

Budgets globaux dans les cantons dans le domaine des soins stationnaires aigus : application et effets dans le cadre du nouveau financement hospitalier

Rapport final

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

Auteur(s) :
Michael Lobsiger
Miriam Frey

Bâle, le 06 mai 2019

Numéro de contrat : 16.926347

Durée : Novembre 2016 – Décembre 2018

Période de relevé des données : Août 2017 – Novembre 2017

Direction du projet d'évaluation à l'OFSP : Cornelia Stadter,
Section Tarifs et fournisseurs de prestations stationnaires

Méta-évaluation : L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.

Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par l'OFSP et le groupe d'accompagnement. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.

Commande : Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne,
Service Évaluation et recherche (E+F),
www.bag.admin.ch/rapports-evaluation

Langue source : allemand

Adresse de correspondance : B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Aeschengraben 9, CH-4051 Bâle, tél. : 061-262 05 55, fax : 061-262 05 57, e-mail : contact@bss-basel.ch

Table des matières

Résumé	viii
Sintesi	xix
Zusammenfassung.....	xxx
1. Contexte.....	1
2. Conception de l'étude.....	2
3. Application des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités	5
3.1. Instrument « Budget global » et instruments alternatifs de gestion des quantités... 5	5
3.2. Cantons avec budgets globaux et instruments alternatifs de gestion des quantités. 8	8
3.3. Organisation dans les cantons..... 10	10
3.3.1. Canton du Tessin..... 10	10
3.3.2. Canton de Vaud..... 12	12
3.3.3. Canton de Genève 15	15
3.3.4. Condensé..... 16	16
3.3.5. Cantons du Valais et de Neuchâtel..... 18	18
4. Compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal avec le nouveau financement hospitalier.....	21
4.1. Objectifs associés à l'introduction du système DRG 21	21
4.2. Principes du nouveau financement hospitalier..... 24	24
5. Effets des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités	30
5.1. Maîtrise des coûts..... 30	30
5.1.1. Méthodes et limites..... 31	31
5.1.2. Présentation de l'évolution 35	35
5.1.3. Appréciation de l'évolution 51	51
5.2. Concurrence et efficacité 56	56
5.2.1. Méthodes et limites..... 57	57
5.2.2. Pression financière 58	58
5.2.3. Réactions des hôpitaux 58	58
5.2.4. Appréciation..... 61	61
6. Conclusion.....	62
Annexe I : Effets des budgets globaux.....	68
Annexe II : Entretien spécialisés	89

Annexe III : Groupe d'accompagnement.....	96
Bibliographie.....	97

Liste des figures

Figure 1	Représentation schématique des modèles de rémunération.....	6
Figure 2	Exemple de modification de la rémunération de l'hôpital, TI	12
Figure 3	Exemple de modification de la rémunération de l'hôpital, VD	14
Figure 4	Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), indexée, 2005-2015	38
Figure 5	Évolution des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), 2005-2015.....	46
Figure 6	Évolution de la part des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) dans le PIB national, indexée, 2005-2015.....	53
Figure 7	Évolution de la part des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) dans le PIB national, indexée, 2005-2015.	53
Figure 8	Panorama des systèmes de rémunération avant l'introduction des SwissDRG	68
Figure 9	Croissance annuelle des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) et leur composition, 2012-2015.....	77
Figure 10	Évolution de la part des dépenses AOS (total) dans le PIB, indexée, 2005-2015.....	78
Figure 11	Évolution de la part des dépenses du secteur hospitalier dans le PIB, indexée, 2005-2015.	78
Figure 12	Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), 2005-2015.....	79
Figure 13	Évolution des dépenses AOS ambulatoires (hôpitaux et cabinets privés ambulatoires, tous les secteurs de soins) (par tête), 2005-2015	79
Figure 14	Évolution des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête), 2005-2015	80
Figure 15	Évolution des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), 2005-2015.	80
Figure 16	Évolution des dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (par tête), 2010-2015	81
Figure 17	Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015	83
Figure 18	Évolution des dépenses AOS ambulatoires (hôpitaux et cabinets privés ambulatoires, tous les secteurs de soins) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015.....	84

Figure 19	Évolution des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015.....	84
Figure 20	Pression financière 2016 et avant 2012	86
Figure 21	Modification de la pression financière, avant 2012, jusqu'en 2016.....	87
Figure 22	Réactions à la pression financière	88
Figure 23	Évaluations des réactions des hôpitaux suite à la révision de la LAMal concernant les modifications des quantités.....	89

Liste des tableaux

Tableau 1	Tableau des méthodes.....	4
Tableau 2	Aperçu de l'utilisation des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et des instruments alternatifs de gestion des quantités.....	9
Tableau 3	Aperçu de l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal.....	17
Tableau 4	Compatibilité avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG.....	22
Tableau 5	Compatibilité avec les principes de la révision de la LAMal.....	24
Tableau 6	Effets incitatifs de la rémunération linéaire basée sur les DRG et des budgets globaux.....	26
Tableau 7	Croissance annuelle moyenne des cas par tête et dépenses par tête, 2012-2015.....	36
Tableau 8	Influence du vieillissement sur l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), 2005-2015 / 2012-2015.....	42
Tableau 9	Croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (par tête, totalité du secteur hospitalier stationnaire), 2012-2015 / 2013-2015.....	47
Tableau 10	Évaluation de l'évolution des dépenses en comparaison avec l'évolution nationale du PIB.....	55
Tableau 11	Aperçu des indicateurs.....	69
Tableau 12	Croissance annuelle moyenne des cas et des coûts AOS, PIB et salaire, résultats de base, 2005/2011-2012/2015.....	72
Tableau 13	Croissance annuelle moyenne des cas et des coûts AOS, PIB et salaire, test de robustesse, 2005/2011-2012/2015.....	73
Tableau 14	Croissance annuelle moyenne des dépenses des cantons et du secteur hospitalier, résultats de base, PIB et salaire, 2005/2011-2012/2015.....	74
Tableau 15	Croissance annuelle moyenne des dépenses des cantons et du secteur hospitalier, test de robustesse, PIB et salaire, 2005/2011-2012/2015.....	75
Tableau 16	Évaluation de l'influence de l'augmentation de la clé de financement sur la croissance annuelle moyenne des dépenses de l'OKP des patients hospitalisés (Akutsomatik), 2012-2015.....	76
Tableau 17	Part AOS dans les dépenses pour des prestations hospitalières stationnaires (y compris PIB).....	76
Tableau 18	Flux intercantonaux de patients.....	85
Tableau 19	Entretiens spécialisés avec des institutions.....	89

Liste des abréviations

Autres	Groupe des cantons qui n'ont pas appliqué de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015.
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
PIB	Produit intérieur brut
CM	Case Mix
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes de cas liés au diagnostic, en Suisse : SwissDRG)
FMH	Fédération des médecins suisses
BG	Groupe des cantons qui a appliqué des budgets globaux, et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015.
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
PIG	Prestations d'intérêt général
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MOKKE	Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
SEM	Secrétariat d'État aux migrations
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CN	Comptabilité nationale
PA	Personne assurée

Résumé

Point de départ et méthodologie

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Elle incluait plusieurs mesures, dont l'une des plus importantes était l'introduction d'une rémunération liée aux prestations. Cette rémunération s'applique depuis 2012 dans les soins somatiques aigus, au moyen des forfaits par cas (système DRG). L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) étudie actuellement les effets de cette révision de la LAMal dans trois domaines thématiques (2^e étape de l'évaluation).¹

Le bureau *B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung* a été chargé de l'évaluation de l'un de ces domaines thématiques : les coûts et le financement du système de soins. La présente étude a été élaborée dans le cadre de ce mandat. Elle met à disposition des bases en réponse au postulat 14.3385 « *Rémunérations forfaitaires et budget global. Evaluation des systèmes en vigueur dans les cantons* ». Ce postulat charge le Conseil fédéral de procéder à une comparaison entre les cantons qui appliquent des budgets globaux – un instrument de gestion prévu à l'art. 51 LAMal – et les cantons qui n'en font pas usage, et d'indiquer si les objectifs poursuivis par l'introduction des SwissDRG sont atteints dans les cantons où cet instrument est appliqué.² Conformément au cahier des charges, la présente analyse doit répondre à quatre questions :

- Quels sont les cantons qui utilisent des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus ?
- Comment appliquent-ils l'art. 51 LAMal ?
- Comment s'assure-t-on que la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier et comment les contradictions éventuelles ont-elles été réglées ?
- Quelles sont les conséquences des budgets globaux sur les volumes de prestations et les coûts³ des soins somatiques aigus en comparaison avec les cantons qui n'appliquent pas l'art. 51 LAMal ?

Sur la base de ces quatre questions, nous avons formulé deux questions d'évaluation auxquelles la présente analyse doit également répondre :

- La mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est-elle compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier ?

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

² Un budget global constitue un instrument de gestion financière, dans lequel un montant forfaitaire est accordé pour la fourniture d'une certaine prestation, dont le fournisseur de prestations peut disposer librement. Conformément à l'art. 51, al. 1, LAMal, le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux.

³ Le présent rapport se concentre sur les dépenses de différents agents payeurs pour des prestations de soins somatiques aigus. Pour cette raison, coûts et dépenses sont considérés comme des synonymes. Le terme habituel dans le contexte respectif est utilisé.

- Dans quelle mesure les objectifs poursuivis par l'introduction du système DRG sont-ils atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal ?

Différentes techniques d'enquête ont été utilisées au plan méthodologique : entretiens spécialisés sur la base d'un guide avec des représentants des cantons appliquant des budgets globaux, analyse de documents, enquête standardisée auprès des hôpitaux et des cantons⁴, analyse de sources de données secondaires. Une enquête (principalement) téléphonique a par ailleurs été menée auprès de l'ensemble des cantons afin de valider et de compléter l'état des lieux concernant les cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable aux budgets globaux, sur la période 2012-2017.

Tableau méthodologique

Thème / question \ Méthode	Entretiens spécialisés	Analyse de documents	Enquête auprès des hôpitaux et des cantons	Enquête auprès des cantons (B,S,S.)	Sources de données secondaires
Cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal (en référence à l'année 2017)		x	x		
Cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable aux budgets globaux (en référence aux années 2012-2017)		x		x	
Application de l'art. 51 LAMal	x	x			
Conformité de la mise en œuvre	x	x			
Effets	x		x		x

Application actuelle des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus

Trois cantons appliquaient en 2017 des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal afin de financer les hôpitaux. Il s'agissait des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève. Dans le cadre de la mise en œuvre en 2017, l'instrument a été principalement utilisé pour la gestion des quantités et représentait une forme mixte entre les budgets globaux selon la théorie économique (contribution fixe indépendamment du volume effectif des prestations) et la rémunération basée sur les DRG (rémunération liée aux prestations au moyen d'une contribution par cas).

Le calcul des budgets globaux reposait essentiellement sur des volumes de prestations prévisionnels ou passés et, dans un cas, sur le budget de l'année précédente (éventuellement

⁴ Ces enquêtes ont été réalisées à l'automne 2017, dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, par les agences de conseil Infrans (hôpitaux) et econcept (cantons).

avec des adaptations fondées sur les écarts par rapport à celui-ci) ; en cas de dépassement des quantités fixées ou du budget, les prestations fournies en sus n'ont pas été rémunérées ou seulement en partie. En d'autres termes, même si un budget global n'a pas été appliqué, il n'était pas (systématiquement) indépendant du volume des prestations (effectivement) fournies.

La définition concrète peut être résumée grâce aux points essentiels suivants :

- Concernés : tous les hôpitaux ou seulement une sélection d'hôpitaux ayant un mandat de prestations cantonal
- Calcul : nombres de cas ou *case mix* (base de calcul : nombres de cas ou *case mix* des années précédentes ou selon la planification des besoins) ; dans un cas, recours également au budget de l'année précédente (éventuellement avec des adaptations résultant des écarts correspondants)
- Rémunération (part cantonale) en cas de dépassement des quantités fixées : variable, en partie rémunérée (par analogie, une partie de la rémunération doit être remboursée lorsque le budget n'est pas atteint) ; parfois, le dépassement est entièrement à la charge du fournisseur de prestations
- Assureur : rémunération basée sur les DRG
- Choix d'un hôpital extra-cantonal : non concerné

Compatibilité avec les principes du nouveau financement hospitalier

L'introduction du système DRG poursuivait différents objectifs, notamment une maîtrise des coûts grâce à des incitations économiques, le renforcement de la concurrence et de l'efficacité et une amélioration de la transparence. Le nouveau financement hospitalier connaît différents principes et éléments pour atteindre ces objectifs, mais aussi d'autres buts :

- Lien avec les prestations lors du financement et de la planification
- Égalité de traitement des hôpitaux publics et privés
- Financement dual-fixe par les cantons et les assurances
- Renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital
- Planification adaptée aux besoins, coordonnée au plan intercantonal et fondée sur des critères uniformes

On peut se demander dans quelle mesure l'instrument des budgets globaux ou la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est conciliable avec ces principes. Pour répondre à cette question, il sera fait référence à la mise en œuvre effectuée en 2017. Une analyse fondée sur les mécanismes d'action théoriques des budgets globaux montre que la compatibilité peut en principe être confirmée, mais que beaucoup d'aspects dépendent de la mise en œuvre concrète. Alors que le concept des budgets globaux selon la théorie économique (forfait indépendant de la quantité) contredit d'une certaine façon le concept de financement des prestations, la forme mixte majoritairement utilisée par les cantons en 2017 peut être jugée compatible avec le principe du lien avec les prestations lors du financement. En fonction de la mise en œuvre concrète de l'art. 51 LAMal, la compatibilité avec le principe de l'égalité de traitement des hôpitaux publics et privés peut être entravée. Concrètement, c'est le cas lorsque des instruments différents sont utilisés pour le financement des hôpitaux ou la

gestion des volumes de prestations pour les hôpitaux publics et privés, comme dans les cantons de GE et VD en 2017. Il existe un champ de tension entre le financement dual-fixe et la part cantonale effective dans le financement. Ainsi, la part cantonale définie à au moins 55 % dans les budgets globaux ne porte que sur les prestations hospitalières *convenues*. Selon un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398), ceci est toutefois conforme à la LAMal et les restrictions quantitatives sont donc admises. Des restrictions sont aussi possibles en ce qui concerne le choix étendu de l'hôpital, au moins lorsqu'un budget global strict s'applique (comme dans le canton de GE). Cela est moins problématique quand une diminution est appliquée en cas de dépassement, autrement dit quand la rémunération n'est pas supprimée en totalité (comme dans les cantons de VD et TI). Étant donné que l'obligation d'admission ne s'applique que dans le cadre des mandats de prestations selon l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398) et que ceux-ci peuvent prévoir des restrictions quantitatives, ce principe n'est pas limité d'un point de vue juridique. La mise en œuvre effectuée en 2017 est compatible avec une planification fondée sur des critères uniformes, coordonnée entre les cantons et adaptée aux besoins.

Effet sur les volumes de prestations et les dépenses

Une comparaison est effectuée entre les cantons qui ont appliqué des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal entre 2012 et 2015 et les cantons qui n'ont pas utilisé cet instrument, dans le but d'en évaluer les effets.⁵ En plus de ces budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal, les cantons peuvent encore appliquer d'autres instruments de gestion des quantités aux effets similaires (restriction quantitative directe, rémunération dégressive). Pour analyser les effets, les cantons concernés doivent également être affectés au groupe des cantons avec des budgets globaux. Les deux critères suivants s'appliquent donc comme critères de sélection pour l'admission d'un canton dans le groupe des cantons avec des budgets globaux (l'un des deux au minimum doit être satisfait) : 1) application d'un budget global selon l'art. 51 LAMal, 2) application d'instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable. Les instruments précités doivent avoir été appliqués au moins majoritairement dans la période d'analyse qui s'étend de 2012 à 2015. Selon ces critères, les cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel peuvent être affectés au groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de noter qu'ils sont valables dans les limites de la valeur des indicateurs examinés. Ces limites sont examinées séparément pour chaque indicateur. Le résultat concernant l'évolution des volumes de prestations et différents indicateurs de dépenses liés à l'AOS (dans une perspective par tête) est résumé ci-après (cf. le tableau à la page xv) :

- *Cas AOS hospitalier (soins somatiques aigus) (par tête)* : la croissance des cas AOS hospitaliers (soins somatiques aigus) (par tête) est moins marquée dans les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans les cantons qui n'appliquaient aucun de ces instruments durant la même période.

⁵ Les budgets globaux qui ont été utilisés pour le financement des hôpitaux avant 2012 ne font pas l'objet de cette analyse.

- *Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)* : le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une augmentation annuelle moyenne des dépenses comparable à celle du groupe des autres cantons sur la même période, malgré une évolution modérée des quantités (cf. ci-dessus). Ce résultat peut s'expliquer par une baisse plus importante du *baserate* dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. L'une des raisons éventuelles de la baisse des prix moins marquée dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pourrait être que les gains d'efficience attendus avec l'introduction des SwissDRG ont déjà été réalisés avant 2012 dans ce groupe, en raison de l'application des AP-DRG avant 2012 pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires en soins somatiques aigus. Il en a éventuellement résulté une pression moins importante sur les prix de base dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. D'autres facteurs d'influence doivent parallèlement être pris en considération : d'une part, l'évolution des dépenses peut avoir été relativement plus importante dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités que dans le groupe des autres cantons, en raison d'un moindre niveau des dépenses durant la période 2012-2015 (effet de base). D'autre part, l'effet démographique (le vieillissement de la population) est plus prononcé dans les cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, ce qui s'est traduit par une augmentation relativement plus forte des dépenses dans ce groupe durant la période 2012-2015. Par ailleurs, le fait que certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ont progressivement ajusté la part cantonale du financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prévu par la loi a contribué à un ralentissement de l'augmentation des dépenses dans ce groupe de cantons. Si l'on exclut cet effet, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans le groupe des cantons ne disposant pas de budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités est supérieure à celle du groupe des cantons disposant de budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Aucune évaluation définitive de l'effet global n'est possible sur la base des informations disponibles dans ce rapport.
- *Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés, tous les secteurs de soins) (par tête)* : les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présentent une croissance annuelle moyenne légèrement inférieure que les autres cantons en ce qui concerne les dépenses AOS ambulatoires (par tête). Notons que ces cantons présentaient un niveau de dépenses relativement élevé au cours de la période analysée et que les changements peuvent avoir été moins prononcés en termes relatifs (effet de base). Les dépenses AOS ambulatoires (par tête) sont intéressantes, dans le sens où elles devraient refléter les différences systématiques entre les deux groupes de cantons concernant les transferts de prestations du

secteur hospitalier au secteur ambulatoire, si ces transferts sont provoqués par des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs. Les résultats ne permettent cependant pas de tirer de conclusions claires concernant les transferts de prestations et de coûts.

- *Dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête)* : concernant les dépenses AOS totales, les deux groupes de cantons présentent une croissance annuelle moyenne comparable durant la période 2012-2015. Là encore, un effet de base peut être responsable du fait que les augmentations de dépenses dans les cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pèsent moins que dans le groupe des autres cantons. En tenant compte de l'effet démographique, la croissance annuelle moyenne dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 serait plus basse que dans le groupe des cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités.

L'instrument du budget global et les instruments alternatifs de gestion des quantités (tels qu'ils sont employés dans la pratique) visent les dépenses cantonales. Si les incitations visant à fournir des prestations médicalement non indiquées sont réduites avec l'application des budgets globaux, l'AOS devrait également en avoir profité (dans le sens d'un ralentissement de l'augmentation des dépenses). Cet effet ne peut cependant pas être démontré sur la base des résultats présentés ci-dessus. Les résultats pour les autres indicateurs de dépenses peuvent être résumés de la manière suivante :

- *Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux totalité du secteur hospitalier stationnaire ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) (par personne)* : concernant les dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux), les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 affichent de moins bons résultats que le groupe des autres cantons. Ce résultat est toutefois lié en grande partie à la forte diminution des investissements cantonaux entre 2012 et 2013 dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Ce changement peut être associé à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Outre les coûts d'exploitation, les coûts d'investissement en relation avec la fourniture de prestations hospitalières stationnaires selon la LAMal sont également couverts par le tarif hospitalier et ne sont plus uniquement supportés par le canton, conformément au nouveau financement hospitalier. Si les investissements cantonaux sont exclus de l'analyse ou si l'analyse est restreinte à la période de 2013-2015, le résultat s'inverse : le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente alors une croissance annuelle moyenne des dépenses inférieure à celle du groupe des autres cantons. En tenant compte de cette influence, le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités obtient de

meilleurs résultats que le groupe des autres cantons concernant l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (avec les PIG, y compris les investissements cantonaux et la totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), du moins pendant la période 2013-2015. Lors de l'interprétation de ce résultat, il convient de noter que l'indicateur examiné inclut aussi les dépenses cantonales pour les PIG. Un ajustement de l'indicateur aux dépenses cantonales pour les PIG a été examiné. Toutefois, en raison d'un manque de données, cette adaptation n'a pas pu être effectuée. Par conséquent, l'indicateur disponible pour l'étude n'est pas celui qui devrait idéalement être utilisé. Les changements dans les dépenses cantonales pour les PIG, dans la mesure où ils ont différé dans les deux groupes cantonaux au cours de la période considérée, peuvent donc avoir influencé le résultat.

- *Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) (respectivement par tête) : les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 obtiennent de moins bons résultats que le groupe des autres cantons pour cet indicateur.*

Globalement, les indicateurs examinés ne donnent pas une image claire. Ensuite, il est à noter que l'évolution des indicateurs observés dépend encore d'autres facteurs d'influence, dans le cadre et en dehors de la révision de la LAMal. L'influence de ces facteurs n'a pu être totalement contrôlée, en partie pour des raisons méthodologiques (analyse descriptive) et en partie aussi parce qu'ils ne peuvent être mesurés. Les analyses peuvent par conséquent donner une première idée de l'influence des budgets globaux sur l'évolution des dépenses. Toutefois, des conclusions définitives ne sont pas possibles.

Croissance annuelle moyenne des cas par tête et dépenses par tête, 2012-2015

	Cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015	Cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	0,6 %	1,2 %
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	0,1 %	0,1 %
Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés)	4,4 %	4,7 %
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	2,7 %	2,7 %
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux et la totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,8 %	-1,2 %
Dépenses des cantons et AOS hospitalières stationnaires (totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,4 %	-0,4 %
Dépenses de tous les agents de financement ^(a) pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	3,2 %	2,4 %

Sources : *Statistique médicale des hôpitaux (OFS), Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA ; Coûts et financement du système de santé (OFS) ; analyses de l'Obsan et de B,S,S. ; remarques : ^(a) agents de financement : cantons, AOS, autres assurances sociales, ménages privés, assurances complémentaires, autres agents de financement publics et privés.*

Afin de pouvoir classer cette évolution, d'autres grandeurs, notamment la croissance du PIB et des salaires, peuvent être prises en compte. Elles permettent d'établir un lien avec l'évolution des salaires. Le revenu est considéré comme un facteur déterminant important de la demande de prestations de santé (et donc comme moteur des dépenses de santé). Les résultats pour la croissance du PIB sont présentés ci-après. Au cas où la comparaison avec la croissance des salaires devait déboucher sur une appréciation différente, celle-ci est prise en compte dans l'évaluation. La différence entre la croissance annuelle moyenne des dépenses (par tête) et la croissance nationale annuelle moyenne du PIB (par tête) (respectivement en %) est utilisée ci-après comme indicateur pour la mesure de la réalisation des objectifs.⁶ L'objectif de la maîtrise des coûts peut être jugé atteint lorsque :

- l'indicateur affiche une valeur inférieure ou égale à zéro durant la période 2012-2015. Dans ce cas, la croissance des dépenses oscillerait dans le cadre de la croissance du PIB.
- l'indicateur durant la période 2012-2015 affiche une valeur inférieure à celle de la période 2005-2011. Le deuxième critère entre en jeu quand le premier critère n'est pas rempli. Dans ce cas, la croissance des dépenses est supérieure à la croissance

⁶ Cf. rapport du groupe d'experts (2017), Conseil fédéral (2016). Conseil fédéral (1991).

du PIB. La croissance du PIB et des dépenses diffère toutefois moins qu'au cours de la période d'observation précédente.

L'objectif de maîtrise des coûts n'est que partiellement atteint dans les deux groupes de cantons, comme le montre le tableau suivant. Comme pour les résultats relatifs à l'évolution des volumes de prestations et des dépenses, rappelons que l'influence (positive/nulle/négative) de l'application des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités sur l'atteinte des objectifs ne peut pas être évaluée de manière définitive, car l'analyse ne permet aucune interprétation causale.

Évaluation de l'évolution des dépenses en comparaison avec l'évolution nationale du PIB

Domaine	Cantons	Critère d'évaluation		Évaluation globale
		La croissance annuelle moyenne des dépenses sur la période 2012-2015 est inférieure ou égale à la croissance annuelle du PIB (perspective par tête)	La différence entre la croissance annuelle moyenne des dépenses et du PIB entre 2012-2015 est inférieure à celle entre 2005-2011 (perspective par tête) (si le premier critère n'est pas rempli)	
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	BG	✓	(a)	✓
	Autres	✓	(a)	✓
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	BG	✗	✗	✗
	Autres	✗	✗	✗
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire)	BG	✗	✗	✗ ^(b)
	Autres	✓	(a)	✓ ^(c)
Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	BG	✗	(d)	✗
	Autres	✗	(d)	✗

Remarque : BG : cantons qui ont appliqué des budgets globaux, et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ; autres : cantons qui n'ont pas appliqué de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. ✓ = atteint, ✗ pas atteint. Les valeurs par tête sont respectivement prises en compte. ^(a) Aucune évaluation, car le premier critère est rempli. ^(b) Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(c) Lors de cette évaluation, il faut tenir compte du fait que si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à l'évolution du PIB, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint. Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(d) Aucune évaluation n'est possible, car les données ne sont disponibles qu'à partir de 2010.

Autres effets

On peut s'attendre à des réactions de la part des hôpitaux en relation avec le nouveau financement hospitalier – certaines sont souhaitables, d'autres non. Cette thématique est analysée en profondeur dans le rapport de B,S,S. à propos de la thématique « Coûts et financement ». La présente analyse ne traite que des réactions susceptibles d'être influencées par l'instrument des budgets globaux :

- L'incitation à l'augmentation du volume qui existe dans le cadre de la rémunération basée sur les DRG est atténuée. C'est ce qui apparaît à la fois dans une perspective théorique et empirique (enquête auprès des hôpitaux).
- La crainte d'un rationnement (c.-à-d. le fait de priver la personne concernée de prestations qui pourraient lui être utiles) est en outre avancée, au cas où la gestion des quantités serait trop restrictive. En pratique, on constate que cette crainte mérite d'être relativisée : les habitants des cantons qui appliquent des budgets globaux sollicitent très peu de prestations extra-cantoniales. Cela s'explique bien sûr aussi par les caractéristiques de ces cantons (situation, langue, offre), mais il n'empêche que s'il y avait un déficit de soins, nous pensons que celui-ci se reflèterait dans le recours à des prestations extra-cantoniales.

Dans l'ensemble, il semble que l'incitation à l'augmentation des quantités induite par le système DRG est atténuée par les budgets globaux. Aucun effet négatif de l'instrument des budgets globaux sur les objectifs de concurrence et d'efficacité n'est par ailleurs identifiable. Notons que cette évaluation se fonde majoritairement sur des appréciations subjectives d'hôpitaux et de représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève.

Conclusion

En conclusion, on peut dire que l'instrument des budgets globaux peut théoriquement être appliqué parallèlement à la rémunération basée sur les DRG et qu'il est en principe compatible avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG et les principes du nouveau financement hospitalier, de même qu'avec les effets ainsi recherchés. Dans l'application concrète, l'instrument doit cependant être évalué de manière critique concernant la compatibilité avec certains principes du système DRG – moins d'un point de vue juridique qu'économique – et la compatibilité avec certains objectifs du nouveau financement hospitalier (concurrence). Théoriquement, l'instrument des budgets globaux peut renforcer l'effet des mesures prévues par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (notamment en relation avec la maîtrise des coûts). La question de l'impact des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur le volume des prestations et les coûts du domaine des soins somatiques aigus ne peut être tranchée de manière définitive en raison des limites du caractère significatif des informations examinées dans le présent rapport.

Sintesi

Situazione iniziale e metodologia

Il 1° gennaio 2009 è entrata in vigore la revisione della legge del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) nell'ambito del finanziamento ospedaliero. La revisione comprendeva diverse misure: tra queste, una delle più importanti era l'introduzione di una remunerazione orientata alle prestazioni che nel settore somatico acuto è attuata dal 2012 attraverso gli importi forfettari per singolo caso (il cosiddetto sistema DRG). Attualmente l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sta esaminando gli effetti della revisione della LAMal in tre ambiti tematici (2^a tappa della valutazione)⁷.

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung è stata incaricata di effettuare la valutazione in uno di questi ambiti tematici, ossia in quello dei costi e del finanziamento del sistema di assistenza sanitaria. Nel quadro di tale mandato è stato elaborato il presente studio, il quale pone le basi per l'adempimento del postulato 14.3385 «*Forfait per caso e preventivo globale. Valutazione dei sistemi in vigore nei cantoni*». Quest'ultimo incarica il Consiglio federale di mettere a confronto i Cantoni che fanno uso dello strumento di gestione rappresentato dallo stanziamento globale di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal e quelli che vi rinunciano, illustrando inoltre se, nei primi, sono raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione di SwissDRG⁸. Secondo il capitolato d'onori, la presente analisi deve rispondere alle seguenti quattro domande:

- Quali Cantoni fanno uso di stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal nel settore somatico acuto?
- In che modo tali Cantoni applicano l'articolo 51 LAMal?
- Come si assicura che l'attuazione dell'articolo 51 LAMal sia compatibile con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero e come vengono risolte eventuali contraddizioni?
- Quali ripercussioni hanno gli stanziamenti globali di bilancio sul volume delle prestazioni e sui costi⁹ del settore somatico acuto rispetto ai Cantoni che non applicano l'articolo 51 LAMal?

Partendo da queste quattro domande, abbiamo elaborato due ulteriori quesiti di valutazione a cui dare risposta nella presente analisi:

- L'attuazione dell'articolo 51 LAMal è compatibile con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero?

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> (non disponibile in italiano).

⁸ Uno stanziamento globale di bilancio rappresenta uno strumento di finanziamento attraverso il quale per una determinata prestazione è concesso un importo forfettario di cui il fornitore di prestazioni può disporre liberamente. Ai sensi dell'articolo 51 cpv. 1 LAMal, il Cantone può fissare, quale strumento di gestione finanziario, un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura.

⁹ In questo rapporto sono esaminate le spese di diversi soggetti che sostengono i costi per le prestazioni relative al settore somatico acuto. Per questo motivo, i termini «costi» e «spese» sono utilizzati come sinonimi. In base al contesto, verrà utilizzato di volta in volta il termine più comune.

- In che misura sono raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione del sistema DRG nei Cantoni che applicano l'articolo 51 LAMal?

Dal punto di vista metodologico sono state impiegate diverse tecniche di rilevamento, quali interviste specialistiche sulla base di una guida con rappresentanti di Cantoni che utilizzano stanziamenti globali di bilancio, analisi di documenti, questionari standardizzati rivolti a ospedali e Cantoni¹⁰, valutazione di fonti secondarie di dati. Per una validazione e un completamento del rilevamento della situazione in merito ai Cantoni che nel periodo 2012-2017 hanno fissato stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal e/o strumenti alternativi di gestione del volume delle prestazioni con effetto simile agli stanziamenti globali di bilancio, è stato inoltre condotto anche un sondaggio (principalmente) telefonico presso tutti i Cantoni.

Tabella dei metodi

Argomento/quesito	Metodo	Interviste specialistiche	Analisi di documenti	Sondaggio tra ospedali e Cantoni	Sondaggio tra i Cantoni (B,S,S.)	Fonti secondarie di dati
Cantoni con stanziamenti globali di bilancio di cui all'art. 51 LAMal (con riferimento al 2017)			x	x		
Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume con effetto simile agli stanziamenti globali di bilancio (con riferimento agli anni 2012-2017)			x		x	
Applicazione dell'art. 51 LAMal		x	x			
Compatibilità dell'attuazione		x	x			
Effetti		x		x		x

Applicazione degli stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal nel settore somatico acuto

Nel 2017, i Cantoni che per il finanziamento degli ospedali applicavano gli stanziamenti globali di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal erano tre: il Cantone Ticino, il Cantone del Vallese e il Cantone di Ginevra. Nell'attuazione applicata nel 2017, tale strumento è stato utilizzato primariamente per gestire il volume delle prestazioni e rappresentava una forma mista tra gli stanziamenti globali di bilancio definiti dalla teoria economica (ossia un importo fisso indipendente dall'effettivo volume delle prestazioni) e la remunerazione DRG (ossia una remunerazione orientata alle prestazioni attraverso un importo per singolo caso).

¹⁰ I sondaggi sono stati effettuati dalle agenzie di consulenza INFRAS (per gli ospedali) ed econcept (per i Cantoni) nell'autunno 2017 nel quadro della 2^a tappa della valutazione della revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero.

Il calcolo degli stanziamenti globali di bilancio si basava principalmente sul volume pronosticato o passato delle prestazioni e, in un caso, anche sullo stanziamento dell'anno precedente (in determinate circostanze con adeguamenti dovuti a divergenze da quest'ultimo). In caso di superamento del volume prestabilito o dello stanziamento, le ulteriori prestazioni fornite sono state remunerate parzialmente o non lo sono state affatto. Ciò significa che, anche se è stato utilizzato uno stanziamento globale di bilancio, questo non (sempre) era indipendente dal volume delle prestazioni (effettivamente) fornite.

La struttura concreta può essere riassunta nei seguenti punti chiave:

- interessati: tutti gli ospedali o anche solo una selezione di ospedali con mandato di prestazioni cantonale;
- calcolo: numero di casi, ovvero case mix (base di calcolo: numero di casi risp. case mix degli anni precedenti o in base alla pianificazione del fabbisogno) e in parte anche ricorso allo stanziamento dell'anno precedente (in determinate circostanze con adeguamenti dovuti a divergenze da quest'ultimo);
- remunerazione (quotaparte cantonale) in caso di superamento dei volumi stabiliti: variabile, in certi casi le ulteriori prestazioni sono parzialmente remunerate (analogamente, in caso di mancato raggiungimento dei volumi stabiliti, parte della remunerazione deve essere rimborsata), in altri casi il superamento è completamente a carico del fornitore di prestazioni;
- assicuratori: remunerazione DRG;
- scelta di ospedali extracantonali: non interessata.

Compatibilità con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero

Con l'introduzione del sistema DRG sono stati perseguiti diversi obiettivi, tra cui in particolare un contenimento dei costi attraverso incentivi economici, il potenziamento della concorrenza e dell'efficienza e un aumento della trasparenza. Per raggiungere questi e altri obiettivi, il nuovo finanziamento ospedaliero presenta diversi principi risp. elementi:

- orientamento alle prestazioni nel finanziamento e nella pianificazione;
- parità di trattamento degli ospedali pubblici e privati;
- finanziamento duale fisso da parte di Cantoni e assicurazioni;
- potenziamento della libertà di scelta dell'ospedale da parte degli assicurati;
- pianificazione basata su criteri unitari, coordinata a livello intercantonale e commisurata al fabbisogno.

Ci si chiede quindi in che misura lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio, ossia l'attuazione dell'articolo 51 LAMal, sia compatibile con i principi suesposti. Per rispondere a questa questione è impiegata l'attuazione dell'anno 2017. Un'analisi basata sui meccanismi d'azione teorici degli stanziamenti globali di bilancio dimostra che, in linea di principio, la compatibilità è confermabile, ma molto dipende dall'attuazione concreta. Se, stando alla teoria economica, il concetto di stanziamenti globali di bilancio (forfait indipendenti dal volume) in una certa misura può essere in contraddizione con il finanziamento delle prestazioni, la forma mista prevalentemente utilizzata dai Cantoni nel 2017 può essere considerata compatibile con il principio di orientamento alle prestazioni nel finanziamento. La compatibilità con il principio di parità di trattamento degli ospedali pubblici e privati

può essere compromessa in base a come l'articolo 51 LAMal viene attuato concretamente. Ciò si verifica nel momento in cui per il finanziamento degli ospedali, ossia per la gestione del volume delle prestazioni, vengono impiegati strumenti diversi per gli ospedali pubblici e privati, come avveniva nel 2017 nei Cantoni di Ginevra e di Vaud. In questi casi insorge un conflitto tra il finanziamento duale fisso e l'effettiva quota di finanziamento cantonale. Di conseguenza, la quotaparte cantonale fissata ad almeno il 55 per cento negli stanziamenti globali di bilancio si riferisce solo alle prestazioni ospedaliere *concordate*. Ai sensi della decisione del Tribunale federale (DTF 138 II 398), ciò tuttavia è conforme alla LAMal; le limitazioni del volume delle prestazioni sono quindi ammesse. Per quanto concerne l'ampliamento della scelta degli ospedali ciò può comportare limitazioni, per lo meno quando lo stanziamento globale di bilancio è rigido (come nel Cantone di Ginevra). La situazione è meno problematica se in caso di superamento del volume stabilito è applicata una diminuzione della remunerazione che non viene così soppressa per intero (come nei Cantoni Ticino e Vaud). Poiché secondo la decisione del Tribunale federale (DTF 138 II 398) l'obbligo di ammissione vige solo nei limiti dei mandati di prestazioni e questi ultimi possono prevedere limitazioni del volume delle prestazioni, dal punto di vista giuridico questo principio non è compromesso. L'attuazione del 2017 è dunque compatibile con la pianificazione fondata su criteri uniformi, coordinata tra i Cantoni e commisurata al fabbisogno.

Ripercussione sul volume delle prestazioni e sulle spese

Per valutare le ripercussioni degli stanziamenti globali di bilancio, sono stati messi a confronto i Cantoni che nel periodo 2012-2015 ne hanno fatto uso ai sensi dell'articolo 51 LAMal e i Cantoni che invece non li hanno impiegati¹¹. Oltre agli stanziamenti globali di bilancio di cui all'articolo 51 LAMal, i Cantoni hanno la possibilità di impiegare anche altri strumenti di gestione del volume con effetto simile (quali la limitazione diretta del volume o la remunerazione degressiva). Al fine di tale analisi, anche questi ultimi sono da includere nel gruppo dei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio. Per l'inclusione in tale gruppo vigono i due seguenti criteri di selezione (di cui deve esserne soddisfatto almeno uno): 1) utilizzo di uno stanziamento globale di bilancio di cui all'art. 51 LAMal; 2) utilizzo di strumenti alternativi di gestione del volume con effetto simile. Tali strumenti devono essere stati utilizzati, almeno per la gran parte, nel periodo di analisi dal 2012 al 2015. Secondo tali criteri, nel gruppo dei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume risultano rientrare il Cantone Ticino, il Cantone del Vallese, il Cantone di Ginevra e il Cantone di Neuchâtel. Per quanto riguarda l'interpretazione dei risultati si deve considerare che essi sono validi nei limiti del valore informativo degli indicatori esaminati. Questi limiti sono esaminati separatamente per ogni indicatore. Il risultato relativo all'evoluzione del volume delle prestazioni e di diversi indicatori di spesa riferiti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), considerati ciascuno come importo pro capite, è riassunto come segue (cfr. tabella alla pagina xxvi):

¹¹ Gli stanziamenti globali di bilancio utilizzati per il finanziamento degli ospedali prima del 2012 non sono oggetto della presente analisi.

- *casi AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite)*: nei Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, la crescita dei casi AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite) è meno marcata rispetto a quanto rilevato nei Cantoni che non hanno messo in atto né una misura né l'altra;
- *spese AOMS nel settore ospedaliero stazionario (somatico acuto, pro capite)*: il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, nonostante l'aumento moderato del volume (di cui al punto precedente), presentano per il periodo preso in esame una crescita media annua delle spese uguale a quella del gruppo degli altri Cantoni. Questo risultato si spiega con un calo più importante dei prezzi di base per il gruppo dei Cantoni che non ha utilizzato stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume. Una possibile ragione della diminuzione meno marcata dei prezzi nel gruppo che invece li ha utilizzati può essere individuata nel fatto che in questo gruppo, grazie all'applicazione dell'AP-DRG prima del 2012 per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere stazionarie nel settore somatico acuto, gli aumenti di efficienza auspicati con l'introduzione del sistema DRG sono stati raggiunti già prima di quell'anno. In questo gruppo, ciò potrebbe aver comportato una pressione meno decisa sui prezzi di base. Inoltre si devono considerare altri fattori di influenza: da una parte, è possibile che l'evoluzione delle spese sia risultata relativamente più marcata nel gruppo con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume rispetto a quello degli altri Cantoni, a causa di un livello di spese più basso nel periodo 2012-2015 (effetto base). Dall'altra, l'effetto demografico (invecchiamento della popolazione) si è fatto sentire di più nei Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, cosa che nel periodo 2012-2015 ha comportato un aumento delle spese relativamente più marcato per questo gruppo di Cantoni. Inoltre, il fatto che alcuni dei Cantoni che in quel periodo non hanno impiegato né stanziamenti globali di bilancio né strumenti alternativi di gestione del volume abbiano gradatamente adeguato al 55 per cento la quotaparte di finanziamento cantonale nel quadro del periodo transitorio previsto dalla legge ha contribuito a una crescita contenuta delle spese per questo gruppo di Cantoni. Se si esclude questo effetto di contenimento dei costi, l'aumento annuale medio delle spese dell'AOMS per il settore ospedaliero stazionario (somatico acuto) (pro capite) nel gruppo di Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume si situa al di sopra dell'aumento nel gruppo di Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume. Sulla base delle informazioni presenti in questo rapporto non è possibile evincere una stima conclusiva dell'effetto complessivo;
- *spese AOMS nel settore ambulatoriale (ambulatori ospedalieri e studi ambulatoriali, tutti i settori di cure, pro capite)*: i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi per la gestione del volume presentano un aumento medio annuo delle spese AOMS nel settore ambulatoriale (pro capite) leggermente più contenuto rispetto agli altri Cantoni. Si

deve però tenere conto del fatto che, nel periodo analizzato, i primi Cantoni presentavano un livello di spese relativamente alto e le variazioni, possono essere state meno marcate in termini relativi (effetto base). Le spese dell'AOMS nel settore ambulatoriale (pro capite) risultano interessanti in quanto, laddove siano generate da stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume, dovrebbero rispecchiarsi differenze sistematiche tra i due gruppi di Cantoni per quanto concerne i trasferimenti delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale. I risultati, tuttavia, non permettono di giungere a una conclusione univoca in merito ai trasferimenti di prestazioni e di costi;

- *spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni, pro capite)*: per quanto concerne le spese AOMS totali, per il periodo 2012-2015 i due gruppi di Cantoni presentano una crescita annua media simile. Anche in questo caso, un effetto base può essere responsabile del fatto che nei Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume gli aumenti delle spese pesino meno che nel gruppo degli altri Cantoni. Tenendo conto dell'effetto demografico la crescita media annua nel periodo 2012-2015 per il gruppo dei Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume sarebbe più bassa rispetto al gruppo dei Cantoni che attua queste misure.

Lo strumento dello stanziamento globale di bilancio e gli strumenti alternativi di gestione delle quantità (come sono impiegati nella pratica) hanno come obiettivo le finanze cantonali. Laddove con l'utilizzo degli stanziamenti globali di bilancio gli incentivi a fornire prestazioni non indicate dal punto di vista medico vengono ridotti, anche l'AOMS dovrebbe averne tratto beneficio (in quanto la crescita delle spese viene contenuta). Sulla base dei risultati presentati sopra, non è possibile tuttavia dimostrare tale effetto. I risultati per gli altri indicatori di spesa possono invece essere riassunti come segue:

- *spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore stazionario ospedaliero; settore somatico acuto, psichiatria e riabilitazione, pro capite)*: per quanto riguarda le spese dei Cantoni per le prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali), i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume presentano risultati peggiori rispetto a quelli del gruppo degli altri Cantoni. Questo dato dipende tuttavia in modo determinante dal netto calo degli investimenti cantonali registrato tra il 2012 e il 2013 nel gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 non ha impiegato alcuno stanziamento globale di bilancio o strumento alternativo di gestione del volume. Questo cambiamento può essere imputato alla revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero: con il nuovo regime, oltre ai costi di gestione, anche i costi d'investimento connessi con la fornitura di prestazioni ospedaliere stazionarie ai sensi della LAMal sono coperti dalla tariffa ospedaliera e non sono più sostenuti solo dal Cantone. Se gli investimenti cantonali vengono esclusi dall'analisi o si considera solo il periodo 2013-2015, il risultato si inverte; il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume

presenta quindi un aumento medio annuo delle spese più contenuto rispetto a quello del gruppo degli altri Cantoni. Alla luce di questo fattore, il gruppo dei Cantoni che nel periodo 2012-2015 ha impiegato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume presenta, per lo meno nel periodo 2013-2015, risultati migliori per quanto riguarda l'andamento delle spese cantonali per le prestazioni ospedaliere stazionarie (intero settore, con le prestazioni economicamente di interesse generale e inclusi gli investimenti cantonali, pro capite) rispetto al gruppo degli altri Cantoni. Nell'interpretazione di questi risultati si può notare che l'indicatore esaminato include anche le spese cantonali per le prestazioni economicamente di interesse generale. È stata esaminata la possibilità di un adattamento dell'indicatore alle spese cantonali per le prestazioni di interesse generale. A causa della mancanza di dati, questo adattamento non ha però potuto essere effettuato. Per l'inchiesta non era quindi disponibile l'indicatore che idealmente avrebbe dovuto essere considerato. I cambiamenti delle spese cantonali per le prestazioni economicamente di interesse generale possono aver influenzato il risultato, visto che erano differenti nei due gruppi cantonali nel periodo considerato.

- *spese di tutti i finanziatori del settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale, settore somatico acuto, psichiatria e riabilitazione, pro capite)*: per quanto riguarda questo indicatore, i Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume hanno registrato risultati peggiori rispetto a quelli del gruppo degli altri Cantoni.

Complessivamente, dagli indicatori esaminati non risulta un'immagine chiara. Va inoltre osservato che l'andamento degli indicatori presi in considerazione risente anche di altri fattori di influenza, sia interni che esterni alla revisione della LAMal. L'influenza di questi fattori non ha potuto essere controllata completamente, in parte per ragioni metodologiche (analisi descrittiva) e in parte anche perché non possono essere misurati. Le valutazioni possono quindi fornire prime indicazioni su un'influenza degli stanziamenti globali di bilancio sull'andamento delle spese. Conclusioni definitive non sono tuttavia possibili.

Aumento medio annuo pro capite dei casi e delle spese pro capite, 2012-2015

	Cantoni con stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume nel periodo 2012-2015	Cantoni senza stanziamenti globali di bilancio o strumenti alternativi di gestione del volume nel periodo 2012-2015
Casi AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	0,6%	1,2%
Spese AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	0,1%	0,1%
Spese AOMS settore ambulatoriale (ambulatori ospedalieri e studi ambulatoriali)	4,4%	4,7%
Spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni)	2,7%	2,7%
Spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore)	1,8%	-1,2%
Spese di Cantoni e AOMS nel settore ospedaliero stazionario (intero settore)	1,4%	-0,4%
Spese di tutti i finanziatori ^(a) per il settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale)	3,2%	2,4%

Fonti: Statistica medica ospedaliera (UST), Monitoraggio dell'evoluzione dei costi attuale MOKKE (UFSP, non disponibile in italiano) e pool di dati SASIS SA; Costi e finanziamento del sistema sanitario (UST, non disponibile in italiano); analisi Obsan e B,S,S. Nota: ^(a) finanziatori: Cantoni, AOMS, altre assicurazioni sociali, economie domestiche, assicurazioni complementari, altri finanziatori pubblici e privati.

Per riuscire a interpretare questa evoluzione vale la pena di ricorrere ad altre grandezze, in particolare alla crescita del PIL e dei salari, tramite le quali si può stabilire una correlazione con l'andamento del reddito. Quest'ultimo è infatti un importante determinante della domanda di prestazioni sanitarie (e, di conseguenza, un fattore che incentiva le spese sanitarie). Di seguito verranno presentati i risultati relativi alla crescita del PIL. Laddove dal confronto con la crescita salariale dovesse emergere una stima diversa, questa verrà inclusa nella valutazione. Come indicatore per misurare il raggiungimento degli obiettivi di seguito si utilizzerà la differenza tra la crescita media annua delle spese (pro capite) e la crescita media annua del PIL a livello nazionale (pro capite), espresse in percentuale¹². L'obiettivo del contenimento dei costi potrà ritenersi raggiunto se:

- nel periodo 2012-2015 l'indicatore presenta un valore uguale o inferiore a zero. In questo caso, l'aumento delle spese si collocherebbe all'interno della crescita del PIL;
- nel periodo 2012-2015 l'indicatore presenta un valore inferiore a quello del periodo 2005-2011. Si fa ricorso al secondo criterio se il primo non è soddisfatto. In questo caso la crescita delle spese è più elevata di quella del PIL. Il divario tra

¹² Cfr. Rapporto peritale (2017), Consiglio federale (2016). Consiglio federale (1991).

crescita del PIL e delle spese, tuttavia, è meno marcato rispetto ai periodi passati presi in esame.

L'obiettivo di contenimento dei costi è raggiunto solo in parte nei due gruppi di Cantoni, come mostra la tabella seguente. Come per i risultati sull'andamento del volume delle prestazioni e delle spese, anche qui è bene ricordare che l'effetto (positivo, nullo o negativo) dell'utilizzo di stanziamenti globali di bilancio e/o di strumenti alternativi di gestione del volume per il raggiungimento degli obiettivi non può essere valutato in modo definitivo in quanto l'analisi non permette interpretazioni causali.

Valutazione dell'andamento delle spese rispetto all'andamento nazionale del PIL

Settore	Cantoni	Criterio di valutazione		Valutazione complessiva
		L'aumento medio annuo delle spese del periodo 2012-2015 è minore o uguale rispetto alla crescita annua del PIL (valori pro capite)	La differenza tra l'aumento medio annuo delle spese e del PIL nel periodo 2012-2015 è inferiore rispetto al periodo 2005-2011 (valori pro capite) (laddove il primo criterio non sia soddisfatto)	
Spese AOMS settore ospedaliero stazionario (somatico acuto)	SG	✓	(a)	✓
	altri	✓	(a)	✓
Spese AOMS totali (tutti i tipi di prestazioni)	SG	✗	✗	✗
	altri	✗	✗	✗
Spese dei Cantoni nel settore ospedaliero stazionario (comprese le prestazioni economicamente di interesse generale e gli investimenti cantonali, intero settore)	SG	✗	✗	✗ ^(b)
	altri	✓	(a)	✓ ^(c)
Spese di tutti i finanziatori per il settore ospedaliero (stazionario e ambulatoriale)	SG	✗	(d)	✗
	altri	✗	(d)	✗

Nota: SG: Cantoni che nel periodo 2012-2015 hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume; altri: Cantoni che nel periodo 2012-2015 non hanno utilizzato stanziamenti globali di bilancio e/o strumenti alternativi di gestione del volume. ✓ = raggiunto, ✗ non raggiunto. I valori riportati sono sempre pro capite. ^(a)Nessuna valutazione perché il primo criterio è soddisfatto. ^(b)Se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita salariale escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi è raggiunto in base al secondo criterio. ^(c)Per questa stima si osserva che se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita del PIL escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi non è raggiunto. Se si confronta l'andamento delle spese cantonali per prestazioni ospedaliere stazionarie (comprese quelle economicamente di interesse generale) con la crescita salariale escludendo gli investimenti cantonali, l'obiettivo del contenimento dei costi è raggiunto in base al secondo criterio. ^(d) Valutazione impossibile in quanto i dati sono disponibili solo a partire dal 2010.

Ulteriori ripercussioni

In relazione al nuovo finanziamento ospedaliero, da parte degli ospedali si possono prevedere reazioni, in parte desiderate e in parte indesiderate. Questo argomento è analizzato in dettaglio nel rapporto B,S,S sul tema dei costi e del finanziamento. Nella presente analisi si considerano invece solo le reazioni che possono essere influenzate dallo strumento degli stanziamenti globali di bilancio, e in particolare:

- l'incentivo all'ampliamento del volume delle prestazioni derivante dalla remunerazione DRG viene ridotto. Ciò è dimostrato sia dal punto di vista teorico che da quello empirico (attraverso il sondaggio tra gli ospedali);
- nel caso in cui la gestione del volume delle prestazioni avvenga in modo eccessivamente restrittivo, si teme inoltre un razionamento (ossia che vengano rifiutate prestazioni che apporterebbero un beneficio alla persona interessata). Nella prassi si nota tuttavia come questo timore vada relativizzato: gli abitanti dei Cantoni che impiegano stanziamenti globali di bilancio ricorrono a prestazioni extracantonali con una frequenza decisamente inferiore rispetto alla media. Naturalmente ciò dipende anche dalle caratteristiche dei Cantoni in questione (posizione, lingua, offerta), ma, ciò non di meno, se vi fosse un'assistenza insufficiente, dal nostro punto di vista ciò dovrebbe rispecchiarsi nel ricorso a prestazioni extracantonali.

Nel complesso, vi sono elementi che indicano che l'incentivo all'ampliamento del volume delle prestazioni derivante dal sistema DRG sia ridotto dagli stanziamenti globali di bilancio. Inoltre, empiricamente non sono state rilevate ripercussioni negative dello strumento dello stanziamento globale di bilancio per quanto riguarda gli obiettivi di concorrenza ed efficienza. In questo contesto, tuttavia, si deve tenere conto del fatto che si è giunti a tale giudizio basandosi sulle stime soggettive degli ospedali e dei rappresentanti dei servizi sanitari dei Cantoni Ticino, del Vallese e di Ginevra.

Conclusioni

Alla luce del risultato si può affermare che, dal punto di vista teorico, lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio può essere utilizzato in abbinamento alla remunerazione DRG e in linea di principio è compatibile con gli obiettivi perseguiti dall'introduzione del sistema DRG e con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero, nonché con gli effetti auspicati di quest'ultimo. Nell'applicazione concreta, tuttavia, questo strumento è valutato criticamente per ciò che concerne la compatibilità con determinati principi del sistema DRG, più dal punto di vista economico che da quello giuridico, e con alcuni obiettivi del nuovo finanziamento ospedaliero (concorrenza). Dal punto di vista teorico, lo strumento degli stanziamenti globali di bilancio può supportare l'effetto delle misure contenute nella revisione della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero (in particolare in relazione al contenimento dei costi). A causa dei limiti del valore delle informazioni raccolte nell'ambito di questo rapporto non è possibile rispondere in modo esaustivo alla questione degli effetti degli stanziamenti globali di bilancio e degli strumenti alternativi di gestione del volume delle prestazioni sul volume delle prestazioni e sui costi del settore somatico acuto.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Methodik

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Die Revision umfasste mehrere Massnahmen, eine der zentralsten ist die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung, welche in der Akutsomatik seit dem Jahr 2012 mittels Fallpauschalen (sog. DRG-System) umgesetzt wird. Die Auswirkungen der KVG-Revision werden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) aktuell in drei Themenbereichen untersucht (2. Etappe der Evaluation).¹³

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung wurde mit der Evaluation in einem dieser Themenbereiche – Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems – beauftragt. Im Rahmen des Mandats wurde die vorliegende Studie erarbeitet. Diese stellt Grundlagen zur Erfüllung des Postulats 14.3385 *"Fallpauschalen und Globalbudgets. Evaluation der Systeme in den Kantonen"* bereit. Mit dem Postulat wird der Bundesrat beauftragt, einen Vergleich zwischen Kantonen, die das Steuerungsinstrument der Globalbudgets nach Art. 51 KVG anwenden, und Kantonen, die davon nicht Gebrauch machen, vorzunehmen und Auskunft darüber zu geben, ob die mit der Einführung von SwissDRG verfolgten Ziele in Kantonen mit Globalbudgets erreicht werden.¹⁴ Gemäss Pflichtenheft soll die vorliegende Analyse vier Fragen beantworten:

- Welche Kantone machen im akutsomatischen Bereich von Globalbudgets nach Artikel 51 KVG Gebrauch?
- Wie wenden diese Artikel 51 KVG an?
- Wie wird sichergestellt, dass die Umsetzung von Artikel 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar ist bzw. wie wurden allfällige Widersprüche gelöst?
- Welche Auswirkungen haben Globalbudgets auf die Leistungsmengen und die Kosten¹⁵ des akutsomatischen Bereichs im Vergleich zu Kantonen, die Artikel 51 KVG nicht anwenden?

Ausgehend von diesen vier Fragestellungen haben wir zwei evaluative Fragen formuliert, die im Rahmen dieser Analyse ebenfalls beantwortet werden sollen:

- Ist die Umsetzung von Art. 51 KVG mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung vereinbar?

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

¹⁴ Ein Globalbudget stellt ein Finanzierungsinstrument dar, bei welchem ein pauschaler Betrag für eine bestimmte Leistungserbringung gewährt wird, über das der Leistungserbringer frei verfügen kann. Gemäss Art. 51 Abs. 1 KVG kann der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen.

¹⁵ In diesem Bericht stehen die Ausgaben verschiedener Kostenträger für akutsomatische Leistungen im Fokus. Aus diesem Grund werden Kosten und Ausgaben synonym verwendet. Es wird der im jeweiligen Kontext geläufige Begriff verwendet.

- Inwiefern werden die Ziele, die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgt werden, in Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, erreicht?

Methodisch wurden verschiedene Erhebungstechniken angewandt: leitfadengestützte Fachgespräche mit Vertreter/innen von Kantonen mit Globalbudgets, Dokumentenanalyse, standardisierte Spital- und Kantonsbefragung¹⁶, Auswertung sekundärer Datenquellen. Für eine Validierung und Ergänzung der Bestandsaufnahme in Bezug auf Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets für den Zeitraum 2012-2017 wurde zusätzlich eine (vornehmlich) telefonische Befragung bei allen Kantonen durchgeführt.

Methodentabelle

Thema/Frage \ Methode	Fachgespräche	Dokumentenanalyse	Spital- und Kantonsbefragung	Befragung der Kantone (B,S,S.)	Sekundäre Datenquellen
Kantone mit Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG (bezogen auf das Jahr 2017)		x	x		
Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung wie Globalbudgets (bezogen auf die Jahre 2012-2017)		x		x	
Anwendung von Art. 51 KVG	x	x			
Vereinbarkeit der Umsetzung	x	x			
Auswirkungen	x		x		x

Anwendung der Globalbudgets nach Art. 51 KVG in der Akutsomatik

Im Jahr 2017 wendeten drei Kantone Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG zur Finanzierung der Spitäler an. Dies waren die Kantone Tessin, Waadt und Genf. In der im Jahr 2017 angewandten Umsetzung wurde das Instrument primär zur Mengensteuerung eingesetzt und stellte eine Mischform zwischen Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (fixer Beitrag unabhängig von der effektiven Leistungsmenge) und der DRG-Vergütung (leistungsorientierte Vergütung mittels Beitrag pro Fall) dar.

Die Berechnung der Globalbudgets basierte vornehmlich auf prognostizierten oder vergangenen Leistungsmengen, in einem Fall zusätzlich auch auf dem Budget aus dem Vorjahr (u.U. mit Anpassungen aufgrund von Abweichungen davon); bei Überschreitung der festgelegten Mengen bzw. des Budgets wurden die zusätzlich erbrachten Leistungen teilweise oder gar nicht vergütet. Das heisst: Auch wenn ein Globalbudget angewandt wurde, war dieses nicht (in jedem Fall) unabhängig von der (tatsächlich) erbrachten Leistungsmenge.

¹⁶ Diese Befragungen wurden im Herbst 2017 im Rahmen der 2. Etappe der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung durch die Beratungsbüros INFRAS (Spitäler) und econcept (Kantone) durchgeführt.

Die konkrete Ausgestaltung kann durch folgende Eckpunkte zusammengefasst werden:

- Betroffene: Alle Spitäler oder auch nur eine Auswahl von Spitälern mit kantonalem Leistungsauftrag
- Berechnung: Fallzahlen bzw. Case Mix (Berechnungsgrundlage: Fallzahlen resp. Case Mix früherer Jahre oder gemäss Bedarfsplanung), teilweise auch Rückgriff auf Budget aus dem Vorjahr (u.U. mit Anpassungen aufgrund von Abweichungen davon)
- Vergütung (Kantonsanteil) bei einer Überschreitung der festgelegten Mengen: unterschiedlich, teilweise vergütet (analog muss bei einer Unterschreitung ein Teil der Vergütung rückerstattet werden), teilweise geht Überschreitung auch vollständig zu Lasten des Leistungserbringers
- Versicherer: DRG-Vergütung
- Ausserkantonale Spitalwahl: nicht betroffen

Vereinbarkeit mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden verschiedene Ziele verfolgt, insbesondere eine Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize, die Verstärkung von Wettbewerb und Effizienz sowie eine Erhöhung der Transparenz. Um diese und weitere Ziele zu erreichen, kennt die neue Spitalfinanzierung verschiedene Prinzipien resp. Elemente:

- Leistungsorientierung bei der Finanzierung und bei der Planung
- Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern
- Dual-fixe Finanzierung durch Kantone und Versicherungen
- Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals
- Auf einheitlichen Kriterien basierende, interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Planung

Es stellt sich die Frage, inwieweit das Instrument der Globalbudgets bzw. die Umsetzung von Art. 51 KVG mit diesen Prinzipien vereinbar ist. Zur Beantwortung dieser Frage wird die Umsetzung im Jahr 2017 herangezogen. Eine Analyse auf Basis der theoretischen Wirkungsmechanismen von Globalbudgets zeigt, dass die Vereinbarkeit grundsätzlich bejaht werden kann, vieles aber von der konkreten Umsetzung abhängt. Während das Konzept der Globalbudgets gemäss ökonomischer Theorie (Pauschale unabhängig von der Menge) in einem gewissen Widerspruch zur Leistungsfinanzierung steht, kann die von den Kantonen im Jahr 2017 mehrheitlich angewandte Mischform als vereinbar mit dem Prinzip der Leistungsorientierung bei der Finanzierung betrachtet werden. Abhängig von der konkreten Umsetzung von Art. 51 KVG kann die Vereinbarkeit mit dem Prinzip der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern beeinträchtigt sein. Konkret ist dies dann der Fall, wenn für die Finanzierung der Spitäler bzw. die Steuerung der Leistungsmengen für öffentliche und private Spitäler unterschiedliche Instrumente angewendet werden, wie dies in den Kantonen GE und VD im Jahr 2017 der Fall war. Ein Spannungsverhältnis eröffnet sich zwischen der dual-fixen Finanzierung und dem effektiven kantonalen Finanzierungsanteil. So bezieht sich der festgelegte Anteil von mindestens 55% der Kantone bei den Globalbudgets nur auf die *vereinbarten* Spitalleistungen. Gemäss Bundesgerichts-

scheid (BGE 138 II 398) ist dies jedoch KVG-konform, Mengenbeschränkungen also zulässig. In Bezug auf die erweiterte Spitalwahl kann es zu Einschränkungen kommen. Dies zumindest dann, wenn ein striktes Globalbudget gilt (wie im Kanton GE). Weniger problematisch ist, falls bei Überschreitung ein Abschlag erfolgt, also nicht die gesamte Vergütung wegfällt (wie in den Kantonen VD und TI). Da gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE 138 II 398) die Aufnahmepflicht nur im Rahmen der Leistungsaufträge gilt und diese Mengenbeschränkungen vorsehen können, wird das Prinzip aus rechtlicher Sicht nicht eingeschränkt. Die Umsetzung im Jahr 2017 ist vereinbar mit einer auf einheitlichen Kriterien basierenden, interkantonal koordinierten und bedarfsgerechten Planung.

Wirkung auf Leistungsmengen und Ausgaben

Um die Wirkungen der Globalbudgets zu beurteilen, wird ein Vergleich zwischen den Kantonen, die in den Jahren 2012-2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewendet haben und Kantonen, die dieses Instrument nicht verwendet haben, durchgeführt.¹⁷ Neben Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG können Kantone noch andere Instrumente der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung anwenden (direkte Mengenbeschränkung, degressive Vergütung). Für die Analyse der Wirkung sind diese Kantone ebenfalls der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets zuzuordnen. Als Selektionskriterien für die Aufnahme eines Kantons in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets gelten somit folgende zwei Kriterien (dabei muss min. eines der beiden erfüllt sein): 1) Anwendung eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG, 2) Anwendung von alternativen Instrumenten der Mengensteuerung mit ähnlicher Wirkung. Die vorgenannten Instrumente müssen im Analysezeitraum zwischen 2012-2015 zumindest mehrheitlich angewandt worden sein. Gemäss diesen Kriterien lassen sich die Kantone Tessin, Waadt, Genf und Neuenburg in die Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung einteilen. Bei der Interpretation gilt es zu beachten, dass die Ergebnisse im Rahmen der Grenzen der Aussagekraft der untersuchten Indikatoren gelten. Auf diese Grenzen wird, jeweils separat für den betrachteten Indikator, eingegangen. Das Ergebnis in Bezug auf die Entwicklung der Leistungsmengen und verschiedener OKP-bezogener Ausgabenindikatoren (jeweils pro Kopf-Betrachtung) wird nachfolgend zusammengefasst (vgl. Tabelle auf Seite xxxvi):

- *OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)*: Das Wachstum der OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) ist in den Kantonen, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weniger stark ausgeprägt als in den Kantonen, die im selben Zeitraum weder Globalbudgets noch alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben.
- *OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf)*: Die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, weist trotz der moderateren Mengenentwicklung (s.o.) für den Zeitraum 2012-2015 ein gleich hohes durchschnittliches

¹⁷ Globalbudgets, die vor 2012 zur Finanzierung von Spitälern zur Anwendung kamen, sind nicht Gegenstand dieser Analyse.

jährliches Ausgabenwachstum auf wie die Gruppe der anderen Kantone. Dieses Resultat kann mit einem stärkeren Rückgang der Baserates in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung erklärt werden. Ein möglicher Grund für den weniger stark ausgeprägten Preisrückgang in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung kann darin liegen, dass in dieser Gruppe aufgrund der Anwendung von AP-DRG vor 2012 zur Vergütung von stationären Spitalleistungen in der Akutsomatik die mit der Einführung von SwissDRG erwarteten Effizienzsteigerungen bereits vor 2012 realisiert wurden. Das hat möglicherweise zu einem weniger starken Druck auf die Basispreise in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung geführt. Daneben gilt es weitere Einflussfaktoren zu beachten: Auf der einen Seite kann die Ausgabenentwicklung aufgrund eines tieferen Ausgabenniveaus im Zeitraum 2012-2015 in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung relativ stärker ausgefallen sein als in der Gruppe der anderen Kantone (Basiseffekt). Auf der anderen Seite ist in den Kantonen ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung der demografische Effekt (Alterung der Bevölkerung) stärker ausgeprägt, was im Zeitraum 2012-2015 zu einer relativ stärkeren Zunahme der Ausgaben in dieser Kantonsgruppe geführt hat. Weiter hat der Umstand, dass einige Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, den kantonalen Finanzierungsanteil im Rahmen der vom Gesetz vorgesehenen Übergangsfrist schrittweise auf 55% angepasst haben, zu einem gedämpften Ausgabenanstieg in dieser Kantonsgruppe beigetragen. Wird dieser kostendämpfende Effekt herausgerechnet, liegt das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik) (pro Kopf) in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung über dem Wachstum in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung. Auf der Grundlage der in diesem Bericht vorliegenden Informationen ist keine abschliessende Einschätzung zum Gesamteffekt möglich.

- *OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant, alle Versorgungsbereiche) (pro Kopf):* Die Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weisen in Bezug auf die OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) ein leicht tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum auf als die anderen Kantone. Dabei gilt es zu beachten, dass erstere im Analysezeitraum ein relativ hohes Ausgabenniveau aufwiesen und Veränderungen relativ betrachtet weniger ausgeprägt ausgefallen sein können (Basiseffekt). Die OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) sind insofern interessant, als sich systematische Unterschiede zwischen den beiden Kantonsgruppen in Bezug auf Leistungsverschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich in den OKP-Ausgaben ambulant (pro Kopf) widerspiegeln sollten, falls solche durch Globalbudgets und/oder alternative Instrumente ausgelöst werden. Die Resultate lassen allerdings keinen eindeutigen Schluss in Bezug auf Leistungs- und Kostenverschiebungen zu.

- *OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten) (pro Kopf)*: In Bezug auf die OKP-Ausgaben Total weisen beide Kantonsgruppen im Zeitraum 2012-2015 ein vergleichbares durchschnittliches jährliches Wachstum auf. Ein Basiseffekt kann auch hier dafür verantwortlich sein, dass Ausgabensteigerungen in den Kantonen mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung weniger stark ins Gewicht fallen als in der Gruppe der anderen Kantone. Unter Berücksichtigung des Demografie-Effekts würde das durchschnittliche jährliche Wachstum in der Gruppe der Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015 tiefer ausfallen als in der Gruppe der Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung.

Das Instrument des Globalbudgets und die alternativen Instrumente der Mengensteuerung (wie sie in der Praxis angewendet werden) zielen zwar auf die kantonalen Ausgaben ab. Sofern die Anreize, medizinisch nicht indizierte Leistungen zu erbringen, mit der Anwendung der Globalbudgets reduziert werden, müsste auch die OKP davon profitiert haben (im Sinne einer gedämpften Ausgabenentwicklung). Dieser Effekt kann auf der Grundlage der oben präsentierten Resultate allerdings nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse für die weiteren Ausgabenindikatoren können wie folgt zusammengefasst werden:

- *Ausgaben der Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (jeweils pro Kopf)*: In Bezug auf die Ausgaben der Kantone für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen) schneiden die Kantone, die im Zeitraum zwischen 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, schlechter ab als die Gruppe der anderen Kantone. Dieses Resultat hängt allerdings massgeblich von der starken Abnahme der kantonalen Investitionen zwischen 2012 und 2013 in der Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, ab. Diese Veränderung kann mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden: Neben den Betriebskosten sind nach neuer Spitalfinanzierung auch die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt und werden nicht mehr nur vom Kanton getragen. Werden die kantonalen Investitionen aus der Analyse ausgeschlossen oder wird die Analyse auf den Zeitraum 2013-2015 eingeschränkt, kehrt das Resultat; die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, weist dann ein tieferes durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum auf als die Gruppe der anderen Kantone. Unter Berücksichtigung dieses Einflusses schneidet die Gruppe der Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet hat, zumindest im Zeitraum 2013-2015 in Bezug auf die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich) (pro Kopf) besser ab als die Gruppe der anderen Kantone. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses gilt es zu beachten, dass der hier betrachtete Indikator auch kantonale

Ausgaben für GWL einschliesst. Eine Bereinigung des Indikators um die kantonalen Ausgaben für GWL wurde geprüft, aufgrund einer unzureichenden Datenlage konnte eine Bereinigung allerdings nicht durchgeführt werden. Für die Untersuchung stand somit nicht derjenige Indikator zur Verfügung, der idealerweise herangezogen werden sollte. Veränderungen in den kantonalen Ausgaben für GWL, sofern diese in den zwei Kantonsgruppen für die betrachtete Zeitperiode unterschiedlich ausgefallen sind, können somit das Resultat beeinflusst haben.

- *Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich (stationär und ambulant; Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) (jeweils pro Kopf):* Bei diesem Indikator schneiden die Kantone, die im Zeitraum zwischen 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben, schlechter ab als die Gruppe der anderen Kantone.

Insgesamt vermitteln die untersuchten Indikatoren kein eindeutiges Bild. Weiter gilt es zu beachten, dass die Entwicklung der betrachteten Indikatoren noch von weiteren Einflussfaktoren abhängt – innerhalb und ausserhalb der KVG-Revision. Für den Einfluss dieser Faktoren konnte teils aus methodischen Gründen (deskriptive Analyse), teils auch darum, weil sie nicht gemessen werden können, nicht vollständig kontrolliert werden. Die Auswertungen können entsprechend erste Hinweise auf einen Einfluss von Globalbudgets auf die Ausgabenentwicklung geben. Abschliessende Aussagen sind allerdings nicht möglich.

Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015

	Kantone mit Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone ohne Globalbudgets oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)	0,6%	1,2%
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	0,1%	0,1%
OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant)	4,4%	4,7%
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	2,7%	2,7%
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	1,8%	-1,2%
Ausgaben Kantone & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	1,4%	-0,4%
Ausgaben aller Finanzierungsträger ^(a) für Spitalbereich (stationär und ambulant)	3,2%	2,4%

Quellen: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS), Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (BAG) bzw. Datenpool SASIS AG; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS); Auswertungen Obsan und B,S,S.; Anmerkungen: ^(a) Finanzierungsträger: Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

Um diese Entwicklung einordnen zu können, bietet sich eine Orientierung an anderen Grössen an, insbesondere dem BIP- und Lohnwachstum. Über diese Grössen lässt sich ein Bezug zur Einkommensentwicklung herstellen. Das Einkommen gilt als wichtige Determinante der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (und damit als Treiber der Gesundheitsausgaben). Nachfolgend werden die Resultate für das BIP-Wachstum aufgezeigt. Sofern sich aus dem Vergleich mit dem Lohnwachstum eine unterschiedliche Einschätzung ergeben sollte, wird diese bei der Beurteilung mit einbezogen. Als Indikator zur Messung der Zielerreichung wird nachfolgend die Differenz zwischen dem durchschnittlichen jährlichen Ausgabenwachstum (pro Kopf) und dem durchschnittlichen jährlichen nationalen BIP-Wachstum (pro Kopf) (jeweils in %) verwendet.¹⁸ Das Ziel der Kosteneindämmung kann als erreicht betrachtet werden, wenn

- der Indikator in der Periode 2012-2015 einen Wert von kleiner gleich Null aufweist. In diesem Fall würde sich das Ausgabenwachstum im Rahmen des BIP-Wachstums bewegen.
- der Indikator in der Periode 2012-2015 einen tieferen Wert als in der Periode 2005-2011 aufweist. Das zweite Kriterium kommt dann zum Zug, wenn das erste Kriterium nicht erfüllt ist. In diesem Fall ist das Ausgabenwachstum grösser als das BIP-Wachstum. Allerdings klaffen BIP- und Ausgabenwachstum weniger stark auseinander als in der vorangegangenen Betrachtungsperiode.

Das Kosteneindämmungsziel wird in beiden Kantonsgruppen nur teilweise erreicht, wie nachfolgende Tabelle aufzeigt. Wie bei den Resultaten zur Entwicklung der Leistungsmengen und Ausgaben gilt es wiederum zu beachten, dass der Einfluss (positiv/keiner/negativ) der Anwendung von Globalbudgets und/oder alternativen Instrumenten der Mengensteuerung auf die Zielerreichung nicht abschliessend beurteilt werden kann, da die Analyse keine kausalen Interpretationen zulässt.

¹⁸ Vgl. Expertenbericht (2017), Bundesrat (2016). Bundesrat (1991).

Bewertung Ausgabenentwicklung im Vergleich zur nationalen BIP-Entwicklung

Bereich	Kantone	Beurteilungskriterium		Gesamtbewertung
		Durchschnittliches jährliches Ausgabenwachstum ist 2012-2015 kleiner oder gleich jährliches BIP-Wachstum (pro Kopf Betrachtung)	Differenz zwischen durchschnittlichem jährlichen Ausgaben- und BIP-Wachstum 2012-2015 geringer als 2005-2011 (pro Kopf Betrachtung) (sofern das erste Kriterium nicht erfüllt ist)	
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	GB	✓	(a)	✓
	Andere	✓	(a)	✓
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	GB	✗	✗	✗
	Andere	✗	✗	✗
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesamter stationärer Spitalbereich)	GB	✗	✗	✗ ^(b)
	Andere	✓	(a)	✓ ^(c)
Ausgaben aller Finanzierungsträger für Spitalbereich (stationär und ambulant)	GB	✗	(d)	✗
	Andere	✗	(d)	✗

Anmerkung: GB: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 Globalbudgets und/oder alternative Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben; Andere: Kantone, die im Zeitraum 2012-2015 keine Globalbudgets oder alternativen Instrumente der Mengensteuerung angewendet haben. ✓ = erreicht, ✗ nicht erreicht. Berücksichtigt werden jeweils pro-Kopf-Werte. ^(a) Keine Beurteilung, da erstes Kriterium erfüllt. ^(b) Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(c) Bei dieser Einschätzung muss beachtet werden: Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen der BIP-Entwicklung gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nicht erfüllt. Wird die Entwicklung der kantonalen Ausgaben für stationäre Spitalleistungen (inkl. GWL) ohne kantonale Investitionen dem Lohnwachstum gegenübergestellt, wird das Kostendämpfungsziel nach dem zweiten Kriterium erfüllt. ^(d) Keine Bewertung möglich, da Daten erst ab dem Jahr 2010 zur Verfügung stehen.

Weitere Wirkungen

In Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung sind Reaktionen der Spitäler wahrscheinlich – teilweise erwünscht, teilweise unerwünscht. Diese Thematik wird im Schlussbericht von B,S,S. im Themenbereich "Kosten und Finanzierung" vertieft analysiert. In der vorliegenden Analyse wird nur auf Reaktionen eingegangen, die durch das Instrument der Globalbudgets möglicherweise beeinflusst werden:

- Der Anreiz zur Mengenausdehnung, der bei der DRG-Vergütung besteht, wird vermindert. Dies zeigt sich sowohl aus theoretischer wie auch empirischer Sicht (Spitalbefragung).
- Weiter steht die Befürchtung einer Rationierung (d.h. das Vorenthalten von Leistungen, die der betroffenen Person einen Nutzen stiften würden) im Raum, wenn die Mengensteuerung zu restriktiv erfolgt. In der Praxis zeigt sich, dass diese Befürchtung zu relativieren ist: Die Einwohner/innen der Kantone, die Globalbudgets anwenden, beziehen weit unterdurchschnittlich oft ausserkantonale Leistungen. Dies hängt selbstverständlich auch mit den Charakteristika dieser Kantone zusammen (Lage, Sprache, Angebot), aber dennoch: Wenn es zu einer Unterversorgung kommen würde, müsste sich dies unseres Erachtens im ausserkantonalen Leistungsbezug abbilden.

Insgesamt finden sich Hinweise darauf, dass der mit dem DRG-System verbundene Anreiz zur Mengenausweitung durch Globalbudgets vermindert wird. Weiter sind empirisch keine negativen Wirkungen des Instruments Globalbudget auf die Ziele Wettbewerb und Effizienz zu erkennen. Dabei gilt es zu beachten, dass diese Beurteilung mehrheitlich auf subjektiven Einschätzungen von Spitalern und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsstellen der Kantone Tessin, Waadt und Genf basiert.

Fazit

Im Ergebnis lässt sich sagen, dass das Instrument der Globalbudgets aus theoretischer Sicht neben der DRG-Vergütung angewendet werden kann und mit den mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen und den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung sowie den damit intendierten Wirkungen grundsätzlich vereinbar ist. In der konkreten Anwendung aber ist das Instrument in Bezug auf die Vereinbarkeit mit gewissen Prinzipien des DRG-Systems – weniger aus rechtlicher als vielmehr aus ökonomischer Sicht – und der Vereinbarkeit mit gewissen Zielen der neuen Spitalfinanzierung (Wettbewerb) kritisch zu beurteilen. Aus theoretischer Sicht kann das Instrument der Globalbudgets die Wirkung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung (insb. in Bezug auf die Kostendämpfung) unterstützen. Die Frage, welche Auswirkungen Globalbudgets und alternative Instrumente der Mengensteuerung auf die Leistungsmengen und die Kosten des akutsomatischen Bereichs haben, kann aufgrund der Grenzen der Aussagekraft der Informationen, die im Rahmen dieses Berichts aufbereitet wurden, allerdings nicht abschliessend beantwortet werden.

1. Contexte

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.¹⁹ Elle incluait plusieurs mesures. Les éléments principaux sont la rémunération des prestations hospitalières sous forme de forfaits liés aux prestations (basés sur des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse²⁰), le financement dual fixe de ces forfaits (qui règlent les coûts d'exploitation ainsi que les investissements des hôpitaux) par les assureurs et les cantons, les planifications hospitalières cantonales selon des critères d'économicité et de qualité uniformes pour l'ensemble de la Suisse, ainsi que l'obligation des cantons d'assurer la coordination intercantonale de la planification hospitalière, le renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital et l'élargissement de la base d'information sur l'économicité et la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Les nouvelles règles de financement sont majoritairement mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012. Les effets de la révision de la LAMal seront évaluées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La première étape (2012-2015) de l'évaluation a été conclue par le rapport intermédiaire de l'OFSP au Conseil fédéral. Les effets de la révision de la LAMal dans trois domaines thématiques (« coûts et financement du système de soins », « qualité des prestations hospitalières stationnaires », « évolution du paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins ») ont fait l'objet d'un examen approfondi durant la deuxième étape (2016-2018).²¹

La société *B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung* a été chargée de l'évaluation du domaine thématique Coûts et financement du système de soins. Cette évaluation est actuellement en cours d'élaboration²² et a pour but de *présenter* et d'*évaluer* la mise en œuvre et les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les coûts et le financement du système de soins, mais aussi de mettre en lumière les éventuelles adaptations législatives requises ou les mesures nécessaires concernant la mise en œuvre des mesures. Le mandat d'évaluation inclut également la mise à disposition de bases en réponse au postulat 14.3385 « *Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons* ». ²³

Ce postulat charge le Conseil fédéral d'élaborer un rapport sur l'application des DRG et notamment de comparer la situation des cantons qui appliquent l'instrument de gestion des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal avec la situation des cantons qui n'en font pas usage.²⁴ Le rapport du Conseil fédéral doit préciser si les objectifs poursuivis avec l'introduction du système DRG ont été atteints ou non dans les cantons qui utilisent l'instrument

¹⁹ Les Chambres fédérales ont adopté la révision le 21 décembre 2007.

²⁰ Un système basé sur des groupes de patients liés au diagnostic (*Diagnosis Related Groups*, DRG) a été introduit dans les soins somatiques aigus avec les SwissDRG.

²¹ Pour de plus amples informations sur l'évaluation, cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

²² Ce rapport sera publié conjointement avec le rapport final de l'évaluation en 2019.

²³ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143385>.

²⁴ Conformément à l'art. 51, al. 1, LAMal, le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition

de gestion des budgets globaux prévu à l'art. 51 LAMal. Citons également, en rapport avec le postulat 14.3385, l'initiative parlementaire Bortoluzzi 12.500 (qui visait une abrogation de l'art. 51 LAMal, car il va à l'encontre du financement lié aux prestations) et le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 20 février 2014 qui s'y réfère (ci-après dénommé rapport CSSS-N).²⁵

Ce rapport met l'accent sur la rémunération des prestations hospitalières dans les soins somatiques aigus. Le système DRG est en vigueur depuis 2012. Dans la psychiatrie et la réadaptation, la rémunération était jusqu'à présent assurée par des forfaits par cas. De nouveaux systèmes de rémunération basés sur les prestations ont été introduit début 2018 (psychiatrie : TARPSY) ou le seront vraisemblablement dès 2022 (réadaptation : ST Reha). Le présent rapport ne porte donc pas sur la rémunération des prestations hospitalières dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. Les résultats présentés dans cette étude ne permettent pas de tirer de conclusions quant à ces deux derniers domaines.

2. Conception de l'étude

Les questions *descriptives* suivantes peuvent être déduites du mandat du postulat (cf. chapitre 1)²⁶ :

- I. Quels sont les cantons qui utilisent des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus ?
- II. Comment appliquent-ils l'art. 51 LAMal ?
- III. Comment s'assure-t-on que la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier et comment les contradictions éventuelles ont-elles été réglées ?
- IV. Quelles sont les conséquences des budgets globaux sur les volumes de prestations et les coûts des soins somatiques aigus en comparaison avec les cantons qui n'appliquent pas l'art. 51 LAMal ?

Nous en avons déduit deux questions *évaluatives*, auxquelles nous répondons dans les chapitres 4 et 5 (les critères d'évaluation figurent entre parenthèses) :

1. La mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est-elle compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier ? (*Adéquation* : l'application des budgets globaux a un effet négatif/nul/positif sur la mise en œuvre des principes du nouveau financement hospitalier.)
2. Dans quelle mesure les objectifs poursuivis avec l'introduction du système DRG sont-ils atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal ? (*Efficacité* : l'application des budgets globaux a un effet négatif/nul/positif sur les résultats escomptés/souhaités du système DRG.)

La réponse aux questions descriptives et évaluatives combine différentes méthodes :

des coûts selon l'art. 49a (financement dual fixe) est réservée. L'art. 51 LAMal est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996.

²⁵ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20120500>.

²⁶ Ces questions ont été formulées dans le cahier des charges de l'OFSP relatif à l'évaluation.

- *Entretiens spécialisés* : nous avons mené des entretiens spécialisés avec un représentant des autorités sanitaires des cantons appliquant un budget global. Un guide d'entretien semi-structuré, dont le projet a été discuté conjointement avec des représentants de l'OFSP et de la CDS, a été mis au point pour les entretiens spécialisés. Ces entretiens ont été conduits par téléphone entre octobre et novembre 2017. Les autorités sanitaires concernées et le guide d'entretien figurent dans l'annexe II.²⁷
- *Analyse de documents* : des informations ont été recueillies dans différents documents « cantonaux » (documents de planification hospitalière, lois, etc.) afin de compléter les informations obtenues dans le cadre des entretiens avec les cantons. Des études consacrées à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (études des mandats d'évaluation de l'OFSP et de tiers²⁸) ont par ailleurs été prises en compte.
- *Enquête auprès des hôpitaux et des cantons* : les enquêtes réalisées auprès des hôpitaux et des cantons par les agences de conseil Infrac (hôpitaux) et econcept (cantons) à l'automne 2017, dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, ont servi de sources d'information supplémentaires (ci-après « enquête auprès des hôpitaux » et « enquête auprès des cantons »).²⁹
- *Enquête complémentaire auprès des cantons (B,S,S.)* : en juin 2018, dans le cadre d'une enquête téléphonique auprès de tous les cantons, B,S,S. a validé, corrigé et/ou complété si nécessaire un état des lieux de l'application des instruments de gestion des quantités dans les cantons, basé sur la littérature et la documentation et spécialement élaboré au préalable.
- *Analyse des données secondaires* : nous avons eu recours à différentes données secondaires pour analyser les effets : Statistique médicale des hôpitaux et Statistique des hôpitaux (OFS), Coûts et financement du système de santé (OFS), Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA³⁰, Comptabilité nationale (CN) (OFS), Indice suisse des salaires (OFS). L'analyse de ces données est descriptive. Les effets résultant de variables tierces sont enregistrés de manière qualitative, si possible. Il est renoncé à une analyse causale moyennant un modèle de régression, car le dispositif expérimental ne se prête pas à une estimation solide (c.-à-d. identifiant si possible l'effet causal des budgets globaux).³¹

²⁷ Nous remercions les personnes interrogées pour les entretiens et pour avoir répondu aux questions.

²⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>

²⁹ Les enquêtes sont décrites dans le rapport final sur le domaine thématique « Coûts et financement », qui sera établi dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et sera disponible en 2019.

³⁰ Situation en juin 2018.

³¹ Non seulement le début de l'application des budgets globaux se situe en dehors de la période d'analyse choisie de 2012-2015, mais il est également en partie extérieur à la période couverte par les séries de données disponibles. Les instruments des budgets globaux ont en outre été adaptés dans le sillage des adaptations cantonales consécutives à la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Il n'est

Période : la période d'analyse primaire couvre les années 2012-2015. Compte tenu du postulat 14.3385, le début de la période d'analyse a été fixé en 2012, car l'examen des effets des budgets globaux et de leurs interactions avec le nouveau financement hospitalier est essentiel. Les années postérieures à 2015 ne peuvent pas être prises en compte, faute de données disponibles. La période d'analyse est élargie aux années 2005-2011 pour permettre des comparaisons avant/après. Notons à cet égard que les cantons finançaient les prestations hospitalières dans le domaine de l'AOS au moyen de contributions aux hôpitaux (subventions) avant 2012 (cf. Rüttsche 2011). Un certain nombre de cantons versait ces contributions sous forme de budgets globaux.³² Or les budgets globaux tels qu'ils étaient appliqués avant 2012 ne font pas l'objet de cette analyse.

Le Tableau 1 présente les méthodes utilisées pour répondre aux questions évoquées précédemment. Les principaux résultats des analyses suivantes sont résumés à la fin de chaque partie, sous forme de conclusions dans un encadré.

Tableau 1 *Tableau des méthodes*

Thème / question	Méthode	Entretiens spécialisés	Analyse des documents	Enquête auprès des hôpitaux et des cantons	Enquête auprès des cantons (B,S,S.)	Sources de données secondaires
Cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal (en référence à l'année 2017)			x	x		
Cantons avec des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable aux budgets globaux (en référence aux années 2012-2017)			x		x	
Application de l'art. 51 LAMal		x	x			
Conformité de la mise en œuvre		x	x			
Effets		x		x		x

donc pas possible d'isoler l'effet des budgets globaux des effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux.

³² Cf. à ce sujet le récapitulatif des structures des tarifs hospitaliers par la CDS (y compris la base de calcul de la part cantonale) dans tous les cantons (situation en 2007), disponible en ligne sur : <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=572&l=1&L=1> (dernière consultation le 12 juin 2018)

3. Application des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités

3.1. Instrument « Budget global » et instruments alternatifs de gestion des quantités

Un budget global constitue un instrument de financement, dans lequel un montant forfaitaire est accordé pour la fourniture d'une certaine prestation, montant dont le fournisseur de prestations peut disposer librement. Les budgets globaux selon l'art. 51 LAMal sont autorisés dans le domaine du financement des hôpitaux (et des EMS). Le financement des prestations assujetties à la LAMal est réglé par la LAMal elle-même. La réglementation du financement des autres prestations (p. ex., prestations d'intérêt général (PIG))³³ incombe aux cantons.

Art. 51 LAMal Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux

¹ Le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49a³⁴ est réservée.

² Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

La discussion se concentre ci-après sur la rémunération des prestations hospitalières stationnaires assujetties à la LAMal dans les soins somatiques aigus. Cette approche est suggérée par le postulat 14.3385 « Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons » qui se réfère directement au système DRG.

Le *budget global* selon la théorie économique prescrit un *montant de dépenses* fixe pour la rémunération des prestations fournies au cours d'une certaine période.³⁵ Dans la Figure 1, la rémunération au moyen du budget global est représentée par la ligne horizontale traversant le point (100, 0). En cas d'application rigoureuse d'un budget global pour la rémunération de l'activité, le montant de la rémunération est indépendant de l'étendue de l'activité réalisée (c.-à-d. de la fourniture de prestations). Les lignes à gauche et à droite du point (100, 0) sont par conséquent horizontales. En ce sens, le budget global doit être considéré comme un instrument de contrôle des coûts et donc, aussi, de sécurité de la planification.

Dans la *rémunération basée sur les DRG*, la rémunération d'un cas s'effectue en revanche par le biais des forfaits par cas. Le montant du forfait respectif dépend de l'affectation du cas à un groupe homogène de diagnostic (DRG) et du *base rate* (tarif hospitalier). Les

³³ Selon la LAMal, celles-ci incluent notamment (art. 49, al. 3): a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ; b. la recherche et la formation universitaire. À l'art. 49, al. 3, la LAMal exclut le financement des coûts des PIG à la charge de l'AOS.

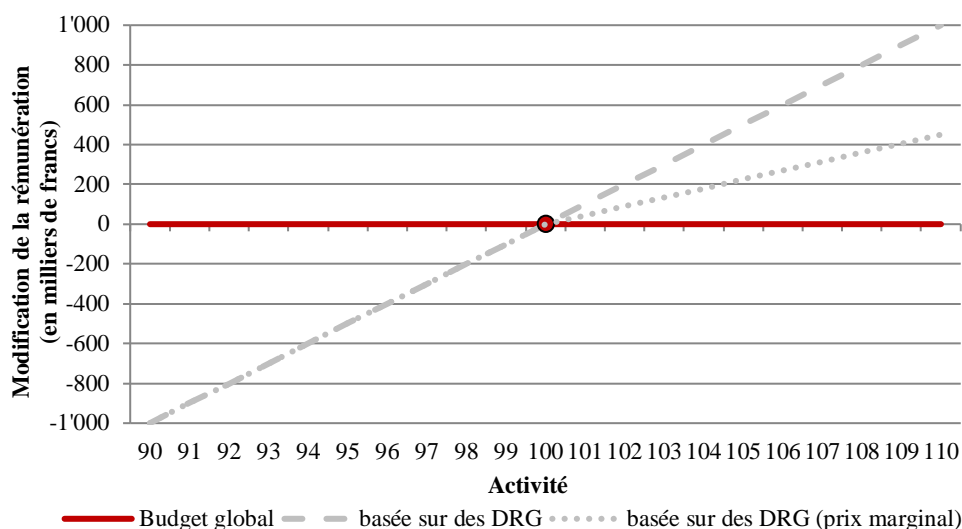
³⁴ Notamment l'art. 49a, al. 1-2, LAMal : « Les rémunérations [...] sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective. [...] Celle-ci se monte à 55 % au moins. »

³⁵ Cf. p. ex. Street et al. (2011), Geruso et al. (2016).

groupes de cas doivent regrouper les cas similaires en termes de charge médicale et économique (cf. Hölzer & Schmidt 2010). À chaque groupe de cas peut être affecté un *cost-weight* reflétant la consommation relative de ressources. La rémunération de tous les cas de traitement s'obtient par la somme des *cost-weights* évalués avec le *baserate*. La somme des *cost-weights* est appelée *case mix*.

La rémunération basée sur les DRG peut revêtir différentes formes (cf. à ce sujet les explications dans Street et al. 2011, p. 96 ss). Dans le cas le plus simple (= système SwissDRG), la rémunération est linéaire, ce qui signifie que la rémunération de l'hôpital résulte de la multiplication du *case mix* (CM) de l'hôpital (ci-après qualifié d'activité) par le *baserate*. La Figure 1 présente la rémunération linéaire sous la forme d'une ligne grise en pointillé. Les écarts par rapport à l'activité attendue d'une unité se traduisent par une augmentation ou une diminution de la rémunération à hauteur du *baserate*. Une rémunération marginale est également possible (représentée sous la forme d'une ligne pointillée grise). Une certaine activité est alors définie, à partir de laquelle une unité supplémentaire n'est plus rémunérée au prix complet, mais seulement à hauteur d'une certaine part α du *baserate* ($0 < \alpha < 1$).³⁶

Figure 1 Représentation schématique des modèles de rémunération



Source : schéma réalisé par B,S,S. à partir de Street et al. (2011). Remarques : comme dans les figures suivantes, nous nous référons ici à un exemple fictif, pour expliciter les systèmes de rémunération. Cet exemple est caractérisé par les valeurs de référence suivantes : activité (de référence) (*case mix*) = 100, *baserate* = 100.

Les présents documents et expertises (CDS 2018, CSSS-N 2014, Rüttsche 2012 & 2015) donnent de premières indications concernant l'application concrète de l'instrument de gestion des budgets globaux pour le financement des hôpitaux. Les budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal peuvent être utilisés dans le cadre d'une *gestion des quantités* visant à empêcher une augmentation des prestations sans indication médicale ou à maîtriser la

³⁶ Si $\alpha = 0$, l'hôpital ne perçoit plus de rémunération pour les cas de traitement excédant l'activité convenue. Si $\alpha = 1$, la rémunération linéaire s'applique.

hausse des coûts.³⁷ Selon la CDS (2018), les cantons peuvent utiliser d'autres instruments en plus des budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal (fixation d'un plafond budgétaire) pour la gestion des quantités³⁸ : un nombre maximal de cas ou un CM maximal est défini pour la *limitation directe des quantités*. Il n'y a plus de rémunération en cas de dépassement. Concernant la part cantonale : le canton ne verse sa contribution que jusqu'à ce qu'un certain nombre de cas / un certain CM soit atteint. Si la limitation des quantités est prévue dans le mandat de prestations de l'hôpital, la CDS (2018) considère que l'admission à facturer à la charge de l'AOS n'existe plus en cas de dépassement de la quantité maximale. Un nombre maximal de cas ou un CM maximal est défini par analogie avec la limitation directe des quantités dans le cas d'une *rémunération dégressive* (on parle aussi souvent de *tarifs dégressifs* dans la pratique). Le dépassement de la quantité définie (cas, CM) donne lieu à une retenue sur la part cantonale aux forfaits par cas pour la quantité qui excède le plafond. En termes d'effets, ces instruments de gestion des quantités doivent être évalués de la même manière que les budgets globaux.

Certaines informations dans les documents laissent à penser que l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal peut différer de l'idéal théorique – et inclure des éléments des instruments alternatifs de gestion des quantités précités – ou que les instruments sont appliqués parallèlement. Selon la CSSS-N (2014), les volumes de prestations pronostiqués constituent la base des budgets globaux. Plus précisément, les budgets globaux reposeraient sur une gestion des volumes de prestations dans le cadre de la planification hospitalière (cf. Rüttsche 2015, Cm 57 & 68). Selon la CSSS-N (2014), seuls les coûts marginaux pour les prestations fournies en sus sont rémunérés en cas de dépassement des quantités définies. En d'autres termes : même si un budget global est appliqué, il n'est pas indépendant du volume des prestations (effectivement) fournies. Il y a une forte ressemblance avec la rémunération basée sur les DRG avec un prix marginal (cf. Figure 1) et avec la rémunération dégressive. Les effets incitatifs oscilleront donc entre ceux d'une rémunération basée sur les DRG et un budget global strict. Autrement dit : les budgets globaux appliqués dans le domaine du financement des hôpitaux constituent des formes mixtes entre les budgets globaux selon la théorie économique et la rémunération linéaire basée sur les DRG.

³⁷ Cf. CDS (2018, p. 16 s.) pour une recommandation concernant la gestion des quantités. D'autres fonctions des budgets globaux, telles que la répartition des risques entre les fournisseurs de prestations et le canton ainsi que l'aide à la planification (p. ex., dans le cas d'un budget global qui ne dépend pas des volumes de prestations effectifs, le canton ne supporte aucun risque, contrairement aux fournisseurs de prestations), ont cependant également été évoqués lors des entretiens spécialisés.

³⁸ Selon Rüttsche (2011, section 3.2), les cantons ont le droit de gérer les quantités, mais ne sont pas tenus de le faire.

Encadré I Bilan intermédiaire : Instrument « Budget global » et instruments alternatifs de gestion des quantités

Le budget global en théorie :

- Montant global pour la rémunération des prestations, indépendamment des coûts effectifs et des volumes de prestations
- Instrument pour le contrôle des dépenses, mais aussi autres fonctions (répartition des risques entre le canton et les hôpitaux, aide à la planification)

Le budget global dans la pratique (définition d'un plafond budgétaire) :

- Forme mixte entre le budget global selon la théorie et la rémunération linéaire basée sur les DRG
- Instrument pour la gestion des quantités, mais aussi autres fonctions (répartition des risques entre le canton et les hôpitaux, aide à la planification)

Autres instruments pour la gestion des quantités ayant un effet similaire aux budgets globaux :

- Limitation directe des quantités : nombre maximal de cas ou un CM maximal – aucune rémunération par le canton en cas de dépassement
- Rémunération dégressive : nombre maximal de cas ou un CM maximal – retenue sur la rémunération par le canton en cas de dépassement

3.2. Cantons avec budgets globaux et instruments alternatifs de gestion des quantités

Ce chapitre dresse un état des lieux des cantons qui ont fait usage des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal durant les années 2012-2017. La présente étude et le postulat portent précisément sur l'art. 51 LAMal et l'instrument des budgets globaux. Dans les faits, les instruments alternatifs de gestion des quantités évoqués au chapitre précédent ont un effet comparable à celui des budgets globaux ou sont même combinés avec ces derniers (cf. à ce propos les explications au chapitre 3.3). C'est la raison pour laquelle, nous avons complété l'état des lieux avec ces instruments. Afin de collecter des informations sur l'application des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités, nous avons dans un premier temps consulté les documents (p. ex. CSSS-N 2014) et études (Widmer et al. 2013, 2016) existants et recouru aux informations issues de l'enquête auprès des cantons qui a été réalisée dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, à l'automne 2017. Sur cette base, nous avons élaboré un état des lieux, que nous avons validé et, si nécessaire, corrigé et/ou complété dans un deuxième temps, dans le cadre d'une enquête téléphonique auprès de tous les cantons en juin 2018. Le Tableau 2 résume l'état des lieux.

Tableau 2 *Aperçu de l'utilisation des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et des instruments alternatifs de gestion des quantités*

Instrument	Cantons	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal	TI, VD ⁽¹⁾ , GE ⁽²⁾	x	x	x	x	x	x
	NE ⁽³⁾	x	x	x			
Limitation directe des quantités	VD ⁽⁴⁾ , GE ⁽⁴⁾	x	x	x	x	x	x
	NE ⁽⁵⁾		x	x	x	x	x
Rémunération dégressive ⁽⁶⁾	VS				x	x	x

Remarque : enquête téléphonique auprès des cantons par B,S,S. en juin 2018. La période d'analyse qui inclut les années 2012-2015 est grisée.

⁽¹⁾ Uniquement pour les hôpitaux avec un mandat de prestations complet.

⁽²⁾ Pour tous les hôpitaux. Des pourcentages sont en outre définis pour les hôpitaux privés.

⁽³⁾ En 2012, le budget global s'appliquait également à l'Hôpital de la Providence. Seulement à l'Hôpital neuchâtelois (HNE) en 2013 et 2014.

⁽⁴⁾ Application de pourcentages (nombre maximal de cas, en référence aux patients qui sont uniquement au bénéfice de l'assurance de base) aux hôpitaux privés (canton de Genève) ou aux hôpitaux ayant un mandat de prestations restreint (également des hôpitaux privés dans les faits) (canton de Vaud).

⁽⁵⁾ Application de pourcentages (nombre maximal de cas). Uniquement pour l'Hôpital de la Providence durant les années 2013-2016. Pour tous les hôpitaux dès 2017.

⁽⁶⁾ En pratique, on parle souvent de tarifs dégressifs.

Dans les cantons suivants, les prestations stationnaires étaient exclusivement rémunérées au moyen de forfaits par cas selon la LAMal au cours des années 2012-2017 (par conséquent, aucun instrument de gestion des quantités pertinent pour ce rapport n'a été appliqué dans ces cantons au cours de la période considérée) : Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg³⁹, Glaris⁴⁰, Grisons, Jura, Lucerne, Nidwald, Obwald, Schaffhouse, Schwyz, Soleure, Saint-Gall, Thurgovie, Uri, Zoug⁴¹, Zurich.

Durant les années 2012-2017, les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève ont fait usage de l'instrument des budgets globaux, tout comme le canton de Neuchâtel jusqu'en 2014.⁴² Une limitation directe des quantités a été appliquée entre 2012 et 2017 dans les cantons de

³⁹ Exception : le canton de Fribourg utilise le même financement que le canton de Vaud pour l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB). Les prestations hospitalières des autres hôpitaux sont financées par le biais des forfaits par cas selon la LAMal.

⁴⁰ Aucune réponse à notre demande à la date d'établissement du rapport. Nous partons du principe que le canton de Glaris n'a pas utilisé d'instruments de gestion des quantités au cours de la période considérée.

⁴¹ Le canton de Zoug appliquait encore une restriction des lits (nombre maximal de lits pour les patients zougais) en 2012. La restriction s'appliquait à l'hôpital cantonal de Zoug et à l'Andreasklinik. Elle a été supprimée suite à un arrêt du TAF (C-4302/2011), selon lequel il s'agirait d'une planification liée aux capacités et donc non recevable.

⁴² Les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève sont cités dans le rapport de la CSSS-N (2014) en tant que cantons qui font usage des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal. Lors de l'enquête auprès des cantons, sept autres cantons ont indiqué qu'il existait dans les soins somatiques aigus une base légale pour les budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal (il s'agit des cantons AR, BS, SG, UR, VS, ZG, ZH). Mais aucun de ces sept cantons n'en fait usage.

Vaud, de Genève et de Neuchâtel (dès 2013). L'instrument de la rémunération dégressive s'applique dans le canton du Valais depuis 2015.

Encadré II Conclusion concernant la question I

Quels sont les cantons qui utilisent des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus ?

Budgets globaux selon l'art. 51 LAMal (état : année 2017)

- Base légale : 10 cantons
- Application : 3 cantons (Tessin, Vaud, Genève), auxquels s'ajoute 1 canton (Neuchâtel) durant la période 2012-2014.

Instruments alternatifs pour la gestion des quantités (état : année 2017)

- Limitation directe des quantités : 3 cantons (Vaud, Genève, Neuchâtel)
- Rémunération dégressive : 1 canton (Valais)

3.3. Organisation dans les cantons

Dans le chapitre suivant, nous examinons en détail l'organisation de l'instrument du budget global selon l'art. 51 LAMal dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève. Ces cantons appliquent actuellement des budgets globaux ou les appliquaient au cours de la période 2012-2017. Pour finir, nous aborderons brièvement l'organisation des instruments de gestion des quantités dans les cantons de Neuchâtel et du Valais. Les explications reposent principalement sur les entretiens spécialisés détaillés avec les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève ainsi que sur les clarifications téléphoniques et écrites avec les cantons de Neuchâtel et du Valais. Lorsque des sources supplémentaires sont consultées, celles-ci sont citées.

3.3.1. Canton du Tessin

Principes et définition

Le canton du Tessin applique des budgets globaux pour le financement des prestations hospitalières de l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) depuis 2002. Depuis 2012, cet instrument est appliqué à l'ensemble des hôpitaux répertoriés du canton du Tessin. Tout l'éventail de prestations est inclus.

Les budgets pour la part cantonale durant l'année suivante sont définis à l'automne de l'année en cours au niveau de chaque hôpital. Les budgets se déduisent du CM attendu pour l'année budgétaire correspondante multiplié par le tarif hospitalier en vigueur pour l'année budgétaire et la part cantonale de 55 %. Le budget global au niveau cantonal se déduit de la somme des budgets spécifiques à chaque hôpital. Les hôpitaux et le canton négocient le CM attendu pour l'année suivante. Les hôpitaux présentent alors leur prévision de CM. Le canton effectue ses propres calculs pour les hôpitaux répertoriés sur la base

des deux dernières années.⁴³ Il procède en principe à une mise à jour de l'évolution des deux dernières années. Le canton fixe le CM par ordonnance si aucun accord ne peut être conclu. Les hôpitaux peuvent former un recours à l'encontre de cette décision devant le tribunal administratif cantonal. Le CM est fixé pour chaque hôpital dans des conventions de prestations annuelles.

Écarts par rapport au budget

Si le CM défini est dépassé de plus de 3 %, le canton s'acquitte d'un tarif réduit pour sa part pour les cas au-dessus de la valeur limite (supérieure). Le canton rémunère alors uniquement les coûts variables de l'hôpital concerné.⁴⁴ Si le CM est inférieur de plus de 3 % au CM défini, l'hôpital doit procéder à un remboursement à hauteur des coûts variables pour la part cantonale, pour les cas concernés en dessous de la valeur limite (inférieure). La rémunération par les assurances-maladie n'est pas affectée par le tarif marginal.

La Figure 2 présente la rémunération supplémentaire par rapport au budget global en cas de dépassement à la hausse de la limite de 3 % ou le remboursement en cas de dépassement à la baisse de la limite de 3 % à l'aide d'un exemple fictif.

À noter : le graphique indique la rémunération totale (du canton et des assurances) et, à titre de comparaison, la part cantonale seule. La rémunération au moyen d'un budget global est comparée à la rémunération linéaire basée sur les DRG (pour le canton et les assurances). La part cantonale étant fixe à l'intérieur des valeurs limites (+/- 3 % du CM convenu), la rémunération supplémentaire en cas de dépassement de l'activité de référence est moins élevée jusqu'à la valeur limite supérieure qu'au-delà. À l'inverse, le remboursement lorsque l'activité de référence n'est pas atteinte est moins élevé jusqu'à la valeur limite inférieure qu'en-deçà.

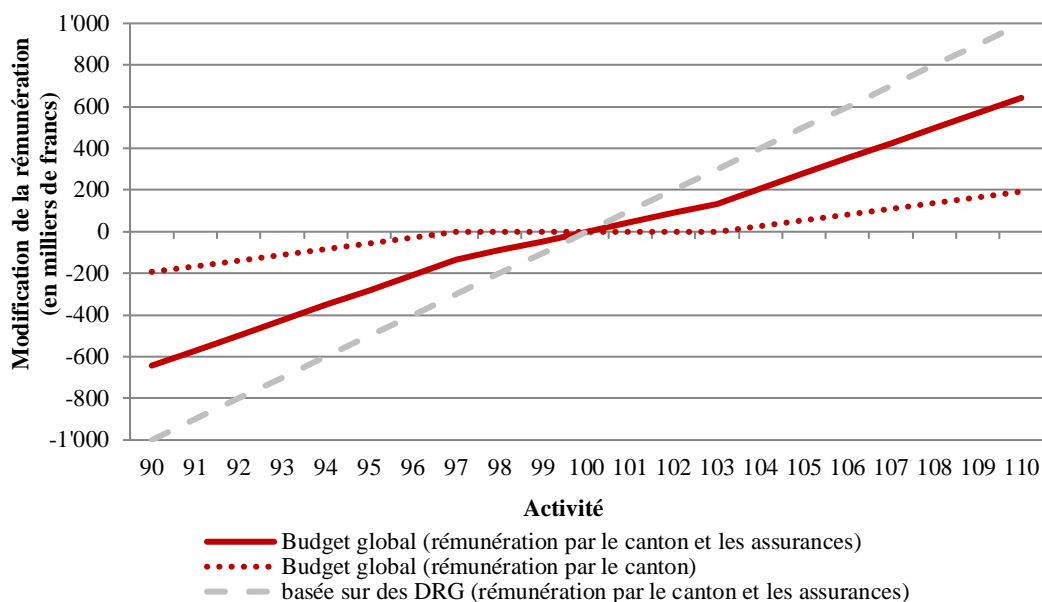
Le CM convenu a été dépassé par la moitié des hôpitaux en 2016, alors que l'autre moitié ne l'a pas atteint. Le dépassement a été de 1,7 % pour la moyenne de tous les hôpitaux.⁴⁵

⁴³ Les informations de l'année en cours ne sont pas prises en compte. Sont retenus les cas soumis à la LAMal de patients domiciliés dans le canton du Tessin.

⁴⁴ Le calcul de la part des coûts variables dans les coûts globaux pour les prestations hospitalières stationnaires repose sur la comptabilité d'exploitation dans les hôpitaux selon REKOLE® et est réalisé pour chaque hôpital (cf. art. 48c Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) RLCAMal (RL/TI 6.4.6.1.1)).

⁴⁵ Des dépassements de 4,0 %, 3,1 %, 2,8 % et 4,2 % (cf. canton du Tessin 2017, p. 198 s.) ont été enregistrés au cours des années 2012-2015.

Figure 2 Exemple de modification de la rémunération de l'hôpital, TI



Source : schéma réalisé par B,S,S. Remarque : l'exemple fictif est caractérisé par les valeurs de référence suivantes : activité (de référence) (case mix) = 100, baserate = 100, part cantonale = 55 %, part des coûts variables = 50 %.

Autres modalités

Des exceptions sont admises en cas d'urgence. Les augmentations du volume des prestations suite à des événements extraordinaires (catastrophes, épidémies, etc.) ne sont pas concernées par le mécanisme (autrement dit, elles justifient les dépassements). Les patients extérieurs au canton du Tessin qui se font soigner dans un hôpital répertorié du canton du Tessin ne « grèvent » pas les budgets des hôpitaux. La rémunération des traitements des patients domiciliés dans le canton du Tessin qui se font soigner dans un hôpital en dehors du canton n'est pas non plus couverte par le budget global. L'application et les effets possibles du budget global ne sont pas abordés lors de la coordination intercantonale dans le cadre de la planification des besoins en soins. Dans la loi d'application de la LAMal⁴⁶, le canton fixe en outre un critère qui indique à partir de quand l'obligation d'admission des hôpitaux est réputée satisfaite. C'est le cas lorsque la part des patients uniquement au bénéfice de l'assurance de base dans le total des patients traités est d'au moins 50 %. Les prestations d'intérêt général éventuelles sont financées en plus du budget global.

3.3.2. Canton de Vaud

Principes et définition

L'instrument du budget global pour le financement des hôpitaux est utilisé depuis 1980. L'introduction des budgets globaux devait s'accompagner d'un contrôle des coûts (accru), du renforcement de l'autonomie de gestion des hôpitaux et du renforcement de l'efficacité

⁴⁶ Art. 63c, al. 2, LCAMal.

du canton en matière de gestion et de planification. Un « système mixte » s'applique depuis 2012. Les assurances suivent la logique du financement lié aux prestations selon les Swiss-DRG, le canton la logique du budget global. Le champ d'application a diminué depuis 2014 et se limite à tous les patients pour lesquels le canton participe au financement des prestations (notamment des prestations soumises à la LAMal pour les patients domiciliés dans le canton de Vaud).⁴⁷ Le budget global s'applique à tous les fournisseurs de prestations ayant un mandat de prestations complet (hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV))⁴⁸ du canton de Vaud. L'application du budget global esquissée ici s'applique également au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) depuis 2017.⁴⁹ Le budget est calculé et défini séparément pour chaque fournisseur de prestations, dans le cadre de l'établissement de la convention de prestations annuelle (sur la base du case mix de l'avant-dernière année). L'activité est réglée au moyen de pourcentages (c.-à-d. une restriction quantitative directe) pour les cliniques ayant un mandat de prestations restreint (dans les faits, il s'agit d'hôpitaux privés).⁵⁰ Le nombre de prestations pouvant être facturées au canton est fixé dans les mandats de prestations de ces cliniques.

Écarts par rapport au budget / aux nombres de cas maximaux

Afin de mieux comprendre l'application de l'instrument du budget global, il est utile d'étudier le *revenu réalisé* par un hôpital.⁵¹ Le revenu réalisé par un hôpital est le produit d'une part fixe garantie par le canton et d'une part variable. La part fixe résulte du CM de l'hôpital pour l'année de référence⁵², évalué à l'aide du tarif hospitalier en vigueur, multiplié par le coefficient α (celui-ci est compris entre 0 et 1).⁵³ La part fixe est de 55 % dans le domaine des soins aigus. Cette part correspond précisément à la part cantonale minimale prévue par la LAMal pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal. La part variable est donc de 45 %. Celle-ci résulte de l'activité réalisée, évaluée au tarif hospitalier en vigueur, multiplié par le coefficient $(1 - \alpha)$. Si l'activité réalisée se situe au-dessous de l'activité de référence, l'hôpital ne perçoit que la part fixe de 55 % (ce qui signifie qu'il doit renoncer à la part variable de 45 %). Si l'activité réalisée se situe au-dessus de l'activité de référence, l'hôpital ne perçoit pour l'activité supplémentaire que la

⁴⁷ Le budget est calculé en conséquence, sur la base des cas intercantonaux (LAMal, AD).

⁴⁸ Cf. Liste informative sur les établissements hospitaliers inscrits ou non-inscrits sur la liste LAMal du canton de Vaud (disponible en ligne sous (dernière consultation le : 19 avril 2018) : <https://www.vd.ch/themes/sante/organisation/hopitaux-et-cliniques/liste-lamal/prise-en-charge-des-couts/>)

⁴⁹ Un modèle similaire s'appliquait auparavant. Le budget de la période passée a servi de point de départ. Des adaptations ont été réalisées sur la base des différentes évolutions (des prix) attendues.

⁵⁰ Une répartition de 60 % d'assurés au seul bénéfice de l'assurance de base et de 40 % d'assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire était encore prévue en 2012 pour les nombres de cas maximaux. En 2017, les pourcentages se réfèrent aux patients uniquement au bénéfice de l'assurance de base.

⁵¹ L'étude se limite au produit de la fourniture des prestations soumises à la LAMal. Les autres revenus, par exemple ceux résultant de la fourniture de prestations d'intérêt général, ne sont pas étudiés ici.

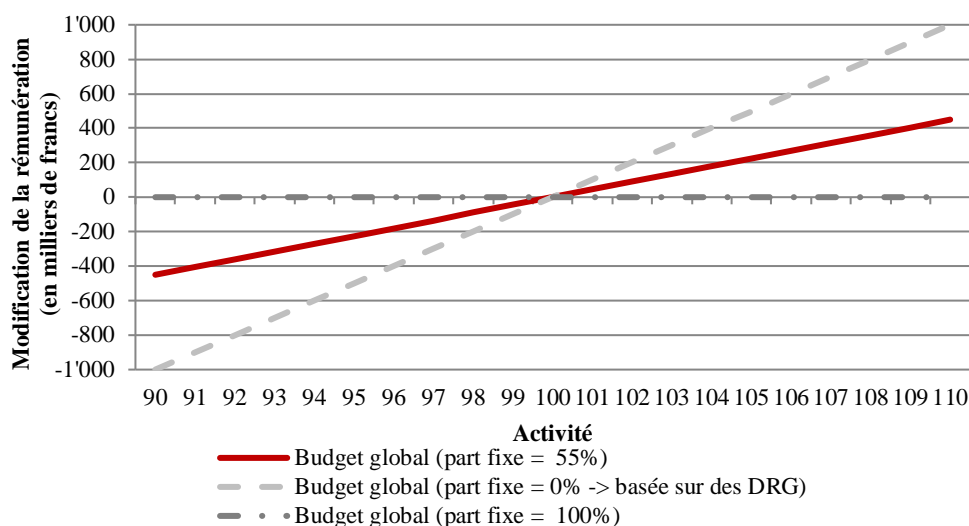
⁵² L'année de référence est toujours l'avant-dernière année (t-2), à savoir celle pour laquelle il existe des données (de prestations) validées. La part fixe garantie par le canton inclut également la rémunération des frais d'utilisation des immobilisations.

⁵³ Selon l'entretien spécialisé, le budget global aurait également pour fonction la répartition des risques entre le canton et les hôpitaux. Comme la part fixe est convenue entre les hôpitaux et le Service de la santé publique (SSP), les hôpitaux auraient la possibilité d'influencer la répartition des risques.

part variable de 45 %. Les assurances-maladie continuent de payer leur part, elles ne sont donc pas concernées.

La Figure 3 montre, à titre d'exemple, les modifications des *revenus d'un hôpital* résultant de la fourniture de prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal, en cas d'écart par rapport à l'activité de référence.

Figure 3 Exemple de modification de la rémunération de l'hôpital, VD



Source : schéma réalisé par B,S,S. Remarques : l'exemple fictif est caractérisé par les valeurs de référence suivante : activité (de référence) (case mix) = 100, baserate = 100, part fixe α = 55 %.

En guise d'illustration, les cas fictifs avec une part fixe de 0 % (le système correspondrait à la rémunération basée sur les DRG) et de 100 % (le système correspondrait au budget global qui est totalement indépendant du volume des prestations) sont encore présentés. Avec une part fixe de 0 %, le risque financier au cas où l'activité réalisée n'atteindrait pas l'activité de référence serait entièrement supporté par l'hôpital. En contrepartie, l'hôpital percevrait la totalité de la rémunération pour l'activité au-delà de l'activité de référence. Avec une part fixe de 100 %, le risque financier au cas où l'activité réalisée n'atteindrait pas l'activité de référence serait entièrement supporté par le canton. Si l'activité réalisée se situe au-dessus de l'activité de référence, l'hôpital ne percevrait toutefois aucune rémunération pour cette activité supplémentaire. En 2016, env. 80 % des fournisseurs de prestations concernés avaient dépassé le budget et env. 20 % ne l'avaient pas atteint.

Pour les hôpitaux dont les activités sont réglées au moyen de pourcentages : le canton rémunère sa part des prestations soumises à la LAMal uniquement dans le cadre de ces pourcentages. Les hôpitaux peuvent toutefois adresser une demande justifiée au canton, qui peut fixer un pourcentage supplémentaire selon les besoins.

Autres modalités

Les patients domiciliés en dehors du canton de Vaud qui se font soigner dans un hôpital répertorié de ce canton ne sont pas couverts par le budget. Cela vaut également pour les

patients domiciliés dans le canton de Vaud qui se font soigner en dehors du canton. L'application des budgets globaux ne fait pas l'objet d'une éventuelle coordination intercantonale de la planification hospitalière.⁵⁴ L'obligation d'admission n'est pas affectée par le budget global. Au cas où un fournisseur de prestations n'admettrait pas des patients, il serait « sanctionné » en conséquence l'année t+2 (car son budget serait alors moins élevé en raison du moindre nombre de cas l'année de référence). Les prestations d'intérêt général seront financées en dehors du budget global évoqué ici.

3.3.3. Canton de Genève

Principes et définition

Le canton de Genève utilisait déjà l'instrument des budgets globaux pour le financement des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) avant 2012. Depuis 2012, les hôpitaux privés qui figurent sur la liste des hôpitaux du canton sont également inclus dans le budget. Le budget au niveau cantonal est défini sur la base du budget de l'année précédente (les écarts éventuels par rapport à celui-ci peuvent également être pris en compte) et des écarts par rapport à celui-ci résultant des modifications escomptées des besoins de la population du canton (planification des besoins). La définition et la répartition du budget entre les hôpitaux s'effectuent sur la base de négociations avec les fournisseurs de prestations. Selon l'arrêt du TAF C-5017/2015, les budgets sont déterminés sur la base du nombre de cas attribués aux différents hôpitaux sur la base de la planification hospitalière. Le budget par hôpital est calculé à partir de la multiplication du Case Mix (qui résulte de la multiplication des nombres de cas attribués avec les pondérations de coûts correspondantes selon Swiss-DRG) et du prix de base applicable à l'hôpital en question.

Le canton de Genève conclut une convention de prestations de quatre ans avec les HUG. Des volumes de prestations annuels (nombre de cas) sont fixés dans cette convention sur la base de la planification hospitalière (cf. République et Canton de Genève 2015) (cf. République et Canton de Genève & HUG 2016).⁵⁵ La convention de prestations actuelle table sur une augmentation du nombre de cas dans les soins somatiques aigus de 5 % jusqu'en 2019. La convention de prestations est approuvée par le Grand conseil du canton de Genève. Le parlement statue chaque année sur le budget des HUG. Des mandats de prestations incluant des nombres de cas maximaux (différenciés par groupes de prestations) sont fixés chaque année pour les hôpitaux privés qui sont répertoriés dans la liste des hôpitaux du canton de Genève. Le rapport de planification sanitaire du canton de Genève (cf. République et Canton de Genève 2015, section D.I.1.6) évoque plus en détail les mandats de prestations des hôpitaux privés dans le canton de Genève. La procédure relative à la prévision des besoins et la répartition des mandats entre les hôpitaux y sont décrites pour l'année 2015. Le besoin devant être couvert par l'offre des hôpitaux répertoriés privés

⁵⁴ Selon l'entretien spécialisé, le budget global ne « fixerait » pas de nombre de cas. Il n'y aurait donc aucune nécessité de discuter de l'application des budgets globaux dans le cadre d'une coordination intercantonale de la planification hospitalière.

⁵⁵ L'annexe 1 de la convention de prestations entre le canton de Genève et les HUG pendant les années 2016 à 2019 répertorie les nombres de cas par domaines.

s'obtient en soustrayant l'offre (pronostiquée) des HUG au besoin qui doit être couvert par l'ensemble des hôpitaux répertoriés.

Écarts par rapport au budget / aux nombres de cas maximaux

En cas d'écart par rapport au budget, les HUG et les hôpitaux privés doivent être distingués. En cas de dépassements budgétaires par les hôpitaux privés (c.-à-d. dépassement des nombres de cas fixés), le canton ne verse plus sa part à la rémunération pour les prestations supplémentaires. La part des assureurs est maintenue.⁵⁶ Si les nombres de cas fixés ne sont pas atteints, les hôpitaux doivent rembourser le montant correspondant. Dans les cas des HUG, les dépassements du budget sont à la charge de l'hôpital, mais le fait de ne pas atteindre le budget est sans conséquences : les HUG n'ont pas à rembourser le montant correspondant.

Les hôpitaux privés ont épuisé les nombres de cas fixés en 2016. Aucun écart (significatif) par rapport au budget n'a été constaté pour les HUG.

Autres modalités

Les patients extérieurs au canton de Genève qui se font soigner dans un hôpital répertorié de ce canton ne « grèvent » pas les budgets des hôpitaux. La rémunération des traitements des patients domiciliés dans le canton de Genève qui se font soigner dans un hôpital en dehors du canton n'est pas non plus couverte par le budget des hôpitaux⁵⁷. L'application et les effets possibles du budget global ne sont pas abordés lors de la coordination intercantonale dans le cadre de la planification des besoins en soins. Les hôpitaux privés ont une obligation d'admission correspondant aux pourcentages fixés. Il n'existe aucune obligation d'admission au-delà de ces pourcentages. Les patients sont renvoyés aux HUG (même en cas d'urgences). Les HUG sont en revanche tenus d'admettre tous les patients. Le mandat de prestations des HUG inclut les soins médicaux, mais aussi les mandats pour des prestations d'intérêt général (PIG), ainsi que pour la formation universitaire et post-grade et la recherche, dont la rémunération bénéficie d'un budget séparé (cf. République et Canton de Genève 2016).

3.3.4. Condensé

Les points essentiels de l'organisation des budgets globaux dans les trois cantons considérés sont une nouvelle fois présentés ci-après sous la forme d'un aperçu.

⁵⁶ Selon la « foire aux questions » concernant le nouveau financement hospitalier (<http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/planification/planification-reseau-de-soins-liste-hospitaliere-lamal>, dernière consultation le 12 décembre 2017), les patients qui sont exclusivement au bénéfice de l'assurance de base doivent s'attendre à des coûts supplémentaires s'ils se font soigner dans un hôpital privé qui figure sur la liste des hôpitaux avec la prestation correspondante, mais a déjà épuisé le nombre maximal de cas. Ils peuvent éviter ces coûts supplémentaires en se faisant soigner dans un autre hôpital privé qui n'a pas encore épuisé le pourcentage ou dans les HUG.

⁵⁷ Cf. la « foire aux questions » concernant le nouveau financement hospitalier (<http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/planification/planification-reseau-de-soins-liste-hospitaliere-lamal>, dernière consultation le 12 décembre 2017).

Tableau 3 *Aperçu de l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal*

Application	Canton du Tessin	Canton de Vaud	Canton de Genève
Cadre	Convention de prestations	Convention de prestations	Convention de prestations (HUG) ; mandats de prestations (hôpitaux privés)
Fournisseurs de prestations	Tous les hôpitaux avec mandat de prestations	Tous les hôpitaux avec mandat de prestations	Tous les hôpitaux avec convention de prestations ou mandat de prestations
Prestations	Toutes les prestations	Toutes les prestations	Toutes les prestations
Base de la fixation	CM	CM	Budget de l'année précédente (notamment, prise en compte des écarts correspondants), évolution attendue des nombres de cas ou de CM
Affectation à des fournisseurs de prestations	Négociation / poursuite de la tendance des deux dernières années	Valeur de l'avant-dernière année, c.-à-d. rétrospective	Nombre de cas selon la planification hospitalière, négociations entre le canton et les fournisseurs de prestations
Conséquences en cas de dépassement du budget	En dehors de la tolérance de +3 % : rémunération à hauteur des coûts variables (uniquement part cantonale) (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)	Rémunération de la part variable de 45 % du tarif hospitalier (soins somatiques aigus) (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)	Hôpitaux privés : la part cantonale n'est pas rémunérée. HUG : dépassement à la charge de l'hôpital. (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)
Conséquences si le budget n'est pas atteint	En dehors de la tolérance de -3% : remboursement à hauteur des coûts variables (uniquement part cantonale) (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)	La rémunération n'est réduite que de la part variable. (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)	Hôpitaux privés : remboursement HUG : aucun remboursement (La part des assureurs-maladie n'est pas concernée)
Clé de répartition effective AOS/canton	La part cantonale effective diminue (augmente) en cas de dépassement du budget à la hausse (baisse)	La part cantonale effective diminue (augmente) en cas de dépassement du budget à la hausse (baisse)	La part cantonale effective diminue (augmente) en cas de dépassement du budget à la hausse (baisse)

Application	Canton du Tessin	Canton de Vaud	Canton de Genève
Inclusion des patients extra-cantonaux ⁵⁸	Non	Non	Non
Restrictions quantitatives selon certaines caractéristiques	Part minimale de 50 % de patients au seul bénéfice de l'assurance de base (vaut pour tous les hôpitaux)	Nombre maximaux de cas (pourcentages) ; limitation aux prestations pour les assurés au bénéfice exclusif de l'assurance de base (seulement pour les hôpitaux avec un mandat de prestations restreint, les hôpitaux privés dans les faits).	Nombre maximaux de cas (pourcentages) ; limitation aux prestations pour les assurés au bénéfice exclusif de l'assurance de base (seulement pour les hôpitaux privés).

Source : entretiens spécialisés avec les cantons

3.3.5. Cantons du Valais et de Neuchâtel

Canton du Valais

Le canton du Valais applique une gestion des quantités dans le cadre de la planification hospitalière depuis 2015.⁵⁹ Les bases légales cantonales sont les art. 10, 12 et 13 de la loi du 13 mars 2014 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS). L'art. 10 LEIS aborde dans les grandes lignes le contenu des contrats de prestations avec les hôpitaux répertoriés. Ces contrats fixent les modalités d'exécution des mandats, notamment de la participation financière du canton. Selon l'art. 12, al. 2, LEIS, le canton peut fixer un budget global au sens de l'article 51 LAMal pour le financement de certaines prestations, après consultation des fournisseurs de prestations concernés et des assureurs. L'art. 13 LEIS fixe la procédure en vue de la détermination de la participation financière du canton. Le canton du Valais se contente des restrictions quantitatives rapportées aux groupes de prestations selon le concept des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Aucun budget global dans le sens d'un montant maximal déterminé par avance n'est donc défini dans la pratique pour la part cantonale dans la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Si le total des nombres de cas de tous les hôpitaux dépasse le nombre de cas maximal fixé par le canton, le canton du Valais ne verse plus sa contribution que pour 30 % des cas qui dépassent cette valeur limite. La répartition entre les fournisseurs de prestations est proportionnelle aux nombres de cas effectifs des hôpitaux. Le canton du Valais applique donc un instrument avec une rémunération dégressive. En cas de dépassement de la quantité fixée, l'effet s'apparente le plus à celui des budgets globaux dans le canton du Tessin.

Exemple fictif : le nombre de cas budgétisés à l'intérieur d'un groupe de prestations est dépassé de 100 cas en un an, tous fournisseurs de prestations confondus. Un fournisseur de prestations X a une part de 20 % dans l'ensemble des cas de ce groupe de prestations.

⁵⁸ L'application des budgets globaux n'est donc pas abordée dans le cadre de la coordination intercantonale.

⁵⁹ Une rémunération par le biais des forfaits par cas selon la LAMal a été mise en œuvre de 2012 à 2014.

Pour 20 cas (20 % de 100), le canton ne paye au fournisseur de prestations X que 30 % de la part cantonale dans le financement, laquelle se monte à 55 %.

Canton de Neuchâtel

De 2005 à 2014, les moyens pour l'Hôpital neuchâtelois ont été mis à disposition par le biais d'un budget global selon l'art. 51 LAMal.⁶⁰ Le budget se fondait sur des données historiques et tenait compte des prévisions d'activité. Aucune quantité concrète ni aucun nombre de cas n'ont été supposés. Les dépassements budgétaires étaient à la charge de l'hôpital. Depuis 2013, l'Hôpital de la Providence (GSMN) est financé à 55 % à hauteur de la participation LAMal sur la base des prestations fournies ; depuis 2015, ce financement s'applique à tous les hôpitaux répertoriés dans le canton de Neuchâtel. Des nombres de cas maximaux ont été fixés pour l'Hôpital de la Providence (GSMN) durant les années 2013-2016⁶¹. Une limitation des volumes exprimés en nombres de cas annuels (pourcentages) s'applique depuis 2017 pour tous les groupes de prestations dans les six domaines de prestations Urologie, ORL, Orthopédie, Rhumatologie, Ophtalmologie et Gynécologie (prestations électives) et pour tous les hôpitaux répertoriés. Les hôpitaux peuvent exiger une augmentation des pourcentages. Dans le cas des prestations à choix pour lesquelles un mandat est associé à une limitation quantitative du nombre de cas, la part cantonale des cas surnuméraires (c.-à-d. des cas qui sont réalisés lorsque le pourcentage autorisé est atteint) n'est pas payée.⁶²

Le budget global de l'Hôpital neuchâtelois (HNE) est avant tout déterminant pour la période 2012-2015 considérée dans l'analyse. Aucune information plus détaillée sur l'application du budget global n'a pu être déterminée dans le cadre des clarifications avec le canton de Neuchâtel. Compte tenu des informations en notre possession, nous pensons toutefois que l'instrument a un effet similaire au budget global dans le canton de Genève.

⁶⁰ Base légale cantonale : Loi cantonale sur l'Établissement hospitalier multisite (LEHM).

⁶¹ Aucune mesure n'a été nécessaire, puisque les pourcentages fixés ont été respectés.

⁶² Rapport du Conseil d'État concernant la Planification Hospitalière Neuchâteloise 2016-2022 (p. 19).

Encadré III Conclusion concernant la question II

Comment les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal dans les soins somatiques aigus l'appliquent-ils ?

- *Concernés* : tous les hôpitaux ou seulement une sélection d'hôpitaux ayant un mandat de prestations cantonal
- *Calcul* : nombres de cas ou *case mix* (base de calcul : nombres de cas ou *case mix* des années précédentes ou selon la planification des besoins) ; dans un cas, recours au budget de l'année précédente (éventuellement avec des adaptations résultant des écarts correspondants)
- *Rémunération en cas de dépassement du budget ou des quantités fixées* : variable, en partie rémunérée (par analogie une partie de la rémunération doit être remboursée lorsque le budget n'est pas atteint) ; parfois, le dépassement est entièrement à la charge du fournisseur de prestations
- *Assureur* : rémunération basée sur les DRG
- *Choix d'un hôpital extra-cantonal* : non concerné

4. Compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal avec le nouveau financement hospitalier

Le présent chapitre discute la compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG et les principes du nouveau financement hospitalier. Compte tenu de l'importance des modalités concrètes, nous distinguons, si nécessaire, entre la compatibilité de l'instrument des budgets globaux sur le fond et au regard de la mise en œuvre en 2017 de l'art. 51 LAMal.

En relation avec l'atteinte des objectifs, nous procédons à une évaluation *théorique* au chapitre 4.1.⁶³ Au chapitre 5, nous analysons ensuite dans quelle mesure ces objectifs ont été *effectivement* atteints dans les cantons qui font usage des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, par rapport aux cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités (perspective empirique). Ce n'est donc qu'au chapitre 5 que nous répondons définitivement à la question d'évaluation visant à déterminer dans quelle mesure les objectifs poursuivis avec l'introduction du système DRG sont atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal.

Concernant la compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal en 2017 avec les principes du nouveau financement hospitalier, nous procédons à une évaluation au chapitre 4.2. Nous nous demandons si la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier. Nous cherchons à déterminer si la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal permet d'espérer un effet négatif/neutre/positif sur la mise en œuvre des principes du nouveau financement hospitalier.

4.1. Objectifs associés à l'introduction du système DRG

L'introduction du système DRG poursuit notamment les objectifs suivants :⁶⁴

- *Maîtrise des coûts* grâce aux incitations économiques
- Accentuation de la *concurrence* entre les hôpitaux
- Augmentation de l'*efficacité* de la fourniture des prestations
- *Transparence* et *comparabilité* des coûts des prestations et des flux financiers

La question qui se pose à présent est de savoir si et dans quelles conditions la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les *objectifs* précités. Le tableau suivant présente nos évaluations à cet égard *en comparaison avec la rémunération linéaire basée sur les DRG*. L'évaluation se fonde sur la théorie économique (notamment une analyse des incitations et des incitations inopportunes) et tient compte de la mise en œuvre concrète dans les cantons.

⁶³ D'après les questions (cf. chapitre 2), seule la compatibilité avec les principes du nouveau financement hospitalier devrait être analysée. Compte tenu de l'étroite relation entre les objectifs et les principes, nous jugeons toutefois utile de tenir compte également des objectifs fondamentaux poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG.

⁶⁴ Les objectifs sont cités dans les sources suivantes ou en sont déduits : Conseil fédéral (2004) et Pellegrini et al. (2010, p. 31).

Tableau 4 *Compatibilité avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG*

Maîtrise des coûts
<p>Compatibilité des budgets globaux : oui. Effet positif escompté sur l'évolution des volumes de prestations et des coûts grâce à l'application des budgets globaux (réduction/prévention des incitations à fournir des prestations non indiquées médicalement), du moins dans le domaine de soins couvert par le budget global (mais pour une vision d'ensemble, les transferts de prestations et de coûts dans d'autres secteurs de soins doivent être pris en compte).</p> <p>Différence par rapport à la rémunération basée sur les DRG : atténuation possible d'effets indésirables tels que l'augmentation des quantités (dans l'application, un dépassement des volumes de prestations définis ne signifierait plus que des recettes supplémentaires réduites).</p>
Concurrence
<p>Compatibilité des budgets globaux : dépend de la mise en œuvre. Effet négatif escompté si l'application des budgets globaux n'est pas la même pour tous les hôpitaux (effet des incitations spécifique à chaque hôpital)⁶⁵ ou si des instruments de gestion des quantités différents sont appliqués selon l'hôpital.</p> <p>Différence par rapport à la rémunération basée sur les DRG : concurrence accrue ou réduite possible en fonction des modalités. Avec les modalités en 2017: différences entre cantons (TI : neutre, VD et GE : inégalité de traitement entre hôpital cantonal/CHUV ou HUG et les hôpitaux privés, autrement dit application d'instruments différents pour la gestion des quantités).⁶⁶ Important à cet égard : pluralité des rôles des cantons dans le domaine hospitalier (d'une part comme autorité de planification lors de la définition du budget et de l'attribution aux fournisseurs de prestation, d'autre part en tant que propriétaire d'hôpitaux).</p>
Efficiences
<p>Compatibilité des budgets globaux : oui. Effet positif escompté sur l'efficacité de la fourniture des prestations (la rémunération est indépendante des coûts effectifs).</p> <p>Différence par rapport à la rémunération basée sur les DRG : accentuation éventuelle des effets indésirables, tels que le rationnement : à évaluer différemment compte tenu des modalités en 2017 (TI et VD moins problématiques, car le dépassement du budget n'entraîne qu'un abattement ; GE plus problématique, car budget global strict). À évaluer de façon très critique, s'il n'est même plus possible de se rabattre sur des fournisseurs de prestations extra-cantonaux : mais ce n'est pas le cas dans les cantons considérés. Par ailleurs : le budget dans le canton de GE repose notamment sur le budget de l'année précédente (le cas échéant avec une prise en compte des écarts par rapport à celui-ci), il n'est pas exclu que les situations spécifiques aux fournisseurs de prestations (y compris les inefficiences) soient prises en compte dans le financement.</p>
Transparence et comparabilité
<p>Compatibilité des budgets globaux : dépend des modalités. Effet négatif escompté sur la transparence par rapport aux flux de financement et aux coûts, si les budgets globaux permettent un subventionnement croisé des prestations hospitalières stationnaires soumises à la LAMal.⁶⁷</p> <p>Différence par rapport à la rémunération basée sur les DRG : une moindre transparence est possible en fonction des modalités. Avec les modalités en 2017 : si le budget est lié à des volumes de prestations (soumis à la LAMal), aucune restriction (substantielle) de la transparence n'est à attendre. Exception : le canton de GE qui base notamment le montant du nouveau budget sur des valeurs historiques. Une certaine diminution de la transparence résulte du seul fait que des systèmes différents s'appliquent dans les cantons avec des bud-</p>

⁶⁵ Selon Widmer et al. (2016, p. 25 s.), les restrictions des prestations ou des quantités et les restrictions concernant la composition des patients dans une application sélective (c.-à-d. spécifique à chaque hôpital) peuvent fausser la concurrence. Les hôpitaux sont alors exposés à un risque financier différent.

⁶⁶ Dans son arrêt C-5017/2017, le Tribunal administratif fédéral a critiqué la limitation quantitative des cas en matière de planification hospitalière telle qu'appliquée concrètement dans le canton de Genève (répartition du nombre de cas aux cliniques privées après déduction des cas attribuées à l'hôpital universitaire) et a souligné la restriction de concurrence qui en résulte.

⁶⁷ Un subventionnement croisé serait possible si d'autres prestations (p. ex., PIG) étaient financées par le biais d'un budget global, en plus des prestations soumises à la LAMal, et que le financement s'effectuait à partir d'une seule source.

gets globaux – à la différence de la systématique de la rémunération basée sur les DRG uniforme pour l'ensemble de la Suisse – et du fait que les conséquences de la restriction quantitative sont relativement complexes.

Source : évaluation de B,S,S. sur la base des sources de données utilisées (cf. chap. 2) et de l'analyse de la mise en œuvre (cf. chap. 3). Remarque : pour des analyses approfondies concernant l'atteinte des objectifs, cf. chap. 5.

Au final, on peut dire qu'en théorie le budget global renforce quelque peu certaines incitations souhaitées (pour une amélioration de l'efficacité) ou atténue des incitations indésirables (pour l'augmentation des quantités) par rapport à la rémunération basée sur les DRG, mais qu'aucun effet fondamentalement différent n'est à attendre. La compatibilité avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG est donc théoriquement assurée. Mais l'évaluation dépend en grande partie des modalités concrètes. Notamment en ce qui concerne l'objectif de la concurrence, l'instrument du budget global peut obtenir de moins bons résultats que la rémunération basée sur les DRG, comme le montre l'exemple fictif suivant : un canton x calcule le budget global (spécifique à chaque hôpital) différemment pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Dans les deux cas, il se base sur le CM des hôpitaux de l'an dernier. Pour les hôpitaux publics, il tient en outre compte chaque année d'une augmentation de 5 % des volumes de prestations, ce qu'il ne fait pas pour les hôpitaux privés.

Encadré IV Bilan intermédiaire : Compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal avec les objectifs poursuivis dans le cadre de l'introduction du système DRG (en théorie)

- L'instrument du budget global est théoriquement compatible, mais tout dépend des modalités concrètes.
- Dans la mise en œuvre en 2017, la compatibilité par rapport à l'objectif de la *concurrence* poursuivi dans le cadre de l'introduction du système DRG doit être jugée de manière critique (entrave à la concurrence en raison de l'inégalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, car des instruments de gestion quantitative différents ont été utilisés). Un effet positif doit être attendu en ce qui concerne l'*efficacité* de la fourniture des prestations. Il existe cependant un risque de rationnement, selon les modalités. Aucune restriction concernant l'objectif de *transparence* n'est à attendre dans la mise en œuvre en 2017, car la définition des budgets est principalement associée à des volumes de prestations. Une certaine diminution de la transparence résulte de la différence des systèmes au niveau cantonal (comparativement avec la systématique de la rémunération basée sur les DRG uniforme pour l'ensemble de la Suisse). La compatibilité en ce qui concerne l'*objectif de maîtrise des coûts* est assurée et est même encore renforcée par de moindres incitations en faveur d'une augmentation indésirable des quantités.
- Les éventuels effets indésirables (rationnement, entrave à la concurrence) et les effets souhaités en termes de maîtrise des coûts doivent être contrôlés de façon empirique (cf. chap. 5).

4.2. Principes du nouveau financement hospitalier

Pour atteindre les objectifs évoqués au chapitre précédent, les principes déjà établis devraient être renforcés et de nouveaux principes devraient être établis. Le tableau suivant présente les principes du nouveau financement hospitalier et évalue la compatibilité de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal en 2017 avec ces principes⁶⁸, selon l'appréciation de B,S,S. Cette évaluation se fonde sur la théorie économique (incitations et incitations inopportunes) et distingue la théorie de la pratique, du fait de l'importance précitée des modalités concrètes. Les évaluations sont brièvement expliquées après le tableau.

Tableau 5 *Compatibilité avec les principes de la révision de la LAMal*

Lien avec les prestations lors du financement et de la planification		
<p>La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier s'est accompagnée d'un passage de la rémunération liée aux objets à la rémunération liée aux prestations. Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, les parties à une convention conviennent de forfaits pour rémunérer le traitement hospitalier. Des forfaits par cas doivent être fixés en règle générale. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Dans les soins somatiques aigus, la rémunération s'effectue par le biais de forfaits par cas liés aux prestations depuis 2012 (système tarifaire SwissDRG). La planification dans les soins somatiques aigus est liée aux prestations, conformément à l'art. 58c OAMal.</p>		
<p>Théorie : De façon générale : l'utilisation d'un montant global forfaitaire défini (indépendamment du volume effectif des prestations) est d'une certaine manière en contradiction avec le concept du financement des prestations. Par ailleurs : entrave si</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fixation du budget est liée aux coûts et non aux prestations - le domaine tarifaire (forfaits par cas liés aux prestations, système tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse) est concerné. 	<p>Modalités : Les modalités en 2017 sont majoritairement en adéquation avec le droit fédéral / les principes (notamment quand le montant global forfaitaire est calculé au moyen des volumes de prestations attendus et s'il y a une rémunération partielle même en cas de dépassement).⁶⁹</p>	<p>→ effective en raison des modalités en 2017, mais en principe en contradiction avec le lien avec les prestations lors du financement.</p>
Égalité de traitement des hôpitaux publics et privés dans le domaine du financement hospitalier		
<p>Dans le sillage de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les hôpitaux répertoriés doivent bénéficier d'une égalité de traitement en termes de financement, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable.</p>		
<p>Théorie : Entrave s'il y avait une différence entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés concernant le financement des prestations soumises à la LAMal fournies par des hôpitaux répertoriés.</p>	<p>Modalités : Dépendent de la mise en œuvre cantonale (inégalité de traitement dans deux cantons, car des instruments de gestion quantitative différents sont appliqués)</p>	<p>→ Compatibilité : en principe oui (en fonction des modalités)</p>

⁶⁸ Les principes n'ont pas été définis dans le cadre de la révision de la LAMal. Ils ont donc été déduits par B,S,S. à partir des points essentiels de cette révision. Cf. Conseil fédéral (2004) et OFSP (2014).

⁶⁹ Cf. à ce sujet également Rüttsche (2012, Cm 30).

Financement dual-fixe par les cantons et les assurances		
<p>La révision a entraîné une modification de la répartition des coûts entre les assurances et le canton. Les cantons prennent en charge une part d'au moins 55 % de la rémunération des prestations hospitalières stationnaires, soumises à la LAMal, des hôpitaux répertoriés (indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable de l'hôpital) (art. 49a, al. 2, LAMal).</p>		
<p>Théorie : Entrave si le canton ne payait pas sa contribution due, qui se réfère au volume des prestations convenu. (À noter : vaut également pour la rémunération basée sur les DRG.)</p>	<p>Modalités : Aucune entrave dans la pratique, car le problème ci-contre ne se produit pas (le montant dû ne concernant que les volumes de prestations convenus).</p>	<p>→ Compatibilité : juridiquement oui (selon ATF), dans les faits non (car le financement est certes encore dual, mais n'est plus fixe).</p>
Renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital		
<p>La liberté des assurés lors du choix d'un hôpital a été renforcée par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Selon l'art. 41, al. 1^{bis}, LAMal, l'assuré a le libre choix, en cas de traitement hospitalier, parmi les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital.</p>		
<p>Théorie : Entrave si</p> <ul style="list-style-type: none"> - le choix étendu d'un hôpital répertorié dans le canton de résidence était restreint. - le choix étendu d'un hôpital répertorié en dehors du canton de résidence était restreint. 	<p>Modalités : Dans le canton de résidence : restriction possible dans les faits (p. ex. listes d'attente), mais pas juridiquement ; en dehors du canton de résidence : aucune restriction (car non-prise en compte dans la restriction quantitative)</p>	<p>→ Compatibilité : juridiquement oui, mais dépendant dans les faits de la mise en œuvre qui peut l'entraver (car une restriction est possible) (p. ex. par le biais de listes d'attente qui limitent l'accès en termes de temps).</p>
Planification adaptée aux besoins, coordonnée au plan intercantonal et fondée sur des critères uniformes		
<p>La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier s'est traduite par une uniformisation des planifications cantonales, notamment en ce qui concerne la procédure (plus particulièrement, données statistiquement justifiées et comparaisons) et les critères de planification (caractère économique et qualité, art. 58b, al. 4, OAMal) et par une obligation de coordination intercantonale des planifications (art. 39, al. 2, LAMal).⁷⁰</p>		
<p>Théorie : Entrave si</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'application des critères de planification (uniformes) était entravée - les conséquences possibles de l'application des budgets globaux sur les patients extra-cantonaux ne faisait pas l'objet de la coordination intercantonale - les budgets globaux étaient fixés dans une perspective purement financière sans prise en compte du besoin constaté. 	<p>Modalités : Aucune entrave dans la pratique, car le problème ci-contre ne se produit pas dans la réalité.</p>	<p>→ Compatibilité : oui (sur le fond et dans l'application en 2017)</p>

⁷⁰ Selon le Conseil fédéral (2009, p. 4), la nécessité d'une coordination intercantonale des planifications découle du choix étendu de l'hôpital, car les patients ont désormais la possibilité de choisir également un hôpital répertorié en dehors de leur canton de résidence.

Lien avec les prestations

Le concept des budgets globaux selon la théorie économique (forfait indépendant de la quantité) est d'une certaine manière en contradiction avec le financement des prestations.⁷¹ La forme mixte utilisée par les cantons en 2017, dont le calcul repose sur les différentes prestations, peut toutefois être jugée compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier (cf. ATF 138 II 398, consid. 4.7). Les budgets globaux seraient problématiques si leur calcul était basé sur les coûts (c.-à-d. si, p. ex., 55 % des coûts d'exploitation effectifs de l'année passée étaient utilisés comme budget global pour un hôpital) ou si les volumes de prestations n'étaient pas adaptés, mais qu'il y avait une intervention directe dans le tarif ou le système tarifaire. Or ce n'est majoritairement pas le cas dans la pratique.⁷² Le budget global dans les cantons du TI et de VD, partiellement aussi dans le canton de GE, mise sur une rémunération liée aux prestations, à l'instar de la rémunération basée sur les DRG.⁷³ Différentes incitations en résultent selon le système de rémunération.⁷⁴ D'une part, il en résulte une incitation à accroître l'efficacité des coûts (réduction des coûts par cas de traitement). D'autre part, il existe également des incitations à accroître les revenus. Une augmentation des revenus peut prendre la forme d'une augmentation des revenus par cas de traitement ou d'une augmentation des quantités. Les effets (incitatifs) sont résumés dans le Tableau 6, du point de vue de B,S,S., sur la base de la théorie économique.

Tableau 6 *Effets incitatifs de la rémunération linéaire basée sur les DRG et des budgets globaux*

Incitation	Rémunération basée sur les DRG (prix fixe par cas de traitement)	Budget global (montant fixe pour une activité définie au cours d'une certaine période)
Augmentation de l'efficacité des coûts dans la fourniture des prestations	Réactions souhaitées : <ul style="list-style-type: none"> - Optimisations des structures et des processus - Gestion améliorée des interfaces - Coopérations accrues avec d'autres fournisseurs de prestations - Transferts de prestations (souhaités, car efficaces) dans des domaines situés en amont et/ou en aval - Spécialisation accrue 	Réactions souhaitées : Analogues à la rémunération basée sur les DRG

⁷¹ Cf. à ce sujet également Rüttsche (2012, Cm 30).

⁷² Le lien avec les coûts au lieu des prestations lors du financement dans le canton de GE en 2017 n'est pas exclu, car il n'y a pas de lien clair sur les prestations.

⁷³ Selon l'arrêt du TAF C-5017/2015, l'affectation statique d'un budget total aux hôpitaux privés, comme c'est le cas dans le canton de Genève, tend à être similaire au financement des établissements et non au financement des prestations.

⁷⁴ Cf. Cots et al. (2011), Trottmann et al. (2016), Geruso & McGuire (2016) (réflexions théoriques générales), avec une focalisation sur la Suisse : Widmer et al. (2017a), Frey et al. (2014) et Felder et al. (2014).

Incitation	Rémunération basée sur les DRG (prix fixe par cas de traitement)	Budget global (montant fixe pour une activité définie au cours d'une certaine période)
	Réactions indésirables : <ul style="list-style-type: none"> - Sélection des patients - Rationnement⁷⁵ - Transferts de prestations indésirables (car, p. ex., peu efficaces) dans des domaines situés en amont et/ou en aval 	Réactions indésirables : Incitations accrues à la sélection des patients et au rationnement, transferts de prestations indésirables dans des domaines situés en amont et/ou en aval
Augmentation des revenus par cas de traitement	Réaction souhaitée : Amélioration de la qualité du codage	Pas déterminant (pas de revenu <i>par cas</i>)
	Réaction indésirable : <i>Up-coding</i> ⁷⁶	
Augmentation des quantités / de l'activité ⁷⁷	Réactions indésirables : Demande induite par l'offre (fourniture de prestations médicalement non indiquées) ⁷⁸ Pour des raisons financières : transfert global de traitements du secteur ambulatoire dans le secteur hospitalier (en cas de rémunération différente dans les deux domaines).	Réactions souhaitées : Fourniture exclusive de prestations (médicalement) nécessaires, car les prestations ne sont plus rémunérées en cas de dépassement du budget. Réactions indésirables : Comme l'hôpital ne bénéficie d'aucune incitation à aller au-delà de l'activité fixée, des listes d'attente peuvent éventuellement se former.

Égalité de traitement

Ce principe est lié au principe de lien avec les prestations lors du financement. Selon le Conseil fédéral (2004, p. 5570 et p. 5579), le lien avec les prestations lors du financement à des fins de renforcement de la concurrence suppose que les hôpitaux fournissent les prestations dans les mêmes conditions, quel que soit l'organisme responsable. Ce principe est indépendant de l'instrument du budget global ; ce que montre aussi le fait que l'évaluation soit différente en ce qui concerne l'application des budgets globaux des trois cantons : alors que le canton du Tessin connaissait les budgets globaux aussi bien pour les hôpitaux privés que publics, ce n'est pas le cas dans les cantons de Genève et de Vaud. Alors que la rémunération cantonale des prestations hospitalières stationnaires des hôpitaux publics s'effectue par le biais de budgets globaux, des restrictions quantitatives directes s'appliquaient aux hôpitaux privés. Dans son arrêt C-5017/2015, le Tribunal administratif fédéral a critiqué l'inégalité de traitement des hôpitaux publics et privés du canton de Genève en ce qui

⁷⁵ Privation de prestations qui seraient utiles à la personne concernée.

⁷⁶ On entend par *up-coding* un codage systématiquement trop élevé, c.-à-d. un codage des DRG avec des *cost-weights* trop élevés.

⁷⁷ Widmer et al. (2017a, chap. 3) distinguent entre incitations *financières* et *se rapportant au risque*, pour accroître le nombre de cas. Incitation financière : l'augmentation des quantités permet de dégager des contributions de couverture plus élevées aux coûts fixes. Incitation se rapportant au risque : la rémunération forfaitaire accroît le risque financier pour les hôpitaux. Une stratégie possible pour réduire le risque consiste à augmenter le nombre de cas en vue d'un *pooling* des risques (ce qui signifie que les cas avec des pertes peuvent être comparés à des cas avec des bénéfices).

⁷⁸ Notons qu'une *spécialisation* débouche également sur une activité accrue dans un certain domaine de prestations, mais sans doute aussi sur des coûts des activités dans un autre domaine de prestations.

concerne l'attribution des prestations aux hôpitaux publics et privés. Pour les hôpitaux privés, les montants des prestations allouées sont des quotas fixes et constituent la base de calcul du budget alloué à l'hôpital. Notons que la rémunération (liée au cas ou au budget global) n'est qu'un facteur qui inclut l'égalité de traitement. Les éléments de la rémunération des PIG ou l'admission des hôpitaux privés en tant qu'hôpitaux répertoriés sont tout aussi importants, parfois même plus.

Financement dual-fixe

Les budgets globaux ont pour particularité que la part d'au moins 55 % se réfère à des prestations hospitalières *convenues* d'hôpitaux figurant sur la liste cantonale des hôpitaux et non à la totalité des prestations hospitalières. Selon le Tribunal fédéral (ATF 138 II 398)⁷⁹, un tel système est toutefois conforme à la LAMal. En conséquence, les contributions cantonales ne seraient dues que jusqu'à ce que les quantités maximales (convenues) soient atteintes. La part cantonale effective dans le financement peut donc être inférieure à 55 %. Cette situation crée certes un certain champ de tension entre le financement dual-fixe et la part cantonale effective dans le financement. La situation doit cependant être jugée conforme à la loi (cf. ci-dessus).

Choix étendu de l'hôpital

Si les budgets globaux sont utilisés comme instrument de gestion quantitative, le budget ou l'activité définie d'un hôpital répertorié sont déjà contraignants en cours d'année et si l'hôpital refuse ensuite aux patients un traitement (planifié / non urgent), cela restreindrait de fait les patients dans le choix de l'hôpital ; des listes d'attente sont éventuellement nécessaires. Étant donné que l'obligation d'admission ne s'applique que dans le cadre des mandats de prestations selon le Tribunal fédéral (ATF 138 II 398)⁸⁰ et que ceux-ci peuvent prévoir des restrictions quantitatives, le principe n'est pas restreint d'un point de vue juridique. Une restriction est cependant possible dans les faits.

Les patients extra-cantonaux ne sont pas comptabilisés dans le volume de prestations de l'hôpital cantonal, de sorte que le choix étendu de l'hôpital n'est pas restreint pour eux.

Planification coordonnée et adaptée aux besoins

La condition selon laquelle les budgets globaux sont si possible adaptés aux besoins, autrement dit qu'ils se fondent sur les besoins des habitants du canton, est décisive lors de la planification. C'est le cas dans la mise en œuvre en 2017. Il n'existe aucune raison de procéder à une coordination intercantonale, puisque les budgets globaux ne restreignent pas le choix étendu de l'hôpital au-delà des frontières cantonales.⁸¹

⁷⁹ Cf. Rüttsche (2012, Cm 21).

⁸⁰ Cf. Rüttsche (2012, Cm 19).

⁸¹ Ce serait toutefois le cas, si une application restrictive des budgets globaux occasionnait un transfert plus important de patients vers d'autres cantons. Il n'existe cependant aucun indice en ce sens (cf. les explications sur les flux intercantonaux de patients ci-dessous).

Encadré V Conclusion concernant la question III et la première question évaluative

Comment s'assure-t-on que la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier et comment les contradictions éventuelles ont-elles été réglées ?

- *Lien avec les prestations lors du financement et de la planification* : calcul des budgets globaux (au moins pour l'essentiel) sur la base des volumes de prestations prévisionnels ou passés (et fixés dans des conventions de prestations).
- *Financement dual-fixe* : limitation à la part cantonale prévue par rapport au volume de prestations convenu.
- Concernant les autres principes du nouveau financement hospitalier (*égalité de traitement des hôpitaux publics et privés dans le domaine du financement hospitalier ; renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital ; planification adaptée aux besoins, coordonnée au plan intercantonal et fondée sur des critères uniformes*), aucune précaution spécifique n'est prise dans les cantons considérés.

La mise en œuvre de l'art. 51 LAMal est-elle compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier ?

- *Lien avec les prestations lors du financement* : la forme mixte majoritairement utilisée par les cantons, dont le calcul repose sur les différentes prestations, peut être jugée compatible avec le principe du financement lié aux prestations.
- *Égalité de traitement* : dans la pratique en 2017, la mise en œuvre dans un canton est compatible avec le principe de l'égalité de traitement et ne l'est pas dans deux cantons (car des instruments de gestion quantitative différents sont appliqués).
- *Financement dual-fixe* : un écart entre la part cantonale du financement fixée et effective est attendu si le budget est dépassé / n'est pas atteint. D'un point de vue juridique, c'est toutefois compatible avec le financement dual-fixe.
- *Choix étendu de l'hôpital* : la possibilité de choix peut être restreinte dans les faits. D'un point de vue juridique, cela reste toutefois compatible avec le principe du choix étendu de l'hôpital.
- *Planification coordonnée et adaptée aux besoins* : dans la mise en œuvre en 2017, compatible avec une planification coordonnée et adaptée aux besoins.

5. Effets des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités

Ce chapitre analyse dans quelle mesure les objectifs poursuivis par l'introduction du système DRG sont effectivement atteints. Les cantons qui ont appliqué des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal durant la période d'analyse 2012-2015 sont méthodiquement comparés aux cantons qui ne les ont pas appliqués au cours de la même période. Ainsi que cela a déjà été expliqué dans le chapitre 3.2, il n'existe pas que les budgets globaux, mais aussi des instruments alternatifs de gestion des quantités aux effets similaires. Les cantons qui ont appliqué des instruments alternatifs de gestion des quantités ayant des effets similaires à ceux des budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal sont affectés au groupe des cantons utilisant des budgets globaux lors de l'analyse.⁸² L'état des lieux a montré que des instruments alternatifs ont également été utilisés durant la période 2012-2015 étudiée. Les deux critères de sélection suivants ont donc été retenus pour l'admission d'un canton dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités (l'un des deux doit au minimum être satisfait) : 1) application d'un budget global au sens de l'art. 51 LAMal, 2) application d'instruments alternatifs de gestion des quantités ayant un effet comparable. L'application des instruments précités doit se situer (au moins majoritairement) dans la période d'analyse qui s'étend de 2012 à 2015.⁸³

Selon ces critères et cette limitation temporelle, les cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel peuvent être affectés au groupe des cantons utilisant des budgets globaux (cf. Tableau 2). Les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève ont appliqué les budgets globaux selon l'art. 51 LAMal durant toute la période d'analyse. Le canton de Neuchâtel les a appliqués entre 2012 et 2014. Le critère de l'application temporelle est satisfait pour trois années sur quatre, l'application couvre donc pratiquement l'intégralité de la période étudiée. Le canton du Valais applique certes un instrument alternatif de gestion des quantités ayant des effets similaires, mais seulement depuis 2015, c.-à-d. la dernière année de la période étudiée. Nous l'affectons par conséquent au groupe des cantons n'utilisant pas de budgets globaux. Nous effectuons en outre un test de robustesse pour les indicateurs centraux, dans lequel nous excluons les cantons de Neuchâtel et du Valais de l'analyse. Autrement dit, nous ne les affectons ni aux cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, ni aux autres cantons.

5.1. Maîtrise des coûts

L'introduction du système DRG s'accompagne d'un objectif de maîtrise des coûts fondé sur des incitations économiques. Les évaluations suivantes présentent les évolutions des volumes de prestations, des dépenses et d'autres grandeurs intéressantes pour les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités en comparaison avec ceux qui n'en utilisent pas. L'agrégation des indicateurs pour les groupes

⁸² Au cours de la période d'analyse, les cantons de Vaud, de Genève et de Neuchâtel ont (au moins partiellement) utilisé également d'autres instruments de gestion des quantités.

⁸³ Le chapitre 5.1.1 explique pourquoi l'analyse se concentre sur la période 2012-2015.

de cantons s'effectue à l'aide de valeurs moyennes pondérées.⁸⁴ Dans la mesure où les quatre cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités affichent des différences significatives, les résultats sont détaillés séparément pour ces cantons.

5.1.1. Méthodes et limites

Périodes et indicateurs

Le choix des indicateurs (voir ci-dessous) se justifie, d'une part, par la volonté de donner une image aussi complète que possible de l'évolution des dépenses. D'autre part, les indicateurs utilisés doivent aussi permettre d'identifier les éventuels transferts de coûts (p. ex., dans le cadre de l'AOS, entre le secteur hospitalier et ambulatoire). La période résulte de l'objet de l'évaluation (révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier) et de la disponibilité des données. La rémunération basée sur les DRG dans les soins somatiques aigus a été appliquée en 2012. La prise en compte d'un laps de temps prolongé permet une comparaison avant-après, qui est nécessaire pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la révision, car certains sont formulés dans le sens d'un changement recherché au fil du temps.

Périodes : l'analyse porte en premier lieu sur la période qui s'est écoulée depuis l'introduction des nouvelles règles de rémunération et de financement (dès 2012), mais un laps de temps prolongé (depuis 2005) est également examiné à titre subsidiaire.⁸⁵ Compte tenu de la disponibilité des données, la période d'analyse s'étend jusqu'en 2015.

Indicateurs : les volumes de prestations (en tant que facteur de coûts pertinent) d'une part et les indicateurs relatifs aux dépenses mêmes d'autre part sont utilisés comme indicateurs. Les indicateurs relatifs aux dépenses incluent :

Dépenses de l'AOS⁸⁶ :

- Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)
- Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés ; tous les secteurs de soins)
- Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)

Dépenses des cantons :

⁸⁴ La pondération est basée sur le nombre de personnes (personnes assurées ou population résidente dans les cantons).

⁸⁵ Lors du choix de la date de début de la période d'analyse étendue (2005), nous avons recherché un équilibre entre actualité (la date de début ne devait pas être trop éloignée de 2012) et robustesse (la période antérieure à 2012 devait être suffisamment longue pour révéler une tendance et non des variations fortuites). Lors de l'analyse de l'atteinte des objectifs qui tient compte de la période d'analyse étendue, nous étudierons la robustesse du résultat par rapport à la date de début choisie (en guise de date alternative, nous utilisons l'année 1997 – en raison de la disponibilité des données – et l'année 2008 – période aussi longue que pour l'analyse des années 2012-2015).

⁸⁶ L'instrument du budget global vise certes les dépenses cantonales. Si les incitations visant à fournir des prestations non indiquées médicalement sont réduites avec l'application des budgets globaux, l'AOS en profite également.

- Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire ; *soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation*)⁸⁷

Dépenses pour le domaine hospitalier :

- Dépenses hospitalières stationnaires du canton et AOS (totalité du secteur hospitalier stationnaire ; *soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation*)
- Dépenses de tous les agents de financement⁸⁸ pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire ; *soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation*)

À noter : les évaluations suivantes concernant les évolutions des volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires) et des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires concernent exclusivement les soins somatiques aigus. Les dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) se rapportent, en revanche, à la totalité du secteur hospitalier stationnaire, du fait qu'il n'est pas possible de se limiter aux soins somatiques aigus.

Le Tableau 11 (Annexe I) donne un aperçu de tous les indicateurs, renseigne sur l'opérationnalisation ainsi que sur les sources et attire l'attention sur les limites et problèmes éventuels. En plus des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus), les dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés) et les dépenses AOS totales (tous les types de prestations) sont prises en compte en guise d'indicateurs de dépenses supplémentaires, afin de pouvoir refléter les déplacements de prestations et de dépenses éventuels entre les domaines dans le cadre de l'AOS et de présenter un tableau aussi complet que possible de l'évolution des dépenses.⁸⁹ Les dépenses de l'AOS assurent une comparabilité élevée entre les cantons, car elles offrent un calcul uniforme de la rémunération. Comparées aux dépenses cantonales, elles dépendent moins du comportement individuel de chaque canton. Mais les dépenses des cantons sont bien sûr aussi déterminantes pour l'évolution effective des dépenses, raison pour laquelle celles-ci sont également prises en compte. Pour finir, l'analyse est encore élargie à la totalité du secteur hospitalier, afin de s'assurer que les différences éventuelles dans les dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires ne s'expliquent pas uniquement par des transferts

⁸⁷ Les dépenses des cantons incluent non seulement les dépenses pour les prestations soumises à l'AOS, mais aussi les PIG. L'ajustement de l'indicateur des dépenses des cantons relatives aux PIG a été examiné, mais aucun ajustement n'a été effectué en raison de l'insuffisance des données disponibles. Felder et al. (2017) documentent de fortes disparités cantonales concernant les dépenses relatives aux PIG. Cependant, les valeurs publiées dans l'étude sont très controversées. Les changements apportés aux dépenses cantonales pour les PIG, à condition qu'ils affectent les deux groupes cantonaux différemment, peuvent influencer les résultats. L'indicateur inclut également les investissements cantonaux. Nous évoquerons en détail l'influence de l'évolution des investissements cantonaux, dans la discussion sur l'évolution de l'indicateur.

⁸⁸ Cantons, AOS, autres assurances sociales, ménages privés, assurances complémentaires, autres agents de financement publics et privés.

⁸⁹ Les transferts éventuels de prestations et de dépenses des soins somatiques aigus dans les secteurs de soins hospitaliers situés en aval (p. ex., en réadaptation), qui sont déclenchés par la rémunération basée sur les DRG et l'application des budgets globaux pour le financement des prestations hospitalières de soins somatiques aigus, sont couverts par cet indicateur. Si les transferts de prestations entraînent un endiguement de la croissance des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires fournies dans le domaine des soins somatiques aigus, celui-ci est compensé par des augmentations des dépenses pour les prestations dans d'autres domaines des soins.

dans le secteur ambulatoire (alors qu'il n'y aurait pas de différences dans une perspective globale). Une perspective par habitant est adoptée, afin de tenir compte d'une dynamique éventuellement différente de la population dans les groupes de cantons observés. Nous renonçons à une analyse de l'évolution des dépenses pour l'ensemble du système de santé. Une évaluation différenciée au plan cantonal est difficile, car il existe des problèmes de délimitation concernant l'attribution de dépenses aux différents cantons.

Pertinence et limites

Rappelons que les différences entre les deux groupes de cantons, si tant est qu'il y en ait, ne peuvent pas être définitivement expliquées, car différents facteurs peuvent influencer les évolutions. Ces facteurs constituent un défi pour l'analyse s'ils affectent différemment les deux groupes de cantons considérés et si les contrôles correspondants sont impossibles. Ces facteurs seront brièvement évoqués ci-après et leur importance pour les évaluations suivantes sera présentée.⁹⁰

Contexte et niveau initial

Un nouveau système de rémunération des prestations hospitalières stationnaires fournies dans le domaine des soins aigus a été introduit avec les SwissDRG. Notons que des prestations hospitalières stationnaires étaient déjà rémunérées (du moins en partie) par le biais de forfaits par cas (système des AP-DRG) avant 2012 dans certains cantons (cf. Figure 8 dans l'annexe I). Rappelons notamment que les quatre cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités appartenaient également au groupe des cantons AP-DRG.

Les effets dits de base peuvent également jouer un rôle : pour les cantons dans lesquels le niveau des dépenses AOS par personne assurée est faible (p. ex., en raison d'offres de prestations hospitalières stationnaires relativement limitées dans une région), les augmentations des dépenses sont proportionnellement plus fortes que dans les cantons où le niveau de dépenses est déjà élevé. Des différences en termes de démographie, d'offre ou de demande peuvent expliquer ces différents niveaux de dépenses.

Signification pour les évaluations suivantes : La comparaison avant/après l'introduction du nouveau financement hospitalier peut être distordue par le contexte et le niveau initial. Lors de l'analyse de l'évolution depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier,

⁹⁰ Nous renonçons à une analyse causale à l'aide d'un modèle de régression. Motif : une approche de l'écart des différences serait indiquée, afin de procéder à une estimation solide (c.-à-d. identifiant si possible l'effet causal des budgets globaux). Les évolutions des dépenses des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités (groupe étudié) seraient comparées à l'évolution des dépenses des autres cantons (groupe témoin). Pour cela, des informations sur les dépenses concernant la période antérieure et postérieure à l'introduction des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités devraient être disponibles pour les deux groupes. C'est cet aspect qui pose problème : des budgets globaux étaient déjà utilisés dans les cantons GE, TI, VD et NE avant la période d'analyse (2012-2015), parfois même avant le début de la période couverte par les séries de données disponibles. Les instruments des budgets globaux ont en outre été adaptés dans le sillage des adaptations cantonales consécutives à la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Il n'est donc pas possible d'isoler l'effet des budgets globaux des effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux.

le contexte différent concernant les systèmes de rémunération avant 2012 est moins problématique, car les SwissDRG offrent, depuis 2012, un système de rémunération uniforme pour l'ensemble de la Suisse avec des incitations identiques pour tous. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'évolution depuis 2012 est considérée en priorité. Des effets qui se prolongent au-delà de l'année 2012 (p. ex., lorsque les adaptations sont différées) ne peuvent cependant pas être exclus. Le montant absolu des dépenses est également discuté en complément de la variation en pourcentage afin de prendre en compte les niveaux initiaux différents.

Autres facteurs d'influence dans le cadre de la révision de la LAMal

La révision s'est accompagnée de trois changements supplémentaires concernant le financement des prestations hospitalières soumises à la LAMal (Pellegrini & Roth 2015, p. 41) : premièrement, une nouvelle clé de répartition d'au plus 45 % pour l'AOS et d'au moins 55 % pour les cantons s'applique depuis 2012.⁹¹ Deuxièmement, les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI) sont inclus dans les forfaits par cas. Alors que la première modification a tendance à comprimer les dépenses de l'AOS, la deuxième mesure les accroît. Troisièmement, le financement des prestations hospitalières soumises à la LAMal est indépendant du lieu de la fourniture des prestations, à quelques exceptions près. Cette modification entraîne une charge supplémentaire pour les cantons et un allègement pour les assurances complémentaires.

Signification pour les évaluations suivantes : ces mesures agissent en principe sur tous les cantons, raison pour laquelle elles ne devraient pas entraver la comparaison suivante. Exception : étant donné que la part cantonale (cf. délai de transition, note de bas de page 91) a été fixée en dessous de 55 % en 2012, puis portée à 55 % en 2017 dans certains cantons, cela a entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses AOS hospitalières stationnaires durant la période d'analyse 2012-2015 dans les cantons correspondants.

Autres facteurs d'influence en dehors de la révision de la LAMal

En plus de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, il existe naturellement d'autres facteurs d'influence qui ont une incidence sur les dépenses et le financement du système de soins. Les facteurs d'influence suivants sont parmi les plus importants :

- *Vieillesse de la société* : le vieillissement de la population est considéré comme un facteur de dépenses pertinent.⁹² Étant donné que le recours aux prestations de santé augmente avec l'âge et que la part des plus de 65 ans progresse, les dépenses de santé par habitant augmentent. *Signification pour les évaluations suivantes* : l'influence de cet aspect de l'évolution démographique sur les dépenses

⁹¹ Un délai de transition jusqu'au 1^{er} janvier 2017 doit être pris en compte à cet égard (cf. Dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier), al. 5). Dans certaines circonstances, la part cantonale du financement pouvait être fixée entre 45 % et 55 % avant 2017. La CDS a dressé une liste des clés de répartition pour les années 2012 à 2018 (dernière consultation le : 24 janvier 2018) : https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/tb_zusammenstellung_kostenteiler_170901.pdf. (Le lien ne fonctionne pas en français et en allemand)

⁹² Cf., p. ex., B. Brändle & Colombier (2017).

AOS dans le domaine hospitalier stationnaire et ambulatoire ainsi que de façon générale peut être quantifiée à l'aide de méthodes économétriques fondées sur les données disponibles (cf. annexe I).⁹³ Les analyses sont réalisées séparément pour les deux groupes de cantons, car ils peuvent en principe être affectés différemment par le vieillissement de la société.

- *Progrès médico-technique* : les innovations dans le domaine médical permettent d'appliquer des traitements et des opérations nouveaux et meilleurs. *Signification pour les évaluations suivantes* : nous estimons que le progrès médico-technique concerne pareillement l'ensemble des cantons. L'évaluation suivante n'est donc pas distordue par ce facteur d'influence.
- *Demande* (quel que soit l'âge) : d'autres aspects en matière de demande doivent être pris en compte en dehors des aspects purement démographiques, notamment les préférences concernant les prestations de santé et l'évolution du revenu. Il est par ailleurs possible que celles-ci s'influencent mutuellement. Plus l'évolution des revenus est dynamique, plus la demande de prestations de santé augmente, conformément aux attentes. Les préférences et l'évolution du revenu peuvent p. ex. être plus ou moins marquées selon les régions (rurales, urbaines). *Signification pour les évaluations suivantes* : l'influence du revenu et des préférences ne sera pas explicitement étudiée. Au cas où l'évolution des revenus (ou des préférences) entre les groupes utilisant ou non un budget global différerait de manière significative, il pourrait en résulter un flou que nous ne pouvons pas quantifier.

Les facteurs d'influence énoncés peuvent être partiellement mais non intégralement contrôlés dans les évaluations statistiques et descriptives suivantes. Les évaluations peuvent par conséquent donner des indications, mais ne sont pas à même de démontrer un lien de causalité entre les budgets globaux et instruments alternatifs de gestion des quantités et l'évolution des dépenses, sur un plan statistique. Nous estimons que les différences mineures, non systématiques, ne devraient pas être surévaluées. Si toutefois des différences systématiques et significatives se manifestent (autrement dit si les mêmes corrélations apparaissent sans cesse concernant différents indicateurs et différentes périodes, et ce, dans tous les cantons du groupe correspondant), nous pensons que cela peut être considéré comme une indication de l'influence des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités. Dans ce contexte, les évaluations suivantes sont, dans un premier temps, présentées de manière descriptive, avant de tirer des conclusions quant à l'influence des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités.

5.1.2. Présentation de l'évolution

Vue d'ensemble

L'évolution des indicateurs des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 par rapport à

⁹³ La procédure n'est pas applicable aux autres indicateurs de dépenses, car nous ne disposons pas de données différenciées par groupes d'âge les concernant.

celle des autres cantons est d'abord résumée, puis expliquée. Dans l'interprétation, il convient de noter que les résultats s'appliquent dans les limites de la valeur des indicateurs examinés (comme expliqué au chapitre 5.1.1).

Tableau 7 Croissance annuelle moyenne des cas par tête et dépenses par tête, 2012-2015

	Cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015	Cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	0,6 %	1,2 %
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	0,1 %	0,1 %
Dépenses AOS hospitalières ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés)	4,4 %	4,7 %
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	2,7 %	2,7 %
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,8 %	-1,2 %
Dépenses du canton et AOS hospitalières stationnaires (totalité du secteur hospitalier stationnaire)	1,4 %	-0,4 %
Dépenses de tous les agents de financement(a) pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	3,2 %	2,4 %

Sources : *Statistique médicale des hôpitaux (OFS), Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA ; Coûts et financement du système de santé (OFS) ; analyses de l'Obsan et de B,S,S. Remarques : ^(a) agents de financement : cantons, AOS, autres assurances sociales, ménages privés, assurances complémentaires, autres agents de financement publics et privés.*

Volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus))

La croissance des cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) est moins marquée dans les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 étudiée que dans les cantons qui n'appliquaient aucun de ces outils. Entre 2012 et 2015, la croissance annuelle des cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) était de 1,2 % (cantons n'utilisant pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités) ou de 0,6 % (cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités).

Effet de base résultant de différents niveaux du volume des prestations : le taux de croissance plus élevé dans le groupe des cantons n'utilisant pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités peut être dû, au moins partiellement, à un effet de base, car ce groupe présente des valeurs par habitant moins élevées concernant les cas

AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) sur l'ensemble de la période d'analyse que le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités.

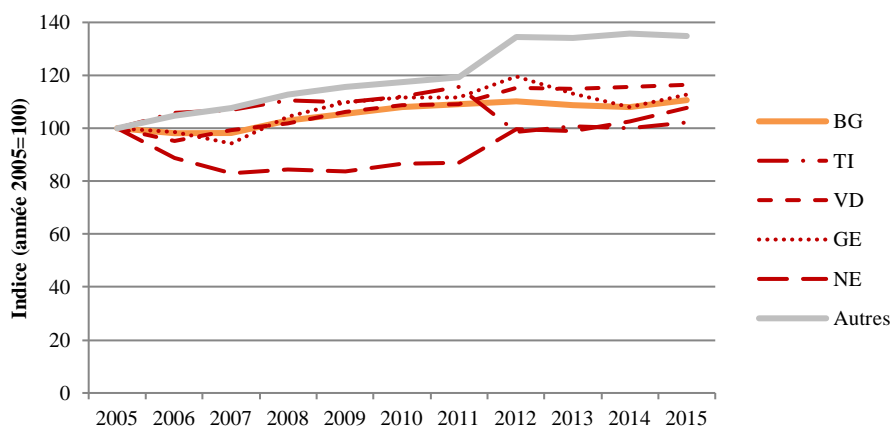
Modifications de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : une enquête de Widmer et al. (2017a) indique que la différence documentée ci-dessus entre les deux groupes cantonaux n'est pas imputable à l'introduction des SwissDRG. Les résultats de Widmer et al. (2017a) indiquent que l'évolution différente des nombres de cas entre les deux groupes existait déjà avant 2012.⁹⁴

Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)

La Figure 4 présente les évolutions des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) pour les cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 (respectivement en tant que groupe désigné par « BG » et individuellement) et pour le groupe des autres cantons (désigné par « Autres »).

⁹⁴ Widmer et al. (2017a) ont étudié l'influence de l'introduction des SwissDRG sur l'évolution des volumes de prestations. L'évolution des volumes de prestations (cas par habitant) dans un groupe de cantons utilisant des budgets globaux et des tarifs dégressifs a notamment été comparée, à cet effet, à l'évolution dans les autres cantons. Théoriquement, les incitations en faveur des augmentations du volume seraient plus importantes dans le groupe n'utilisant pas de budgets globaux ni de tarifs dégressifs que dans les cantons appliquant des restrictions quantitatives, en raison de l'introduction des SwissDRG. Les résultats de l'analyse économétrique montrent qu'il n'y a pas de différences imputables à l'introduction des SwissDRG entre les groupes.

Figure 4 *Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), indexée, 2005-2015*



Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement⁹⁵, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; TI = Tessin ; VD = Vaud ; GE = Genève ; NE = Neuchâtel.

Les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) ont subi, depuis 2005, une hausse plus importante dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant cette même période. Les évolutions jusqu'en 2012 sont déterminantes pour expliquer la différence. La responsabilité en incombe à la croissance nettement plus forte des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) entre 2005 et 2011 dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. La croissance annuelle moyenne durant la période 2005-2011 peut-être estimée à 3,0 % dans ce groupe. En comparaison, les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) n'ont augmenté que de 1,5 % par an, entre 2005 et 2011, dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Dès 2012, l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) a été la même dans les deux groupes (croissance annuelle moyenne de 0,1 %, cf. Tableau 12, Annexe I). Dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) a donc baissé de 1,4 point de pourcentage,

⁹⁵ Tout comme dans Pellegrini & Roth (2015, p. 39), nous nous basons sur l'année de traitement, car en raison de la situation tarifaire (partiellement) ouverte en 2012, des factures n'ont été réglées qu'en 2013. Si l'analyse se fondait sur l'année de décompte, les dépenses seraient sous-évaluées en 2012 et surévaluées en 2013.

alors qu'elle enregistrait un recul de 2,9 points dans le groupe des cantons qui ne les utilisaient pas.^{96 97}

La croissance des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) peut être subdivisée en croissance des dépenses par cas et en croissance du nombre de cas par tête. La première partie reflète l'évolution des prix, la deuxième celle des quantités.⁹⁸ Cette répartition est présentée dans la Figure 9 en Annexe I. L'évolution des quantités est responsable de la croissance globalement positive des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) entre 2012 et 2015. Comme expliqué ci-dessus, celle-ci est plus marquée dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités.⁹⁹ Un recul des prix qui compense partiellement l'effet des quantités s'observe dans les deux groupes de cantons pour la période 2012-2015. Cette évolution est plus marquée dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans le groupe des cantons qui en utilisaient.^{100 101} On peut se demander quelle est l'explication de cette évolution

⁹⁶ On observe une hausse sensible des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) entre 2011 et 2012, dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Cet « effet de seuil » sur les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) s'explique par le changement de système (cf. les explications au chapitre 5.1, cf. également Pellegrini & Roth 2016, p. 6) Cet effet est globalement moins marqué dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. L'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) a même baissé dans le canton du Tessin en 2012. La raison en est l'adaptation de la clé de répartition entre le canton et les assurances-maladie. Avant 2012, la part de l'AOS dans les dépenses globales pour des prestations hospitalières stationnaires, de l'ordre de 57 %, était relativement élevée dans le canton du Tessin (cf. Tableau 16 en annexe I). En 2012, cette part a baissé à environ 44 % (-13 points de pourcentage) (VD : constante à 36 %, GE : hausse de 6 points de pourcentage, NE : hausse de 1 point de pourcentage). Dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, les changements oscillent entre -9 points de pourcentage et +12 points de pourcentage, une hausse ayant été observée dans 19 cantons et une baisse dans quatre autres cantons.

⁹⁷ Si l'on exclut les cantons du Valais et de Neuchâtel de l'analyse (test de robustesse, cf. Tableau 13 en annexe), les résultats changent en ce sens que le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une croissance annuelle moyenne des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) plus faible (et même négative) par rapport aux autres cantons entre 2012 et 2015.

⁹⁸ Lors de la comparaison entre les cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) et les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus), il faut tenir compte du fait que les cas et les dépenses émanent respectivement de sources différentes et que les résultats doivent donc être interprétés avec une certaine prudence.

⁹⁹ Pellegrini & Roth (2017, p. 2) documentent également une croissance des dépenses pour le secteur hospitalier stationnaire, qui s'explique en premier lieu par une augmentation du nombre de cas hospitaliers stationnaires.

¹⁰⁰ L'observation différenciée des cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel montre que l'évolution des prix globalement négative est imputable à ces deux derniers. Selon l'entretien spécialisé avec le canton de Genève, les tarifs hospitaliers ont effectivement évolué à la baisse.

¹⁰¹ Une évaluation spécifique de l'évolution des tarifs hospitaliers dans le domaine des soins aigus pour les deux groupes de cantons entre 2012 et 2015 confirme ce tableau, une diminution des tarifs hospitaliers durant la période 2012-2015 pouvant être constatée pour ces groupes : alors que le tarif hospitalier moyen (mesuré à l'aune de la médiane) a baissé de 1,3 % dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, on observe

différente des prix dans les deux groupes de cantons. L'une des raisons possibles pourrait être que l'introduction des SwissDRG en 2012 a exercé une influence différente sur les incitations en vue d'une amélioration de l'efficacité des hôpitaux dans les deux groupes de cantons. Avant 2012, les prestations hospitalières de soins somatiques aigus étaient déjà rémunérées (du moins partiellement) au moyen de forfaits par cas (système des AP-DRG) dans certains cantons, notamment dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Dans ces régions, les incitations en vue d'une amélioration de l'efficacité qui devaient émaner des SwissDRG faisaient déjà effet, au moins partiellement, alors que ces incitations ont été créées ou amplifiées par l'introduction des SwissDRG dans les autres régions. Si ces effets incitatifs et les réactions des hôpitaux en vue d'une amélioration de l'efficacité qui en découlaient ont été différés et si des comparaisons régionales entre hôpitaux ont été réalisées afin de déterminer les tarifs hospitaliers, du moins durant la phase initiale, les prix pour les prestations hospitalières de soins somatiques aigus pourraient avoir été moins sous pression dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans le groupe des autres cantons.

Importance des autres facteurs d'influence : l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) a été la même dans les deux groupes de cantons entre 2012 et 2015. Les effets d'autres facteurs doivent être analysés afin de pouvoir apprécier l'influence des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur ce résultat. Différents facteurs sont discutés ci-après :

Effets de base résultant de différents niveaux de dépenses : comme le montre la Figure 12 en annexe I, le niveau des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 était inférieur, au début de la période observée, à celui des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la même période. Jusqu'en 2011, le niveau des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 s'est progressivement élevé au niveau des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la même période. Pour la période 2012-2015, les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités (après l'effet de seuil de l'année 2012) se situent à un niveau supérieur à celui observé dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. On ne peut pas exclure qu'un effet de base compense au moins partiellement l'effet modérateur des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion

un recul du tarif hospitalier moyen de 2,1 % dans le groupe des autres cantons (source : tarifs hospitaliers selon tarifsuisse SA et HSK).

des quantités sur l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités.

Démographie : l'effet de la démographie sur l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) a été étudié dans les deux groupes de cantons, afin d'examiner l'influence du vieillissement.¹⁰² Les principaux résultats ont été récapitulés dans le Tableau 8 ci-dessous. La Figure 17 en Annexe I présente l'évolution observée et contrefactuelle des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) par année de traitement pour le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 et pour le groupe des autres cantons. Les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) observées ont progressé, dans les deux groupes, passant d'environ 555 francs à environ 614 francs durant la période 2012-2015 dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 (BG) et de 496 francs à 670 francs dans les autres cantons. L'évolution contrefactuelle montre comment les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) auraient évolué dans le temps, si la pyramide des âges de la population, autrement dit les parts des différents groupes d'âge, était restée constante depuis 2005. En 2015, les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) se seraient élevées à environ 590 francs (BG) ou 628 francs (autres), s'il n'y avait pas eu de modification de la pyramide des âges. L'« effet de la démographie » sur les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) en 2015 est donc d'environ 24 francs (BG) ou 42 francs (autres). En d'autres termes, le vieillissement de la population explique environ 41 % (BG) ou 24 % (autres) de la hausse des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) durant la période de 2005 à 2015. Ce résultat laisse à penser que la hausse plus marquée des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) durant la période 2005-2015, dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la même période, ne peut pas être imputée à l'« effet de la démographie ». Si l'observation porte uniquement sur la période comprise entre 2012 et 2015, la hausse d'environ 2 francs des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités est à peu près aussi élevée que dans le groupe sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. Si la pyramide des âges reste constante sur la période 2012-2015, les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans les deux groupes de cantons diminuent, l'effet de l'âge étant un peu plus marqué dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans l'autre groupe. En tenant compte de l'évolution démographique, les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion

¹⁰² Vous trouverez une description de l'enquête dans l'annexe I au présent rapport. L'analyse ne considère que l'influence du vieillissement sur l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête). Les autres facteurs ne sont pas pris en compte.

des quantités durant la période 2012-2015 ont donc moins augmenté que dans le groupe des cantons qui en utilisaient.

Tableau 8 *Influence du vieillissement sur l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), 2005-2015 / 2012-2015*

Période	Groupe de cantons	Modification observée (en francs par tête)	Modification en cas de pyramide des âges constante (année de base : 2005 / 2012) (en francs par tête)	Effet de la démographie (en francs par tête et en %)
2005-2015	BG	58,6	34,8	23,8 (41 %)
	Autres	174,5	132,3	42,2 (24 %)
2012-2015	BG	1,9	-3,3	-5,2 (-275 %)
	Autres	2,3	-9,6	-11,9 (-529 %)

Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : dépenses AOS hospitalières stationnaires par année de traitement, par personne assurée, type de prestations Hôpital stationnaire. L'évolution sans modification de la pyramide des âges a été évaluée selon la méthode énoncée dans Elder et al. (2015). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Modifications de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : dans certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, la part cantonale du financement n'était pas encore fixée à 55 % en 2012 (comme c'était le cas dans les quatre cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités), mais à moins. Comme le montre un récapitulatif¹⁰³ de la CDS concernant les parts de financement cantonales, seuls cinq cantons appartenant au groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités affichaient des parts de financement cantonales de 55 % en 2012. Les parts des autres cantons oscillaient entre 45 % et 53 %. En 2017, toutes les parts s'élevaient à 55 %. L'augmentation de la part de financement cantonale durant la période considérée dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités s'est traduite par une croissance modérée des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête). Si l'on exclut cet effet dû à l'augmentation différée de la part cantonale du financement jusqu'en 2017 au moins à hauteur de 55% pendant la période de transition prévue par la loi, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS en milieu hospitalier (somatique aigu) (par tête) dans le groupe des cantons sans budget global ou instruments alternatifs pour la gestion des quantités est supérieure de 1,1% à celle du groupe des cantons avec budget global et/ou instruments alternatifs pour la gestion des quantités (0,1%).¹⁰⁴

¹⁰³ Cf. <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942&L=1> (11.1.2019).

¹⁰⁴ Pour cette estimation, les dépenses de l'AOS par habitant en milieu hospitalier (soins aigus somatiques) à partir de 2013 ont été extrapolées en supposant que la clé de financement cantonale resterait au niveau de 2012 (voir résultats dans le tableau 16 de l'annexe).

Dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés ; tous les secteurs de soins)

Les dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés ; tous les secteurs de soins) (par tête) sont considérées comme un indicateur de dépenses supplémentaire. Le secteur ambulatoire peut être concerné par l'application des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités dans le sens où les budgets globaux et les instruments alternatifs de gestion des quantités peuvent entraîner un transfert (accru) de traitements (p. ex., des examens situés en amont ou en aval d'un traitement hospitalier) et, partant, un transfert (accru) de dépenses du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire. Le Tableau 7 présente la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS ambulatoires (par tête) de manière globale. Le Tableau 12 (annexe I) la présente également en distinguant le secteur ambulatoire des hôpitaux du secteur ambulatoire des cabinets privés pour les groupes de cantons considérés utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ainsi que pour le groupe des autres cantons. Dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, la croissance des dépenses AOS ambulatoires (par tête) est inférieure de 0,3 point de pourcentage à celle des cantons qui ne les appliquaient pas. Entre 2012 et 2015, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS ambulatoires (par tête) était de 4,4 % dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités (secteur ambulatoire des cabinets privés : 4,9 %, secteur ambulatoire des hôpitaux : 3,7 %), contre 4,7 % dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités (secteur ambulatoire des cabinets privés : 5,0 %, secteur ambulatoire des hôpitaux : 4,4 %). Alors que la croissance des dépenses AOS ambulatoires (par tête) dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 s'est quelque peu renforcée par rapport à la période comprise entre 2005 et 2011 (où la croissance annuelle moyenne était de 3,6 %), la croissance annuelle moyenne dans les autres cantons était un peu plus faible (durant la période 2005-2011, elle était de 5,0 %).¹⁰⁵ Nous examinerons ci-après si et dans quelle mesure les évolutions observées peuvent s'expliquer par un effet de base ou le vieillissement de la population :

Effets de base résultant de différents niveaux de dépenses : comme le montre la Figure 13 en Annexe I, le niveau des dépenses AOS ambulatoires (par tête) dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 était nettement supérieur, depuis 2005, au niveau des dépenses AOS ambulatoires (par tête) des autres cantons. Un rapprochement des niveaux n'a pas été observé. Une croissance annuelle moyenne supérieure des dépenses AOS ambulatoires (par tête) dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 peut donc (au moins partiellement) être attribuée à un effet de base.

¹⁰⁵ Les résultats ne changent pas fondamentalement lorsque les cantons du Valais et de Neuchâtel sont exclus de l'analyse (test de robustesse, cf. Tableau 13 en annexe).

Démographie : la Figure 18 en annexe I présente l'évolution observée et contrefactuelle des dépenses AOS ambulatoires (par tête) par année de traitement pour le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités et pour le groupe des autres cantons. L'effet de la démographie était de 38 francs (BG) ou de 54 francs (autres) par tête en 2015. Le vieillissement de la population explique donc environ 7 % (BG) ou 10 % (autres) de la hausse des dépenses AOS ambulatoires (par tête) durant la période de 2005 à 2015. En comparaison avec le secteur hospitalier stationnaire (soins somatiques aigus), l'effet de la démographie est nettement plus faible. Ce dernier affecte en outre les évolutions des dépenses dans les deux groupes de cantons de façon similaire. L'évolution différente ne peut donc pas lui être exclusivement imputée. Ces conclusions s'appliquent même si seules les années 2012-2015 sont considérées.

Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)

Le Tableau 7 et le Tableau 12 (annexe I) présentent la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS totales (par tête) pour les cantons ou groupes de cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 et pour le groupe des autres cantons. Cette croissance ne diffère pas d'un groupe de cantons à l'autre sur cette période (2,7 % pour les deux groupes). En comparaison avec la période 2005-2011, elle a augmenté dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 (de 1,7 % à 2,7 %). Dans les autres cantons, elle a diminué (de 3,1 % à 2,7 %). Comme précédemment pour le secteur hospitalier stationnaire et le secteur ambulatoire, nous examinerons ci-après si et dans quelle mesure les évolutions observées peuvent s'expliquer par un effet de base ou le vieillissement de la population :

Effets de base résultant de différents niveaux de dépenses : comme le montre la Figure 13 en annexe I, le niveau des dépenses AOS totales (par tête) dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 est supérieur, depuis 2005, au niveau observé dans l'autre groupe. Compte tenu de l'effet de base, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS totales (par tête) peut être un peu plus faible dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités et un peu plus importante dans le groupe des autres cantons.

Démographie : la Figure 18 en annexe I présente l'évolution observée et contrefactuelle des dépenses AOS ambulatoires (par tête) par année de traitement pour le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 et pour le groupe des autres cantons. L'effet de la démographie était de 142 francs (BG) ou de 184 francs (autres) (par tête) en 2015. Le vieillissement de la population explique environ 18 % ou 19 % de la hausse des dépenses AOS totales (par tête) durant la période de 2005 à 2015. L'évolution différente des dépenses AOS ambulatoires (par tête) entre les deux groupes de cantons n'est donc pas due à l'effet de la démographie. L'observation de la période 2012-2015 révèle un « effet de la démographie » comparable à celui de la période 2005-2015, dans les cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. Dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, l'« effet de la démographie » est un peu plus faible (10 %).

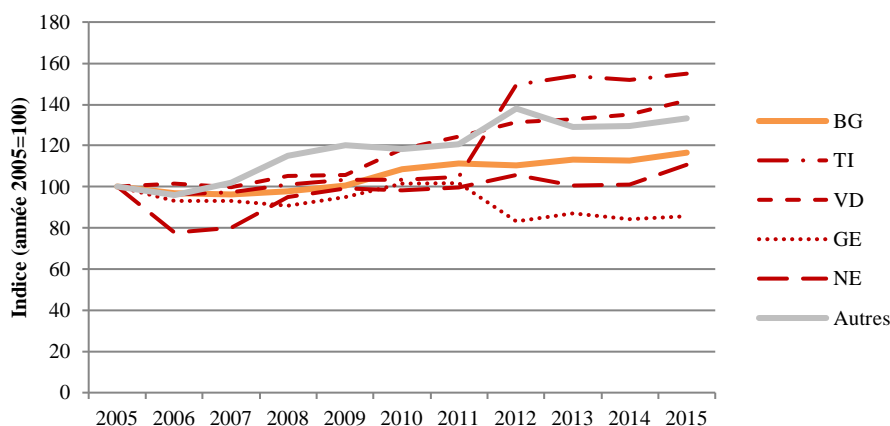
Dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation)

La Figure 5 présente les évolutions des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux ; soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation) (par tête). L'observation porte sur les dépenses pour les prestations soumises à la LAMal et les PIG, car aucune différenciation entre les dépenses pour les deux types de prestations n'a été possible pour les données disponibles dans le cadre de cette étude, pendant toute la période d'analyse. Notons que les modifications des dépenses pour les PIG peuvent influencer sur l'évolution de l'indicateur. Les investissements cantonaux dans le secteur hospitalier sont également inclus afin de pouvoir reproduire les dépenses cantonales pour des prestations hospitalières stationnaires aussi fidèlement que possible. Nous aborderons ci-dessous l'influence des modifications des investissements cantonaux dans le secteur hospitalier sur l'évolution de l'indicateur des dépenses.

Entre 2012 et 2015, la croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) était de 1,8 % dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. En comparaison, les dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) ont diminué de 1,2 % par an en moyenne sur la même période, dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. Si l'on considère la période comprise entre 2005 et 2011, les taux de croissance annuels moyens sont identiques à ceux de la période suivante (cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015) ou supérieurs (3,2 % dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015). Dans les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, la croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) est donc inférieure depuis 2012 à son niveau antérieur.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Les résultats ne changent pas fondamentalement lorsque les cantons du Valais et de Neuchâtel sont exclus de l'analyse (test de robustesse, cf. Tableau 13 en annexe).

Figure 5 *Évolution des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), 2005-2015.*



Source : Coûts et financement du système de santé (OFS). Remarques : dépenses par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; TI = Tessin ; VD = Vaud ; GE = Genève ; NE = Neuchâtel.

Nous discutons ci-après si et dans quelle mesure les évolutions observées concernant les changements peuvent s'expliquer par un effet de base ou la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier¹⁰⁷ :

Effets de base résultant de différents niveaux de dépenses : la hausse des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) durant la période 2005-2011, dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, modérée en comparaison avec le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, pourrait également être due à un effet de base. Comme le montre la Figure 15 en annexe I, les cantons de Vaud, Genève et Neuchâtel affichent notamment, sur toute la période observée depuis 2005, un niveau plus élevé des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) que le groupe des autres cantons.

Modifications de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer dans les explications relatives aux dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), la part cantonale du financement pour l'année 2012 avait encore été fixée en dessous des 55 % prévus par la loi, dans certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments al-

¹⁰⁷ Il est impossible de contrôler une évolution démographique différente pour cet indicateur de dépenses, car il n'existe pas de données différenciées par groupes d'âge.

ternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. L'adaptation à 55 % a ensuite été progressive.¹⁰⁸ Il en a résulté une croissance accrue des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, durant la période observée. On observe par ailleurs, dans la Figure 5, une inflexion en 2012 dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 (c.-à-d. une hausse en 2012, suivie d'une baisse en 2013). L'évolution caractéristique de la courbe en 2012 s'explique par une forte baisse des investissements des cantons dans le secteur hospitalier qui peut être associée avec le nouveau financement hospitalier.¹⁰⁹ Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) n'est analysée qu'à partir de 2013, la croissance moyenne de 1,4 % dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités est inférieure à celle des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, qui est de 1,6 %. Si les dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG) (par tête) sont observées sans les investissements, la croissance annuelle moyenne dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités de 1,0 % sur la période 2012-2015 est inférieure à celle du groupe des autres cantons, qui ressort à 1,7 %.

Les résultats des estimations sont résumés dans le Tableau 9.

Tableau 9 Croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (par tête, totalité du secteur hospitalier stationnaire), 2012-2015 / 2013-2015

	Cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015		Cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015	
	2012-2015	2013-2015	2012-2015	2013-2015
PIG compris, investissements cantonaux compris	1,8 %	1,4 %	-1,2 %	1,6 %
PIG compris, investissements cantonaux non compris	1,0 %	1,2 %	1,7 %	2,0 %

Sources : *Coûts et financement du système de santé (OFS)*.

¹⁰⁸ Cette procédure est conforme aux Dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier).

¹⁰⁹ Outre les coûts d'exploitation, les coûts d'investissement en relation avec la fourniture de prestations hospitalières stationnaires selon la LAMal sont également couverts par le tarif hospitalier et ne sont plus uniquement supportés par le canton, conformément au nouveau financement hospitalier (art. 49, al. 5, LAMal).

Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)

Jusqu'ici, le présent rapport se focalisait sur la croissance des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires, dont le financement incombe à l'AOS et/ou aux cantons. L'accent est étendu ci-après à la totalité du secteur hospitalier. Cela signifie premièrement que les prestations ambulatoires ainsi que des prestations qui ne sont pas soumises à la LAMal sont prises en compte en plus des prestations hospitalières. Deuxièmement, les dépenses de tous les agents de financement (cantons, AOS, autres assurances sociales, ménages privés, assurances complémentaires, autres agents de financement publics et privés) sont prises en compte. L'analyse montre qu'une hausse sensible des dépenses pour le secteur hospitalier a été enregistrée entre 2012 et 2015. La croissance annuelle moyenne des dépenses pour la totalité du secteur hospitalier (par tête) de 3,2 % dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 est donc supérieure à celle du groupe des autres cantons, qui s'élève à 2,4% (cf. Tableau 14 en annexe I).¹¹⁰

Effets de base résultant de différents niveaux de dépenses : comme le montre la Figure 16 en annexe I, le niveau des dépenses pour la totalité du secteur hospitalier (par tête) dans les cantons de Vaud et de Genève (et donc aussi le niveau des dépenses du groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités) est supérieur au niveau des autres cantons. La croissance annuelle moyenne plus élevée des dépenses pour la totalité du secteur hospitalier (par tête) dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités ne peut donc pas être imputée à l'effet de base.¹¹¹

Encadré VI Conclusion concernant la question IV

Quelles sont les conséquences des budgets globaux sur les volumes de prestations et les coûts des soins somatiques aigus en comparaison avec les cantons qui n'appliquent pas l'art. 51 LAMal ?

Indicateurs relatifs au secteur hospitalier stationnaire (soins somatiques aigus)

- Concernant les volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)), le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une croissance annuelle moyenne inférieure à celle du groupe des cantons qui n'appliquaient aucun de ces outils.
- Le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une croissance annuelle moyenne similaire à celle du groupe des autres cantons

¹¹⁰ Les taux de croissance annuels sont respectivement de 2,2 %, 4,9 %, 1,1 % et 0,8 % dans les cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel.

¹¹¹ Il est impossible de contrôler une évolution démographique différente pour cet indicateur de dépenses, car il n'existe pas de données différenciées par groupes d'âge.

sur ladite période, en ce qui concerne les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), et ce, malgré l'évolution plus modérée des volumes de prestations (par tête) (voir ci-dessus). Ce résultat peut s'expliquer par une baisse plus importante des Baserates dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités par rapport au groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Cette évolution peut être de nature temporaire : les gains d'efficacité escomptés de l'introduction des SwissDRG en 2012 ont éventuellement déjà été réalisés précocement dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, en raison de la rémunération des prestations hospitalières stationnaires par le biais des AP-DRG qui s'appliquait déjà dans ces cantons avant 2012, ce qui peut avoir eu pour effet une pression légèrement moins marquée sur les prix de base dans ces cantons. Les influences d'autres facteurs doivent également être prises en compte : d'une part, l'évolution des dépenses peut avoir été relativement plus importante dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités que dans le groupe des autres cantons, en raison d'un moindre niveau des dépenses durant la période 2012-2015 (effet de base). D'autre part, l'effet démographique est plus prononcé dans les cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, ce qui s'est traduit par une augmentation plus forte des dépenses dans ce groupe durant la période 2012-2015. Par ailleurs, le fait que certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ont progressivement ajusté la part cantonale du financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prévu par la loi a contribué à un ralentissement de l'augmentation des dépenses dans ce groupe de cantons. Aucune évaluation définitive de l'effet global n'est possible sur la base des informations disponibles dans ce rapport.

Autres indicateurs de dépenses

- Les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 affichent une croissance annuelle moyenne légèrement inférieure à celle des autres cantons, en ce qui concerne les dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés) (par tête), et comparables pour ce qui est des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête). Là encore, les effets de base peuvent avoir influencé les résultats (qui se manifestent par une moindre croissance annuelle moyenne des dépenses AOS ambulatoires et totales – respectivement (par tête) – dans les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, en comparaison avec le groupe des autres cantons). Les différences dans l'évolution des dépenses AOS ambulatoires (par tête) ne peuvent pas être imputées à un effet de la démographie. La croissance annuelle moyenne des dépenses AOS totales (par tête) dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités est moins importante, durant la période 2012-2015, que dans le groupe des

cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, en tenant compte de l'effet démographique. Aucune conclusion univoque concernant les transferts de prestations et de coûts ayant éventuellement été déclenchés dans les soins somatiques aigus par des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs n'a pu être tirée sur cette base.

- Le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête) supérieure à celle des autres cantons sur la période 2012-2015 et une croissance annuelle moyenne supérieure des dépenses dans le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire) (par tête). Étant donné que les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présentaient un niveau accru concernant ces indicateurs de dépenses, les effets de base ne permettent pas d'expliquer ce résultat. Lors de l'interprétation des différences dans l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête) entre les deux groupes de cantons, il faut tenir compte du fait que les investissements cantonaux sont pris en compte dans cette observation. Il s'avère que l'évolution de l'indicateur dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 a été fortement influencée par les modifications des investissements cantonaux dans le secteur hospitalier au début de la période d'analyse. Si l'on fait abstraction de ces investissements ou si la période d'analyse est limitée aux années 2013-2015, le résultat s'inverse : la croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 est alors inférieure à celle des autres cantons. En tenant compte de cette influence, le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pendant la période 2013-2015 obtient de meilleurs résultats que le groupe des autres cantons concernant l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux) (par tête), pendant cette période. Lors de l'interprétation de ce résultat, il convient de relever qu'il n'a pas été possible d'ajuster l'indicateur pour les dépenses cantonales pour les PIG et que, par conséquent, l'indicateur disponible pour l'étude n'était pas celui qu'il fallait idéalement utiliser. L'évolution des dépenses cantonales pour les PIG, pour autant qu'elles aient été différentes dans les deux groupes cantonaux au cours de la période considérée, peut donc avoir influencé le résultat.

Dans l'ensemble, les indicateurs examinés ne donnent pas une image claire : il est vrai que le groupe de cantons, qui utilisait des budgets globaux et / ou des instruments alternatifs de gestion des quantités en 2012-2015, a obtenu des résultats aussi bons, voire

meilleurs (en termes de croissance inférieure), que les autres cantons en termes de croissance du volume des prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus). En ce qui concerne les dépenses des cantons en matière de prestations hospitalières (y compris les PIG et les investissements cantonaux), le groupe des cantons qui ne disposent pas de budgets globaux et d'instruments alternatifs de gestion des quantités est toutefois meilleur (toujours en termes de croissance inférieure), même si ce résultat doit être interprété avec prudence en raison du caractère informatif limité de l'indicateur utilisé. En outre, les indicateurs pris en compte pour les dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés) et les dépenses totales ambulatoire (tous domaines de prestations confondus) ne font apparaître aucune différence claire entre les deux groupes en termes de transferts de prestations et de coûts.

L'influence causale des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur les volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)) et l'évolution des indicateurs de dépenses considérés ne peuvent donc pas être évaluées de façon définitive. Différents autres facteurs (p. ex., les préférences différentes dans les groupes de cantons observés, pour autant qu'il y en ait) peuvent également avoir influencé les évolutions. L'influence de ces facteurs n'a donc pas pu être entièrement contrôlée, en partie pour des raisons méthodologiques (analyse descriptive), mais aussi en partie parce qu'ils ne peuvent pas être mesurés. En fin de compte, la question de l'impact des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur les quantités produites et les coûts du domaine des soins somatiques aigus ne peut recevoir de réponse concluante sur la base des informations présentées dans ce rapport.

5.1.3. Appréciation de l'évolution

Les évolutions des indicateurs de dépenses documentées dans le chapitre précédent sont évaluées ci-après dans la perspective de l'objectif de maîtrise des coûts. Différentes sources citent des grandeurs possibles sur lesquelles l'objectif de maîtrise des coûts peut se fonder. Elles incluent la croissance du PIB et des salaires¹¹².¹¹³ Les résultats pour la croissance du PIB sont présentés ci-après. Au cas où la comparaison avec la croissance des salaires devait déboucher sur une appréciation divergente, celle-ci est mentionnée et prise en compte dans l'évaluation. Les estimations tenant compte de la croissance des salaires peuvent être déduites des informations figurant dans les Tableau 12 et 14 (Annexe I).

¹¹² Pour ce rapport, la croissance des salaires est mesurée par le biais de l'évolution du salaire nominal brut des travailleurs en Suisse, selon l'indice suisse des salaires (OFS).

¹¹³ Cf. rapport du groupe d'experts (2017, p. 26 s.), Conseil fédéral (2016), Conseil fédéral (1991, p. 126 & 222). Selon le rapport du groupe d'experts (2017, p. 26 s.), la croissance du PIB et la croissance des salaires constitueraient des valeurs de comparaison valables. La relation avec l'évolution du PIB résulterait de la relation pouvant être établie avec l'évolution des revenus et de la population (et du fait que les coûts de la santé dépendraient notamment de ces grandeurs). La relation avec l'évolution des salaires résulterait du fait que la population doit principalement financer les primes de l'assurance-maladie par le biais des salaires.

La différence entre la croissance annuelle des dépenses (par tête) et la croissance nominale annuelle du PIB (par tête) est utilisée ci-après comme indicateur pour la mesure de la réalisation des objectifs.^{114 115} En référence au message du Conseil fédéral de 1991 (cf. Conseil fédéral, 1991), l'objectif est réputé atteint, si

- l'indicateur correspond à une valeur inférieure ou égale à zéro durant la période 2012-2015. Dans ce cas, la croissance des dépenses oscillerait dans le cadre de la croissance du PIB. (*La part des dépenses dans le PIB n'augmente pas.*)
- l'indicateur pour la période 2012-2015 affiche une valeur inférieure à celle de la période 2005-2011. Le deuxième critère entre en jeu quand le premier critère n'est pas satisfait. Dans ce cas, la croissance des dépenses est supérieure à la croissance du PIB. La croissance du PIB et des dépenses diffère toutefois moins qu'au cours de la période d'observation précédente. (*La part des dépenses dans le PIB augmente moins fortement par rapport à la période précédente.*)

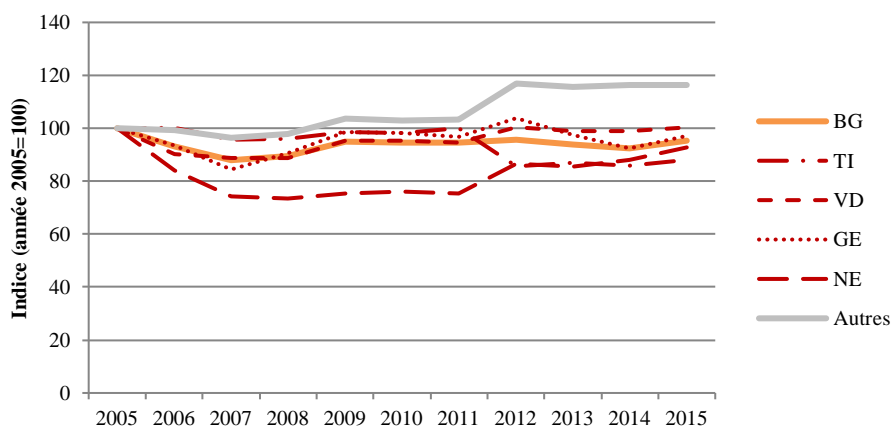
L'évolution de la part des dépenses dans le PIB national est présentée dans la Figure 6 et la Figure 7 afin d'illustrer les dépenses AOS hospitalières stationnaires et les dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux). Pour les dépenses AOS totales et le secteur hospitalier, les résultats sont indiqués dans la Figure 10 et la Figure 11 en annexe I.¹¹⁶ Pour mémoire : si le premier critère est satisfait, la part des dépenses dans le PIB national n'augmente pas. Le deuxième critère est satisfait si la part des dépenses dans le PIB national augmente moins fortement par rapport à la période précédente.

¹¹⁴ Calcul (pour la période 2012-2015) : indicateur = croissance annuelle des dépenses par personne – croissance annuelle du PIB par tête.

¹¹⁵ L'objection éventuelle des influences conjoncturelle est prise en compte dans le sens où l'indicateur ne se réfère pas à une date, mais en tant que moyenne à une période.

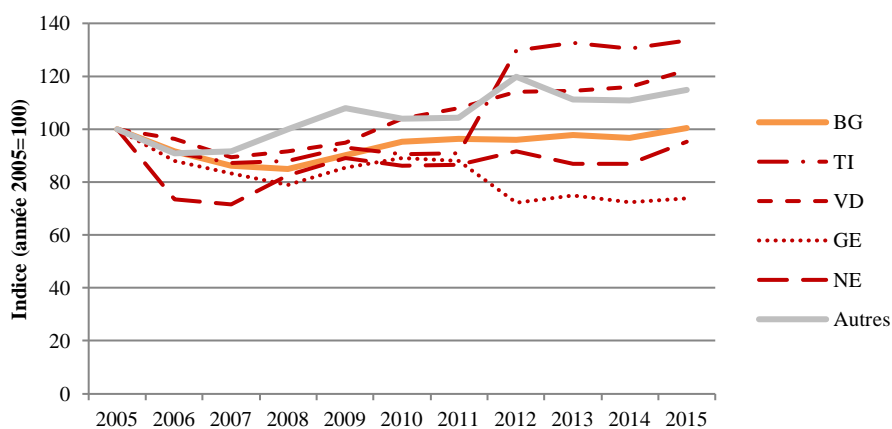
¹¹⁶ Des bases pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs figurent également dans les Tableau 12 et 14 en annexe I.

Figure 6 *Évolution de la part des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) dans le PIB national, indexée, 2005-2015.*



Source : Produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (dépenses par année de traitement). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; TI = Tessin ; VD = Vaud ; GE = Genève ; NE = Neuchâtel.

Figure 7 *Évolution de la part des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) dans le PIB national, indexée, 2005-2015.*



Source : Produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses du secteur hospitalier : Coûts et financement du système de santé (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; TI = Tessin ; VD = Vaud ; GE = Genève ; NE = Neuchâtel.

Vous trouverez un récapitulatif des résultats dans le tableau suivant. Les résultats montrent que l'objectif de maîtrise des coûts concernant les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) mesuré à l'aune du premier critère est atteint tant dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 que dans le groupe des autres cantons. Notons que deux effets temporaires ont contribué à un ralentissement de l'augmentation des dépenses dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités (cf. explications aux chapitre 5.1.2 : adaptation progressive de la part de financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prescrit par la loi, effet sur les prix). Les tests de robustesse montrent en outre que même si les cantons de Neuchâtel et du Valais sont exclus de l'analyse, le premier critère est encore satisfait dans les deux groupes de cantons. Le résultat ne dépend en outre pas de la date de début choisie pour la période d'analyse (2005). Si les années 1997 ou 2008 sont choisies comme point de départ, le résultat est conservé.

Si l'on considère la croissance des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), l'objectif de maîtrise des coûts (mesuré à l'aune du premier critère) n'est atteint que dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 (sachant que les quatre cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités présentent une croissance différente des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements) (par tête)). Notons que les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre concernant les dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG, y compris investissements). Par conséquent, ce résultat s'explique – au moins partiellement – par des préférences différentes dans les cantons. Ainsi que nous l'avons constaté lors de la présentation de l'évolution de l'indicateur au chapitre 5.1.2, il faut en outre tenir compte du fait que l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG) (par tête) est sensible à l'inclusion et à l'exclusion des investissements cantonaux. Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à l'évolution du PIB, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint dans les deux groupes de cantons, que ce soit selon le premier ou le deuxième critère.¹¹⁷

L'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint pour la croissance des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête) et pour la croissance des dépenses pour le secteur hospitalier dans son ensemble (indépendamment de l'agent de financement) (par tête), ni dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, ni dans le groupe des autres

¹¹⁷ Cela vaut également en cas d'inclusion des investissements, mais de limitation de la période d'analyse aux années 2013-2015. Si la comparaison est fondée sur la croissance du salaire, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint dans les deux groupes de cantons selon le deuxième critère, pour autant que les investissements soient exclus. Si les investissements sont pris en compte, mais que la période d'analyse est limitée aux années 2013-2015, l'objectif de maîtrise des coûts n'est atteint en cas de comparaison avec la croissance du salaire que dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités.

cantons. La forte croissance des dépenses pour des prestations ambulatoires l'emporte ici sur la croissance modérée des prestations hospitalières stationnaires.

Tableau 10 Évaluation de l'évolution des dépenses en comparaison avec l'évolution nationale du PIB

Domaine	Cantons	Critère d'évaluation		Évaluation globale
		La croissance annuelle moyenne des dépenses sur la période 2012-2015 est inférieure ou égale à la croissance annuelle du PIB (perspective par tête)	La différence entre la croissance annuelle moyenne des dépenses et du PIB entre 2012-2015 est inférieure à celle entre 2005 et 2011 (perspective par tête) (si le premier critère n'est pas rempli)	
Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)	BG	✓	(a)	✓
	Autres	✓	(a)	✓
Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)	BG	✗	✗	✗
	Autres	✗	✗	✗
Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire)	BG	✗	✗	✗ ^(b)
	Autres	✓	(a)	✓ ^(c)
Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	BG	✗	(d)	✗
	Autres	✗	(d)	✗

Remarque : BG : cantons qui ont appliqué de budgets globaux, et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ; autres : cantons qui n'ont pas appliqué de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. ✓ = atteint, ✗ pas atteint. Les valeurs par tête sont respectivement prises en compte. ^(a) Aucune évaluation, car le premier critère est rempli. ^(b) Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(c) Lors de cette évaluation, il faut tenir compte du fait que si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à l'évolution du PIB, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint. Si l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG) sans investissements cantonaux est comparée à la croissance des salaires, l'objectif de maîtrise des coûts est atteint selon le deuxième critère. ^(d) Aucune évaluation n'est possible, car les données ne sont disponibles qu'à partir de 2010.

Encadré VII Conclusion concernant la deuxième question d'évaluation (objectif de maîtrise des coûts)

Dans quelle mesure les objectifs poursuivis avec l'introduction du système DRG sont-ils atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal ?

- Pour les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), l'objectif de maîtrise des coûts est atteint, tant dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, que dans le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la même période. Notons que deux facteurs temporaires (adaptation progressive de la part de financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prescrit par la loi, effet sur les prix) ont ralenti la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), durant la période 2012-2015, dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, contrairement au groupe d'analyse.
- Pour les autres indicateurs de dépenses, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint pour les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Cela vaut également pour les cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période, à l'exception des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête). En ce qui concerne ces indicateurs, notons toutefois que le résultat est sensible à l'exclusion des investissements cantonaux : si les investissements cantonaux sont exclus, l'objectif de maîtrise des coûts n'est pas atteint dans les deux groupes de cantons, tant selon le premier que le deuxième critère. En outre, il n'a pas été possible d'ajuster l'indicateur pour les dépenses des cantons pour les PIG. L'évolution des dépenses cantonales pour les PIG, à condition qu'elles aient été différentes dans les deux groupes cantonaux au cours de la période considérée, peut donc avoir influencé le résultat.
- *Évaluation* : la contribution des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités à l'évolution observée des dépenses pour différents domaines / indicateurs ne peut pas être définitivement évaluée (cf. conclusion relative à la question descriptive IV dans le chapitre précédent). Il n'est pas possible de déterminer définitivement si l'application de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités a une influence positive/neutre/négative sur l'atteinte des objectifs. Cela vaut notamment aussi pour l'évolution des indicateurs considérés concernant les dépenses AOS.

5.2. Concurrence et efficience

Parmi les autres objectifs poursuivis par l'introduction du système DRG figure la concurrence, l'efficience et la transparence. Nous avons déjà abordé les limitations possibles de

la transparence en cas d'application des budgets globaux dans les réflexions théoriques au chapitre 4.1. Nous renonçons ici à un examen empirique.¹¹⁸ L'accent est mis ci-après sur les objectifs de concurrence et d'efficience.

Les entretiens spécialisés avec des représentants des autorités sanitaires des trois cantons servent notamment de base aux explications suivantes. L'enquête auprès des hôpitaux (cf. chapitre 2), qui a été réalisée dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, sert de source d'information supplémentaire. Les principaux résultats sont énoncés ci-après ; des explications complémentaires figurent en annexe I.

5.2.1. Méthodes et limites

Périodes et indicateurs

Périodes : les périodes antérieure et postérieure à l'introduction des nouvelles règles de rémunération et de financement (dès 2012) sont prises en compte dans la mesure du possible, afin de procéder à une comparaison avant/après.

Variables proxy : les concepts de concurrence et d'efficience échappent à une observation directe. Ils ne peuvent être représentés qu'au moyen de grandeurs auxiliaires (variables proxy). Les indicateurs suivants sont pris en compte dans l'analyse :

- En guise de variable proxy pour les effets sur la concurrence en relation avec la rémunération basée sur les prestations, nous utilisons la *pression financière* subjectivement perçue par les hôpitaux.¹¹⁹ On entend par là ci-après la pression pour abaisser les coûts occasionnés à l'hôpital dans le domaine stationnaire de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et/ou pour accroître les revenus.
- Les *entrées et sorties de patients (flux de patients)* ainsi que les *appréciations subjectives des hôpitaux concernant les évolutions quantitatives et les transferts de prestations* sont considérées comme des variables proxy concernant les réactions (souhaitées et indésirables) des hôpitaux en relation avec le concept de l'efficience. Des entretiens spécialisés ont en outre permis d'enregistrer les appréciations de représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève concernant l'étendue des traitements extra-cantonaux et une possible sélection des patients.¹²⁰

¹¹⁸ Une réflexion approfondie sur la transparence concernant les coûts et le financement sera menée dans le rapport consacré à la thématique « Coûts et financement », qui sera établi dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

¹¹⁹ Enquête auprès des hôpitaux dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, réalisée à l'automne 2017 par l'agence de conseil Infrac.

¹²⁰ Des entretiens détaillés n'ont été menés qu'avec les cantons qui ont utilisé des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal en 2017. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas d'appréciations du canton de Neuchâtel concernant les aspects de la sélection de patients et du déficit de soins.

Pertinence et limites

La pression financière exercée sur les hôpitaux dépend aussi (et même essentiellement) d'autres facteurs que cette étude ne pouvait pas « contrôler ». Il en va de même des réactions des hôpitaux (propres à accroître/diminuer l'efficacité). Ces facteurs sont pertinents quand ils affectent différemment les deux groupes de cantons observés. Ces facteurs incluent notamment les mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (notamment les tarifs hospitaliers, la structure tarifaire) et les différences possibles dans la mise en œuvre et/ou l'effet de ces mesures.

Notons par ailleurs que les indicateurs retenus ici (à l'exception des flux de patients) reposent sur des appréciations subjectives des hôpitaux et des représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève.

Signification pour les évaluations suivantes : les comparaisons entre les deux groupes de cantons doivent être interprétées avec prudence. Le rapport thématique « Coûts et financement », qui sera établi dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier évoquera en détail la mise en œuvre et l'effet des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.¹²¹

5.2.2. Pression financière

La plupart des hôpitaux interrogés estiment que la pression financière était déjà « plutôt élevée », « élevée », voire « très élevée » avant 2012. Les hôpitaux sont encore plus nombreux à être de cet avis pour l'année 2016. En comparaison avec l'évaluation relative à la période antérieure à 2012, on remarque que l'appréciation « très élevée » a été choisie nettement plus souvent pour l'année 2016 (cf. Figure 20, annexe I). Globalement, la pression financière semble avoir augmenté depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Les appréciations formulées par les hôpitaux ont tendance à être similaires dans les deux groupes de cantons (cf. Figure 21, annexe I).¹²² Ce résultat ne nous surprend guère, dans le sens où la pression financière et la situation concurrentielle sont liés à une multitude d'éléments (inhérents et extérieurs à la révision), qui ne dépendent pas des modalités de la rémunération.¹²³

5.2.3. Réactions des hôpitaux

Le nouveau financement hospitalier comporte des incitations et des mécanismes d'action modifiés. Ces mesures entraînent à leur tour des réactions des hôpitaux, dont certaines sont souhaitées, d'autres non. Ce sujet sera analysé de manière approfondie dans le rapport sur

¹²¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>. Le rapport sera vraisemblablement publié en 2019.

¹²² Lors de l'interprétation des différences, il convient de noter que le nombre de cas sont faibles dans le groupe utilisant des budgets globaux.

¹²³ L'exclusion des hôpitaux des cantons du Valais et de Neuchâtel de l'analyse ne change pas le résultat. Notons que seuls quelques rares hôpitaux sont exclus du test de robustesse et qu'une modification du résultat est plutôt improbable, ne serait-ce que pour cette raison. C'est pourquoi les résultats du test de robustesse ne sont pas présentés dans le rapport.

le domaine thématique « Coûts et financement » qui sera établi dans le cadre de la 2^e étape de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Le présent rapport ne doit donc aborder que les réactions en relation avec les budgets globaux (cf. explications théoriques au chapitre 4.2, Tableau 6). Nous nous focalisons sur d'éventuelles réactions indésirables.

Gros plan : rationnement et sélection des patients ?

L'une des craintes les plus fréquemment évoquées en relation avec les budgets globaux concerne l'incitation inopportune d'un rationnement (à savoir priver la personne concernée d'une prestation qui lui serait bénéfique) : lorsque le budget global est épuisé, les hôpitaux ne sont plus guères incités à admettre des patients supplémentaires.¹²⁴ Lorsque des prestations sont rationnées, il faut s'attendre à ce que les personnes concernées se rabattent sur d'autres cantons (car ces prestations continuent d'être rémunérées et qu'il existe un choix étendu de l'hôpital). Nous étudions par conséquent les flux intercantonaux de patients. Hypothèse : les assurés des cantons utilisant des budgets globaux sont plus nombreux à recourir à des prestations extra-cantoniales.

Cette hypothèse ne peut pas être confirmée :¹²⁵ en comparaison avec les autres cantons, les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève enregistrent peu de sorties de patients dans le secteur hospitalier stationnaire.¹²⁶ En 2015, les sorties y étaient de l'ordre de 3,6 % à 6,1 %, alors qu'elles s'élevaient à 15,4 % pour l'ensemble de la Suisse en 2015 (cf. Tableau 17, annexe D). À l'inverse, le canton de Neuchâtel a présenté une sortie particulièrement élevée en 2015 (23,3 %), que l'on observait déjà en 2010. À l'exception du canton de Neuchâtel, les modifications des sorties dans les cantons étudiés sont inférieures à la moyenne des modifications pour l'ensemble de la Suisse, entre 2010 et 2015. Alors que la sortie a augmenté de 2,2 points de pourcentage pour l'ensemble de la Suisse sur la période considérée, les modifications dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève étaient comprises entre 0,3 point de pourcentage et 0,7 point de pourcentage. Pour la même période, le canton de Neuchâtel affiche une augmentation de la sortie de 3,9 points de pourcentage. Les faibles sorties dans les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève s'expliquent au moins partiellement par la situation géographique (Tessin) et une offre de soins exhaustive grâce à la présence d'hôpitaux universitaires (Vaud, Genève) (cf. Gruber & Lippitsch 2018). La sortie particulièrement élevée dans le canton de Neuchâtel est au moins partiellement due au recours aux offres des hôpitaux universitaires des cantons avoisinants pour certaines prestations. En plus de ces facteurs, le recours à des prestations extra-cantoniales dépend aussi du financement de ces prestations. Les tarifs cantonaux de référence jouent un rôle important à cet égard pour la rémunération des traitements extra-cantonaux. Les assurés ont le libre choix pour le traitement hospitalier entre les hôpitaux figurant sur la liste de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital. La participation du canton et

¹²⁴ L'article de Balmer (2018) formule différentes craintes et réserves concernant les budgets globaux, notamment en ce qui concerne le rationnement.

¹²⁵ L'analyse repose sur les résultats de l'étude de Gruber & Lippitsch (2018). Celle-ci reproduit notamment l'évolution des flux intercantonaux de patients dans les soins somatiques aigus pour les années 2010 à 2015.

¹²⁶ Sortie = part des hospitalisations extra-cantoniales dans tous les cas domiciliés dans le canton.

de l'AOS se limite toutefois au tarif de référence fondé sur les tarifs hospitaliers des hôpitaux répertoriés du canton de résidence des patients. Comme le démontrent Cosandey et al. (2018), certains cantons fixent des tarifs de référence relativement bas, ce qui oblige les patients à régler eux-mêmes une partie du traitement, en fonction du *baserate* de l'hôpital répertorié extra-cantonal, pour autant qu'ils ne disposent pas d'une assurance complémentaire correspondante.¹²⁷ Une analyse spécifique fondée sur les tarifs hospitaliers et de référence des années 2012-2015¹²⁸ montre que les tarifs de référence pour la rémunération des traitements somatiques aigus extra-cantonaux des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 se fondaient sur les *baserates* moyens (mesurés à l'aune de la médiane) des hôpitaux répertoriés intracantonaux. Autrement dit, les sorties relativement faibles de patients dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ne peuvent pas s'expliquer par des tarifs de référence bas.

Selon l'estimation des représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, l'application des budgets globaux n'a aucune influence sur la nécessité pour les patients de suivre un traitement extra-cantonal. Ils estiment en outre qu'il n'y a aucun indice d'une sélection des patients / d'un déficit de soins de certains groupes de patients.¹²⁹

Autres réactions

Augmentation des quantités : à la différence de la rémunération basée sur les DRG, l'incitation en faveur d'une augmentation des quantités est moindre avec les budgets globaux et il ne reste par conséquent qu'une seule direction pour les ajustements : abaisser les coûts. Car les produits résultant de l'augmentation des nombres de cas ne peuvent pas être (pleinement) réalisés. C'est ce qu'a confirmé l'enquête auprès des hôpitaux. Ceux-ci estiment (quel que soit le groupe de cantons) que la pression financière a notamment entraîné des optimisations des structures et des processus dans leur propre hôpital après 2012 (cf. Figure 22, annexe I).¹³⁰ On peut interpréter cette appréciation comme un indice de réactions en vue d'une amélioration de l'efficacité. Il est par ailleurs intéressant de constater que moins de la moitié des hôpitaux dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 approuvent la proposition selon laquelle la pression financière aurait entraîné une augmentation des cas médicaux dans leur hôpital après 2012, alors que plus de la moitié des hôpitaux dans les

¹²⁷ L'analyse dans Cosandey et al. (2018) se réfère à l'année 2017.

¹²⁸ Les tarifs hospitaliers de tarifsuisse et HSK ont été pris en compte dans l'analyse pour les années 2012-2015.

¹²⁹ Des entretiens détaillés n'ont été menés qu'avec les cantons qui ont utilisé des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal jusqu'au moins en 2017. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas d'appréciations du canton de Neuchâtel concernant les aspects de la sélection de patients et du déficit de soins.

¹³⁰ Dans la perspective de l'organisation du travail, l'appréciation du corps médical est quelque peu différente, comme le suggèrent les résultats des enquêtes réalisées par l'institut gfs.bern, à la demande de la FMH, auprès du corps médical entre 2011 et 2017 (cf. Golder et al. 2017). En 2017, la part des médecins en soins somatiques aigus qui, interrogés sur les conditions de travail et les opportunités/contraintes pour leur activité, ont qualifié la proposition « organisation du travail à l'hôpital globalement mauvaise » de très juste ou plutôt juste, a augmenté 2 points de pourcentage, de 35 % à 37 %, par rapport à 2011.

cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités l'approuvent.¹³¹

Transferts de prestations : selon l'estimation des représentants interrogés des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève, on n'observe aucun transfert de prestations suite à l'utilisation des budgets globaux.¹³² Les transferts globaux du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire seraient notamment engendrés par le progrès médico-technique et la rémunération différente entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire. Dans l'ensemble, on ne décèle pas de différences entre les deux groupes de cantons en ce qui concerne les transferts de prestations.¹³³

5.2.4. Appréciation

Nous ne pouvons pas juger définitivement ici de la manière dont les budgets globaux ont influé sur les objectifs de concurrence et d'efficience, en comparaison avec la rémunération basée sur les DRG. La vivacité de la concurrence dépend aussi (et même essentiellement) d'autres facteurs que la présente étude ne pouvait « contrôler ». Il en va de même des réactions des hôpitaux. Les analyses descriptives présentées ci-dessus ne font apparaître aucun effet modérateur de l'instrument des budgets globaux sur la réalisation des objectifs de concurrence et d'efficience.

¹³¹ En chiffres : 61 % des hôpitaux dans les cantons sans budgets globaux approuvent la proposition selon laquelle la révision de la LAMal a entraîné une augmentation des cas stationnaires dans leur hôpital. Cette part est de 38 % dans les hôpitaux situés dans des cantons utilisant des budgets globaux (cf. la figure 22).

¹³² Cf. note de bas de page 129.

¹³³ La littérature étudie d'éventuels transferts de prestations et de coûts résultant de l'introduction des Swiss-DRG (cf. Felder et al. 2014, Frey et al. 2014, Widmer et al. 2017b). Les résultats des études suggèrent des transferts de prestations du secteur somatique aigu vers les secteurs ambulatoires situés en amont et en aval. On ne relève aucun transfert global de traitements vers d'autres domaines (notamment dans le domaine ambulatoire). Widmer et al. (2017b) trouvent cependant des indices d'un transfert global vers le secteur hospitalier, au moins dans certains domaines médicaux. Il n'existe cependant aucune étude consacrée aux différences entre les deux groupes de cantons. Les analyses concernant les dépenses AOS hospitalières stationnaires et ambulatoires au chapitre 5.1.2 (cf. le Tableau 7, la Figure 12 et la Figure 13 en annexe) suggèrent certes des évolutions et des niveaux légèrement différents. Sur cette base, il est toutefois impossible d'établir un lien entre les transferts de prestations et l'application de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités.

Encadré VIII Conclusion relative à la deuxième question évaluative (objectifs de concurrence et d'efficience, effets souhaitables et indésirables correspondants)¹³⁴

Dans quelle mesure les objectifs poursuivis avec l'introduction du système DRG sont-ils atteints dans les cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal ?

- Il ressort des appréciations des hôpitaux qu'il existe une forte pression financière sur les établissements des cantons utilisant des budgets globaux. Mais la même observation peut également être formulée à propos des hôpitaux situés dans les cantons sans budgets globaux. Contrairement à ces derniers, les premiers affichent parfois des différences (légères) concernant les réactions à la pression financière : en raison de celle-ci, les hôpitaux dans les cantons utilisant des budgets globaux augmentent plus rarement les volumes de prestations.
- Sur la base des indicateurs observés, on ne détecte aucun indice de réactions indésirables (rationnement et sélection des patients) dans les cantons utilisant des budgets globaux.
- *Évaluation* : les informations consultées pour ce rapport ne permettent pas de reconnaître d'effets négatifs de l'instrument des budgets globaux sur les objectifs de concurrence et d'efficience. Une évaluation empirique définitive est cependant impossible, car d'autres facteurs ne pouvaient faire l'objet d'un « contrôle » dans le cadre de cette étude. Notons que cette évaluation se fonde aussi sur des appréciations subjectives d'hôpitaux et de représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève.

6. Conclusion

La présente analyse décrit et évalue l'application et l'impact des budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal. La description de l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et l'évaluation du respect, par les cantons utilisant des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal, des principes et des objectifs poursuivis par le système DRG se limitent aux cantons qui en font usage en 2017. L'analyse des effets se concentre sur la période 2012-2015. L'année 2012 correspond à l'introduction du système DRG pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires fournies dans le domaine des soins somatiques aigus. Compte tenu des données disponibles, la période d'analyse s'étend jusqu'à 2015. Cette période a été complétée par les années à partir de 2005 pour certaines analyses afin de procéder à des comparaisons avec la période antérieure à 2012. Notons que l'analyse ne s'intéresse qu'aux budgets globaux qui ont été appliqués après 2012 en vertu de l'art. 51 LAMal. Avant 2012, certains cantons finançaient également les hôpitaux au moyen de budgets globaux, mais ceux-ci ne sont pas couverts par l'analyse effectuée dans le présent rapport. Il existe des instruments de gestion des quantités (limitation directe des quantités, rémunération dégressive) dont l'effet est similaire à celui des budgets globaux prévus à l'art. 51 LAMal. Afin de tenir compte de cette situation dans l'analyse, l'état des lieux et

¹³⁴ À notre sens, aucune limitation substantielle de la transparence n'est à prévoir en ce qui concerne l'instrument des budgets globaux (cf. réflexions théoriques au chapitre 4.1).

L'analyse consécutive des effets ont été complétés par ces instruments alternatifs de gestion des quantités.

Les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève utilisaient des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal en 2017 (cf. Encadré II, chapitre 3.2). Dans la mise en œuvre en 2017, l'instrument a été essentiellement utilisé pour la gestion des quantités, mais répondait également à d'autres fins (p. ex. aide à la planification) et représentait une forme mixte entre les budgets globaux selon la théorie économique (contribution fixe) et la rémunération basée sur les DRG (contribution par cas). Les budgets globaux ont été essentiellement calculés sur la base des volumes de prestations pronostiqués ou passés. Dans un cas, il a également été fait référence au budget passé (en tenant compte, le cas échéant des écarts par rapport à celui-ci). En cas de dépassement des quantités fixées, la rémunération de la part cantonale n'était plus que partielle ou était totalement supprimée (cf. Encadré III, chapitre 3.3.4). L'instrument du budget global est théoriquement compatible avec les principes du nouveau financement hospitalier, mais beaucoup d'aspects dépendent des modalités concrètes. L'évaluation a été basée sur la mise en œuvre en 2017. Le concept des budgets globaux selon la théorie économique (forfait indépendant de la quantité) est d'une certaine manière en contradiction avec le financement des prestations. La forme mixte majoritairement utilisée par les cantons en 2017, dont le calcul reposait sur les différentes prestations, peut cependant être jugée compatible avec le principe de lien avec les prestations lors du financement. En fonction de la mise en œuvre concrète de l'art. 51 LAMal, la compatibilité avec le principe de l'égalité de traitement des hôpitaux publics et privés peut être entravée. Concrètement, c'est le cas lorsque des instruments différents sont utilisés pour le financement des hôpitaux ou la gestion des volumes de prestations pour les hôpitaux publics et privés, comme dans les cantons de GE et VD en 2017. Un champ de tension se manifeste entre le financement dual-fixe et la part cantonale effective dans le financement. Ainsi, la part cantonale définie à au moins 55 % dans les budgets globaux ne portait que sur les prestations hospitalières *convenues*. Selon l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398), ceci est toutefois conforme à la LAMal et les restrictions quantitatives sont donc autorisées. Des restrictions sont aussi possibles en ce qui concerne le choix étendu de l'hôpital, au moins lorsqu'un budget global strict s'applique (comme dans le canton de GE en 2017). C'est moins problématique quand un abattement est appliqué en cas de dépassement, autrement dit quand la rémunération n'est pas supprimée en totalité (comme dans les cantons de VD et TI en 2017). Étant donné que l'obligation d'admission ne s'applique que dans le cadre des mandats de prestations selon l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 138 II 398) et que ceux-ci peuvent prévoir des limitations quantitatives, le principe n'est pas restreint d'un point de vue juridique. (cf. Encadré V, chapitre 4.2).

Une comparaison est effectuée entre les cantons qui ont appliqué des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal entre 2012 et 2015 et les cantons qui n'ont pas utilisé cet instrument, dans le but d'en évaluer les effets. Pour l'analyse de l'impact, les cantons qui appliquaient (majoritairement) des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités aux effets similaires durant la période d'analyse entre 2012 et 2015 ont été affectés au groupe d'analyse, les autres cantons au groupe témoin. Compte tenu de ces critères, les cantons du Tessin, de Vaud, de Genève et de Neuchâtel ont été affectés au groupe d'analyse, les autres cantons au groupe témoin. Lors de l'interprétation, il convient

de noter que les résultats sont valables dans les limites de la valeur des indicateurs examinés. Ces limites seront discutées après la présentation des résultats.

Les analyses des différences entre les cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités et les autres cantons concernant les évolutions des différents indicateurs ne présentent pas un tableau homogène : si l'on observe l'évolution des volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)) durant la période 2012-2015, le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités présente une croissance annuelle moyenne inférieure à celle du groupe des autres cantons (cf. Encadré VI, chapitre 5.1.2). Cette constatation coïncide avec l'évaluation des hôpitaux, selon laquelle les hôpitaux des cantons utilisant des budgets globaux ont augmenté, en raison de la pression financière, leur volume de prestations plus rarement que les hôpitaux des cantons n'utilisant pas de budgets globaux ou des instruments alternatifs de gestion des quantités (cf. Encadré VIII, chapitre 5.2.4).

Le groupe des cantons qui ont appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une augmentation annuelle moyenne des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) comparable à celle du groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités sur la même période, malgré une évolution modérée des quantités (cf. ci-dessus). Ce résultat s'explique par une baisse plus importante des Baserates dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités. L'une des raisons éventuelles de la baisse des prix moins marquée dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités pourrait être que les gains d'efficacité attendus avec l'introduction des SwissDRG ont déjà été réalisés avant 2012 dans ce groupe, en raison de l'application des AP-DRG avant 2012 pour la rémunération des prestations hospitalières stationnaires en soins somatiques aigus. Il en a éventuellement résulté une pression moins importante sur les prix de base dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. D'autres facteurs d'influence doivent parallèlement être pris en considération : d'une part, l'évolution des dépenses peut avoir été relativement plus importante dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités que dans le groupe des autres cantons, en raison d'un moindre niveau des dépenses durant la période 2012-2015 (effet de base). D'autre part, l'effet démographique est plus prononcé dans les cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités, ce qui s'est traduit par une augmentation plus forte des dépenses dans ce groupe durant la période 2012-2015. Par ailleurs, le fait que certains cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 ont progressivement ajusté la part cantonale du financement à 55 % dans le cadre du délai de transition prévu par la loi a contribué à un ralentissement de l'augmentation des dépenses dans ce groupe de cantons. Aucune évaluation définitive de l'effet global n'est possible sur la base des informations disponibles dans ce rapport.

En ce qui concerne les dépenses AOS ambulatoires (secteur ambulatoire des hôpitaux et des cabinets privés) (par tête) et les dépenses AOS totales (tous les types de prestations)

(par tête), les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présentent une croissance annuelle moyenne des dépenses (légèrement) inférieure – ou comparable – à celle des autres cantons sur la même période. En raison des effets de base, les évolutions des dépenses dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités peuvent être supérieures à celles du groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités. Par ailleurs, la croissance annuelle moyenne des dépenses AOS totales (par tête) dans le groupe des cantons sans budgets globaux ou instruments alternatifs de gestion des quantités serait moins importante, durant la période 2012-2015, que dans le groupe des cantons utilisant des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités, en tenant compte de l'effet démographique. Aucune conclusion univoque quant aux éventuels transferts de prestations et de coûts n'est possible sur cette base.

L'instrument du budget global et les instruments alternatifs de gestion des quantités (tels qu'ils sont utilisés dans la réalité) visent certes les dépenses cantonales. Mais si les incitations visant à fournir des prestations médicalement non indiquées sont réduites avec l'application des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités, l'AOS en profite également (dans le sens d'un ralentissement de l'augmentation des dépenses). Cet effet ne peut cependant pas être démontré sur la base des résultats.

Le groupe des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente une croissance annuelle moyenne des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête) supérieure à celle des autres cantons sur ladite période et une croissance annuelle moyenne supérieure des dépenses de tous les agents de financement dans l'ensemble du secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire). Notons que le résultat pour les dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG) (par tête) est en grande partie lié à la forte diminution des investissements cantonaux entre 2012 et 2013 dans le groupe des cantons qui n'appliquaient pas de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015. Ce changement peut s'expliquer par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : outre les coûts d'exploitation, les coûts d'investissement en relation avec la fourniture de prestations hospitalières stationnaires selon la LAMal sont également couverts par le tarif hospitalier et ne sont plus uniquement supportés par le canton, conformément au nouveau financement hospitalier. Si les investissements cantonaux sont exclus de l'analyse ou si l'analyse est restreinte à la période de 2013-2015, le résultat s'inverse ; le groupe des cantons qui a appliqué des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 présente alors une croissance annuelle moyenne des dépenses inférieure à celle du groupe des autres cantons. En tenant compte de cette influence, le groupe des cantons qui ont appliqué, durant la période 2012-2015, des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités obtient de meilleurs résultats que le groupe des autres cantons concernant l'évolution des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (avec les PIG, y compris investissements cantonaux, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), du moins pendant la période 2013-2015. Lors de l'interprétation de ce résultat, il convient de relever qu'il n'a pas

été possible d'ajuster l'indicateur pour les dépenses cantonales pour les PIG et que, par conséquent, l'indicateur disponible pour l'étude n'était pas celui qu'il fallait idéalement utiliser. L'évolution des dépenses cantonales pour les PIG, pour autant qu'elles aient été différentes dans les deux groupes cantonaux au cours de la période considérée, peut donc avoir influencé le résultat.

Dans l'ensemble, les indicateurs examinés ne donnent pas une image claire de la situation. Notons que l'influence causale des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur les volumes de prestations (cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête)) et l'évolution des différents indicateurs de dépenses considérés n'ont donc pas pu être évaluées de façon définitive dans le cadre de cette étude (cf. Encadré VI, chapitre 5.1.2). En fin de compte, la question de l'impact des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités sur les quantités produites et les coûts du domaine des soins somatiques aigus ne peut recevoir de réponse concluante sur la base des informations présentées dans ce rapport. L'objectif de maîtrise des coûts, mesuré à l'aune de la croissance annuelle des dépenses en comparaison avec la croissance annuelle du PIB et des salaires¹³⁵, est atteint par les deux groupes de cantons en ce qui concerne les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), durant la période 2012-2015. L'objectif n'est pas atteint pour les autres indicateurs de dépenses (à l'exception des dépenses cantonales pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, y compris les investissements, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête) pour les cantons qui n'ont pas appliqué de budgets globaux ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015). La contribution concrète des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités à l'atteinte des objectifs ne peut pas être définitivement évaluée (cf. Encadré VII, chapitre 5.1.3).

Dans la configuration en 2017, la compatibilité des budgets globaux par rapport à l'objectif de la concurrence poursuivi dans le cadre de l'introduction du système DRG doit être jugée de manière critique d'un point de vue théorique (entrave à la concurrence en raison de l'inégalité de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés). En ce qui concerne l'objectif de l'efficacité, on peut s'attendre à un effet positif d'un point de vue théorique. Cependant, en fonction des modalités, il existe un risque de rationnement (c.-à-d. le fait de priver de prestations qui pourraient être utiles à la personne concernée). En pratique, on constate que cette crainte mérite d'être relativisée : les habitants des cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015 sollicitent beaucoup plus rarement des prestations extra-cantonales. Cela s'explique bien sûr par les caractéristiques de ces cantons (situation, langue, offre) et le financement des traitements extra-cantonales (mot-clé : tarifs de référence), mais il n'empêche que s'il y avait un déficit de soins, nous pensons que celui-ci se reflèterait dans le recours à des prestations extra-cantonales. De façon empirique, les informations consultées pour ce rapport ne permettent globalement pas de reconnaître d'effets négatifs de l'instrument des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités

¹³⁵ Croissance annuelle des dépenses au cours de la période 2012-2015 inférieure ou égale à la croissance annuelle du PIB et des salaires, si ce critère n'est pas rempli : différence entre la croissance annuelle des dépenses et la croissance annuelle du PIB et des salaires durant la période 2012-2015 inférieure à celle de la période 2005-2011.

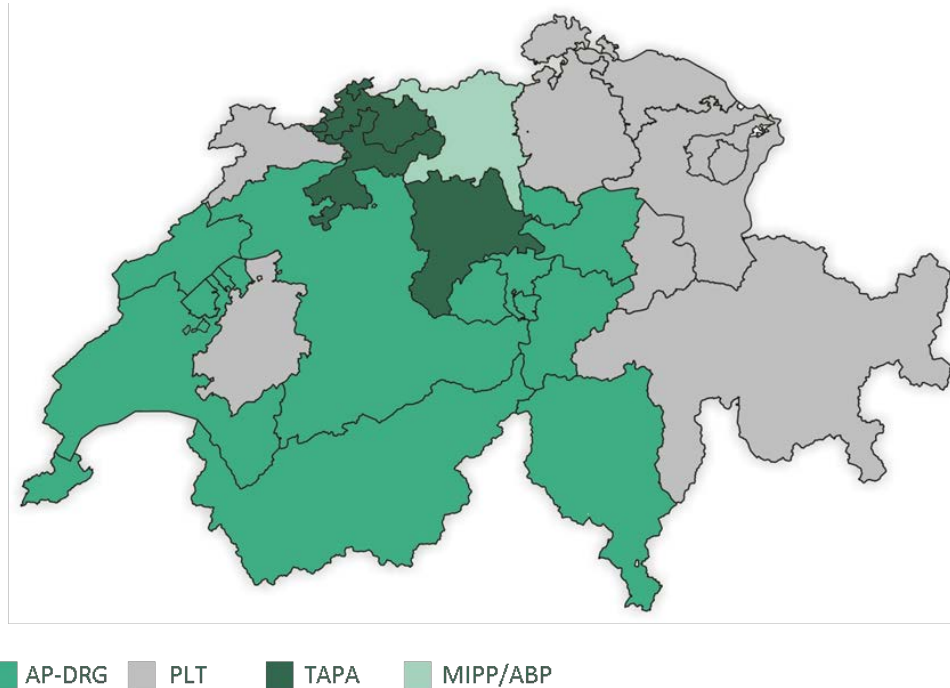
sur les objectifs de concurrence et d'efficience. Notons que cette évaluation se fonde majoritairement sur des appréciations subjectives d'hôpitaux et de représentants des autorités sanitaires des cantons du Tessin, de Vaud et de Genève. Les différences cantonales entre les systèmes engendrent une certaine diminution de la transparence. La compatibilité concernant l'objectif de maîtrise des coûts est assurée. (cf. Encadré IV dans le chapitre 4.1 ; Encadré VII, chapitre 5.1.3 ; Encadré VIII, chapitre 5.2.4).

En conclusion, nous pouvons affirmer que les budgets globaux peuvent théoriquement être appliqués en conformité avec les principes du nouveau financement hospitalier et les objectifs du système DRG. De nombreux aspects dépendent cependant de la mise en œuvre concrète. Les budgets globaux peuvent théoriquement soutenir l'effet des mesures du nouveau financement hospitalier (notamment en ce qui concerne la maîtrise des coûts). La question de l'impact des budgets globaux et des instruments alternatifs de gestion des quantités de prestations et les coûts du domaine des soins somatiques aigus ne peut être tranchée de manière concluante en raison des limites de la valeur des informations examinées dans le présent rapport.

Annexe I : Effets des budgets globaux

Conditions-cadres

Figure 8 Panorama des systèmes de rémunération avant l'introduction des SwissDRG



Source : Felder et al. (2014). AP-DRG : All Patient Diagnoses Related Groups, PLT : tarification des processus et prestations, TAPA : forfaits journaliers, MIPP : modèle intégré des itinéraires cliniques, ABP : forfaits par division

Évolution des prestations et des coûts

Tableau 11 Aperçu des indicateurs

N°	Indicateur	Opérationnalisation	Source	Remarques
[1]	Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	Nombre de cas AOS, totalité du secteur hospitalier, selon le canton de résidence	Statistique médicale des hôpitaux (OFS)	Totalité du secteur hospitalier, pas seulement les soins somatiques aigus Nous n'avons pas étudié en détail la qualité des informations sur l'agent de financement principal pour les prestations de l'assurance de base (essentielle pour l'identification des cas AOS) au niveau des cantons. <i>Évaluation</i> : prudence lors de l'interprétation.
[2]	Personnes assurées	Nombre de personnes assurées (par canton de résidence)	Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal / Statistiques en matière d'asile ¹³⁶	Calculs effectués par nos soins sur la base des sources citées. <i>Évaluation</i> : prudence lors de l'interprétation.
[3]	Dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus)			
[4]	Dépenses AOS hospitalières stationnaires (totalité du secteur hospitalier stationnaire)	Dépenses AOS par domaine et année de traitement	MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA	Totalité du secteur hospitalier, pas de limitation aux soins somatiques aigus
[5]	Dépenses AOS hospitalières ambulatoires (totalité du secteur hospitalier ambulatoire)	dans l'absolu ou par personne assurée (selon MOKKE)		Totalité du secteur ambulatoire, pas de limitation aux soins somatiques aigus
[6]	Dépenses AOS pour le secteur ambulatoire des cabinets privés			
[7]	Dépenses AOS ambulatoires [5]+[6]			

¹³⁶ Calcul de l'effectif des assurés sur la base de la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et des Statistiques en matière d'asile, Secrétariat d'État aux migrations (SEM).

N°	Indicateur	Opérationnalisation	Source	Remarques
[8]	Dépenses AOS totales (tous les types de prestations)			
[9]	Dépenses AOS hospitalières stationnaires par cas (soins somatiques aigus)	AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) / Cas AOS stationnaires (soins somatiques aigus)	cf. ci-dessus	Les données proviennent de différentes sources. <i>Évaluation</i> : prudence lors de l'interprétation.
[10]	Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) par personne assurée	Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) / Personnes assurées	cf. ci-dessus	Les données proviennent de différentes sources. <i>Évaluation</i> : prudence lors de l'interprétation.
[11]	Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, y compris les investissements cantonaux et la totalité du secteur hospitalier stationnaire)	Dépenses, par personne assurée	Coûts et financement du système de santé (OFS)	Les dépenses incluent les PIG et les investissements des cantons. Statistiques de synthèse (cf. OFS 2017 pour de plus amples informations)
[12]	Dépenses hospitalières stationnaires des cantons (y compris les PIG, les investissements cantonaux non compris et la totalité du secteur hospitalier stationnaire)	Dépenses, par personne assurée	Coûts et financement du système de santé (OFS)	Les dépenses incluent les PIG et excluent les investissements des cantons. Statistiques de synthèse (cf. OFS 2017 pour de plus amples informations)
[13]	Dépenses des cantons et AOS hospitalières stationnaires (totalité du secteur hospitalier stationnaire) [4]+[11]	Dépenses, par personne assurée	cf. ci-dessus	Extrapolation des dépenses AOS sur la base de l'effectif des assurés selon [2]. <i>Évaluation</i> : prudence lors de l'interprétation.
[14]	Dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (stationnaire et ambulatoire)	Dépenses pour le domaine hospitalier, par personne (population résidente permanente)	Coûts et financement du système de santé (OFS)	Statistiques de synthèse (cf. OFS 2017 pour de plus amples informations)
[15]	Salaire	Croissance annuelle du salaire nominal brut des travailleurs en Suisse	Indice des salaires (OFS), données du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA)	Aucune indication

N°	Indicateur	Opérationnalisation	Source	Remarques
[16]	PIB	Croissance annuelle du produit intérieur brut (absolue et par tête)	CN (OFS)	Aucune indication

Sources : cf. informations dans le tableau.

Tableau 12 Croissance annuelle moyenne des cas et des coûts AOS, PIB et salaire, résultats de base, 2005/2011-2012/2015.

	CH		BG		TI		VD		GE		NE		Autres	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
Valeurs par tête														
PIB	2,4 %	0,3 %												
Salaire	1,6 %	0,6 %												
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)		1,1 %		0,6 %		0,8 %		0,0 %		1,1 %		1,2 %		1,2 %
AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	2,7 %	0,1 %	1,5 %	0,1 %	2,4 %	1,1 %	1,5 %	0,3 %	1,9 %	-1,9 %	-2,3 %	2,6 %	3,0 %	0,1 %
AOS hospitalier ambulatoire	6,9 %	4,2 %	5,5 %	3,7 %	5,8 %	4,5 %	4,8 %	3,2 %	4,9 %	3,6 %	10,4 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %
AOS secteur ambulatoire des cabinets privés	3,1 %	5,0 %	2,3 %	4,9 %	1,8 %	7,1 %	2,8 %	4,2 %	2,0 %	4,2 %	1,8 %	6,9 %	3,4 %	5,0 %
AOS ambulatoire	4,7 %	4,7 %	3,6 %	4,4 %	3,4 %	6,0 %	3,8 %	3,7 %	3,0 %	4,0 %	5,4 %	5,7 %	5,0 %	4,7 %
AOS total	2,7 %	2,7 %	1,7 %	2,7 %	1,8 %	4,2 %	1,9 %	2,5 %	1,4 %	1,8 %	1,3 %	3,8 %	3,1 %	2,7 %
Valeurs absolues														
PIB	3,4 %	1,4 %												
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)		2,2 %		2,0 %		1,9 %		1,7 %		2,0 %		3,1 %		2,2 %
AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	3,6 %	1,2 %	2,5 %	1,4 %	3,3 %	2,3 %	2,9 %	2,0 %	2,9 %	-1,0 %	-1,9 %	3,3 %	3,9 %	1,1 %
AOS hospitalier ambulatoire	7,9 %	5,4 %	6,6 %	5,0 %	6,7 %	5,7 %	6,3 %	5,0 %	6,0 %	4,6 %	10,8 %	5,3 %	8,4 %	5,5 %
AOS secteur ambulatoire des cabinets privés	4,1 %	6,1 %	3,4 %	6,2 %	2,7 %	8,3 %	4,2 %	6,0 %	3,0 %	5,2 %	2,2 %	7,7 %	4,3 %	6,1 %
AOS ambulatoire	5,7 %	5,8 %	4,7 %	5,7 %	4,3 %	7,2 %	5,2 %	5,5 %	4,0 %	5,0 %	5,9 %	6,5 %	6,0 %	5,8 %
AOS total	3,7 %	3,8 %	2,8 %	4,0 %	2,7 %	5,3 %	3,4 %	4,2 %	2,4 %	2,7 %	1,7 %	4,5 %	4,0 %	3,8 %

Source : Cas AOS : Statistique médicale des hôpitaux (OFS), analyse de l'Obsan (canton de résidence) ; produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (Dépenses par année de traitement. Pour des valeurs absolues, extrapolation sur la base de l'effectif des assurés selon la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et les Statistiques en matière d'asile, SEM). Salaire : Indice suisse des salaires sur la base des données du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Tableau 13 Croissance annuelle moyenne des cas et des coûts AOS, PIB et salaire, test de robustesse, 2005/2011-2012/2015.

	CH		BG		TI		VD		GE		Autres	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
Valeurs par tête												
PIB	2,4 %	0,3 %										
Salaire	1,6 %	0,6 %										
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)		2,2 %		1,9 %		1,9 %		1,7 %		2,0 %		2,4 %
AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	2,7 %	0,1 %	1,8 %	-0,2 %	2,4 %	1,1 %	1,5 %	0,3 %	1,9 %	-1,9 %	3,0 %	0,3 %
AOS hospitalier ambulatoire	6,9 %	4,2 %	5,1 %	3,6 %	5,8 %	4,5 %	4,8 %	3,2 %	4,9 %	3,6 %	7,3 %	4,3 %
AOS secteur ambulatoire des cabinets privés	3,1 %	5,0 %	2,3 %	4,7 %	1,8 %	7,1 %	2,8 %	4,2 %	2,0 %	4,2 %	3,3 %	5,0 %
AOS ambulatoire	4,7 %	4,7 %	3,5 %	4,2 %	3,4 %	6,0 %	3,8 %	3,7 %	3,0 %	4,0 %	5,0 %	4,7 %
AOS total	2,7 %	2,7 %	1,7 %	2,6 %	1,8 %	4,2 %	1,9 %	2,5 %	1,4 %	1,8 %	3,1 %	2,7 %
Valeurs absolues												
PIB	3,4 %	1,4 %										
Cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)		1,1 %		0,5 %		0,8 %		0,0 %		1,1 %		1,3 %
AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus)	3,6 %	1,2 %	3,0 %	1,2 %	3,3 %	2,3 %	2,9 %	2,0 %	2,9 %	-1,0 %	3,9 %	1,3 %
AOS hospitalier ambulatoire	7,9 %	5,4 %	6,3 %	5,0 %	6,7 %	5,7 %	6,3 %	5,0 %	6,0 %	4,6 %	8,3 %	5,4 %
AOS secteur ambulatoire des cabinets privés	4,1 %	6,1 %	3,5 %	6,1 %	2,7 %	8,3 %	4,2 %	6,0 %	3,0 %	5,2 %	4,3 %	6,0 %
AOS ambulatoire	5,7 %	5,8 %	4,7 %	5,6 %	4,3 %	7,2 %	5,2 %	5,5 %	4,0 %	5,0 %	5,9 %	5,8 %
AOS total	3,7 %	3,8 %	2,9 %	4,0 %	2,7 %	5,3 %	3,4 %	4,2 %	2,4 %	2,7 %	4,0 %	3,7 %

Source : Cas AOS : Statistique médicale des hôpitaux (OFS), analyse de l'Obsan (canton de résidence) ; produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (Dépenses par année de traitement. Pour des valeurs absolues, extrapolation sur la base de l'effectif des assurés selon la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et les Statistiques en matière d'asile, SEM). Salaire : Indice suisse des salaires sur la base des données du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Tableau 14 Croissance annuelle moyenne des dépenses des cantons et du secteur hospitalier, résultats de base, PIB et salaire, 2005/2011-2012/2015.

	CH		BG		TI		VD		GE		NE		Autres	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
Valeurs par tête														
PIB	2,4 %	0,3 %												
Salaire	1,6 %	0,6 %												
Cantons hospitalier stationnaire (y compris les FIG, y compris les investissements)	2,8 %	-0,5 %	1,8 %	1,8 %	0,8 %	1,2 %	3,7 %	2,6 %	0,3 %	1,0 %	0,0 %	1,6 %	3,2 %	-1,2 %
Cantons hospitalier stationnaire (y compris FIG, investissements non compris)	3,2 %	1,5 %	2,1 %	1,0 %	4,3 %	1,2 %	3,6 %	2,0 %	0,0 %	-0,6 %	3,3 %	1,6 %	3,5 %	1,7 %
Cantons & AOS hospitalier stationnaire	2,6 %	0,0 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,4 %	2,5 %	1,9 %	0,2 %	0,5 %	-0,6 %	1,7 %	3,0 %	-0,4 %
Secteur hospitalier		2,6 %		3,2 %		2,2 %		4,9 %		1,1 %		0,8 %		2,4 %
Valeurs absolues														
PIB	3,4 %	1,4 %												
Cantons hospitalier stationnaire (y compris FIG, y compris investissements)	3,8 %	0,6 %	2,9 %	3,1 %	1,7 %	2,4 %	5,2 %	4,3 %	1,3 %	1,9 %	0,4 %	2,3 %	4,1 %	-0,1 %
Cantons hospitalier stationnaire (y compris FIG, investissements non compris)	4,1 %	2,6 %	3,2 %	2,3 %	5,2 %	2,3 %	5,1 %	3,7 %	1,0 %	0,3 %	3,7 %	2,3 %	4,5 %	2,7 %
Cantons & AOS hospitalier stationnaire	3,6 %	1,0 %	2,4 %	2,7 %	2,4 %	2,5 %	3,9 %	3,6 %	1,2 %	1,5 %	-0,2 %	2,5 %	3,9 %	0,6 %
Secteur hospitalier		3,8 %		4,6 %		3,4 %		6,6 %		2,5 %		1,6 %		3,6 %

Source : Dépenses des cantons et du secteur hospitalier : Coûts et financement du système de santé (OFS). Dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (Dépenses par année de traitement. Pour des valeurs absolues, extrapolation sur la base de l'effectif des assurés selon la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et les Statistiques en matière d'asile, SEM). Salaire : Indice suisse des salaires sur la base des données du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Tableau 15 Croissance annuelle moyenne des dépenses des cantons et du secteur hospitalier, test de robustesse, PIB et salaire, 2005/2011-2012/2015.

	CH		BG		TI		VD		GE		Autres	
	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15	05/11	12/15
Valeurs par tête												
PIB	2,4 %	0,3 %										
Salaire	1,6 %	0,6 %										
Cantons hospitalier stationnaire (y compris PIB, y compris investissements)	2,8 %	-0,5 %	1,7 %	1,7 %	0,8 %	1,2 %	3,7 %	2,6 %	0,3 %	1,0 %	3,2 %	-1,1 %
Cantons hospitalier stationnaire (y compris PIB, investissements non compris)	3,2 %	1,5 %	2,0 %	0,9 %	4,3 %	1,2 %	3,6 %	2,0 %	0,0 %	-0,6 %	3,5 %	1,7 %
Cantons & AOS hospitalier stationnaire	2,6 %	0,0 %	1,4 %	1,3 %	1,5 %	1,4 %	2,5 %	1,9 %	0,2 %	0,5 %	2,9 %	-0,4 %
Secteur hospitalier		2,6 %		3,1 %		2,2 %		4,9 %		1,1 %		2,4 %
Valeurs absolues												
PIB	3,4 %	1,4 %										
Cantons hospitalier stationnaire (y compris PIB, y compris investissements)	3,8 %	0,6 %	2,9 %	3,1 %	1,7 %	2,4 %	5,2 %	4,3 %	1,3 %	1,9 %	4,1 %	-0,1 %
Cantons hospitalier stationnaire (y compris PIB, investissements non compris)	4,1 %	2,6 %	3,2 %	2,3 %	5,2 %	2,3 %	5,1 %	3,7 %	1,0 %	0,3 %	4,5 %	2,7 %
Cantons & AOS hospitalier stationnaire	3,6 %	1,0 %	2,5 %	2,7 %	2,4 %	2,5 %	3,9 %	3,6 %	1,2 %	1,5 %	3,9 %	0,6 %
Secteur hospitalier		3,8 %		4,6 %		3,4 %		6,6 %		2,5 %		3,6 %

Source : Dépenses des cantons et du secteur hospitalier : Coûts et financement du système de santé (OFS). Dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (Dépenses par année de traitement. Pour des valeurs absolues, extrapolation sur la base de l'effectif des assurés selon la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et les Statistiques en matière d'asile, SEM). Salaire : Indice suisse des salaires sur la base des données du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Tableau 16 *Évaluation de l'influence de l'augmentation de la clé de financement sur la croissance annuelle moyenne des dépenses de l'OKP des patients hospitalisés (Akutsomatik), 2012-2015)*

Groupes	Résultats de base	Ajustement pour augmentation différée de la clé de financement*
GB	0,1%	0,1%
Autre	0,1%	1,1%

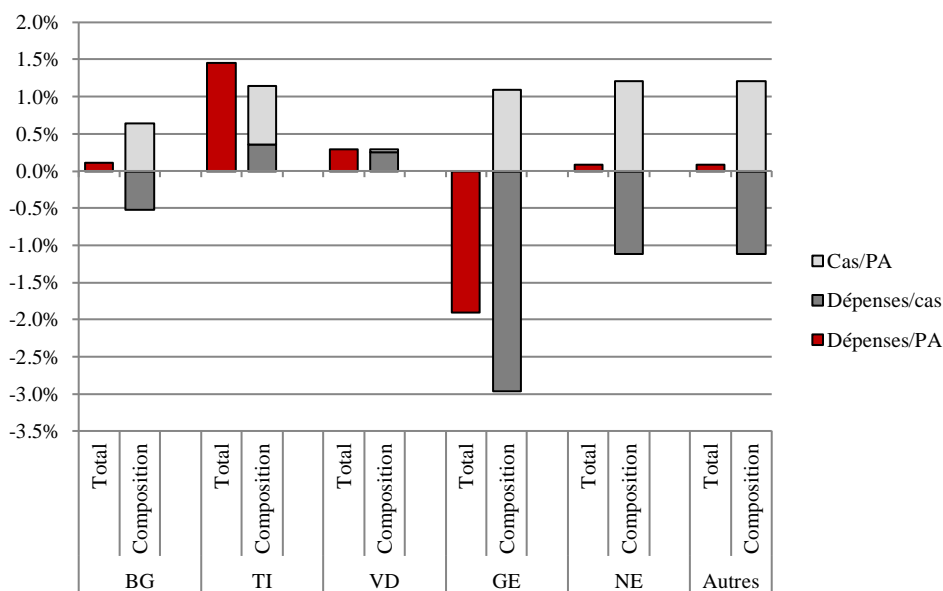
Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA, Coûts et financement du système de santé (OFS). Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, dépenses par personne assurée. Remarque : les dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête) seront actualisées à partir de 2013, en supposant que la clé de financement cantonale reste au niveau de l'année 2012.

Tableau 177 *Part AOS dans les dépenses pour des prestations hospitalières stationnaires (y compris PIG)*

Cantons	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BG	40,1 %	40,4 %	40,2 %	40,6 %	40,3 %	38,5 %	38,3 %	38,7 %	38,0 %	38,1 %	38,0 %
TI	55,6 %	57,5 %	57,2 %	57,0 %	56,7 %	57,0 %	57,5 %	43,9 %	43,7 %	44,0 %	44,2 %
VD	40,4 %	39,2 %	39,8 %	38,7 %	39,1 %	36,7 %	36,0 %	36,0 %	35,9 %	35,6 %	34,7 %
GE	26,7 %	27,4 %	26,5 %	28,6 %	27,9 %	26,4 %	26,5 %	32,4 %	30,6 %	30,8 %	31,5 %
NE	33,4 %	37,3 %	36,2 %	32,4 %	31,5 %	31,6 %	31,0 %	32,2 %	33,3 %	33,8 %	32,4 %
Autres	43,3 %	45,3 %	44,4 %	42,5 %	42,1 %	42,7 %	42,7 %	42,0 %	43,7 %	44,0 %	43,2 %

Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA, Coûts et financement du système de santé (OFS). Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, dépenses par personne assurée. Remarque : notons que les parts de l'AOS ne peuvent pas être directement comparées avec la clé de répartition prévue par la loi d'au plus 45 % pour les assurances-maladie, car les dépenses des cantons incluent également des dépenses pour les PIG. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

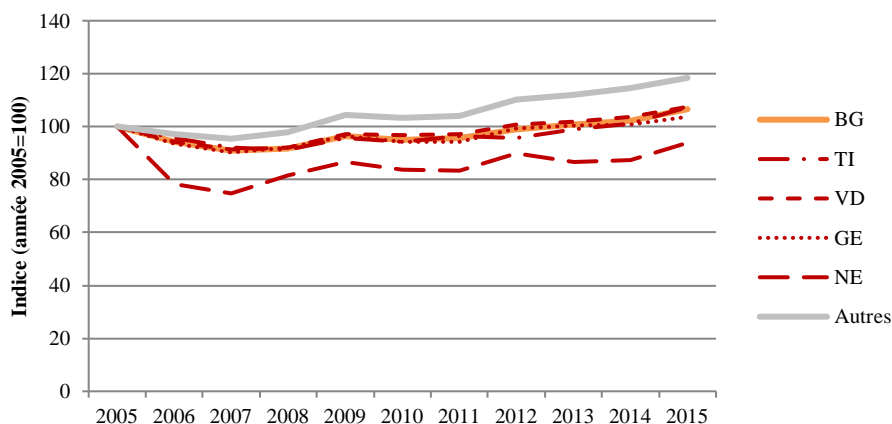
Figure 9 Croissance annuelle des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) et leur composition, 2012-2015.



Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée (PA) (selon le canton de résidence). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

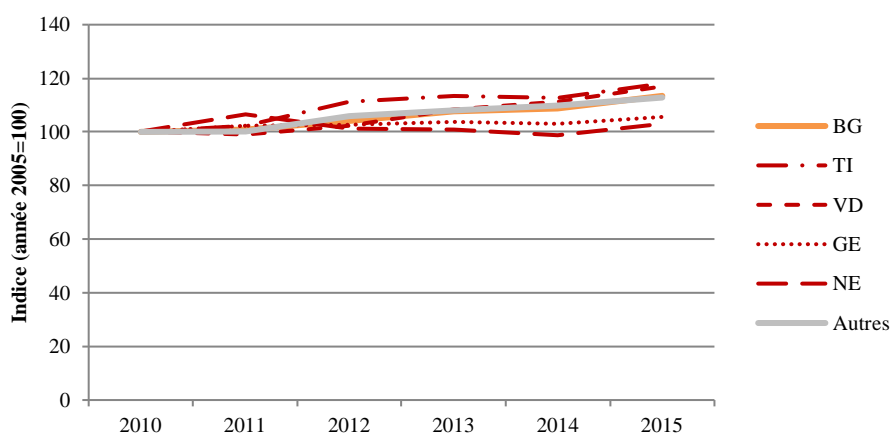
Exemple de lecture : dans les cantons qui appliquaient des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période 2012-2015, les dépenses AOS hospitalières stationnaires par cas ont augmenté de 0,6 % par an. Cette augmentation est constituée d'une hausse des cas AOS hospitaliers stationnaires (par personne assurée) et d'une élévation des dépenses AOS hospitalières stationnaires par cas, sachant que les dépenses AOS hospitalières stationnaires par cas ont moins augmenté que le nombre de cas AOS hospitaliers stationnaires (par personne assurée).

Figure 10 Évolution de la part des dépenses AOS (total) dans le PIB, indexée, 2005-2015.



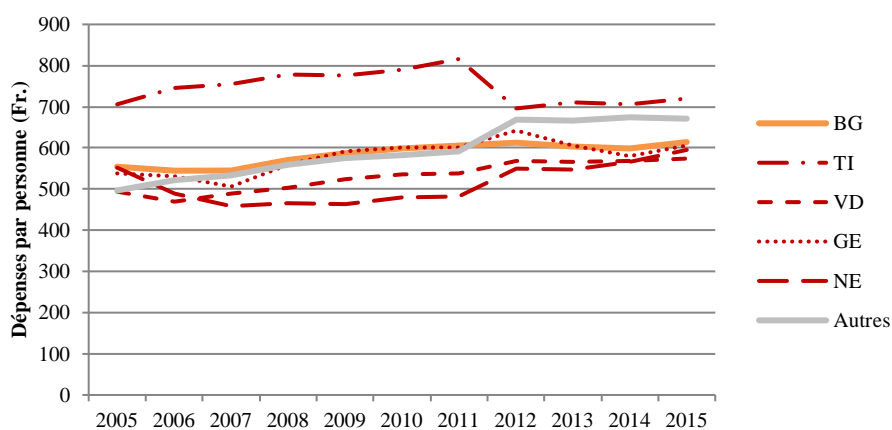
Source : Produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses AOS : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA (Dépenses par année de traitement. Pour des valeurs absolues, extrapolation sur la base de l'effectif des assurés selon la Statistique de la compensation des risques, Institution commune LAMal, et les Statistiques en matière d'asile, SEM). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 11 Évolution de la part des dépenses du secteur hospitalier dans le PIB, indexée, 2005-2015.



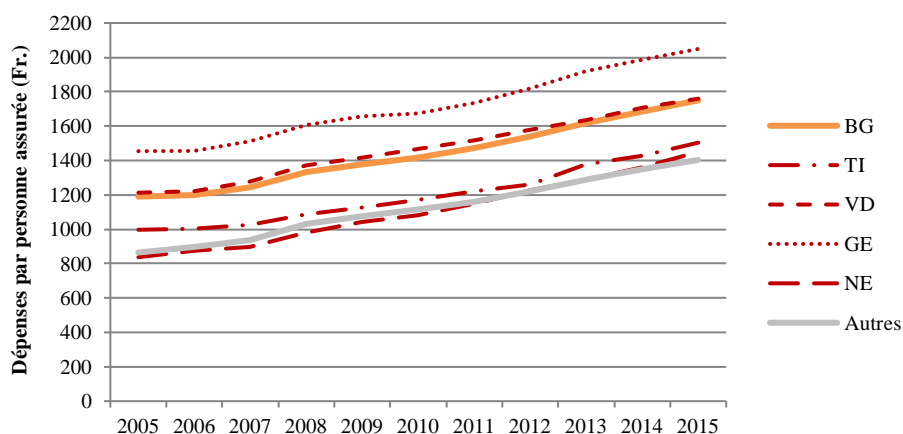
Source : Produit intérieur brut (PIB) : CN, OFS ; dépenses du secteur hospitalier : Coûts et financement du système de santé (OFS). BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 12 Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), 2005-2015



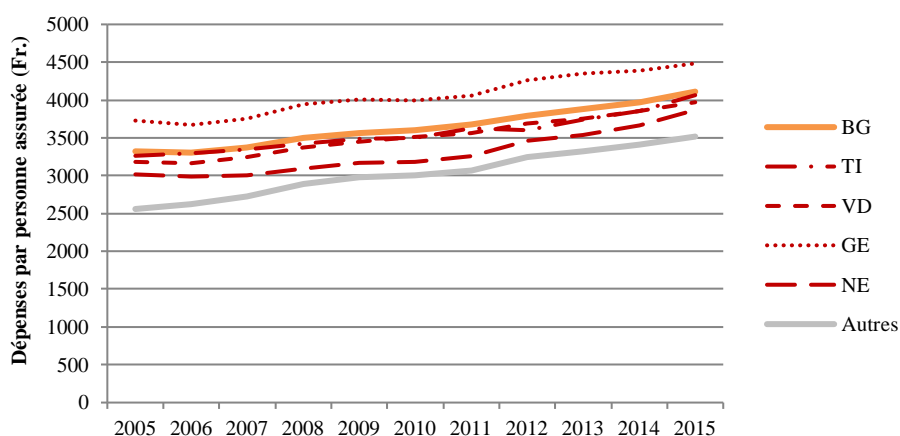
Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 13 Évolution des dépenses AOS ambulatoires (hôpitaux et cabinets privés ambulatoires, tous les secteurs de soins) (par tête), 2005-2015



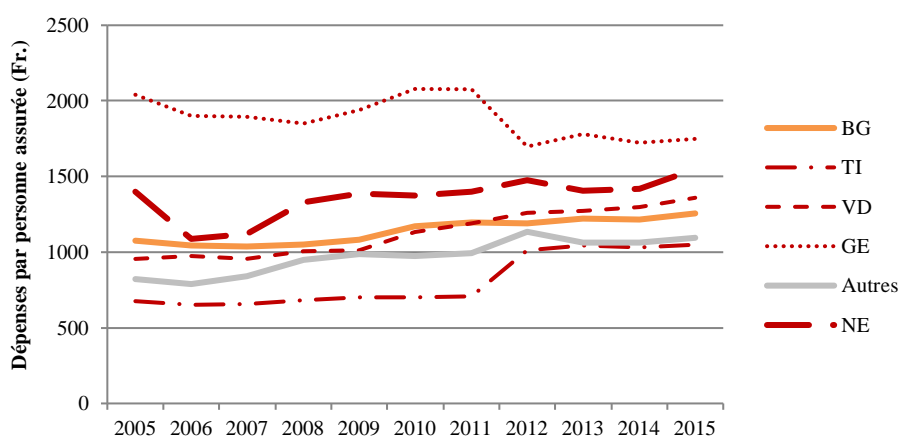
Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 14 Évolution des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête), 2005-2015



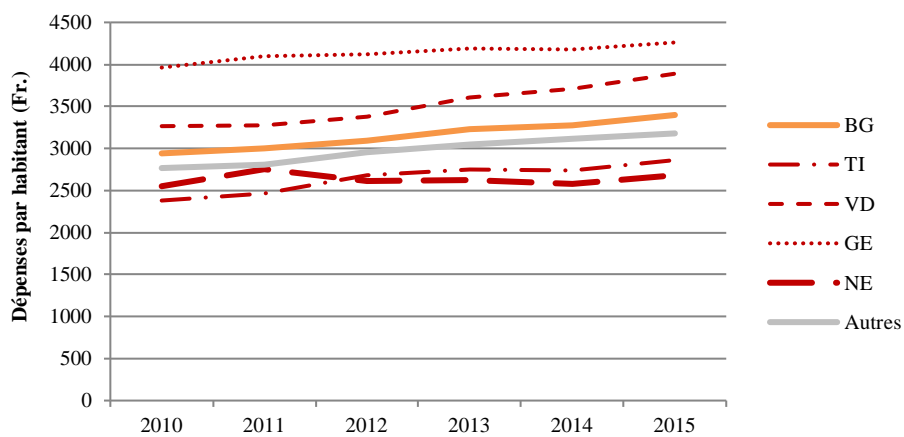
Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 15 Évolution des dépenses des cantons pour les prestations hospitalières stationnaires (y compris les PIG, totalité du secteur hospitalier stationnaire) (par tête), 2005-2015.



Source : Coûts et financement du système de santé (OFS). Remarques : dépenses par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 16 Évolution des dépenses de tous les agents de financement pour le secteur hospitalier (par tête), 2010-2015



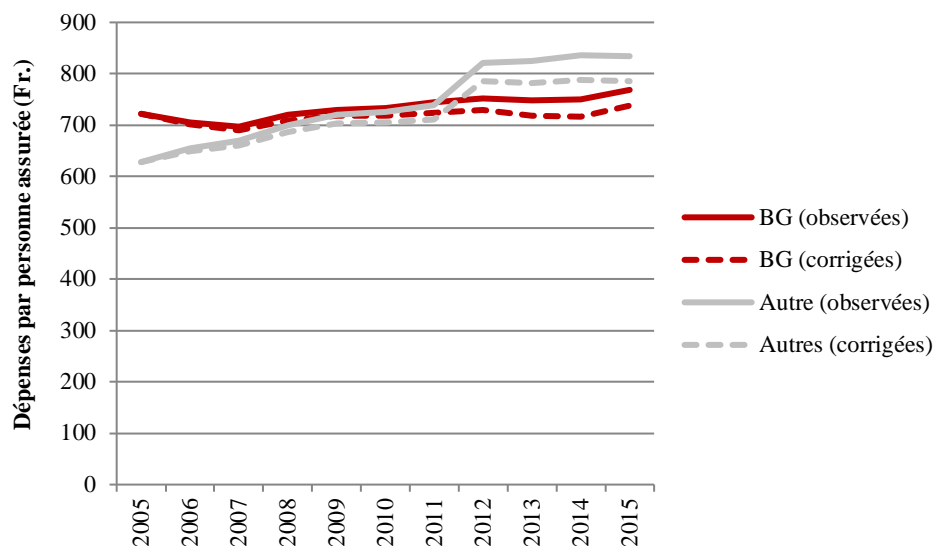
Source : Coûts et financement du système de santé (OFS). Remarques : Dépenses par habitant. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Effet de la démographie

La présente analyse sur l'influence de la démographie sur l'évolution des coûts dans le secteur stationnaire s'appuie directement sur les travaux de recherche de Kaiser (2016), qui calcule l'effet du vieillissement sur les différents types de prestations dans l'AOS. L'approche méthodique repose sur un scénario contrefactuel, que l'on peut formuler comme suit : « Comment les coûts stationnaires par assuré auraient-ils évolué au cours du temps si la structure des âges de la population était restée inchangée ? » Afin d'analyser ce scénario contrefactuel, on applique la procédure économétrique de Elder et al. (2015), dont le principe fondamental est le suivant : les différentes observations dans les données sont « repondérées » de telle sorte que la distribution d'une caractéristique explicative (ici : l'âge) soit identique dans deux années différentes. Parallèlement, la distribution des autres caractéristiques n'est pas modifiée. L'effet d'une variable (dans le cas présent : l'âge) sur les coûts peut ainsi être isolé des autres effets. Les données relatives aux prestations AOS nominales annuelles brutes pour le secteur hospitalier stationnaire et le secteur ambulatoire et de façon globale (respectivement par personne assurée et année de traitement) pour la période 2005-2015 sont utilisées pour l'analyse (source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA). Elles sont différenciées par canton, groupe d'âge et sexe. Le fait que les données soient disponibles sous forme agrégée et non au plan individuel n'entrave pas outre mesure l'application de la procédure décrite ci-dessus.¹³⁷

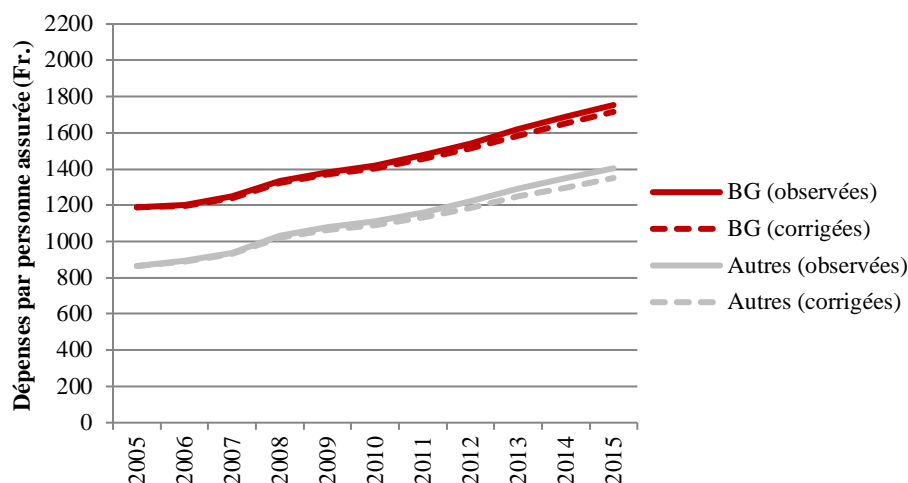
¹³⁷ Complément technique : comme il s'agit d'une procédure non-paramétrique, la sous-pondération d'une valeur moyenne avec des données agrégées est équivalente à la sous-pondération avec des données individuelles, à condition que les caractéristiques explicatives présentent les mêmes spécificités.

Figure 17 *Évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires (soins somatiques aigus) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015*



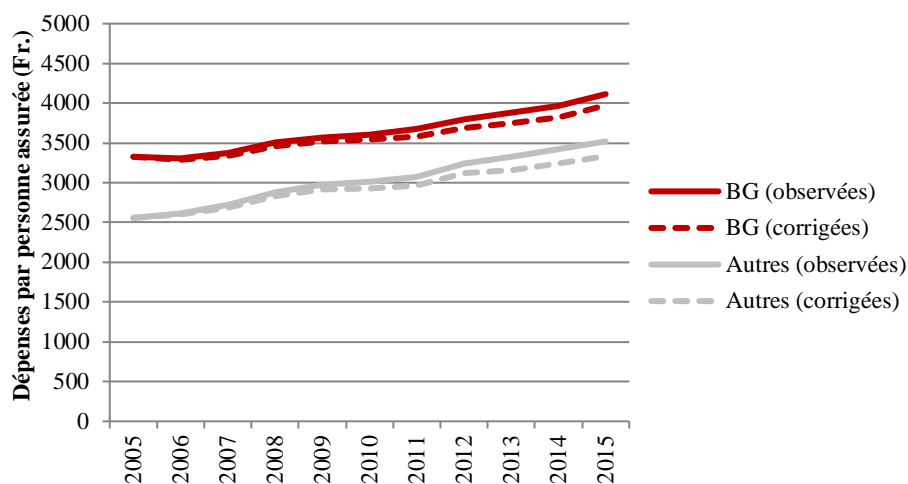
Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 18 *Évolution des dépenses AOS ambulatoires (hôpitaux et cabinets privés ambulatoires, tous les secteurs de soins) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015*



Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 19 *Évolution des dépenses AOS totales (tous les types de prestations) (par tête), observée et corrigée du vieillissement, 2005-2015*



Source : Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie MOKKE (OFSP) et pool de données SASIS SA. Remarques : Dépenses AOS par année de traitement, par personne assurée. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

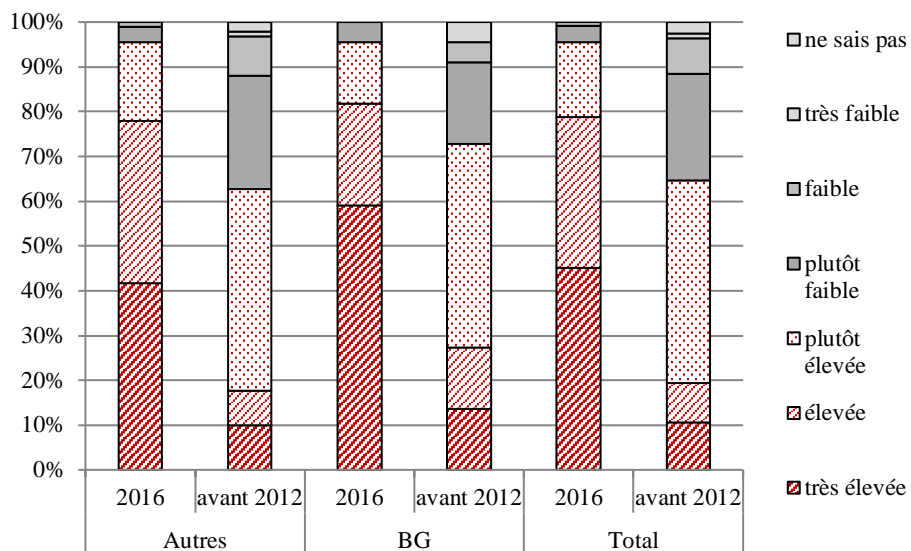
*Flux intercantonaux de patients*Tableau 188 *Flux intercantonaux de patients*

	Sortie					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH	13,2 %	13,5 %	14,2 %	14,6 %	15,1 %	15,4 %
TI	5,2 %	5,3 %	5,5 %	5,6 %	5,7 %	5,9 %
VD	5,5 %	5,5 %	5,9 %	5,8 %	6,0 %	6,1 %
GE	3,3 %	3,5 %	3,7 %	3,5 %	3,5 %	3,6 %
NE	19,4 %	19,5 %	20,3 %	21,5 %	22,9 %	23,3 %

Source : Gruber & Lippitsch (2018), Tableau 42, annexe.

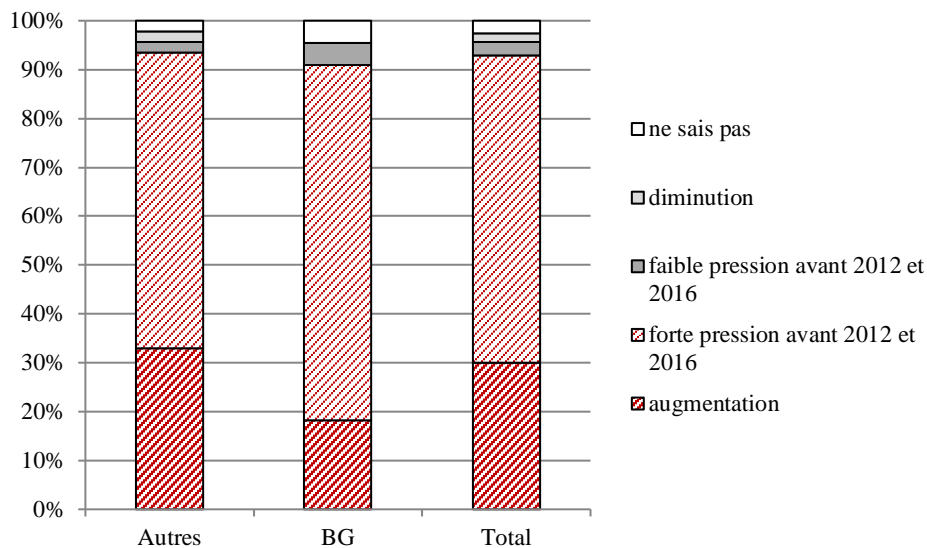
Pression financière

Figure 20 *Pression financière 2016 et avant 2012*



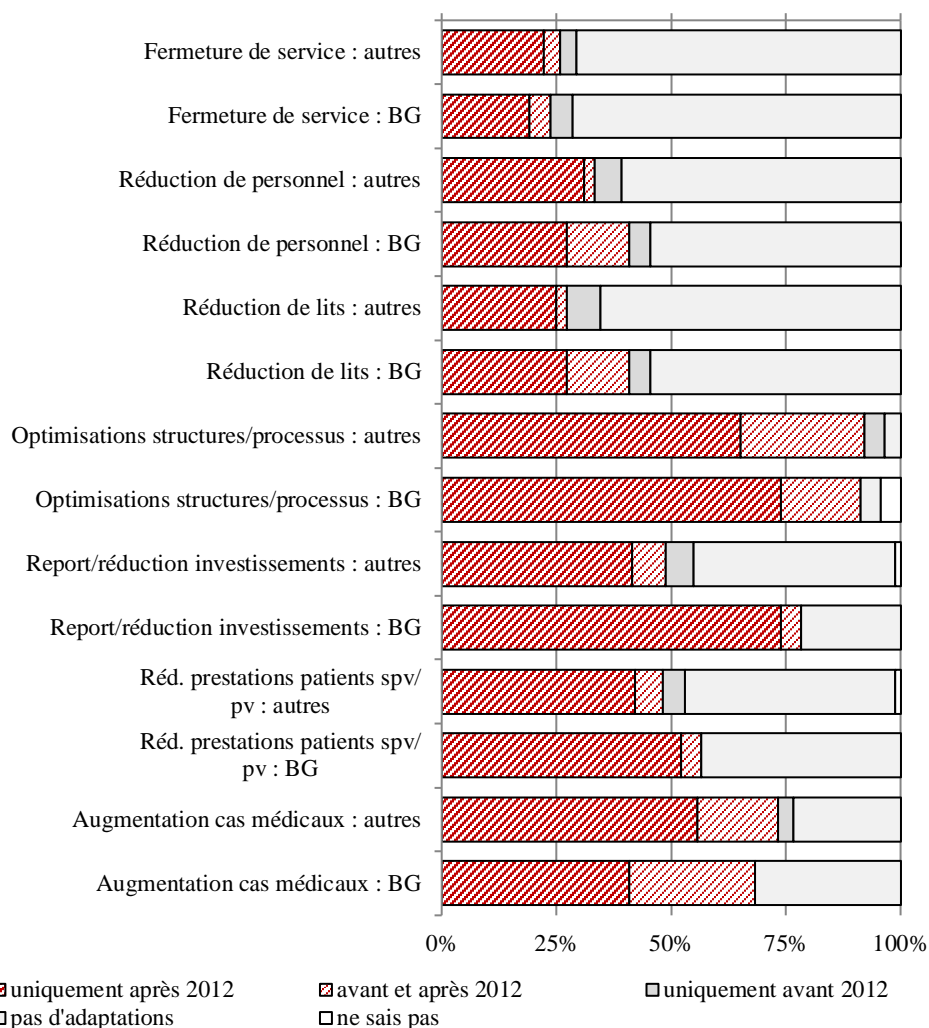
Source : Enquête auprès des hôpitaux (INFRAS). Remarques : N (« BG ») = 22, N (« Autres ») = 91. Uniquement les hôpitaux qui existaient avant 2012. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 21 Modification de la pression financière, avant 2012, jusqu'en 2016



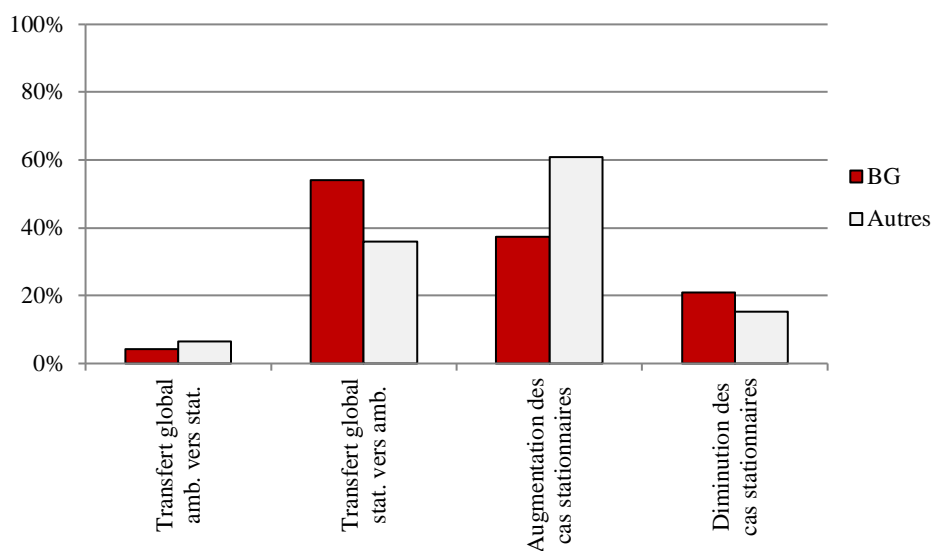
Source : Enquête auprès des hôpitaux (INFRAS). Remarques : N (« BG ») = 22, N (« Autres ») = 91. Uniquement les hôpitaux qui existaient avant 2012. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 22 Réactions à la pression financière



Source : Enquête auprès des hôpitaux (INFRAS), remarques : N (« BG ») = 21/23, N (« Autres ») = 82/89. spv : semi-privé, pv : privé. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Figure 23 Évaluations des réactions des hôpitaux suite à la révision de la LAMal concernant les modifications des quantités



Source : Enquête auprès des hôpitaux (INFRAS), remarques : N (« BG ») = 24, N (« Autres ») = 92. BG = cantons qui ont utilisé des budgets globaux et/ou des instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015 ; autres = cantons qui n'ont pas utilisé de budgets globaux et/ou d'instruments alternatifs de gestion des quantités durant la période d'analyse 2012-2015.

Annexe II : Entretiens spécialisés

Tableau 199 Entretiens spécialisés avec des institutions

	Institution	Entretien
1	Canton de Genève, Direction générale de la santé	11.10.2017
2	Divisione della salute pubblica, Dipartimento della sanità e della socialità del cantone Ticino	07.11.2017
3	Service de la santé publique du Canton de Vaud	16.11.2017

*Guide pour les entretiens spécialisés sur les budgets globaux***Élaboration de bases pour analyser l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal par les cantons et leurs effets****Canevas pour les entretiens téléphoniques****Contexte et description du projet**

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung procède à une évaluation des répercussions de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les coûts et le financement du système de soins.¹³⁸ Dans ce cadre, il est nécessaire d'analyser l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal par les cantons et leurs effets. Ces bases permettront de répondre au postulat 14.3385 « Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons »¹³⁹.

Objectifs de l'entretien

À l'aide de ce canevas, nous aimerions recenser dans votre canton l'application et les effets de l'instrument de gestion représenté par les budgets globaux selon l'art. 51 LAMal. L'entretien dure environ 60 minutes et poursuit deux objectifs :

- 1. État des lieux :** montrer comment l'instrument des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal est appliqué dans votre canton.
- 2. Effets :** fournir des renseignements sur les effets liés selon vous à l'application de cet instrument.

Remarque : en l'absence d'indications contraires, il est question du **domaine somatique aigu**. De plus, il s'agit exclusivement de l'application des **budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal**. Les réponses sont consignées par écrit. Vous aurez la possibilité de lire la transcription et d'apporter d'éventuelles corrections. La présentation des résultats permettra de **déduire des informations sur les différents cantons**.

Interlocuteurs

B,S,S.

Michael Lobsiger, direction du projet, tél. 061 263 00 57, michael.lobsiger@bss-basel.ch

OFSP

Cornelia Stadter, section Tarifs et fournisseurs de prestations I, tél. 058 461 13 06,

¹³⁸ Pour de plus amples informations : <https://www.ofsp.admin.ch/> → Services → Publications → Rapports d'évaluation → Assurance maladie et accidents → Révision de la LAMal, financement hospitalier.

¹³⁹ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143385>

cornelia.stadter@bag.admin.ch

Merci de votre précieux soutien.

Partie I : Questions générales

Nom de la personne participant à l'entretien	
Canton	
Direction	
Date et heure de l'entretien	

Partie II : Bases

1. Bases légales cantonales

Veuillez contrôler si les bases légales cantonales pertinentes pour l'application des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal sont exhaustives et correctes et les compléter si nécessaire :

Base légale	(Réponse)	En vigueur depuis	En application depuis
Loi			
Ordonnance			
Autre			

Quand l'instrument des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal a-t-il été appliqué pour la première fois ?

Année : _____

A-t-il été utilisé sans interruption depuis ? Oui Non

Si les budgets globaux visés à l'art. 51 LAMal étaient déjà inscrits dans la loi et appliqués avant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, y a-t-il eu dans ce cadre des adaptations :

des bases légales cantonales ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

de l'application des budgets globaux ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Des adaptations des bases légales cantonales et/ou de l'application des budgets globaux sont-elles prévues ? Oui Non

Si oui, lesquelles et pourquoi ? À quel stade du processus de décision politique en sont ces modifications ?

Partie III : Application

1. Dans quels domaines votre canton applique-t-il des budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal ?

Soins somatiques aigus : Oui Non

Réadaptation : Oui Non

Psychiatrie : Oui Non

Les questions suivantes se réfèrent aux soins somatiques aigus :

1. Veuillez expliquer le processus de détermination du budget global (déroulement, personnes impliquées, etc.).

2. À quel rythme le budget global est-il fixé ?

3.1 Comment se calcule le montant de la rémunération globale à l'échelle cantonale ? Sur quelle base de calcul (*p. ex., volume de prestations*) votre canton fixe-t-il le budget global ?

Si le volume de prestations constitue la base de calcul :

3.2 Le volume de prestations est-il déterminé dans le cadre de la planification hospitalière ? (*Si non, dans quel cadre ?*) Où est-il fixé ? (*p. ex., conventions de prestations avec les fournisseurs de prestations*)

3.3 Le spectre des prestations stationnaires est-il pris en compte dans son ensemble ?
Certains prestations/groupes de prestations en sont-ils exclus ?

En cas de base de calcul différente :

3.4 Dans quel cadre le budget global est-il fixé ?

4. Pour quels fournisseurs de prestations le budget global s'applique-t-il ? (*tous les hôpitaux de soins aigus, maisons de naissance ?*)

5. Comment se déroule l'attribution du budget aux fournisseurs de prestations ?

6. Quelles sont les conséquences d'un dépassement ou d'une utilisation incomplète du budget ?

- Quelles sanctions sont prévues en cas de dépassement ?
- Une réduction est-elle calculée en pareil cas ?
- Un dépassement du budget a-t-il des répercussions sur l'obligation d'admission faite aux hôpitaux ?
- Existe-t-il des exceptions ? (*p. ex., augmentation du volume de prestations en fonction de l'évolution épidémiologique, urgences ? Comment se passe alors la rémunération ?*)
- Que se passe-t-il en cas d'utilisation incomplète du budget ?

7. Dans quelle mesure la répartition des coûts pour les prestations stationnaires relevant de la LAMal entre le canton et les assureurs-maladie est-elle concernée par le budget global ? Dans quelle mesure la rémunération des prestations par les assurances-maladie en est-il affecté ?

8. Les patients hors canton sont-ils aussi concernés par l'application du budget global ?

9. L'application et les effets possibles du budget global sont-ils abordés lors de la coordination intercantonale dans le cadre de la planification des soins ?

10. Quelle est l'ampleur des dépassements ou utilisations incomplètes des budgets globaux en 2016 ?

Part des hôpitaux/cliniques concernés par un budget global, avec

un dépassement (%) : ____

une utilisation incomplète (%) : ____

Pour quels groupes de prestations ?

Partie IV : Effets

Les questions suivantes se réfèrent au domaine des prestations relevant de la LAMal dans les soins somatiques aigus. Veuillez indiquer si possible à chaque fois la base sur laquelle se fonde votre estimation.

1. Quels sont à votre avis les principaux avantages et inconvénients des budgets globaux ?

2. Comment les *volumes de prestations* (secteur stationnaire) ont-ils évolué dans votre canton depuis 2012 ? (*Si possible, estimation quantitative : p. ex., croissance annuelle moyenne depuis 2012 ; estimation qualitative : évolution par rapport à d'autres cantons, p. ex. croissance moins forte/aussi forte/plus forte.*)

Selon vous, l'application de l'instrument des budgets globaux a-t-elle eu un effet sur cette évolution ? (*Si oui, lequel ?*)

3. Comment les *dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires* (assureurs et canton) ont-elles évolué dans votre canton depuis 2012 ? (*Si possible, estimation quantitative : p. ex., croissance annuelle moyenne depuis 2012 ; estimation qualitative : évolution par rapport à d'autres cantons, p. ex. croissance moins forte/aussi forte/plus forte.*) Selon vous, l'application de l'instrument des budgets globaux a-t-elle eu un effet sur cette évolution ? (*Si oui, lequel ?*)

4. L'application de l'instrument des budgets globaux dans votre canton a-t-elle conduit à une maîtrise de la *croissance des dépenses dans le secteur hospitalier* ? (*Estimation qualitative : oui, non ; l'effet est-il quantifiable ?*)

5. Peut-on constater des *transferts de prestations* entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire en raison des budgets globaux ? (*Estimation qualitative : oui, non.*)
Si oui, lesquels ?

6. Y a-t-il des indices suggérant que des patients domiciliés dans votre canton se font soigner hors canton en raison du budget global ? Quelles sont les prestations concernées ? (*Estimation qualitative*)

7. Existe-t-il des indices suggérant une sélection des patients/prise en charge insuffisante de certains groupes de patients ?

8. Quelles sont les autres conséquences des budgets globaux dans votre canton (p. ex., pour les assurances complémentaires) ?

Partie V : Divers

3. Documents pertinents

Existe-t-il des documents qui fournissent des renseignements sur l'application et les effets des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal dans votre canton ? Pouvez-vous nous en accorder l'accès ?

4. Remarques

Annexe III : Groupe d'accompagnement

Tableau 20 Membros du groupe d'accompagnement

	Institution	Nom
1	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)	Krisztina Beer
2	H+ Les hôpitaux de Suisse	Pascal Besson
3	Fédération des médecins suisses FMH	Beatrix Meyer (suppléance : Esther Kraft)
4	Fédération suisse des patients (FSP)	Erika Ziltener
5	santésuisse	Stephan Colombo
6	curafutura	Luca Petrini
7	Office fédéral de la statistique (OFS)	Michael Lindner
8	Administration fédérale des finances (AFF)	Carsten Colombier (suppléance : Thomas Brändle)
9	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA)	Wolfgang Guetg
10	Surveillant des prix (SPr)	Manuel Jung
11	SW!SS REHA	Jürg Wägli
12	Swiss Mental Healthcare (SMHC)	Hanspeter Conrad (suppléance : Markus Merz)
13	Office fédéral de la santé publique (OFSP)	Pinky Girardin
14	Office fédéral de la santé publique (OFSP)	Markus Weber

Bibliographie

- Balmer, H. (2018). Globalbudget Krankenversicherung: Patentrezept oder Irrläufer? *Clinicum* 2/18. Disponible en ligne (dernière consultation le 22.9.2018) : <http://www.clinicum.ch/magazin/magazin.htm?ausgabe=63>
- Conseil fédéral (2016). Message sur le programme de la législature 2015 à 2019, FF 2016 981. Disponible en ligne (dernière consultation le 11.1.2018) : https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/index_7.html
- Conseil fédéral (2004). Message du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), FF 2004 5207. Disponible en ligne (dernière consultation le 16.12.2017) : https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2004/index_42.html
- Conseil fédéral (1991). Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 77. Disponible en ligne (dernière consultation le 11.1.2018) : https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/1992/index_3.html
- Office fédéral de la statistique (2017). Statistique de synthèse Coûts et financement du système. Révision 2017 : développement modulaire et dynamique de la statistique, concepts, méthodes et perspectives. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2018) : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheitskostenfinanzierung.html>
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2014). Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux (jeu de diapositives)(PDF, 1 MB, 23.05.2014) Disponible en ligne (dernière consultation le 20.12.2017) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- Office fédéral de la santé publique (2008). Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Disponible en ligne (dernière consultation le 7.2.2018) : [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossene%20Revisionen%20\(Themen%20&%20Service\)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/KUV-abgeschlossene%20Revisionen%20(Themen%20&%20Service)/spitalfinanzierung/kommentar-aenderung-vom-22-10-2008-kvv.pdf.download.pdf/aenderungen-und-kommentar-im-wortlaut-vom-1-1-09-des-kvv.pdf)
- Brändle, T. und Colombier, C. (2017). Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045, Working Paper n° 21 (PDF, 2 MB, 14.06.2017), Administration fédérale des finances. Disponible en ligne (dernière consultation le 22.8.2018) : https://www.efv.admin.ch/efv/fr/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html
- Cosandey, J., Roten, N., und Rutz, S. (2018). Une politique hospitalière saine : Plus de transparence, plus de souveraineté du patient, moins de cantonalisme. Disponible

- en ligne (dernière consultation le 26.2.2018) : <https://www.avenir-suisse.ch/fr/publication/une-politique-hospitaliere-saine/>
- Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). DRG-based hospital payment: intended and unintended consequences. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (Hrsg): *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press.
- Elder, T. E., Goddeeris, J. H., & Haider, S. J. (2015). Isolating the roles of individual covariates in reweighting estimation. *Journal of Applied Econometrics*, 30(7), 1169-1191.
- Groupe d'experts (2017). Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins : Rapport du groupe d'experts. Disponible en ligne (dernière consultation le 11.1.2018) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- Felder, S., Meyer, S. & Selcik, F. (2017). Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen und Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Online verfügbar unter (zuletzt konsultiert: 3.10.2017): http://www.privatehospitals.ch/fileadmin/user_upload/news/Felder_Tarif-_und_Finanzierungsunterschiede.pdf.
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger M., Tondelli T., Pfinninger, T. (2014). Transferts de prestations et de coûts du secteur stationnaire au secteur ambulatoire : rapport final. Étude réalisée sur mandat de la FMH et de H+. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) : https://www.fmh.ch/fr/tarifs_hospitaliers/recherche_concomitante/transferts_stat-amb.html (en allemand, résumé en français)
- Frey, M., Kägi, W., Lobsiger, M., Burla, S. & Pfinninger, T. (2014). Effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier sur le comportement des hôpitaux - premier bilan et étude de concept. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Disponible en ligne (dernière consultation le 14.12.2017) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html> (en allemand, résumé en français)
- CDS – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2018). Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, version révisée du 25.5.2018 (d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 1.1.2018). Disponible en ligne (dernière consultation le 9.7.2018) : <https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>
- Geruso, M., & McGuire, T. G. (2016). Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *Journal of Health Economics*, 47, 1-19.

- Golder, L., Jans, C., Tschöpe, S., Venetz, A. et Herzog, A. (2017). Environnement de travail en mutation et attitude envers de nouveaux modèles de financement. Étude concomitante sur mandat de la FMH 2017, 7^e sondage. Disponible en ligne (dernière consultation le 1.5.2018) : https://www.fmh.ch/fr/tarifs_hospitaliers/recherche_concomitante/conditions-cadres_medecins.html (en allemand, résumé en français)
- Gruber, J. und Lippitsch, S. (2018). Évolution des flux intercantonaux de patients dans le domaine stationnaire (soins somatiques, réadaptation et psychiatrie) entre 2010 et 2015. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins stationnaires. Disponible en ligne (dernière consultation le 4.7.2018) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitallandschaft-sicherstellung-versorgung.html> (en allemand)
- Hölzer, S. & Schmidt, C. (2010). SwissDRG-Fallpauschalen. Ein wettbewerbliches System für eine Patientenversorgung ohne Rationierungszwang. Bulletin des médecins suisses, 91(45), 1775-1778. Disponible en ligne (dernière consultation le 14.12.2017) : <https://bullmed.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez/de/bms.2010.15588/2010-45-918.pdf>
- Kaiser, B. (2016). The Role of Population Aging in Rising Health Care Expenditures. Discussion Paper (non publié).
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2017). Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Étude réalisée sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/evolution-des-couts-et-du-financement-dans-le-systeme-de-soins-depuis-la-revision-du>
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2016). Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2013 (Obsan Bulletin 1/2016). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/evolution-des-couts-et-du-financement-dans-le-systeme-de-soins-depuis-la-revision-du>
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). Évolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Étude de base 2010-2012. Obsan Rapport 61. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Dispo-

- nible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) : <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/evolution-des-couts-et-du-financement-du-systeme-de-soins-depuis-lintroduction-du>
- Pellegrini, S., Widmer, T., Weaver, F., Fritschi, T. & Bennett, J. (2010). Révision de la LAMal, financement des hôpitaux : étude de faisabilité et concept pour une évaluation : Rapport final 2010 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Disponible en ligne (dernière consultation le 14.12.2017) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- Preisüberwachung PUE (2016). Tarifs hospitaliers : Pratique du Surveillant des prix dans l'examen des tarifs hospitaliers des soins aigus stationnaires. Disponible en ligne (dernière consultation le 16.2.2017) : <https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/fr/home/themen/gesundheitswesen/spitaeler.html>
- Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento delle finanze e dell'economia (2017). Messaggio n. 7302. Consuntivo 2016. Rapporto d'esercizio. Disponible en ligne (dernière consultation le 24.1.2018) : https://www4.ti.ch/index.php?id=83064&r=1&user_gcparlamento_pi8%5Batid%5D=93313&user_gcparlamento_pi8%5Btaticid%5D=100
- République et Canton de Genève, Département présidentiel. Service communication et information (2016). Communiqué du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS): Le Conseil d'Etat adopte le contrat de prestations 2016-2019 avec les Hôpitaux universitaires de Genève. Disponible en ligne (dernière consultation le 12.12.2017) : <https://www.ge.ch/actualite/conseil-etat-adopte-contrat-prestations-2016-2019-hopitaux-universitaires-geneve-1-09-2016>
- République et Canton de Genève, Département présidentiel. Service communication et information (2015). Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016-2019. Disponible en ligne (dernière consultation le 12.12.2017) : <https://www.ge.ch/document/rapport-planification-sanitaire-du-canton-geneve-2016-2019>
- République et Canton de Genève & HUG (2016). Contrat de prestations 2016-2019. Disponible en ligne (dernière consultation le 12.12.2017) : <https://www.hug-ge.ch/cadre-legal-et-politique>
- Rütsche, B. (2015). Rechtsgutachten zuhanden Privatkliniken Schweiz (PKS): Umsetzung des KVG in Bezug auf die Privatspitäler. Disponible en ligne (dernière consultation le 3.10.2017) : http://www.privatehospitals.ch/fileadmin/user_upload/news/151021_Rechtsgutachten_Privatspitaeler_def.pdf
- Rütsche, B. (2012). Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Grundsatzurteil des Bundesgerichts. *hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit*. 2012 n° 50. Disponible en ligne

- (dernière consultation le 28.3.2017) : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/urteile/kommentarruetsche_bge_ti.pdf.
- Rütsche, B. (2011). Rechtsgutachten zuhanden des Kantons Bern: Steuerung der Leistungsmengen im Spitalbereich. Disponible en ligne (dernière consultation le 3.10.2017) : https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeasspvg/projekt_ versorgungsplanung2011-2014.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/VP_2011-2014/10_GEF_VP11_14_Gutachten_Ruetsche_Endfassung_d.pdf.
- CSSS-N (2014). Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 20 février 2014. Disponible en ligne (dernière consultation le 24.1.2018) : https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2012/Rapport_de_la_commission_CSSS-N_12.500_2014-02-20.pdf.
- Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. & Mason, A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges. In Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (éd): Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Trottmann, M., Telser, H. & Widmer, P. (2017). Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge. Studie im Auftrag von santésuisse. Disponible en ligne (dernière consultation le 13.12.2017) : https://www.polynomics.ch/fileadmin/polynomics/04_Dokumente/Polynomics_Reformen_Gesundheitswesen_Schlussbericht_20160627.pdf
- Widmer, P., Trottmann, M., Napierala, C., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017a). 1^e étude partielle : augmentation du volume de prestations sous Swiss-DRG. Disponible en ligne (dernière consultation le 3.10.2017) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html> (en allemand)
- Widmer, P., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017b). Évolutions souhaitables et indésirables du volume et du transfert de prestations dans le domaine hospitalier stationnaire . 2^e étude partielle : transfert de prestations sous SwissDRG. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Disponible en ligne (dernière consultation le 3.10.2017) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-spitfin-themenuebergreifend.html> (en allemand)
- Widmer, P., Telser, H. & Uebelhart, T. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Étude réalisée sur mandat de comparis.ch. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) :

<https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/kantonale-spitalregulierung-2015.aspx>

Widmer, P. und Telser, H. (2013). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Étude réalisée sur mandat de comparis.ch. Disponible en ligne (dernière consultation le 8.2.2017) : <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2013/krankenkasse/spitalregulierung/kantonale-spitalregulierung.aspx>