits ont diminué en 2012. Ces changements montrent que la pratique en matière de financement est adaptée et devient plus transparente (Obsan 2015a : 13).

2.3.3 Perspectives

Pour résumer, les documents disponibles permettent de conclure que les revenus totaux des hôpitaux ont augmenté en 2012, année d'introduction des nouvelles règles de financement, comme au cours des années précédentes. Les coûts des prestations hospitalières stationnaires ont enregistré une hausse plus importante que les années précédentes. La cause en serait une augmentation des coûts par cas. Dans le domaine du financement, les dépenses de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires ont également progressé, notamment dans les hôpitaux de soins aigus. Cet accroissement des coûts s'explique toutefois en premier lieu par les effets de la réglementation transitoire relative au financement dual-fixe des prestations hospitalières et de la prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas du domaine des soins somatiques aigus. La part des coûts de l'AOS varie fortement d'un canton à l'autre, en fonction de leur participation financière. L'allègement attendu de la charge supportée par les assurances complémentaires semble se confirmer. Parallèlement, la participation des cantons à la rémunération des prestations soumises à la LAMal et la transparence des pratiques en matière de financement augmentent. Il est toutefois encore prématuré de décider dans quelle mesure les évolutions observées constituent des phénomènes ponctuels induits par des réactions d'adaptation ou une évolution à long terme. Une réforme en profondeur telle que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier se traduit forcément par une période d'adaptation marquée par l'exploration des possibilités par les acteurs, certaines incohérences et un grand nombre de pratiques différentes concernant la mise en œuvre. Une situation similaire s'était déjà produite lors de l'introduction du système tarifaire TARMED 2004 dans le secteur ambulatoire. Une stabilisation du nouveau système de financement et une amélioration de la qualité des données sont requises pour évaluer de façon plus fiable les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les coûts du système de santé. C'est pourquoi la constitution de séries de données fiables concernant les coûts et le financement du système de santé revêt une

⁵⁰ Conformément aux dispositions transitoires du 21 décembre 2007 relatives à la révision de la LAMal (financement hospitalier), seuls les cantons dans lesquels les primes d'assurance-maladie pour les adultes étaient inférieures à la moyenne nationale à la date d'introduction avaient le droit de fixer une part inférieure à 55 %.

grande importance. Elles sont utilisées pour évaluer les effets et constituent une base importante pour toutes les parties prenantes afin de déceler les actions requises au fur et à mesure.

2.4 Qualité des prestations hospitalières

L'un des objectifs essentiels de la LAMal consiste à assurer des soins de qualité à la population. Plusieurs mesures initiées par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier visent à concrétiser cet objectif. Ainsi, il est désormais établi que la planification cantonale des hôpitaux doit être réalisée selon des critères fondés sur la qualité et l'économicité.⁵¹ Le recensement et la publication d'indicateurs de qualité doivent en outre accroître la transparence concernant la qualité des hôpitaux, et le libre choix de l'hôpital vise à encourager une concurrence au niveau de la qualité à l'échelon national entre les hôpitaux. C'est là qu'entre en jeu le principe « un même prix pour une même prestation », sur lequel s'appuie la structure tarifaire nationale uniforme pour les forfaits par cas (SwissDRG).

Cela étant, des craintes ont également été exprimées quant aux réactions des hôpitaux à la pression accrue sur les coûts qui pourraient avoir un effet négatif sur la qualité des soins hospitaliers. Ainsi, les économies susceptibles d'influer sur la qualité, par exemple en ce qui concerne le personnel ou les méthodes de traitement appropriées (déficit de soins pour les cas difficiles), ainsi que les mécanismes d'évitement tels que la sélection des patients ne sont pas à exclure. Une réforme en profondeur du financement du secteur hospitalier peut en outre avoir une incidence sur la qualité de la fourniture des prestations aux interfaces avec les soins situés après l'hospitalisation (ISGF 2014 : 11 s.).

L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier doit étudier l'évolution de la qualité des prestations hospitalières dans le sillage de la révision. Les rapports en termes de durée et de contenu entre la mise en œuvre des mesures de la révision et l'évolution de la qualité doivent être déterminés. L'influence de ces mesures sur les interfaces propres au secteur hospitalier et sur les interfaces entre ce secteur et les secteurs situés après l'hospitalisation doit en outre être appréciée.

2.4.1 Contexte

Le système de santé suisse est mondialement reconnu pour sa très grande qualité. L'OCDE et l'OMS mesurent celle-ci à l'aune d'une espérance de vie élevée, d'une bonne accessibilité des services de santé, du choix important de fournisseurs de prestations et d'assureurs ainsi que d'une couverture étendue des prestations médicales et des médicaments de base (OCDE/OMS 2011).

Il n'y avait guère jusqu'à présent au niveau national de données portant sur l'appréciation de la qualité des soins hospitaliers qui auraient pu servir l'évaluation. Des améliorations dans ce domaine ont été amorcées en amont de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Ainsi, un nouvel article de la LAMal disposant que les fournisseurs de prestations doivent notamment communiquer aux offices fédéraux compétents les données qui sont nécessaires pour surveiller la qualité des prestations est-il en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 (art. 22a LAMal). Ces indicateurs de qualité médicaux sont recueillis par l'OFS et publiés par l'OFSP. Début 2012, l'OFSP a publié pour la première fois trois indicateurs concernant la qualité des résultats pour tous les hôpitaux de soins somatiques aigus en Suisse, dont les données remontent jusqu'en 2008.⁵² La publication a pour objectif d'intensifier les discussions sur la qualité entre les spécialistes et d'offrir aux assurés une plus grande transparence sur le travail dans les hôpitaux. Les indicateurs ne permettent toutefois pas de porter un jugement définitif sur la qualité des traitements assurés par les hôpitaux (OFSP 2012b : 4). D'autres indicateurs de qualité sont publiés par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans

⁵¹ Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (art. 39 LAMal). Ces critères définissent le système de la planification hospitalière au sens de la LAMal. Il s'agit de prescriptions abstraites et les cantons ont une grande latitude pour les mettre en œuvre. La planification doit tenir compte des critères de qualité et d'économicité et a pour but d'assurer le traitement hospitalier pour la population des cantons. (Conseil fédéral 2013 : 13 s.)

⁵² Les indicateurs de qualité de l'OFSP, les Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI), incluent les trois types « nombre de cas », « taux de mortalité » et « divers pourcentages ». Ils sont documentés pour 40 pathologies et traitements. Ces données sont consultables sur le site Internet de l'OFSP.

les hôpitaux et les cliniques (ANQ), à laquelle appartiennent les cantons, les assureurs et les hôpitaux.⁵³ Ce programme de mesure de la qualité des résultats dans les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie vise avant tout à améliorer la qualité au fur et à mesure, sur la base de processus d'apprentissage autogérés dans les cliniques. La collecte des données n'a débuté qu'en 2012 et il n'y a donc pas de données comparatives pour les années antérieures à l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. (ISGF 2013 : 52).

2.4.2 Résultats des analyses des effets

Différents acteurs de la politique de la santé assurent un suivi scientifique de l'évolution de la qualité des soins hospitaliers selon différentes perspectives. Les résultats des études commandées par l'OFSP sont présentés ci-après dans un premier temps. La deuxième section résumera ensuite les résultats des études conduites par d'autres acteurs de la politique de la santé.

Études commandées par l'OFSP

Deux questions essentielles sont au cœur de l'analyse des effets lancée par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : il s'agit, dans un premier temps, de déterminer s'il existe un lien entre les changements éventuels de la qualité des prestations somatiques aiguës hospitalières et la révision. L'influence de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité aux interfaces avec les hôpitaux de soins aigus doit être évaluée dans un deuxième temps. Celles-ci se situent à la fois dans le secteur hospitalier (psychiatrie et réadaptation) et en dehors de celui-ci (soins de longue durée, aide et soins à domicile et soins médicaux ambulatoires). Il existe actuellement deux rapports dont les résultats sont susceptibles d'être pris en compte dans la présente synthèse. Le rapport de l'Obsan se réfère à ces deux questions (Obsan 2015b). En outre, un rapport d'ISGF Zürich approfondit l'examen de la qualité aux interfaces (ISGF 2014). Ces deux études s'appuient pour l'essentiel sur les principes conceptuels élaborés dans le cadre de deux études préliminaires (econcept 2012, ISGF 2013).

L'étude de l'Obsan a procédé à une évaluation quantitative des indicateurs de qualité disponibles pour la période antérieure et postérieure à l'introduction de la révision. Le choix des indicateurs s'est basé sur les caractéristiques établies et contrôlées ainsi que sur la disponibilité des données. Les indicateurs choisis se rapportent aux trois dimensions de la qualité (qualité des résultats, des structures et des processus).⁵⁴ Ils ne reflètent pas la qualité en tant que telle, mais donnent des indications indirectes concernant la qualité des prestations hospitalières (Obsan 2015b : 10). Les données de l'OFS (statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux) ainsi que des assureurs-maladie suisses tarifsuisse SA en constituent la base.⁵⁵ Environ cinq millions de cas dans 170 hôpitaux de soins aigus entre 2008 et 2012 ont été analysés.⁵⁶

Les résultats sont résumés dans la Figure 12 ci-après. L'Obsan estime cependant qu'aucune conclusion quant à l'influence sur la qualité de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'est possible pour l'instant, même si certains indicateurs révèlent des différences entre les situations avant et après la révision, parce que la période d'observation consécutive à l'introduction de la révision est trop courte (Obsan 2015b : 8). Les différents indicateurs dévoilent les évolutions suivantes :

⁵³ Cinq indicateurs de qualité sont mesurés : réadmissions et réopérations potentiellement évitables, infections des plaies, dé-cubitus, chutes et satisfaction des patients.

⁵⁴ Deux études préliminaires, notamment le tableau récapitulatif dans ISGF 2013 : 7 ont servi de base à la sélection. Trois dimensions de la qualité sont distinguées dans l'assurance qualité. La *qualité des structures* inclut par exemple l'infrastructure spatiale, l'équipement technique et la qualification du personnel. La *qualité des processus* se réfère aux caractéristiques du traitement. Celles-ci comprennent par exemple la joignabilité et l'accessibilité du personnel, la collaboration interdisciplinaire et la gestion des interfaces. La *qualité des résultats* se rapporte au résultat final pour les patients, par exemple le taux de guérison et la mortalité. La qualité des structures et des processus instaure les conditions requises pour une bonne qualité des résultats (econcept 2012: 4).

⁵⁵ Les données de tarifsuisse SA concernent le système tarifaire respectif des hôpitaux avant l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (APDRG oui ou non).

⁵⁶ Les données relatives à la dotation en personnel ne remontent qu'à 2010.

Figure 12: Synthèse de l'analyse des indicateurs de qualité par l'Obsan 2014

Indicateur de qualité	Résultats		Interprétation : Indices de l'influence de la révision
Mortalité globale	↓	Tendance au recul depuis 2008	Aucune incidence
En cas d'infarctus (maladie cardiaque aiguë)	↓ (↓)	Tendance à la baisse Mortalité dans les hôpitaux APDRG après 2012 inférieure aux autres hôpitaux	Incidence possible
En cas d'insuffisance cardiaque (maladie cardiaque chronique)	↓ (↑)	Tendance à la baisse Mortalité dans les hôpitaux APDRG après 2012 supérieure aux autres hôpitaux	Incidence possible
Après un AVC	↓	Tendance baissière, pas de différence significative entre les hôpitaux APDRG et les autres hôpitaux	Aucune incidence
Taux de réhospitalisation	(↑)	Accroissement dans les hôpitaux APDRG après 2012 ; aucun indice de <i>case splitting</i> .	Incidence possible
Durée de séjour (<45 jours)	↓	Baisse continue en 2012, comme les années précédentes depuis 2008	Aucune incidence
Nombre de cas selon le GPPH	=	Inchangé depuis 2009 (faibles variations)	Aucune incidence
Situation du personnel			Aucune incidence
Effectif du personnel	↑ =	Légère augmentation des EPT, parallèlement à l'augmentation du recours aux prestations, depuis 2010 ; personnel par lit constant depuis 2010	
<i>Skillmix et grademix</i> ⁵⁷	=	Inchangé depuis 2010	Aucune incidence
Interfaces avec la prise en charge à la sortie (flux de patients) Soins somatiques aigus -> Réadaptation - Soins de longue durée - Aide et soins à domicile Soins somatiques aigus -> Soins de longue durée Soins somatiques aigus -> Aide et soins à domicile	↑	Légère augmentation des flux de patients des soins somatiques aigus vers la réadaptation, les soins de longue durée et l'aide et les soins à domicile (nombre de cas) depuis 2006 ; réduction de la durée de séjour de ces patients en soins somatiques aigus, mais non en réadaptation ; l'explication démographique est incertaine	Incidence possible
Soins somatiques aigus -> Psychiatrie	=	Nombre de cas inchangé en psychiatrie	Aucune incidence

Outil de lecture : l'utilisation ou non des forfaits par cas DRG (APDRG) pour le décompte par les hôpitaux de soins aigus avant 2012 a également été prise en compte dans l'évaluation. Il est probable que les anciens hôpitaux APDRG ont déjà accompli certains processus d'adaptation au système des forfaits par cas et que leur situation est déjà stabilisée. Les résultats de ces hôpitaux pourraient donc donner une indication quant aux évolutions futures.

Source : propre présentation sur la base d'Obsan 2015b, partiellement complétée.

Les *taux de mortalité* marquent globalement un recul sur la période étudiée de 2008 à 2012. Il n'y a donc aucun indice des conséquences négatives de la révision sur la mortalité hospitalière. Le rapport de l'Obsan révèle cependant une hausse légère mais significative de la mortalité des patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique (insuffisance cardiaque) et une diminution chez les patients ayant une maladie cardiaque aiguë (infarctus) dans les hôpitaux APDRG, après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Globalement, la probabilité d'une *réhospitalisation* n'a guère changé depuis 2008. Le risque de réhospitalisation a toutefois augmenté après 2012 dans les hôpitaux ayant l'expérience des APDRG. On pourrait en déduire une diminution de la qualité des traitements. L'effet est certes significatif, mais très faible et ne permet pas une appréciation définitive. Il peut être démontré sur une période de 18 mais aussi de 30 jours. Il n'y a aucun indice quant à un *case splitting*, à savoir un report de traitements, parce qu'un cas peut être décompté de nouveau à partir du 19^e jour suivant une hospitalisation.

⁵⁷ Le *grademix* décrit les différentes formations et formations complémentaires officielles des collaborateurs. Le *skillmix* décrit les différentes expériences professionnelles et capacités individuelles des collaborateurs.

Les nombres de cas dans les hôpitaux par groupe de prestations n'ont pas fondamentalement changé de 2010 à 2012. Il n'y a aucun indice suggérant des augmentations du volume de prestations des hôpitaux au cours de l'année d'introduction du nouveau financement hospitalier. L'Obsan juge remarquable cette stabilité des chiffres, parce que les nombres de cas dépendent d'une part de la qualité du codage et que celle-ci évolue au fil du temps. D'autre part, les nombres subissent en principe aussi des « variations naturelles ».

La *durée de séjour* dans le domaine somatique aigu a continuellement diminué au cours de la période étudiée de 2008 à 2012, sans qu'il n'y ait de rupture flagrante entre 2011 et 2012. L'Obsan ne décèle aucune incidence de la révision sur la durée d'hospitalisation.

L'*effectif du personnel* mesuré en postes équivalents plein temps a légèrement augmenté depuis 2010. Cette augmentation est toutefois parallèle à l'accroissement du recours aux prestations. Ainsi, l'évolution de la dotation en personnel par lit occupé est-elle également en légère progression sur la période étudiée et constante depuis 2011. Le *skillmix* et le *grademix* du personnel est également constant jusqu'en 2012, à l'aune du rapport entre personnel médical et soignant et du rapport entre les niveaux de formation dans le secteur des soins. L'Obsan n'observe donc aucun effet de la révision sur la situation du personnel dans les hôpitaux, que ce soit pour le personnel médical ou soignant.

La question de savoir si et comment la révision se répercute sur les *interfaces des hôpitaux de soins aigus* ne peut pas être définitivement évaluée à l'aide des résultats produits par l'étude de l'Obsan. A l'exception de la psychiatrie, on note une légère augmentation des transferts dans tous les secteurs de la prise en charge par des institutions intervenant après une hospitalisation et une tendance à l'accélération des transferts depuis les soins somatiques aigus. Les cas transférés en réadaptation ont en moyenne passé deux jours de moins en soins somatiques aigus en 2012 qu'en 2008 et la durée de séjour en réadaptation est restée constante. Cela pourrait laisser à penser à un transfert des patients des soins somatiques aigus vers les secteurs ambulatoire et stationnaire situés après l'hospitalisation, conformément au souhait du législateur. L'Obsan pense toutefois qu'il s'agit plutôt d'une évolution générale que d'un effet spécifique de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, car les changements dans tous les secteurs ont commencé depuis des années. Une évaluation définitive ne sera possible qu'une fois que nous disposerons de chiffres sur une période suffisamment longue après l'introduction.

Une analyse actuelle des chaînes de prise en charge tout au long du traitement et des interfaces de l'Obsan avec les données de 2013 montre de façon générale une augmentation supplémentaire des patients dans les institutions intervenant après un séjour dans une unité de soins somatiques aigus (Obsan 2015c). Au vu du nombre total de cas d'env. 1,1 million, les parts sont toutefois relativement faibles. Ainsi, environ 4 % ont été transférés dans un établissement de réadaptation et 3 % ont été pris en charge dans un EMS ou par un service d'aide et de soins à domicile. S'agissant du transfert des soins somatiques aigus vers la réadaptation tout comme pour la prise en charge ultérieure directe par le service d'aide et de soins à domicile ou les EMS, les chiffres semblent se stabiliser par rapport aux années précédentes de 2012 à 2013. On note une augmentation relativement forte pour la chaîne soins somatiques aigus -> réadaptation -> aide et soins à domicile. La tendance est également en forte hausse dans la chaîne soins somatiques aigus -> réadaptation -> soins somatiques aigus. Les réhospitalisations directes, c.-à-d. la réadmission en soins somatiques aigus après un traitement en soins somatiques aigus, sont restées relativement stables sur la période considérée de 2008 à 2013.

L'étude complémentaire d'ISGF Zürich sur mandat de l'OFSP étudie de près deux questions relatives à la qualité aux interfaces. Il s'agit pour commencer d'identifier les critères importants d'une bonne qualité aux interfaces. Les conséquences éventuelles de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les critères de qualité des structures et des processus aux interfaces entre les soins somatiques aigus et les institutions intervenant après une hospitalisation doivent ensuite être étudiées (ISGF 2014 : 3). Les résultats de l'étude s'appuient sur une analyse de la littérature, des entretiens qualitatifs avec des spécialistes⁵⁸ ainsi que sur une analyse quantitative des enquêtes auprès

⁵⁸ Dix entretiens avec des représentants suisses des hôpitaux (hôpital cantonal/universitaire, organisation responsable des hôpitaux), des assureurs-maladie et des acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation (aide et soins à domicile, homes, réadaptation et médecins de famille) ainsi qu'une interview d'un spécialiste autrichien (ISGF 2014 : 34).

des patients ainsi que des représentants des institutions intervenant après une hospitalisation dans les cantons alémaniques entre 2006 et 2013 (ISGF 2014 : 4 s. et 53 s.).⁵⁹ Jusqu'à la fin de la période d'observation en 2013, l'étude d'ISGF ne rend compte d'aucun effet négatif de la révision sur la qualité aux interfaces. Indépendamment de la révision, environ 40 % des acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation interrogés (majoritairement des médecins de famille) ont toutefois jugé problématique le transfert depuis les soins somatiques aigus.⁶⁰ Environ 60 % des acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation et environ 50 % des patients ayant besoin d'un suivi post-hospitalier étaient satisfaits de la gestion des sorties par les hôpitaux sur l'ensemble de la période considérée.⁶¹ Environ 13 % des patients n'étaient pas satisfaits et dans ce cas, les acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation ont également émis une évaluation négative. Sur la durée, la répartition des fréquences dans les groupes d'évaluation sont restées majoritairement inchangées, ISGF estimant de ce fait que la qualité des interfaces ne s'est pas dégradée suite à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. L'étude indique que la qualité aurait pu s'améliorer quelque peu, car les acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation ont fait état de moins de problèmes de communication sans conséquences négatives après 2012 (pertinence statistique minimale, ISGF 2014 : 76). En termes de satisfaction, les évaluations extrêmes, tant positives que négatives, des patients ont eu tendance à diminuer après 2012. Globalement, ISGF décèle cependant encore un potentiel d'optimisation dans la gestion des interfaces (ISGF 2014 : 8 s.)

Recherches d'autres acteurs

Une série d'autres acteurs de la santé a lancé des projets d'exploration des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité des prestations, qui fournissent des informations pertinentes pour la présente analyse. Ils se sont concentrés sur les conditions-cadres de différentes catégories professionnelles, sur les transferts du secteur hospitalier vers d'autres secteurs ainsi que sur les aspects éthiques tels que les conséquences sur le traitement des groupes vulnérables.

La *Fédération des médecins suisses (FMH)* a chargé gfs.bern de sonder le corps médical avant et après l'introduction de la révision, afin d'en étudier les effets sur le comportement et la situation des médecins.⁶² Selon gfs.bern, l'analyse des sondages menés de 2011 à 2013 montre clairement que la charge administrative a encore augmenté de l'avis des médecins, mais sans incidence négative sur la qualité des soins prodigués aux patients. En dépit de la pression du temps, les médecins restent très satisfaits de leur travail et la liberté de traitement est préservée, ce qui garantit ainsi des soins optimaux. Le corps médical estime que les événements critiques ou médicalement douteux (p. ex. opérations inutiles d'un point de vue médical, sorties prématurées) seraient relativement rares. Les médecins sont un peu plus nombreux qu'en 2011 à rapporter que les décisions en faveur d'un traitement dans le secteur ambulatoire ou stationnaire des hôpitaux ne seraient pas prises pour des raisons médicales. Dans le cas des patients polymorbides, on noterait en outre, à un faible niveau, une tendance croissante à répartir le traitement sur plusieurs hospitalisations (*case splitting*). Selon gfs.bern, l'ingérence des assureurs-maladie ou des administrations des hôpitaux serait constante et faible dans les soins somatiques aigus, contrairement à ce qui se produit en psychiatrie et en réadaptation. Les per-

⁵⁹ L'analyse a porté sur quelque 60 000 questionnaires remplis par des patients de 22 hôpitaux et des acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation sur la période comprise entre 2006 et 2013. Près de 80 % des questionnaires remplis par les acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation émanent de cabinets de médecins de famille, environ 7 % de services d'aide et de soins à domicile, 4 % de cliniques de réadaptation et environ 4 % d'unités de soins de longue durée. Les données proviennent exclusivement de Suisse alémanique, principalement des cantons de Zurich (61 %) et d'Argovie (23 %). Les informations en provenance des cantons de Berne (9 %), de Soleure (6 %), des Grisons (1 %) et de Lucerne (<1 %) sont nettement moins nombreuses. Les patients âgés au d'une assurance complémentaire qui n'ont pas été traités en urgence ainsi que les patients en orthopédie sont quelque peu surreprésentés dans l'échantillon. Les patients en médecine interne sont sous-représentés (source de données : hcrl AG, ancienne association Outcome, cf. ISGF 2014 : 53 s.).

⁶⁰ Un cinquième des acteurs des institutions intervenant après une hospitalisation pense que certains aspects du transfert ne sont pas optimaux. Près d'un cinquième (environ 18 %) font état de problèmes lors du transfert. Pour près d'un tiers de ces derniers (environ 6 % du total), les problèmes n'ont pas eu de conséquences négatives. Pour un autre tiers (environ 5 % du total), il en a résulté une mise en danger du patient et dans les cas restants (environ 7 % du total), un large éventail de problèmes a été rapporté.

⁶¹ Près d'un cinquième des patients ont jugé leur sortie plutôt positive (environ 17 %) ou se sont montrés indifférents (environ 19 %).

⁶² L'enquête a été réalisée en 2013 auprès de quelque 1500 médecins (947 d'hôpitaux de soins aigus, 142 de cliniques psychiatriques, 78 de cliniques de réadaptation et 339 du secteur ambulatoire).

sonnes interrogées ont fait état plus fréquemment que les années précédentes d'un transfert des patients souffrant de maladies chroniques ou polymorbides dans d'autres établissements. Les médecins supposent parallèlement que les assureurs-maladie retardent les garanties de prise en charge des coûts pour les transferts de l'hôpital de soins aigus vers la réadaptation. Aucun poste de médecin n'a été supprimé dans les hôpitaux par souci d'économie. Eu égard aux nouvelles conditions, le personnel médical aurait même plutôt tendance à augmenter. Le corps médical juge positifs les efforts de positionnement des hôpitaux au travers de spécialisations et de stratégies d'expansion (gfs.bern 2013 : 3 ss).

L'Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA a chargé Widmer Beratungen d'interroger les institutions de soins sur les conséquences des SwissDRG sur les soins de longue durée. Une trentaine d'EMS et d'associations de Suisse alémanique et romande ont été interrogées en 2012. Plus des trois-quarts des représentants des institutions de soins interrogés ont évoqué les sorties plus précoces des hôpitaux de soins aigus. L'accélération du transfert dans les institutions de soins n'a pas été jugée négative en soi, mais est considérée comme un défi. Selon eux, les processus de transfert depuis les soins somatiques aigus seraient améliorés depuis des années, mais pourraient encore être optimisés. La situation du personnel et la rémunération des prestations n'auraient par ailleurs pas été suffisamment adaptées. L'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est aussi perçue comme une chance pour les institutions de soins, car leur importance en tant que partenaire des hôpitaux de soins aigus s'est accrue. De nouveaux secteurs de marchés sont en outre accessibles, mais l'auteur de l'étude estime qu'ils sont limités par la politique cantonale de la santé dans certains cantons. Globalement, la tendance vers une complexité croissante de la prise en charge dans les soins de longue durée qui se manifeste depuis des années serait renforcée par l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (ou par le système DRG) (Widmer Beratungen 2012).

En 2014, l'association des hôpitaux H+ a confié à gfs.bern la réalisation d'une enquête représentative auprès de quelque 1200 citoyens en Suisse, afin de suivre les évolutions de l'attitude du peuple vis-à-vis des hôpitaux (baromètre des hôpitaux et cliniques de H+). La qualité dans les hôpitaux suisse est très importante pour les personnes interrogées et est jugée bonne, voire très bonne, par la plupart d'entre elles. Les personnes hospitalisées en 2013/2014 et les personnes en mauvaise santé ont cependant un jugement un peu plus négatif sur la qualité que les personnes sans hospitalisation (actuelle) ou les personnes en bonne santé (gfs.bern 2014 : 8). Une bonne accessibilité des hôpitaux serait certes importante pour les personnes interrogées, mais elles accordent plus d'importance à la qualité. Elles considèrent que l'offre de prestations des hôpitaux, la collaboration avec le secteur situé en amont et en aval ainsi qu'une courte durée de séjour constituent des facteurs d'évaluation importants. Elles sont tout à fait disposées à parcourir une distance plus importante pour un traitement spécialisé exceptionnel (gfs.bern 2014 : 30).

Le *Förderverein Dialog Ethik* a chargé gfs-zürich d'une étude qualitative sur les effets des DRG sur le traitement et la prise en charge de patients âgés avant et après une hospitalisation. En 2011 et 2013, autrement dit avant et après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, près de 20 entretiens qualitatifs ont été menés en Suisse alémanique⁶³ avec des représentants du secteur situé en amont et en aval (médecins de famille, aide et soins à domicile, soins de longue durée). Les personnes interrogées ont jugé adéquats les soins aux patients, même après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les « sorties prématurées » et les « effets carrousel » redoutés n'ont guère été confirmés. Quasiment aucun changement n'a été constaté en ce qui concerne les interfaces et les transferts. Plusieurs personnes ont rendu compte d'un transfert du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire en raison de sorties anticipées ou d'un transfert plus rapide aux services ambulatoires de l'hôpital. Les sorties prématurées ont été qualifiées de principal défi pour le nouveau système. Les services sociaux sont contraints d'agir dans l'urgence pour trouver une solution de remplacement en raison des sorties prématurées et des transferts. Cette pression se répercute sur les EMS, ce qui complique la définition de solutions alternatives. Les soins de longue durée et les services d'aide et de soins à domicile sont confrontés à

⁶³ Dans les cantons de Zurich, de Berne, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.

des défis supplémentaires à cause des sorties plus rapides de l'hôpital, mais s'y sont adaptés et ont agi en conséquence (gfs-zürich 2013).

De 2011 à 2013, le *Fonds national suisse de la recherche scientifique* a financé un projet interdisciplinaire Sinergia, qui a étudié les conséquences éthiques, médicales et sociales des SwissDRG.⁶⁴ L'accent a été mis sur les conséquences pour l'accès aux soins, pour la qualité des traitements et pour l'éthique professionnelle de différentes professions médicales. Une analyse critique des aspects éthiques et juridiques a été menée en plus de la collecte de données empiriques. Des instruments ainsi que des recommandations pour un monitoring futur sont élaborés. A l'heure actuelle (octobre 2014), il n'y a pas encore de résultats publiés des enquêtes réalisées après l'introduction de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.⁶⁵

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a élaboré un programme de mesure pour une amélioration continue de la qualité sur la base de processus d'apprentissage autogérés dans les cliniques. Il ne s'agit donc pas d'une analyse des effets au sens strict. Il n'y a par ailleurs pas encore de résultats pour la plupart des indicateurs de qualité en 2012. Les résultats de l'enquête nationale annuelle sur la satisfaction des patients ont cependant déjà été publiés. En 2012, quelque 34 000 patients de 187 sites hospitaliers ont participé à l'enquête. L'ensemble des cinq questions relatives à l'évaluation de la qualité des traitements ont reçu une réponse reflétant un très haut niveau de satisfaction (hcri AG/ANQ 2014).⁶⁶ Les résultats sont comparables à ceux de 2011, de sorte que l'on ne constate aucune incidence de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la satisfaction des patients.

En conclusion, même les études d'autres acteurs de la politique de la santé ne permettent pas, à l'heure actuelle, d'attester d'un changement significatif de la qualité des soins hospitaliers. Les craintes concernant une dégradation de la qualité des traitements n'ont notamment pas été confirmées à ce jour.

2.4.3 Perspectives

L'année de l'introduction, aucun indice clair signalant des effets significatifs sur la qualité des prestations hospitalières n'a été relevé. Différentes études indiquent certes que la durée de séjour en soins somatiques aigus est écourtée et que les patients sont transférés plus tôt dans le secteur des institutions intervenant après une hospitalisation. Mais ces évolutions sont présentées comme n'ayant aucune incidence sur la qualité et rien ne permet par ailleurs d'affirmer qu'elles découlent de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Elles correspondent plutôt à une tendance générale qui a commencé bien plus tôt, mais qui a peut-être été accentuée par la révision.

Les indicateurs de l'étude de l'Obsan doivent être régulièrement enregistrés et décrits ces prochaines années afin de pouvoir suivre les évolutions concernant la qualité des soins hospitaliers et aux interfaces. D'autres indicateurs seront ajoutés le cas échéant. Les données jusqu'en 2016 seront analysées au cours de la deuxième étape de l'évaluation de l'OFSP. Des résultats pertinents produits par les nombreuses études d'autres acteurs sont également attendus d'ici là.

⁶⁴ Des équipes de chercheurs des universités de Zurich, Bâle, Genève et Lausanne participent au projet « *Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups on Patient Care and Professional Practice: an Interdisciplinary Approach (IDoC)* » sous la direction du professeur Nikola Biller-Andorno de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich. <<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950096/index.html>>, accès le 15 septembre 2014.

⁶⁵ Des résultats partiels d'une enquête auprès du personnel infirmier réalisée en 2011 dans le cadre du projet partiel « DRG et soins infirmiers » ont été publiés. L'enquête devra être réitérée en 2014/2015 afin de suivre l'évolution dans le sillage du nouveau système tarifaire (Sinergia 2013a).

⁶⁶ Question 1 : Retourneriez-vous dans cet hôpital pour le même traitement ? Question 2 : Que pensez-vous de la qualité du traitement dont vous avez bénéficié ? Question 3 : Lorsque vous avez posé des questions à un médecin, avez-vous reçu des réponses compréhensibles ? Question 4 : Lorsque vous avez posé des questions au personnel soignant avez-vous reçu des réponses compréhensibles ? Question 5 : Avez-vous été traité avec respect et dignité durant votre hospitalisation ?

2.5 Compensation des risques

Par le passé, les assureurs avaient tout intérêt à essayer de cibler des personnes ayant peu de chances de tomber malades (qualifiées de « bons » risques) et de refuser, voire de se séparer des personnes ayant de grandes chances de tomber malades (qualifiées de « mauvais » risques) (sélection des risques). Afin de remédier à ces incitations erronées dans l'AOS non désirées par le législateur, les assureurs-maladie ont été légalement contraints d'accepter tous les clients et d'exiger une prime unique indépendante du risque (art. 61 LAMal). Une compensation des risques incluant les indicateurs « âge » et « sexe » a par ailleurs été introduite pour une durée déterminée. Cette compensation s'étant avérée insuffisante, une compensation affinée des risques a été décidée dans le cadre de la révision de la LAMal du 21 décembre 2007.⁶⁷ Le séjour dans un hôpital ou un EMS pendant au moins trois nuits l'année précédente est retenu comme indicateur supplémentaire d'un risque de maladie accru depuis l'année de compensation 2012.⁶⁸ Grâce à la compensation affinée des risques, le législateur incite les assureurs-maladie à réduire la sélection des risques et à accroître l'efficacité. En cas de concurrence efficace entre les assureurs de base, la structure du marché de l'assurance évoluerait et se concentrerait sur les assureurs-maladie efficaces. Réussiront les assureurs qui sont attentifs aux coûts (faibles frais administratifs, contrôle efficace des prestations remboursées) et qui offrent à leurs assurés des prestations de qualité. Une stratégie commerciale essentiellement fondée sur la sélection des risques doit en revanche perdre de son attrait à l'avenir et ne plus être récompensée.

La présente évaluation a pour but d'étudier l'influence de la compensation affinée des risques sur le comportement des assureurs-maladie en matière de sélection. Il s'agit par ailleurs d'étudier l'incidence de la compensation affinée des risques sur l'évolution des primes et d'expliquer comment le paysage de l'assurance évolue dans le sillage de la révision.

2.5.1 Contexte

En 2011, les assureurs étaient encore fortement incités à sélectionner les risques. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure et de quelle manière les assureurs ont poursuivi de telles stratégies. Le rapport d'évaluation sur la compensation des risques retient en tout cas que les effectifs d'assurés des assureurs-maladie présentent des structures de risques très différentes (Polynomics 2014 : 36).⁶⁹ En 2011, un quart des assureurs-maladie présentait une structure des risques « avantageuse » avec environ 50 % d'assurés à des échelons de franchise élevés (1000 francs ou plus) et 35 % des assurés à l'échelon de franchise le plus bas (300 francs).⁷⁰ Un autre quart des assureurs-maladie présentait quant à lui une structure des risques « coûteuse » avec des caractéristiques pratiquement inversées. Les structures de risques différentes expliquent en grande partie les différences de prestations nettes fournies par les assureurs-maladie. Polynomics estime qu'au moins 60 % des coûts élevés des assureurs (prestations nettes par tête) sont dus à l'état de santé des assurés (« risque ») (Polynomics 2014 : 7 et 26 s.).

Les différences dans les structures de risque des assureurs peuvent s'expliquer par leur genèse différente ou par une inclination au changement plus ou moins marquée des différents groupes de personnes. Étant donné que les personnes plus jeunes et en meilleure santé sont plus enclines au changement que les personnes souffrant de maladies chroniques, les assureurs nouveaux venus sur le

⁶⁷ Le 21 mars 2014, le Parlement a inscrit la compensation des risques dans la LAMal pour une durée indéterminée et décidé un affinement supplémentaire. Dans l'ordonnance, le Conseil fédéral peut désormais définir des indicateurs de morbidité supplémentaires appropriés. Le Conseil fédéral a approuvé la modification correspondante de l'OCOR le 15 octobre 2014. L'indicateur « Coût des médicaments au cours de l'année précédente » sera intégré dans la formule pour les années de compensation dès 2017, en complément des indicateurs existants (OFSP 2014b).

⁶⁸ Cf. l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR).

⁶⁹ Les parts des personnes ayant des échelons de franchise différents sont utilisées comme indicateur pour la structure des risques. La littérature scientifique incite à penser qu'une personne ayant une franchise à option élevée présente un faible risque de coûts. Trois facteurs sont déterminants à cet égard : premièrement, les personnes ayant une franchise élevée payent de leur poche une part plus importante de leurs prestations de santé. Il en résulte, deuxièmement, un recours plus circonspect aux prestations (« effet incitatif »). Troisièmement, le choix de la franchise présente une forte corrélation avec le besoin de prestations attendu (« effet de sélection »). Un assuré en bonne santé ne s'attend guère à des dépenses et le rabais de franchise dépasse ainsi très vraisemblablement le montant qu'il devra régler de sa poche. Il optera donc plus facilement pour une franchise élevée qu'un assuré atteint d'une maladie chronique. Cette « auto-sélection » des assurés en bonne santé dans les franchises élevées est décrite par de nombreuses études empiriques (Polynomics 2014 : 25).

⁷⁰ Le rapport de Polynomics a analysé les données de 59 assureurs de base (Polynomics 2014 : 26). Conformément aux données de surveillance internes de l'OFSP concernant l'AOS, il y avait 63 assureurs AOS en Suisse en 2011 (cf. OFSP 2012c).

marché et/ou qui misent fortement sur les produits innovants ont généralement un effectif d'assurés en meilleure santé (Polynomics 2014 : 8 et 37 s.).

Parallèlement, la structure des risques peut également résulter de stratégies de sélection des assureurs. Ils peuvent par exemple recruter exclusivement des « bons risques » (et compliquer l'adhésion des « mauvais risques ») ou se séparer des « mauvais risques ».

S'il n'y a pas de paiements de transfert correspondants, nous pouvons partir du principe que l'incitation à sélectionner les risques constitue un obstacle essentiel à une concurrence axée sur l'efficacité entre les assureurs. Plusieurs spécialistes estiment que la « stratégie multimarque » qui consiste à proposer différentes primes à différents groupes de clients permet de contourner le principe de la prime unique pour une caisse donnée prescrit par la loi (art. 61 LAMal). Selon une étude bernoise de 2010, les assureurs proposent aux personnes présentant des caractéristiques de risque avantageuses des primes moins élevées et répondent plus rapidement à leurs demandes qu'à celles des personnes ayant un profil de risque désavantageux. Leurs demandes ont été plus fréquemment transmises à l'intérieur du groupe d'assurance (Baumgartner et Busato 2012, cité dans Polynomics 2014 : 37). L'Organisation suisse des patients suppose en outre que certains assureurs-maladie ne proposent intentionnellement que le système du « tiers garant » dans le domaine de la pharmacie, afin d'écarter les personnes ayant un profil de risque désavantageux. Les assurés doivent alors payer la facture de leur poche dans un premier temps et reçoivent ultérieurement le remboursement de l'assureur, après déduction de la participation aux coûts. Ce système peut impliquer une forte charge financière pour les personnes qui ont des frais de traitement élevés. Elles auraient donc tendance à opter de préférence pour un assureur proposant le système du « tiers payant », où l'assureur commence par prendre en charge les coûts et réclame, le cas échéant, la participation aux coûts de l'assuré. Une autre forme de sélection des risques consiste en des rémunérations particulières pour la transmission de polices avec des franchises élevées par des courtiers indépendants. SantéSuisse a réagi à cette critique en adoptant un code de conduite de la branche en 2011, qui a toutefois été abrogé en 2014.

2.5.2 Résultats des analyses des effets

La société Polynomics a présenté un rapport à propos des effets de la compensation des risques affinée en 2012. Il pose la question centrale de savoir si la révision a réduit les incitations en faveur d'une sélection des risques. Il cherche par ailleurs à déterminer les groupes de risques entre lesquels interviennent les principaux paiements compensatoires et quels sont les effets de la compensation des risques sur l'évolution des primes. Les effets sur le paysage des assurances (processus de concentration) ne pourront être évalués qu'à moyen-long terme.

Effets de la révision sur les incitations à sélectionner les risques pour les assureurs

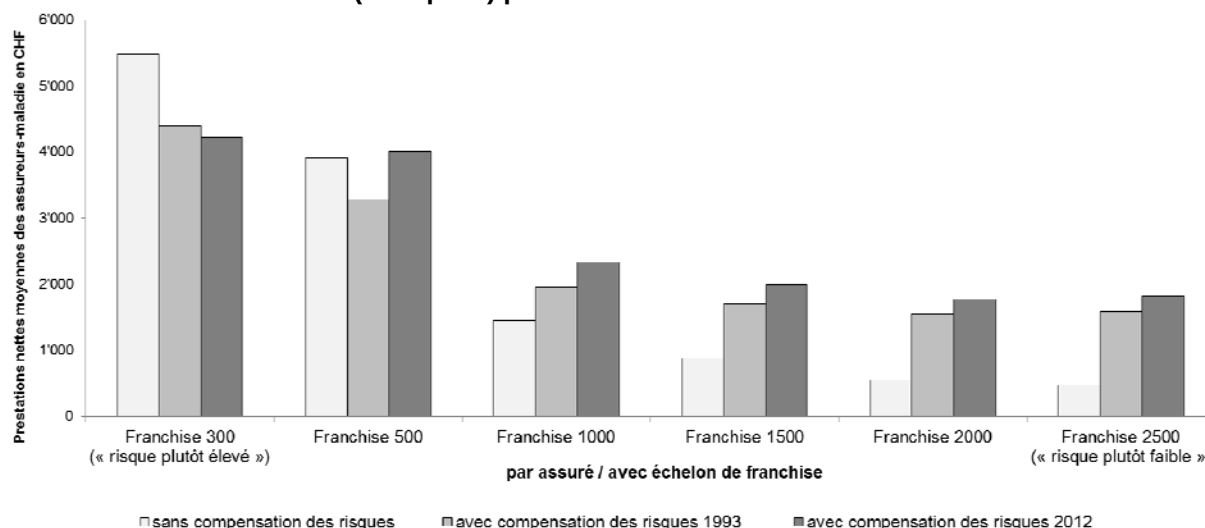
Les effets de la compensation affinée des risques ont principalement été évalués à l'aide de simulations dans l'étude de Polynomics. L'évolution du volume de redistribution nette a ainsi été analysée dans un premier temps. Elle désigne l'ensemble des paiements de transfert dans le cadre de la compensation des risques et peut être interprétée comme un critère de mesure des différentes structures de risques chez les assureurs de base. Le volume de redistribution entre les assureurs a augmenté de 6 % en 2012, suite à la prise en compte du critère de risque Séjour.⁷¹ Une augmentation nettement plus importante de 17 % a été observée lors de la redistribution entre les assureurs.⁷² La couverture des coûts par personne assurée après la compensation des risques à compter de 2012 a été simulée dans un deuxième temps. Polynomics conclut que la compensation affinée des risques a permis de réduire fortement les incitations à sélectionner les risques par rapport à l'ancienne compensation des risques. Les assurés au profil de risque avantageux restent néanmoins nettement plus intéressants que ceux qui présentent un risque élevé. La différence estimée des dépenses par tête entre une personne au profil de risque défavorable (échelon de franchise le plus bas) et une personne au profil de risque avantageux (échelon de franchise dès 1500 francs) était supérieure à 2000 francs par an, même après la nouvelle compensation des risques (cf. Figure 13).⁷³

⁷¹ L'augmentation se rapporte aux données de la compensation des risques 2012, calculée avec et sans le nouveau critère (Polynomics 2014 : 18).

⁷² Simulation avec l'ancienne et la nouvelle formule de la compensation des risques pour l'année 2012 (Polynomics 2014 : 19).

⁷³ Cette différence dépasse nettement les rabais maximaux admis (840 francs pour une franchise de 1500 et 1540 francs pour une franchise de 2500). Selon l'art. 95, al. 2^{bis}, OAMal, la réduction de primes ne doit pas être plus importante que 70 % du

Figure 13: Prestations nettes par personne assurée sensiblement différentes selon l'échelon de franchise (« risque ») par année



Outil de lecture : les prestations nettes calculées désignent les dépenses de prestations plus les contributions à (ou résultant de) la compensation des risques. Il s'agit donc des dépenses des assureurs hors frais administratifs et réserves (Polynomics 2014 : 5). Les assurés ayant une franchise de 300 francs perçoivent en moyenne des prestations nettes de 5490 francs (colonne gris clair). Pour ces assurés, l'assureur-maladie perçoit des paiements au titre de la compensation des risques, de sorte que les prestations nettes calculées avec la compensation des risques 1993 sont abaissées à 4401 francs (colonne gris plus foncé). La compensation affinée des risques 2012 se traduit par une baisse supplémentaire d'environ 180 francs à 4220 francs (colonne gris foncé). Les personnes avec une franchise de 300 francs deviennent donc des risques nettement « meilleurs » par rapport aux années précédentes, grâce à la compensation affinée des risques. Comparativement aux assurés ayant des franchises de 1000 francs ou plus, ils restent cependant des risques nettement « plus mauvais » (montants différentiels par rapport à la ligne discontinue). Les calculs reposent sur des simulations.

Source : propre présentation, selon le tableau 10 dans Polynomics 2014 : 31.

Il ne fait aucun doute que les patients souffrant de maladies chroniques ont un besoin élevé de prestations. Celui-ci n'est pas suffisamment contrebalancé par la compensation des risques en vigueur depuis 2012. Selon une analyse des données de l'assureur CSS, il faut s'attendre à des coûts supplémentaires compris entre 300 et 3000 francs par mois et par personne assurée atteinte d'une maladie chronique, même après la nouvelle compensation des risques 2012.⁷⁴ Cela s'explique vraisemblablement par le fait que les personnes souffrant de maladies chroniques sont le plus souvent traitées en ambulatoire et qu'elles échappent ainsi au critère du séjour à l'hôpital ou en EMS.⁷⁵ (Polynomics 2014 : 34 s.). Polynomics en conclut que les assurés souffrant de maladies chroniques continuent de générer des contributions de couverture très négatives et que les assureurs ayant une part importante de tels assurés sont désavantagés en termes de concurrence (Polynomics 2014 : 36).

Effet de la révision sur les paiements compensatoires entre les groupes de risques

Polynomics a étudié les paiements de transfert dans la compensation affinée des risques entre les groupes de risques pour l'année 2012 à l'aide de simulations.⁷⁶ Environ 7 milliards de francs ont ainsi été redistribués en tout. D'après la simulation, les assureurs ont perçu des contributions de la compensation des risques pour toutes les personnes qui ont séjourné à l'hôpital ou dans un EMS l'année

risque supplémentaire assumé. En cas de prise en charge supplémentaire de 2200 francs, elle ne doit donc pas dépasser 1540 francs (Polynomics 2014 : 30 s.).

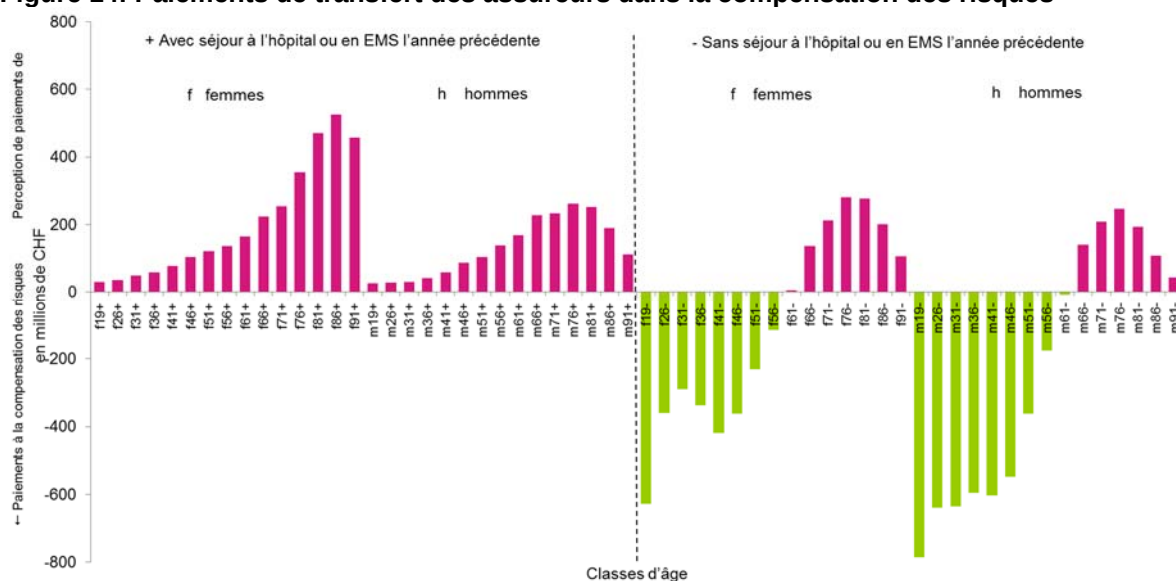
⁷⁴ Les maladies suivantes ont été étudiées : maladies rénales, transplantations, VIH/SIDA, tumeurs malignes, diabète de type 1 et 2, maladie de Parkinson, épilepsie, affections intestinales chroniques, dépression, reflux, maladies cardiaques, ostéoporose et affections rhumatismales (Polynomics 2014 : 33).

⁷⁵ C'est ce que montre l'analyse des taux d'hospitalisation pour les diabétiques en Suisse et pour une série d'autres maladies chroniques en Allemagne (Polynomics 2014 : 34 s.). D'autres analyses réalisées en Allemagne où la compensation des risques tient compte non seulement de l'âge et du sexe mais aussi de la perception d'une rente d'incapacité de travail ainsi que d'informations diagnostiques et pharmaceutiques montrent également une couverture insuffisante des prestations de santé pour les personnes atteintes de maladies chroniques (Polynomics : 23).

⁷⁶ Sur la base de la statistique de la compensation des risques définitive 2012, sans instauration d'un jeu à somme nulle, ce qui signifie que les paiements et les versements ne se compensent pas nécessairement. Le taux de compensation des risques par groupe de risques a été calculé sous forme de moyenne pondérée des taux cantonaux de compensation des risques. Les valeurs cantonales ont été additionnées afin de calculer les mois et les paiements de transfert. (Polynomics 2014 : 19)

précédente, quel que soit leur âge et leur sexe. Cela représentait environ 5 milliards de francs pour environ 5,5 millions de mois d'assurance. S'agissant des personnes sans séjour à l'hôpital ou en EMS, des contributions ont été versées à la compensation des risques pour les femmes jusqu'à 61 ans et pour les hommes jusqu'à 66 ans (femmes : environ 2,7 milliards de francs pour 26,5 millions de mois d'assurance ; hommes : environ 4,4 milliards de francs pour 29,7 millions de mois d'assurance). Des contributions un peu plus importantes ont ainsi été versées pour les hommes en âge d'exercer une activité lucrative par rapport aux femmes également en âge d'exercer une activité lucrative. Des contributions ont été perçues pour les personnes plus âgées et n'ayant pas séjourné à l'hôpital ou en EMS (femmes : 1,2 milliard de francs pour 9,7 millions de mois d'assurance ; hommes : 0,9 milliard pour 5,7 millions de mois d'assurance).⁷⁷ La figure 14 montre, sur la base de simulations, les groupes de risques d'assurés pour lesquels des contributions de la compensation des risques sont perçues (montants positifs) et les groupes pour lesquels des contributions doivent être versées à la compensation des risques (montants négatifs).

Figure 14: Paiements de transfert des assureurs dans la compensation des risques



Outil de lecture : pour les groupes ayant un taux négatif, les assureurs doivent effectuer un transfert dans la compensation des risques (paiement) ; pour les groupes ayant un taux positif, ils perçoivent des paiements de transfert. La figure se base sur la statistique de la compensation des risques définitive 2012, sans jeu à somme nulle, ce qui signifie que les paiements (7094 millions de francs en tout) et les versements (7142 millions de francs en tout) ne se compensent pas nécessairement.

Source : propre présentation, sur la base du tableau 5 dans Polynomics 2014 : 20.

D'après ces simulations, les bénéficiaires du transfert de solidarité sont les assureurs qui assurent des personnes qui ont séjourné à l'hôpital et/ou en EMS l'année précédente (« séjour ») ainsi que les personnes ayant l'âge de la retraite. Les paiements dans le transfert de solidarité sont essentiellement effectués par les assureurs qui assurent des personnes en âge d'exercer une activité lucrative n'ayant effectué aucun séjour. Les assureurs qui assurent des hommes jeunes sont plus particulièrement qualifiés de payeurs par Polynomics. Comme le montre figure 14, les assureurs qui assurent des femmes jeunes effectuent également des paiements, mais moins importants. Les différences entre les groupes d'âge et les sexes ont déjà été entièrement compensées par l'ancienne compensation des risques. Une division supplémentaire de chaque groupe d'âge en fonction du critère de risque « séjour » n'y change rien (Polynomics 2014 : 19 s.).

Effets de la révision sur l'évolution des primes

Il est trop tôt pour analyser l'évolution des primes. Si la compensation affinée des risques produit l'effet escompté, il faut s'attendre à un rapprochement des primes d'un assureur-maladie à l'autre au fil des ans. Polynomics ne perçoit pas pour l'instant de tendance évidente à un rapprochement des primes. On observe certes qu'il n'y a plus d'écarts extrêmes des primes pour les contrats standard par

⁷⁷ Les sommes citées reposent sur les propres calculs sur la base du tableau 5 dans Polynomics 2014 : 20.

rapport à la moyenne cantonale, contrairement aux années antérieures à 2009. Mais il existe encore des différences intercantionales substantielles entre les primes de nombreux assureurs-maladie. Les assureurs ayant une structure de risques coûteuse ont enregistré une croissance des primes moins importante que tous les autres assureurs en 2013 et 2014 ; selon Polynomics, cela peut être l'indice d'un éventuel rapprochement des primes (Polynomics 2014 : 9).

Pour des raisons liées à la politique sociale, le législateur autorise les assureurs à octroyer un rabais de prime aux jeunes adultes âgés d'au plus 25 ans (art. 61, al. 3, LAMal). Les différences de coûts moyennes entre les groupes d'âge sont entièrement compensées, comme c'était déjà le cas avec l'ancien calcul de la compensation des risques. Les assureurs-maladie n'ont par conséquent aucune raison d'accorder des rabais aux jeunes adultes. Ceux-ci sont donc réduits, voire retirés de l'offre (Polynomics 2014 : 9).

2.5.3 Perspectives

Les incitations en vue d'une sélection des risques ont été réduites par la nouvelle compensation des risques 2012. La solidarité entre jeunes et seniors ainsi qu'entre assurés de sexe masculin et féminin continue d'être garantie.⁷⁸ La solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades a été optimisée. Les coûts des personnes souffrant de maladies chroniques et bénéficiant de traitements ambulatoires ne sont cependant pas encore parfaitement pris en compte, ce qui désavantage certains assurés. Il est encore trop tôt pour analyser les effets de la révision sur l'évolution des primes. Selon Polynomics, ce point devrait être approfondi dans le cadre d'analyses ultérieures (Polynomics 2014 : 65).

Durant l'élaboration de l'évaluation de la compensation affinée des risques 2012, le Parlement a décidé une nouvelle modification de la compensation des risques en mars 2014. Dans l'ordonnance, le Conseil fédéral peut désormais définir des indicateurs de morbidité supplémentaires appropriés et en tenir compte dans la compensation des risques. Les coûts des médicaments l'année précédente seront pris en compte comme indicateur supplémentaire pour la morbidité dès l'année de compensation 2017. La modification correspondante de l'OCOR a été approuvée par le Conseil fédéral le 15 octobre 2014 (OFSP 2014a). Mais ce n'est qu'une solution transitoire. La prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques en guise d'indicateurs supplémentaires de morbidité est visée à moyen terme. Le contexte de l'évaluation en sera modifié.

⁷⁸ Celle-ci a déjà été assurée par la précédente compensation des risques.

3 Perspective de la deuxième étape de l'évaluation

Ce chapitre résume les conclusions méthodologiques de la première étape de l'évaluation, évoque les questions en suspens et conçoit la deuxième étape de l'évaluation prévue à partir de 2016.

3.1 Synthèse des principales conclusions méthodologiques

Le présent rapport intermédiaire récapitule les informations disponibles sur les effets de la révision au cours de l'année d'introduction 2012, autour de cinq thématiques prédéfinies et de cinq questions centrales. Les principales sources de données sont les rapports d'évaluation commandés à cet effet par l'OFSP. Les études menées sur mandat d'autres acteurs de la politique de la santé ont été prises en compte à titre complémentaire. La Figure 15 montre que les études disponibles ne couvrent pas toutes ces thématiques de la même façon.

Figure 15: Apport des études partielles et de la recherche d'autres acteurs pour répondre aux questions centrales de l'analyse des effets dans le présent rapport

Études consacrées aux thématiques	Questions centrales				
	Conséquences	Atteinte des objectifs de la LAMal	Acteurs, effets, redistribution	Adéquation par rapport à la maîtrise des coûts	Recommandations
Paysage hospitalier, soins	○*		○*	○*	●*
Comportement des hôpitaux	●*	○*	○*	○*	●*
Coûts et financement	●*	●*	○*	○*	●*
Qualité	●**	●**	○**	○**	●**
Compensation des risques	●*	●*	○*		●*

Outil de lecture : ● informations approfondies, ○ différentes approches ; informations extraites de : * Evaluations de l'analyse des effets de la révision de la LAMal sur mandat de l'OFSP et * études sur mandat d'autres acteurs de la politique de la santé.

L'évaluation a été basée sur une étude préliminaire complète en amont de l'évaluation (Berner Fachhochschule, Université de Genève/Université de Zurich 2010) et a été articulée autour d'études partielles : la méthode a fait ses preuves. Premièrement, les études réalisées permettent de jeter les bases d'une observation systématique de l'évolution des effets grâce aux données de routine déjà disponibles. Deuxièmement, il a ainsi été possible de sélectionner et de répondre à des questions spécifiques pour lesquelles des évaluations étaient déjà possibles (p. ex. dans le domaine de la compensation des risques). Troisièmement, le fait d'exiger une réponse claire à des questions spécifiques dans toutes les études partielles a été éprouvé.

Il ne fait cependant aucun doute que la période choisie pour l'évaluation est très courte. C'est d'autant plus vrai qu'il subsiste encore des délais de transition pour la mise en œuvre de la révision, que le processus de mise en œuvre requiert nécessairement une durée considérable en raison de sa complexité et que les données déterminantes de l'OFS ne sont habituellement disponibles que deux ans après leur collecte. En toute logique, l'évaluation n'a donc pu se référer qu'à des données concernant l'année d'introduction 2012.

Si l'évaluation des effets s'en tient au modèle d'effets (cf. la Figure 4, p. 15), il s'avère que certaines mesures n'ont pas encore été concrétisées en raison des délais de transition et des problèmes de mise en œuvre. Ainsi, tous les cantons ont par exemple jusqu'au début de 2017 pour relever leur part de financement dans les prestations hospitalières selon la LAMal à au moins 55 %, la structure tarifaire SwissDRG continue d'être adaptée chaque année et les négociations entre les partenaires tarifaires concernant la fixation du prix de base sont conflictuelles, raison pour laquelle de nombreux tarifs sont encore provisoires. Des effets significatifs ne sont donc à attendre que dans les années à venir. Les effets les plus susceptibles de se produire dès aujourd'hui se situent au micro-niveau, c.-à-d. au niveau du comportement des acteurs. Il faudra en revanche plus de temps au méso- ou macro-niveau (paysage hospitalier, qualité et coûts) et en ce qui concerne la réalisation des objectifs. La pertinence

de tous les résultats d'études est donc limitée et il est d'autant plus important de poursuivre résolument l'évaluation.

3.2 Questions laissées en suspens par l'évaluation

Eu égard aux expériences faites à ce jour avec le calendrier et à la disponibilité des données et des études, il faut s'attendre à ce que les thèmes suivants ne puissent pas être évalués de façon suffisante à l'avenir, compte tenu de la variante minimale approuvée par le Conseil fédéral à ce jour :

- l'évolution des conditions-cadres cantonales pour les hôpitaux entre concurrence et gestion des capacités (planification hospitalière) ;
- l'évolution de la sélection éventuelle des patients par les hôpitaux ;
- les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur l'ensemble des structures de soins (coordination, coopération et concurrence entre les fournisseurs de prestations) ;
- les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les coûts de l'ensemble du système de santé (analyse globale des coûts).

L'évaluation porte essentiellement sur l'analyse des soins somatiques aigus. Des données de référence concernant les cliniques psychiatriques et de réadaptation devraient néanmoins être collectées à l'occasion de la prochaine étape. Après l'introduction prévue des forfaits par cas dans la psychiatrie et la réadaptation en 2018, elles pourront fournir des données comparatives importantes.

3.3 Conception de la deuxième étape de l'évaluation

Le concept de base devra être maintenu pour la deuxième étape de l'évaluation. Sur la base de la décision prise par le Conseil fédéral le 25 mai 2011, la deuxième étape de l'évaluation de 2016 à 2019 se fondera également pour l'essentiel sur la variante minimale énoncée dans l'étude préliminaire et de faisabilité. Il s'agira donc de poursuivre l'analyse des données en matière de coûts et de financement, mais aussi de qualité des prestations hospitalières. Le comportement des hôpitaux concernant l'évolution du volume des prestations et les transferts de prestations doit en outre être étudié. Les planifications cantonales des hôpitaux ainsi que l'éventail et le volume des prestations des hôpitaux sont analysés pour la première fois. Les effets de la compensation affinée supplémentaire des risques⁷⁹ décidée en 2014 ne doivent, en revanche, plus être étudiés dans le cadre de cette évaluation. La deuxième étape se limitera donc exclusivement aux effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et non plus dans celui de la compensation des risques.

Les résultats des études partielles ainsi que des recherches concomitantes pertinentes menées par des tiers seront récapitulés dans un rapport de synthèse répondant aux questions centrales sur les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Toutes les études partielles répondront aux questions spécifiques, mais contribueront aussi à répondre aux questions centrales. Le rapport de synthèse sera publié en 2019.

⁷⁹ Adaptation de l'OCOR, adoption d'un critère de risque supplémentaire pour la morbidité (coûts des médicaments).

4 Bibliographie

- ANQ (2014): Medienmitteilung vom 31.8.2012: Anhaltend grosse Patientenzufriedenheit. <<http://www.anq.ch>>, Zugriff am 29.10.2014.
- Baumgartner, Christian/Busato, André (2012): Risikoselektion in der Grundversicherung. In: Schweizerische Ärztezeitung (93: 13), 510–513.
- B,S,S. (2014): Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfasst von: Kägi, Wolfram/Frey, Miriam/Lobsiger, Michael. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2012): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor (Querschnittsanalyse). Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Felder, Stefan/Kägi, Wolfram/Lobsiger, Michael/Pfinninger, Tobias/Tondelli, Timo/Meyer, Stefan. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2013): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor (Längsschnittanalyse). Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Felder, Stefan/Kägi, Wolfram/Lobsiger, Michael/Tondelli, Timo. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2014): Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Lobsiger, Michael/Tondelli, Timo/Kägi, Wolfram/Felder, Stefan/ Pfinninger, Tobia. In: Schweizerische Ärztezeitung (95:39), 1443–1444.
- BAG (2012a): Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG). <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung>>, Zugriff am 15.9.2014.
- BAG (2012b): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. Verfasst von: Langenegger, Manfred/Schneider, Theres. In: Soziale Sicherheit CHSS 5/2012, 313–314.
- BAG (2012c): Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. T5.01. Aufsichtsdaten OKP 2011. <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/07339/index.html?lang=de>>, Zugriff am 29.10.2014.
- BAG (2014a): Verfeinerung des Risikoausgleichs. <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/15048/index.html?lang=de>>, Zugriff am 29.10.2014.
- BAG (2014b): Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Foliensatz 28.3.2014. <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 18.12.2014.
- BAG (2015): Evaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global (Version du 13. mai 2015). Rédigé par: Weber, Markus/Vogt, Christian. Berne. <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 18.12.2014.
- Berner Fachhochschule/Universität de Genève/Universität Zürich (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Widmer, Thomas/Weaver, France/Fritschi, Tobias/Bennett, Jonathan. Bern, Genf und Zürich.
- BFS (2013): Spitallandschaft Schweiz 2011, korrigierte Version vom Juli 2013. BFS, Neuenburg. <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.171318.pdf>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014a): Verhältnis der Gesundheitskosten zum Bruttoninlandprodukt in ausgewählten OECD-Ländern, 2012. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014b): T 14.5.2.1, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014c): T 14.5.2.2, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014d): T 14.5.3.1, Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.

Bundesrat (2004): Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551–5598.
<<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/06668/index.html?lang=de>>,
Zugriff am 3.6.2014.

Bundesrat (2013): Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010. Bern.
<<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>>,
Zugriff am 15.9.2014.

Bundesverwaltungsgericht (2014): Medienmitteilung vom 24.4.2014: Effizienzgewinne von Spitälern sind nicht KVG-widrig, zum Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014.
<<http://www.bvger.ch>>, Zugriff am 3.6.2014.

BSV (2001): Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Bern.

Credit Suisse Group AG (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Verfasst von Christen, Andreas/Hänggi, Philipp/Kraft, Christian/Künzi, Damian/Merki, Manuela/Ruffner, Jan. Zürich.
<<https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/ge-sundheitsstudie-de.pdf>>, Zugriff am 3.6.2014.

econcept (2012): Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär). Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Grütter, Max/Karlegger, Annelies/Haering, Barbara/Bock, Simon. Zürich.

EFK (2014): Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen. Bestandesanalyse bei der Umstellungsphase auf die neue Spitalfinanzierung. Bern.

FINMA (2013): Neue Spitalfinanzierung führt zu Prämiensenkungen in der Spitalzusatzversicherung. Medienmitteilung vom 7. November 2013. Bern.
<<http://www.finma.ch/d/aktuell/seiten/mm-neue-spitalfinanzierung-praemiensenkungen-spitalzusatz-versicherung-20131107.aspx>>, Zugriff am 21.1.2015.

GDK (2014): Spitalfinanzierung: Entwicklung der Kantonsausgaben. Medienmitteilung vom 3. September 2014. Bern.
<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=463&cHash=e7afe5ffd136956b44bd4ab254fea75c>, Zugriff am 21.1.2015.

gfs.bern (2013): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. Verfasst von: Golder, Lukas/Longchamp, Claude/Beer, Cindy/Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe/Gauch, Carole/Schwab, Johanna. Bern.
<http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html>,
Zugriff am 3.6.2014.

gfs.bern (2014): Qualität und Wahlfreiheit zentral. Schlussbericht H+ Spital- und Klinik-Barometer. Studie im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz, August 2014. Verfasst von: Longchamp, Claude/ Kocher, Jonas P./Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe. Bern.

gfs-zürich (2013): Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen im Auftrag vom Institut Dialog Ethik. Verfasst von: Abele, Martin/Blumenfeld, Nina. Zürich.

H+ (2011): Swiss DRG: Was wird wirklich neu für die Spitäler? Vortrag von Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ am MediData EDI-Podium 17. Juni 2011.
<https://www.medidata.ch/md/cms/web_ueber_uns/veranstaltungen/edi_podium/rueckblick2011>,
Zugriff am 28.8.2014.

H+ (2014): H+ Spital- und Klinik-Monitor.
<http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten>, Zugriff am 11.6.2014.

hcri AG/ANQ (2014): Nationale Patientenbefragung 2012. Kurzfassung – Nationaler Vergleichsbericht. März 2014, Version 1.0. Bern.

ISGF (2013): Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Forschungsbericht No. 330. Verfasst von: Frick, Ulrich/Krischker, Stefan/Gmel Gerhard. Zürich.

ISGF (2014): Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Frick, Ulrich/Dickson-Spillmann, Maria/Krischker, Stefan/Wiedermann, Wolfgang/Wiedenhöfer, Dirk/Schaub, Michael. Zürich.

Obsan (2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Verfasst von: Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.

Obsan (2015a): Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. Rapport final. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Auteurs: Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha. Neuchâtel.

Obsan (2015b): Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Étude principale. 1e étape. 2008–2012. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Auteurs: Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.

Obsan (2015c): Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan-Bulletin 1/2015). Verfasst von: Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel. Neuchâtel.

OECD (2013): OECD Health Data 2013 How Does Switzerland Compare 2. <<http://www.oecd.org/switzerland/Briefing-Note-SWITZERLAND-2013.pdf>>, Zugriff am 2.6.2014.

OECD/WHO (2006): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2006. <<http://www.oecd-ilibrary.org>>, Zugriff am 8.9.2014.

OECD/WHO (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Zusammenfassung (Übersetzt aus der englischen Originalversion). <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/11326/13099/index.html?lang=de>>, Zugriff am 15.9.2014.

Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch. Verfasst von: Widmer, Philippe/Telser, Harry. Olten. <http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Spitalregulierung_Schlussbericht.pdf>, Zugriff am 15.9.2014.

Polynomics (2014): Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zwischenbericht zur ersten Etappe. Verfasst von: Trottmann, Maria/Telser, Harry. Olten. <<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/13697/index.html?lang=def>>, Zugriff am 15.9.2014.

santésuisse (2014): SASIS-Datenpool. Gesamtkosten in der Grundversicherung 2009–2013. <<https://www.sasis.ch/de/document/10383>>, Zugriff am 21.10.2014.

SASIS (2014): <<http://www.sasis.ch>>, Zugriff am 25.9.2014.

Sinergia (2013a): Erste Resultate aus der DRG-Begleitforschung Pflege: Das Motto für die Pflege unter DRG: Risiken erkennen – rechtzeitig handeln. Verfasst von: Staudacher, Diana/Kleinknecht, Michael/Spirig, Rebecca. In: Competence 2013 Volume 4, 24–25.

Sinergia (2013b): 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen. Verfasst von: Leu, Agnes/Gächter, Thomas/Elger, Bernice. In: Hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit (online) Nr. 95. <https://hill.swisslex.ch/JournalPortal.mvc/AssetDetail?assetGuid=d05fe182-0dcc-4857-b555-68d6cb9cc487#doc_top>, Zugriff am 2.9.2014.

SwissDRG (2014): <<http://www.swissdrg.org>> Zugriff am 2.9.2014.

Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG (2014). Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung – Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonomer Autonomie. Verfasst von: Poledna, Tomas/Vokinger, Kerstin Noëlle. In: Jusletter vom 18. August 2014.

Widmer Beratungen (2012): Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus, Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Verfasst von: Widmer, Roland. Basel.

Bases légales / Commentaires

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10).

(Etat au 1^{er} mars 2014), modification du 21 décembre 2007.

<<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>>, accès le 3 juin 2014.

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

(Etat au 1^{er} mars 2014).

<<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950219/201403010000/832.102.pdf>>, accès le 3 juin 2014.

Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie

(OCoR ; RS 832.112.1) (état au 1^{er} janvier 2014).

<<http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950096/index.html>>, accès le 3 juin 2014.

Annexe

Liste des thèmes et des groupes d'accompagnement

Thèmes	Membres du groupe d'accompagnement
Paysage hospitalier et soins hospitaliers (<i>Membres probables</i>)	curafutura DVSP CDS H+ santésuisse (représentée par tarifsuisse SA)
Comportement des hôpitaux	curafutura DVSP CDF AFF FMH CDS H+ santésuisse (représentée par tarifsuisse SA) SBK/ASI OSP
Coûts et financement du système de santé	OFS curafutura DVSP AFF FINMA FMH CDS H+ santésuisse (représentée par tarifsuisse SA)
Qualité des prestations hospitalières	ANQ curafutura DVSP FMH CDS H+ santésuisse (représentée par tarifsuisse SA) SBK/ASI OSP
<i>Membres supplémentaires du groupe d'accompagnement pour l'étude d'interface :</i>	Curaviva Spitex SWISS REHA
Compensation des risques	curafutura Institution commune LAMal RVK (représentée par Agrisano) santésuisse

Source : propre présentation.

Liste des études pertinentes d'autres acteurs (état : octobre 2014)

Thème principal	Mandant	Titre	Direction du projet	Fin	publication
Paysage hospitalier et soins hospitaliers	comparis.ch	Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique hospitalière cantonale	Widmer/ Telser Polynomics	2013	http://www.comparis.ch/~media/files/mediencorner/medienmitteilungen/2013/krankenkasse/polynomics_spitalregulierung_13-08-20.pdf
	Credit Suisse	Système de santé suisse 2013 : Le marché hospitalier en mutation	Credit Suisse	2013	https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-fr.pdf
Comportement des hôpitaux	CDF	Le contrôle des factures par les assureurs-maladie	Luginbühl/Crémieux/ Courbat	Publication prévue fin 2014	
Coûts et financement du système de santé	FMH/H+	Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (analyse transversale)	Stefan Felder WWZ Université de Bâle et B,S,S.	2012	http://www.fmh.ch/files/pdf9/2013_01_16_Wirkungen_Fallpauschalen_Querschnittsanalyse_Bericht_f.pdf
	FMH/H+	Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (analyse longitudinale)	Stefan Felder WWZ Université de Bâle et B,S,S.	2013	http://www.fmh.ch/files/pdf12/2013_0918_Begleitstudie_FMH_H_Verschiebung_stat_amb_Lngsschnitt_F.pdf
	FMH/H+	Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (rapport final)	Stefan Felder WWZ Université de Bâle et B,S,S.	2014	http://www.fmh.ch/files/pdf15/2014_09_22_Schlussbericht_Studie_Verschiebungen_stationr_-_ambulant.pdf
	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique	Analyse de l'assurance complémentaire d'hospitalisation	FINMA	2013	Confidentiel
Qualité des prestations hospitalières	CURAVIVA	Effets de l'introduction des SwissDRG sur les soins de longue durée	Widmer Beratungen	2012	http://www.curaviva.ch/index.cfm/324ECAAD-DAD7-4790-5F4B2A5A6AC7609C/?&lang=fr
	FNS Sinergia	Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice (IDoC)	Universités de Zurich, Bâle, Genève et Lausanne. Coordination : prof. Nikola Biller-Andorno, Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich.	2013	
	FMH	Des soins de qualité malgré la charge administrative. Résultats de l'enquête menée auprès du corps médical de 2011 à 2013	gfs.bern : Lukas Golder, Claude Longchamp, Cindy Beer, Stephan Tschöpe, Philippe Rochat, Carole Gauch, Johanna Schwab	2013	http://www.fmh.ch/files/pdf14/2013_12_20_FMH-Begleitstudie_Spitalfinanzierung_Schlussbericht_2013_D.pdf
	Institut Dialog Ethik	Groupes vulnérables et DRG	Andrea Abraham et Ruth Baumann-Hölzle, (Institut Dialog Ethik); Martin Abele et Nina Blumenfeld (gfs-Zürich)	2013	Breuer M. et al. (2012) : Conséquences possibles de l'introduction des DRG sur des groupes de patients vulnérables. Bulletin des médecins, 93(1/2), 32-35. Breuer M. et al. (2011) : Groupes vulnérables et DRG. Rapport final d'une enquête qualitative auprès des médecins de famille, de l'aide et des soins à domicile et des EMS sur la situation des patients vulnérables et sur les conséquences de l'introduction des forfaits par cas. Zurich : Dialog Ethik et gfs-zürich
Compensation des risques			<i>Institute of Health Economics and Management de l'Université de Lausanne</i>	2010	<i>Intégration dans Polynomics 2014</i>
			<i>Etude de CSS Institut de recherche empirique en économie de la santé</i>		<i>Intégration dans Polynomics 2014</i>

Source : propre présentation.

Impressum

© Office fédéral de la santé publique

Éditeur

Office fédéral de la santé publique

Groupe de pilotage

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

Responsable du projet d'évaluation à l'OFSP

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

Complément d'information et distribution

Office fédéral de la santé publique

Service Evaluation et recherche (E+F)

3003 Berne

evaluation@bag.admin.ch

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

Le rapport est également disponible en allemand. Il peut être téléchargé au format PDF en cliquant sur le lien suivant :

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