

Défis et exigences
des processus de planification hospitalière et de gestion
des listes hospitalières conformément à la LAMal

Analyse succincte pour le compte de Cliniques Privées Suisses, Berne

Küsnacht, le 24 septembre 2019

EXECUTIVE SUMMARY

En vertu de l'art. 39 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, différentes expériences ont été acquises avec l'élaboration des planifications hospitalières et des listes hospitalières cantonales. Comme le remaniement de ces deux instruments, prévu périodiquement, vient juste de commencer ou est sur le point de le faire dans de nombreux cantons, les expériences antérieures sont analysées du point de vue de l'économie de la santé dans le cadre de ce travail.

À la suite de cela sera abordée la question de savoir quels sont les possibles défis prévisibles à prendre en compte pour le secteur suisse de la santé. Ces résultats seront mis à profit pour analyser les recommandations révisées de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé, adoptées lors de l'assemblée plénière du 25 mai 2018. Il s'avère à ce propos que ces recommandations révisées tiennent notamment (trop) peu compte des aspects de la demi-vie toujours plus courte des connaissances médicales, de la numérisation et de la flexibilité de plus en plus requise qui y est liée. Une approche statique, un manque d'accords intercantonaux dans un environnement hospitalier de plus en plus intercantonal et des distorsions de concurrence sont d'autres points pour lesquels un potentiel d'amélioration a été identifié.

En partant de cette évaluation, ont été formulées pour les futurs processus de gestion des listes hospitalières et planifications hospitalières des recommandations qui s'alignent plus fortement sur l'idée originelle de la LAMal et se basent sur les principes suivants:

- qualité des soins axée sur les patients
- caractère économique
- flexibilité
- neutralité concurrentielle
- soins hospitaliers innovants

Le présent document doit ainsi, en se basant sur les conditions-cadres légales aujourd'hui en vigueur, apporter une contribution pour fournir des pistes de réflexion davantage axées sur la concurrence pour les futurs processus de planification hospitalière et de gestion des listes hospitalières.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
EXECUTIVE SUMMARY	2
1. Mandat et problématique	4
2. Méthodologie et manière de procéder	4
3. Situation juridique actuelle	5
4. Expériences acquises avec les planifications et les listes hospitalières antérieures	11
5. Possible défis pour la santé publique suisse	16
5.1. Défi du vieillissement	16
5.2. Défi de l'évolution médicale	17
5.3. Défi des horizons de planification flexibles	17
5.4. Défi des distorsions des incitations (financières)	17
5.5. Défi des nouveaux moyens d'information et de communication	18
5.6. Conclusion provisoire	19
6. Les recommandations actuelles de la CDS	21
7. Recommandations pour les futures planifications et listes hospitalières	27

1. Mandat et problématique

Au cours des dernières semaines, de nombreux cantons ont engagé un nouveau processus de gestion des planifications hospitalières et des listes hospitalières ou sont sur le point de le faire. Ces dernières années, les questions suivantes ont fait l'objet de maintes discussions dans le cadre des débats autour des décisions concernant les listes hospitalières:

- Que signifie la pertinence des soins?
- Quelles sont les dimensions à prendre en compte à ce sujet?
- Quelles différences par rapport au statu quo en résultent?
- Quelles recommandations en découlent pour les processus de gestion des planifications et des listes hospitalières?

Ces questions doivent être abordées dans le cadre d'une analyse succincte.

2. Méthodologie et manière de procéder

Pour essayer de répondre à ces questions, sont présentés dans une première étape la situation juridique actuelle, une sélection d'expériences acquises avec les travaux de gestion des planifications et des listes hospitalières effectués par le passé, et les possibles défis prévisibles dans le domaine de la santé publique en Suisse. Il s'agira en dernier lieu d'évaluer si, et auquel cas comment, les remaniements visés des planifications et des listes hospitalières cantonales doivent être organisés dans une perspective d'avenir conforme à la LAMal, en tenant compte des défis et de l'opportunité (ou non) des approches suivies jusqu'à présent.

Dans une deuxième étape, les recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour la planification hospitalière doivent être examinées à la lumière des observations faites jusqu'à présent.

À partir de ces étapes de l'analyse, seront formulés dans une autre partie quelques principes permettant de tenir compte des observations faites jusqu'à présent et des besoins d'action qui y ont été constatés. L'objectif de ces explications ne doit pas être de fournir des recettes toutes prêtes, mais des points de repère dont les cantons responsables de la planification hospitalière et des listes hospitalières pourront s'inspirer pour la concrétisation de leurs planifications hospitalières et de leurs listes hospitalières respectives.

3. Situation juridique actuelle

En vertu de l'art. 39, al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. (Art. 49, al.1 de la LAMal)

Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe. (Art. 49, al. 2 de la LAMal)

Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus sont utilisés des Diagnosis Related Groups (DRG) [ou forfaits par cas], dérivant des DRG allemands (dits SwissDRG).

On distingue entre hôpitaux admis pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) par inscription sur la liste hospitalière et ceux admis par contrat. Si un canton inscrit un hôpital sur la liste hospitalière, les pouvoirs publics doivent cofinancer les prestations dans le cadre du mandat de prestations qui a été confié. L'assureur maladie est dans ce cas dans l'obligation de contracter et doit payer sa part. Les hôpitaux qui, avec l'éventail de leurs prestations, ne sont pas placés sur la liste hospitalière ou ne le sont que de façon incomplète, ont la possibilité de conclure des contrats avec certains assureurs dans le cadre de l'AOS. Dans ce cas, l'assureur paye le prix convenu, les pouvoirs publics n'apportent aucune contribution. En vertu de l'art. 49a, al. 4 de la LAMal, les assureurs peuvent alors prendre en charge au titre de l'AOS une part de la rémunération qui ne peut pas être plus élevée que la part cantonale applicable pour les habitants du canton concerné soignés dans un hôpital répertorié. La part qui incombe aux cantons dans les hôpitaux répertoriés doit donc, dans le cas des hôpitaux non répertoriés, être prise en charge par les assurés ou par une assurance complémentaire.

La part cantonale pour les hôpitaux répertoriés correspond à 55% au minimum du forfait. Les amortissements des investissements sont compris dans cette part.

Les prestations d'intérêt général (notamment la recherche et la formation universitaire ainsi que le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale) doivent être financées par les pouvoirs publics ou d'autres tiers, mais pas par l'assurance-maladie.

Dans son art. 58a, l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), adoptée en octobre 2008 par le Conseil fédéral, pose le principe que la planification en vue de couvrir les besoins en soins garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance, ainsi que le traitement dans un établissement médico-social. Les cantons doivent vérifier périodiquement leur planification.

L'art. 58b stipule que les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons (al. 1). Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée (al. 2). Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e de la LAMal afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2 (al. 3).

Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte, conformément à l'art. 58b, al. 4 de l'OAMal, le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations, l'accès des patients au traitement dans un délai utile, la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations selon l'art. 58e de l'OAMal. Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire et, dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

Conformément à l'art. 58c de l'OAMal, la planification est faite de la manière suivante: pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations, pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités, pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2 de la LAMal, les cantons doivent notamment exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés et coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, lettre e de la LAMal, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3 de l'OAMal (art. 58 e, al. 1 de l'OAMal). Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations (al. 2).

Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la LAMal. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence (art. 58e, al. 3 de l'OAMal)

La conséquence de la législation entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 (et appliquée au 1^{er} janvier 2012 avec le financement des hôpitaux) est que les cantons ne doivent plus seulement verser, comme auparavant, des contributions pour les traitements dans les

institutions publiques et subventionnées par les pouvoirs publics, mais aussi dans les institutions privées lorsque celles-ci sont inscrites sur la liste hospitalière. De plus, les cantons ne doivent pas seulement verser, sur la base des prestations de l'assurance de base, la contribution de base correspondante pour les personnes disposant exclusivement de l'assurance de base, mais aussi pour celles qui ont souscrit une assurance complémentaire. Cela s'applique également aux hôpitaux privés figurant sur la liste hospitalière, et indépendamment du fait qu'ils soient à but lucratif ou non. Pour les prestations fournies dans des institutions figurant sur la liste hospitalière et ayant pour cela un mandat de prestations, le canton est donc en général tenu de contribuer (et non uniquement pour les institutions publiques et subventionnées par les pouvoirs publics comme auparavant).

Cela est en particulier important dans les cantons où le canton est lui-même propriétaire d'hôpitaux. Dans ces cas, il est en effet dans des conflits de rôle, car il n'est pas seulement le planificateur hospitalier, celui qui établit la liste hospitalière et l'autorité (intermédiaire) tarifaire, mais il a aussi intérêt, en tant que propriétaire, à ce que ses propres hôpitaux prospèrent.

Par ailleurs, le fait que le Parlement fédéral souhaitait passer d'un remboursement des coûts à un système de tarification est déterminant pour la compréhension du nouveau projet de loi. Le Conseil fédéral a notamment décrit la philosophie de la nouvelle législation comme suit:¹

«Le présent projet est centré sur le domaine tarifaire, l'accent étant mis sur l'idée de concurrence. Cette idée ressort des normes introduites par l'art. 46, al. 3, LAMal, qui visent à empêcher tout comportement des fournisseurs de prestations interdit par le droit des cartels. Un renforcement de cette idée de concurrence est donc l'un des objectifs visés par ce projet. Le principe de la tarification forfaitaire doit certes être maintenu, mais il s'agit de financer des prestations et non plus de couvrir des coûts. L'effet visé par le financement lié aux prestations est un abandon du système de subventionnement des établissements habituellement en vigueur jusqu'ici. Il s'agit en outre d'inscrire explicitement dans la loi la participation financière des cantons.»

«Afin de corriger l'incitation actuelle (qui n'a aucun effet de maîtrise des coûts) due au financement des établissements, il y a lieu, d'un point de vue économique, d'introduire plus largement le système du financement des prestations. Ce type de financement présente l'avantage que les prestations fournies peuvent être tarifées et qu'ainsi l'accent est mis sur le rapport prix-prestation. Les forfaits liés aux prestations sont le «prix» auquel l'assureur rémunère la fourniture de la prestation.»

«Une fois le passage au financement lié aux prestations effectué, on ne pourra plus faire référence aux coûts imputables. L'élément déterminant sera la rémunération de la prestation correspondante.»

Du point de vue de l'économie de la santé, le passage à l'orientation «prix» entraînera quelques changements fondamentaux, car des prix peuvent se situer au-dessus ou au-dessous des coûts effectifs ou leur correspondre exactement. Il incombe donc à chaque hôpital d'évaluer le risque économique pour savoir s'il s'en sort ou non avec le prix. Les excédents peuvent être utilisés pour créer des réserves, pour distribuer des bénéfices ou d'une autre manière. En cas de pertes, l'hôpital doit réfléchir à la question de continuer à proposer ces prestations et, si oui, à la façon de les rendre plus efficaces et plus efficaces. Les optimisations des processus deviennent donc un thème à prendre en considération. Ce sont justement ces deux incitations qui devraient être définies par la nouvelle législation fédérale.

Du point de vue de l'économie de la santé, il convient de plus d'attirer l'attention sur le fait que le législateur n'a pas, à juste titre, introduit le principe tarifaire dans le vide, mais en se basant plutôt sur une structure tarifaire homogène au niveau national conformément à l'art. 49, al. 1 de la LAMal. Cela devrait créer davantage de transparence et, par voie de

¹ Message du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, Feuille fédérale, pp. 5207 – 5250, première citation: p. 5225, deuxième citation: p. 5234, troisième citation: p. 5235.

conséquence, permettre une comparaison prix-prestations. Dans un tel cas, on pourrait également ajouter ce que Steinmeyer-Bauer, entre autres, a également formulé ainsi:² «Pour créer des incitations à agir de façon économique, les instruments de l'économie de marché ont fait leurs preuves. Quand, par «économique», on entend seulement «bon marché» et que l'on tente, par des interventions décisives dans telle ou telle partie du processus de traitement, de rendre plus efficace la fourniture de prestations de certains services sans prêter attention aux répercussions sur l'ensemble du processus et donc à la qualité, cela devient toujours problématique. Qui confond la concurrence avec l'unique pression des coûts n'a pas compris les principes du marché. Personne s'y connaissant un peu en calcul des coûts des processus n'embauchera le plus possible de médecins inexpérimentés parce que les conventions tarifaires font que pour eux les coûts salariaux sont à un niveau plutôt bas. Seul un mélange fonctionnel, composé de collaborateurs expérimentés, hautement qualifiés, et de jeunes médecins inexpérimentés garantit que la fourniture des prestations peut être durablement assurée. Un médecin assistant «bon marché» inexpérimenté à l'accueil d'un hôpital peut causer un plus gros préjudice en raison d'un diagnostic erroné ou inutile, prolongeant la durée de séjour du patient, que ce coûteraient en salaire deux médecins spécialistes expérimentés travaillant dans le même domaine. Qualité et économie ne sont absolument pas en conflit d'objectifs.»

Ces dernières années, différents cantons ont par ailleurs commencé à privilégier fortement les prestations ambulatoires par rapport aux prestations stationnaires dans le cadre de projets dits «L'ambulatoire avant le stationnaire». Pour différentes prestations, les cantons concernés vont ce faisant au-delà des exigences formulées par la Confédération. Dans quelle mesure l'attitude des cantons concernés est juridiquement légitime fait actuellement l'objet d'une procédure dans le canton d'Argovie.

Pour les hôpitaux, cette situation n'est pas uniquement particulièrement préoccupante dans ces cantons, mais elle l'est notamment dans ceux-ci, car ils doivent, en général, juger eux-mêmes si un traitement ambulatoire est ou non acceptable du point de vue médical. En la matière, il faut aussi, en particulier, tenir compte d'éventuels effets secondaires négatifs des DRG, qui souvent ne deviennent pas (mieux) visibles dans les premières années suivant l'introduction des DRG, mais seulement plus tard, dans le cadre de conséquences à long terme. Cela inclut notamment:³

- Réduction excessive de la durée du séjour
 - Transfert rapide, sans coordination, mais trop précoce dans des cliniques de réadaptation et augmentation des interventions de médecine aiguë sur place
 - Interventions médicales et soins supplémentaires générés dans le domaine ambulatoire par des sorties trop précoces pour le bon déroulement du processus de guérison
- Externalisation des prestations en amont et en aval du domaine
 - Transfert non coordonné et techniquement non sécurisé au domaine ambulatoire de parties de traitements stationnaires nécessaires
 - Allongement de la durée du traitement pré- et post-stationnaire
- Sélection des risques
 - Admission ciblée de patients présentant moins de difficultés

² Steinmeyer-Bauer Klaus, Qualität und Ökonomie: Es gibt keinen Zielkonflikt (*Qualité et économie: il n'y a pas de conflit d'objectifs*), dans: Deutsches Ärzteblatt, numéro 41, 9 octobre 2009, p. 1995.

³ Indra Peter, Die Einführung der Swiss-DRGs in Schweizer Spitälern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen, Master Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des interuniversitären Nachdiplomstudiums Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich, Zürich, Juli 2004, (*L'introduction des Swiss DRG dans les hôpitaux suisses et leurs conséquences sur la santé publique en Suisse, thèse de master pour l'obtention du Master of Public Health dans le cadre des études post-diplôme interuniversitaires en Public Health des universités de Bâle, Berne et Zurich, Zurich, juillet 2004*), p. 73 et suivantes.

- Refus et report de traitement pour des raisons économiques (p. ex. en cas d'épuisement du budget ou en raison d'un risque de coûts imprévisible)
- Refus d'admission ou expulsion de patients relevant des urgences
- Transfert des patients «coûteux» dans d'autres hôpitaux
- Renforcement des mesures de sensibilisation de l'opinion publique pour la fidélisation des patients dans les domaines de prestations rentables
- Dispersion des cas
 - Découpage des séjours stationnaires en plusieurs séjours plus courts
 - Effet tourniquet: sortie rapide ou réadmission et ré-hospitalisation de patients dans le but de fractionner le traitement en différents épisodes et d'avoir au total une rémunération plus élevée
- Réduction des prestations médicales
 - Recours à des techniques médicales sous-optimales pour obtenir des excédents ou éviter les couvertures insuffisantes
 - Refus des prestations nécessaires
- Augmentation du niveau de difficulté d'un traitement
 - Accroissement justifié du case-mix (gravité du cas) par une codification améliorée
 - Accroissement «artificiel» du case-mix par une augmentation injustifiée de celui-ci au moyen d'une codification volontairement fautive
 - Transfert non nécessaire du point de vue médical dans un service de soins plus intensifs et plus onéreux afin de facturer plus cher
 - Réalisation d'opérations non justifiées du point de vue médical pour obtenir des rémunérations plus importantes ou supplémentaires
- Optimisations dans le système existant
 - Tant qu'il existe des formes de rémunération parallèles: prolongement de la durée des séjours dans le domaine de l'indemnisation par forfaits journaliers afin de combler les capacités de lits vides consécutives au recul de la durée moyenne des séjours dans le domaine des forfaits par cas.
- Orientation des hôpitaux vers des domaines lucratifs (spécialisation)
 - Concentration des activités dans des domaines de prestations lucratifs
 - Réaffectation du personnel en direction des domaines de prestations demandés et rentables

Les hôpitaux qui prennent au sérieux les possibles effets secondaires et veulent les éviter aux patients risquent, en se comportant (trop) prudemment, de devoir accepter des pertes de recettes substantielles en raison de l'opposition des cantons. Si l'hôpital anticipe cette évolution et réduit ses capacités stationnaires, il court, dans le cas négatif, non seulement le risque de porter préjudice, mais aussi d'être exposé aux risques de responsabilité civile, que le canton n'assume pas ou n'assume qu'indirectement en dépit de sa législation renforcée. Cela entraîne à son tour des distorsions de concurrence, car le canton ne les prend en charge que dans les cas où il est propriétaire de l'hôpital concerné, ce qui désavantage les établissements privés.

Il ne faut pas non plus oublier les effets voulus de la réforme du financement des hôpitaux sur les assurances complémentaires. C'est surtout la volonté de ne pas désavantager les patientes et patients ayant souscrit une assurance complémentaire par rapport à ceux qui disposent uniquement d'une assurance de base qui a été le point de départ de cette réforme de la loi. Différentes décisions en rapport avec des hospitalisations extra-cantoniales de patients bénéficiant d'une assurance complémentaire avaient montré que dans l'ancien régime, le canton devait payer la contribution de base correspondante pour les traitements stationnaires de patients bénéficiant d'une assurance complémentaire dans un hôpital public ou recevant des subventions publiques, mais pas dans les hôpitaux privés. Cette inégalité de traitement doit, entre autres, être supprimée grâce au fait que qu'il ne devrait plus y avoir de différence entre hôpitaux publics, hôpitaux recevant des subventions publiques et hôpitaux privés, mais uniquement, à l'avenir, entre hôpitaux répertoriés sur la liste et hôpitaux conventionnés. Cette nouvelle distinction devrait se faire en connaissance de cause,

indépendamment de la forme juridique, les hôpitaux pouvant prendre, dans certains domaines partiels, le caractère d'hôpitaux répertoriés et, dans d'autres celui d'hôpitaux conventionnés en fonction des mandats de prestations.

Par conséquent, le concept de valeur ajoutée (added value) de l'assurance complémentaire par rapport à l'assurance de base devrait aussi servir de base à la distinction entre les prestations relevant de l'assurance de base et celles qui relèvent de l'assurance complémentaire. Cette conclusion a aussi résulté du passage envisagé à l'orientation sur les prix dans l'assurance de base, car avec le prix, les coûts engagés doivent être intégralement remboursés dans l'assurance de base. Si les coûts se situent au-dessus du prix, l'hôpital concerné doit se sentir incité à améliorer ses coûts. Cette disposition devrait de plus éviter que les patients bénéficiant d'une assurance complémentaire cofinancent d'abord, par leurs primes, une couverture insuffisante des coûts par le service général et doivent donc payer trois fois pour une même prestation (pour la prestation de leur propre assurance de base, pour la couverture insuffisante des coûts de l'hôpital dans le service général et pour d'autres patients assurés de base) avant même qu'un franc de la prime de l'assurance complémentaire soit disponible pour une valeur ajoutée. L'idée était donc de soulager l'assurance complémentaire et de créer une plus grande marge de manœuvre. Il convient de prêter une attention particulière à ce principe dans un système où des assurances complémentaires (donc de nature complémentaire et non substitutive) sont proposées en complément de l'assurance de base.

4. Expériences acquises avec les planifications et les listes hospitalières antérieures

Dans le cadre du premier processus de grande envergure de gestion des planifications et des listes hospitalières suivant l'introduction du nouveau financement des hôpitaux axé sur les prestations décrit ci-dessus, quelques expériences ont pu être acquises. Celles-ci doivent être mises à profit pour actualiser les processus de gestion des planifications et des listes hospitalières et les améliorer là où cela est possible et nécessaire.

Compte tenu du peu de données disponibles à l'époque, de nombreux cantons ont sans doute, dans une phase initiale, été obligés de réclamer relativement beaucoup de données sur les coûts pour la vérification du caractère économique. Cette manière de procéder a été motivée par le fait que la plupart des cantons souhaitaient avoir modifié leurs planifications hospitalières et leurs listes hospitalières dès avant l'entrée en vigueur des nouvelles règles de financement en 2012, car ils redoutaient la charge supplémentaire induite par le nouveau financement des hôpitaux. Mais la véritable intention du législateur fédéral devrait surtout avoir prévu que les cantons auraient eu le temps d'adapter leurs planifications hospitalières et hospitalières avant 2015, ne serait-ce qu'en raison du manque de données. De la sorte, il aurait d'abord été possible d'analyser comment évoluait le nouveau financement des hôpitaux et de s'appuyer sur cette analyse pour vérifier la qualité et le caractère économique des différents hôpitaux.

Compte tenu de l'application anticipée de la planification hospitalière et des listes hospitalières cantonales, sans doute essentiellement motivée par des considérations de politique financière, mais qui n'était pas interdite par la loi, des motifs relevant de l'économie de la santé ont permis de demander que la vérification de la qualité et du caractère économique se fasse obligatoirement à l'aide des nouvelles données disponibles, plus proches de l'esprit de la révision de la LAMal.

L'OAMal prévoit qu'en somatique aigüe la planification soit obligatoirement axée sur les prestations. En réalité, la plupart des cantons suivent cependant toujours une approche axée sur les capacités, qui ne tient certes plus compte des lits, mais d'autres facteurs axés sur les intrants, parmi lesquels, par exemple, les nombres minimaux de cas par opérateur, les directives locales pour la fourniture des prestations ou les pourcentages minimaux de patients stationnaires disposant exclusivement de l'assurance de base. Une orientation sur les prestations devrait cependant s'inspirer des critères qualité du résultat / outcome et prix, importants pour les patients et les assurés, et pas seulement des critères relatifs aux structures et aux processus, comme par exemple l'adhésion à «l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques» (ANQ) et la participation aux mesures de l'ANQ. Une amélioration n'est cependant pas en vue, même dans le cadre des nouveaux travaux de planification hospitalière, car dans le domaine des soins spécialisés le conseil d'État du canton d'Argovie prévoit par exemple, dans son arrêté n° 2019-000931 du 14 août 2019 sur les listes hospitalières 2020 pour les domaines somatique aigüe et psychiatrie, que pour des raisons de concentration de l'offre, les groupes de prestations doivent être concentrés chez un prestataire par commune pouvant faire état dès maintenant d'un grand nombre de cas stationnaires correspondants.⁴ Cette planification assimilable à du micro-management ne contrevient pas seulement à l'orientation vers la concurrence voulue par la révision de la LAMal, mais aussi à la philosophie du libre choix de l'hôpital. En effet, la concurrence nécessite, par définition, un certain volume de capacités excédentaires, la possibilité de choix ne pouvant pas être garantie dans le cas contraire.

⁴ Arrêté n° 2019-000931 du conseil d'État du canton d'Argovie en date du 14 août 2019 «Listes hospitalières 2020 du canton d'Argovie en somatique aiguës et psychiatrie; mandats de prestations; obligations, conditions et exigences par groupe de prestations; détermination; entrée en vigueur; publication; mandat au département de la santé et des affaires sociales, Aarau, envoi: 24 août 2019, p. 25.

Une telle limitation ignore aussi que les besoins peuvent évoluer pendant la durée de validité de la liste hospitalière, car ces besoins dépendent justement d'un grand nombre de facteurs qui ne peuvent pas tous être planifiés, parce qu'ils ne sont souvent pas non plus prévisibles. En médecine, cela est quasiment dans la nature des choses, car la demi-vie des connaissances médicales devrait, en général, être plus courte que la durée de validité d'une liste hospitalière. S'ajoute à la réglementation sur la concentration des offres du canton d'Argovie que la justification suggère que le mandat de prestations aurait été confié si l'hôpital concerné n'avait pas été installé dans la même commune que l'hôpital ayant le plus grand volume de patients. Donc, si cet hôpital déménageait dans une commune voisine n'offrant pas les prestations correspondantes dans un autre hôpital, le mandat de prestations aurait été confié. Une telle façon de procéder ignore également la mobilité (accrue) de la population et témoigne d'un point de vue extrêmement orienté vers les intrants et non vers les prestations, comme cela est exigé par l'OAMal.

Du point de vue des hôpitaux, la question de savoir quelles sont les données à fournir pour la vérification du caractère économique est d'ailleurs d'une particulière importance. Dans une concurrence tarifaire, les données relatives aux coûts sont en effet des secrets d'entreprise. Du point de vue de l'économie de la santé, pour le critère caractère économique, les planifications et listes hospitalières ne devraient donc plus s'appuyer sur les données relatives aux coûts, mais passer au principe du juste prix. Ainsi, il appartiendrait par exemple aux hôpitaux de déterminer si, compte tenu de leurs capacités, ils veulent suivre une stratégie de coûts marginaux ou une autre stratégie tarifaire. À vrai dire, le seul aspect déterminant est que les hôpitaux concernés puissent documenter leur capacité de fournir, pendant la durée du contrat et dans le respect du mandat de prestations, les prestations correspondantes conformément aux prescriptions légales de qualité et de caractère économique.

Les dispositions correspondantes de la législation fédérale exigent une procédure transparente dans le domaine de l'élaboration des listes hospitalières. Contrairement à ce qui a été voté par le gouvernement dans le canton de Zurich et par le Parlement, contrairement à la volonté de la directrice de la santé de l'époque, dans le canton d'Argovie, aucune procédure de candidature dans laquelle il existait pour tous les hôpitaux la possibilité de postuler dans tous les domaines de prestations pourvu qu'ils répondent aux exigences ouvertement affichées correspondantes n'a été proposée dans différents cantons. De même, les critères selon lesquels la procédure doit se dérouler n'étaient souvent pas visibles. Cela nourrit la suspicion qu'aucune procédure de candidature transparente n'a été prévue pour la vérification de la qualité et du caractère économique. De la sorte, la porte est malheureusement aussi, en principe, grande ouverte à l'arbitraire.

Ces dernières années, le Tribunal administratif fédéral a concrétisé sa jurisprudence sur l'obligation d'accueillir une proportion minimale de patients assurés de base. Selon l'avis du Tribunal administratif fédéral, un canton doit s'assurer, conformément à l'art. 41, al. 3 de la LAMal, «que même les cas moins rentables – comme les patients ayant exclusivement l'assurance de base – sont accueillis par les hôpitaux. Si une proportion minimale d'assurés possédant uniquement l'AOS est fixée, cela correspond, en principe, à une concrétisation de l'art. 41a de la LAMal conforme au droit fédéral. La proportion maximale de bénéficiaires d'une assurance complémentaire (ou de personnes payant elles-mêmes les soins) est une conséquence (mathématique) inévitable de la proportion minimale des personnes qui ont uniquement l'AOS, mais cela ne signifie pas que le canton procède à une planification (non autorisée) pour le secteur des personnes ayant une assurance complémentaire et gère les prestations couvertes par l'assurance complémentaire.»⁵ À ce propos, on remarquera que même le Tribunal administratif fédéral n'établit aucune séparation claire entre les patients ayant exclusivement l'assurance de base et ceux ayant une assurance complémentaire. Les considérations sur la notion de «personnes ayant une assurance complémentaire» se

⁵ TAF C-4231/2017, arrêt du 16 juillet 2019, 4.4.6.

réfèrent en général uniquement aux personnes ayant une assurance complémentaire avec la couverture «semi-privée» ou «privée». D'autres assurances complémentaires comme, par exemple, «Division commune Suisse entière» ou «Assurance complémentaire ambulatoire», qui peuvent aussi prévoir une nuitée après une intervention ambulatoire à l'hôpital, ne sont pas mentionnées dans les explications.

Le Tribunal administratif fédéral, à défaut de dispositions du droit fédéral, accorde une large marge d'appréciation. Il n'exige pas non plus une base cantonale légale spéciale pour la formulation d'une proportion minimale de patients disposant uniquement de l'assurance de base. Une telle exigence peut se baser sur l'art. 41a de la LAMal. «Il est cependant essentiel que soient connues les directives concernant une proportion minimale – comme les autres exigences (spécifiques aux groupes de prestations et autres) – s'appliquent de manière générale à tous les hôpitaux répertoriés sur la liste et à ceux qui postulent pour une place sur la liste»⁶. Par ailleurs, de telles obligations doivent respecter des règles claires pour ne pas risquer d'être considérées comme contraires au droit fédéral, comme dans le cas à juger du canton de St-Gall. D'une part, «seules les prestations fournies sur la base du mandat de prestations cantonal doivent être prises en compte pour l'examen de l'obligation d'admission»⁷. Car «pour la recourante en tant que destinataire, ce qu'elle doit faire pour ne pas perdre le mandat de prestations doit être clair. Elle ne doit donc pas seulement connaître la proportion minimale exigée (valeur seuil cantonale); elle doit également savoir comment son respect est vérifié.»⁸ La déduction de la proportion minimale de patients ayant uniquement l'AOS doit être présentée de façon compréhensible⁹.

Les cantons ont également revendiqué à maintes reprises de participer aux négociations entre les caisses d'assurance-maladie et les hôpitaux. Cette demande oublie que les cantons ne sont clairement pas des partenaires tarifaires dans le domaine stationnaire. Cela ressort par exemple de l'art. 49, al. 2 de la LAMal. À cela s'ajoute qu'une telle participation pourrait faire encore augmenter le nombre de conflits de rôles cantonaux. Lors des négociations entre les caisses d'assurance-maladie et les hôpitaux privés, de nombreux cantons siègeraient aussi en tant que propriétaires d'hôpitaux publics, c'est-à-dire de concurrents. Par ailleurs, le canton, en tant qu'organe de fixation des tarifs en cas d'échec éventuel des négociations, et en tant qu'autorité approuvant les tarifs en cas de solution à l'amiable, aurait à juger et à approuver des négociations auxquelles il aurait lui-même participé.

Les idées des cantons sièges d'hôpitaux répertoriés, qui prévoient d'imposer des quantités maximales ou des budgets globaux aux hôpitaux intracantonaux (publics et privés) – contrairement aux hôpitaux extracantonaux – pour le traitement des patients intracantonaux sont aussi à considérer comme peu judicieuses. En effet, de la sorte, les hôpitaux situés dans le canton siège d'hôpitaux répertoriés seraient désavantagés pour le traitement de leurs propres patients par rapport aux hôpitaux extracantonaux qui ont été inscrits sur la liste hospitalière par leurs cantons sièges d'hôpitaux. Car dans ce cas le canton correspondant doit payer un maximum, pour chaque patient, dans les mêmes proportions que pour les hôpitaux figurant sur la liste de son propre canton, parce qu'avec la révision de la LAMal, le libre choix de l'hôpital a été ancré dans la loi. Mais l'idée de limiter les dépenses cantonales via des budgets globaux ou des directives pour les quantités maximales est aussi inopérante. Conformément aux prescriptions du droit fédéral, le canton est tenu de payer des dépenses extracantonales. Avec des consignes (trop) rigides sur les quantités ou les budgets globaux, les recettes fiscales pourraient profiter davantage à d'autres cantons. Les hôpitaux concernés pourraient aussi courir en plus le risque de voir les caisses d'assurance-maladie limiter de plus leurs paiements en raison du budget global cantonal, car

⁶ TAF C-4231/2017, jugement du 16 juillet 2019, 5.1.

⁷ TAF C-4231/2017, jugement du 16 juillet 2019, 5.3.2.

⁸ TAF C-4231/2017, jugement du 16 juillet 2019, 5.3.4.

⁹ TAF C-4231/2017, jugement du 16 juillet 2019, 5.4.4.

la prescription légale fédérale de prise en charge des prix à hauteur de 55% minimum par le canton conformément à la LAMal, doit rester respectée.

La LAMal ne contient aucune définition exhaustive des prestations d'intérêt général visées à l'art. 49, al. 3 de la LAMal. Celles-ci ont conduit à des sommes annuelles de centaines de millions que les cantons ont essentiellement versées à leurs propres hôpitaux. L'attribution des sommes est souvent opaque et se fait de gré à gré¹⁰. Dans leurs unités finales d'imputation, les hôpitaux devraient cependant, conformément à l'art. 2, al. 1, lettre g de l'OCP justifier de manière transparente les coûts des prestations d'intérêt général¹¹. La concrétisation des prestations d'intérêt général a essentiellement été faite par le biais de la jurisprudence, mais reste que les cantons ont toute liberté pour interpréter cette notion à l'intérieur de la jurisprudence. Les obligations d'admission ne font pas partie des prestations d'intérêt général, car le Parlement les a supprimées lors des consultations. Les traitements stationnaires prodigués en cas d'urgence font partie des prestations obligatoires couvertes par l'AOS et doivent donc être indemnisés par des forfaits axés sur les prestations conformément à l'art. 49, al. 1 de la LAMal¹².

Du point de vue de l'économie de la santé, le principe de la neutralité concurrentielle est capital pour l'octroi de prestations d'intérêt général et d'autres éventuelles prestations publiques supplémentaires. Du point de vue juridique, le principe de la liberté économique exige également que les concurrents soient traités de manière égale.¹³ Dans le secteur de la santé publique, ce principe est d'une importance particulière notamment au niveau cantonal, car les cantons jouent en général des rôles multiples. Ils ne sont pas seulement des régulateurs (planificateurs hospitaliers, créateurs des listes hospitalières, autorité tarifaire), mais aussi propriétaires d'un ou plusieurs hôpitaux qui sont généralement en concurrence avec d'autres hôpitaux de droit public et privés. D'après Rüttsche, les aides financières des cantons qui sortent du cadre des indemnités prévues par la LAMal présentent uniquement un intérêt public suffisant en termes de soins si et dans la mesure où elles sont nécessaires pour garantir des soins hospitaliers adaptés aux besoins: «Cela signifie que de telles aides financières doivent uniquement être accordées aux hôpitaux répertoriés qui seront probablement aussi, à l'avenir, en mesure de satisfaire les critères de planification hospitalière conformes au droit de l'assurance-maladie et donc de rester sur la liste hospitalière du canton («Aptitude à figurer sur la liste» de l'hôpital subventionné).»¹⁴ Du point de vue de l'économie de la santé, le défi consiste, d'une part – comme il faudra encore le montrer – à trouver une concurrence pour les bons paramètres et, d'autre part, à tenir compte de l'évolution du concept d'hôpital («hôpitaux fluides») de manière appropriée.

La neutralité concurrentielle exige que les critères de traitement pour l'admission sur les listes hospitalières soient transparents et appliqués selon les mêmes principes à l'ensemble des prestataires, l'OAMal mentionnant notamment les critères de qualité et de caractère économique. On remarquera qu'en la matière, les cantons ne se laissent guère, voire pas du tout, guider par les résultats / les outcomes essentiels pour le traitement des patients, mais tendent souvent à fixer des obligations axées sur les structures et les processus.

Le principe selon lequel les anciens et les nouveaux fournisseurs n'ont en général pendant la durée de validité des listes hospitalières guère, voire pas du tout, de perspectives d'être admis sur la liste hospitalière, même avec des modèles de soins innovants améliorant le traitement des patients, va aussi à l'encontre de la neutralité concurrentielle. De telles

¹⁰ Motion de la conseillère nationale Verena Herzog du 30 septembre 2016, Transparence dans le financement des hôpitaux. Obligation d'appel d'offres pour les prestations d'intérêt général.

¹¹ Rüttsche Bernhard, Principes et prescriptions du droit fédéral pour le financement des groupements d'hôpitaux par le canton, expertise juridique à l'attention de la chancellerie d'État du canton de St-Gall du 10 mai 2019, p. 8.

¹² Rüttsche Bernhard, *ibidem*, p. 12f.

¹³ Rüttsche Bernhard, *ibidem*, p. 28.

¹⁴ Rüttsche Bernhard, a.a.O., S. 35.

pratiques équivalent à une véritable barrière empêchant l'accès au marché, ce qui peut produire des effets freinant les innovations. De même, cela complique de nouveaux modèles plus efficaces en termes de coûts.

À la différence du secteur stationnaire, les soins de santé ambulatoires – même lorsqu'ils sont couverts par l'AOS conformément au droit des assurances – ne sont, en principe, pas une mission de service public. Le canton n'est donc pas tenu de garantir les soins ambulatoires par des mandats de prestations. Cependant, les cantons influencent la structure des offres ambulatoires au moins de façon indirecte avec leurs planifications et leurs listes hospitalières en prenant, par exemple, des dispositions concernant les prestations qui, abstraction faite de cas exceptionnels justifiés par des raisons médicales, doivent être réalisés en ambulatoire et non en milieu stationnaire. Une telle obligation peut également avoir des conséquences sur les structures hospitalières ambulatoires. Ici, il ne s'agit pas de tenir seulement compte du fait, en général prévu par les cantons, que moins de patients doivent être suivis en milieu stationnaire. Du point de vue de la sécurité des traitements, se pose aussi la question de savoir, si apparaissent des cas de sous-dimensionnement des services de soins et, par voie de conséquence, des temps d'attente inadmissibles, quand les traitements correspondants devraient être faits en ambulatoire, alors que des structures incitatives adéquates ne peuvent pas motiver les fournisseurs libéraux non assujettis à l'obligation d'offre pour faire une offre adaptée aux besoins.

5. Possibles défis prévisibles pour la santé publique suisse

Quand des choix stratégiques fondamentaux doivent être faits dans un paysage hospitalier cantonal, cela ne peut pas être fait ex nihilo. Du point de vue de l'économie de la santé, il importe surtout de garantir dans toute la mesure du possible que les choix correspondants soient tournés vers l'avenir, c'est-à-dire qu'ils puissent apporter une contribution à un positionnement des hôpitaux répondant aux besoins dans le cadre des défis qui s'annoncent. C'est la raison pour laquelle il convient de présenter dans les lignes qui suivent, quelques défis majeurs qui vont se présenter au cours des années et des décennies à venir. Ces explications n'ont pas la prétention d'être complètes, mais doivent cependant aborder quelques aspects importants.

5.1. Défi du vieillissement

Un des principaux problèmes de la politique de santé et de sa planification est le recensement des besoins, car les fournisseurs de biens de santé peuvent en même temps fortement influencer eux-mêmes sur la demande de leurs prestations. L'offre mise à part, les besoins sont notamment influencés par les changements de la morbidité, de la notion de maladie, des facteurs de risques, du comportement en matière de santé, du niveau de formation, de la structure et de l'évolution de la population ainsi que par les progrès médicaux et techniques et les incitations financières existantes.

S'y ajoute le fait que, dans le cadre des processus de planification hospitalière, on se base en général sur des périodes de temps de 10 ans environ, au cours desquelles l'évolution de la médecine peut difficilement être prévue ou ne peut l'être que de façon approximative. Compte tenu de l'évolution démographique dans les États industriels (en Europe occidentale), il faudrait partir de l'hypothèse que, dans les années à venir, le secteur de la santé fera partie, au moins dans ces pays, des branches économiques qui connaîtront une croissance supérieure à la moyenne en raison des besoins à attendre, car au vu des perspectives d'avenir, un nombre particulièrement important d'entreprises souhaitent pénétrer sur ces marchés. Les résultats de ces investissements et les conséquences sur les besoins de la population en prestations stationnaires et ambulatoires qui en découlent devraient cependant s'accompagner de facteurs d'incertitude supplémentaires.

À l'avenir, il faudra aussi en outre, et notamment dans une société vieillissante, avec la mobilité plus réduite de la population à en attendre, partir de l'hypothèse que le désir, mais aussi le besoin, de soins de base et, dans la mesure du possible de soins spécialisés, proches du lieu de résidence auront plutôt tendance à augmenter encore. Le fait que les gens souhaitent, dans la mesure du possible, mourir chez eux, entourés de leurs proches, ou à proximité semble en particulier relativement bien établi. Pour ces raisons, un concept purement basé sur les coûts par cas, ou orienté sur des paramètres médicaux critiques, peut difficilement atteindre les objectifs voulus dans une mosaïque de cantons comme la Suisse. Le droit à un certain traitement médical, de qualité acceptable, constitue souvent une sorte de «droit de l'homme», un peu comme l'enseignement primaire chez nous ou la mise à disposition d'une infrastructure de transport. Cependant, cela ne signifie pas impérativement que les prestations correspondantes doivent être réalisées en milieu stationnaire. C'est plutôt la nécessité de penser davantage en termes de parcours de soins continu, du numérique au stationnaire en passant par l'ambulatoire, qui en découle (voir également, à ce sujet, les explications figurant ci-dessous).

De plus, la probabilité accrue que les patients soient multimorbides et souffrent donc simultanément de plusieurs maladies (souvent chroniques) et qu'en fonction de l'épisode, un tableau clinique différent puisse prédominer devrait aller de pair avec le processus de

vieillesse démographique. Dans ce contexte, il faut particulièrement tenir compte des interactions entre les différents traitements et surtout entre les différents médicaments.

5.2. Défi de l'évolution médicale

Dans le cadre de l'évolution médicale, il importe de plus en plus de couvrir intégralement l'évolution démographique et les tableaux cliniques et les maladies multiples souvent liées à l'âge qui accompagnent cette évolution. Beaucoup de ces maladies deviennent chroniques car elles vieillissent en même temps que la personne qui prend de l'âge. Les personnes d'un certain âge sont de plus en plus dépendantes d'un réseau proche de leur lieu de résidence, qui soit le plus possible intégré, c'est-à-dire qui coordonne les soins. Compte tenu d'une mobilité en général restreinte, ces soins devraient essentiellement être assurés dans la région.

Dans de telles configurations, il est également important que des seniors vieillissent le plus possible avec leurs principales personnes de référence. Les remplacements inutiles de telles personnes de référence peuvent influencer négativement sur la réussite de la thérapie.

Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que la demi-vie des connaissances médicales s'est considérablement raccourcie au cours des années et des décennies écoulées. Aujourd'hui, on peut partir de l'hypothèse que, aux dires des médecins, la demi-vie des connaissances médicales est de trois ans environ. Dans certains domaines de la médecine, on parie même sur des valeurs significativement plus réduites pour l'avenir¹⁵.

5.3. Défi des horizons de planification flexibles

Compte tenu des planifications hospitalières, qui sont en général faites pour une période de 10 ans, exiger une planification obligatoire sur des périodes plus longues n'a guère de sens. En raison de la demi-vie des connaissances, qui continue à diminuer en raison des progrès de la médecine et de la technique, vouloir effectuer une planification fixe pendant de telles périodes de temps est aussi peu judicieux, voire ne l'est pas du tout. Il en résulte plutôt la nécessité d'admettre que l'on ne peut pas prévoir aujourd'hui comment la médecine va évoluer sur des périodes d'une décennie et comment elle sera alors pratiquée. Cela devrait d'abord être valable pour les autorités de planification cantonales, dont il faudrait surtout attendre, au vu de ce contexte, une plus grande flexibilité au sens de la liberté à accorder aux hôpitaux traitants et autres prestataires.

5.4. Défi des distorsions des incitations (financières)

La Confédération agit comme régulateur dans différents domaines de la santé. Ceux-ci comprennent, d'une part, les réglementations côté assurances (sociales), mais aussi, d'autre part, les incitations financières qui y sont directement ou indirectement liées pour les hôpitaux, le corps médical, d'autres prestataires et la population.

La législation suisse sur les assurances sociales a suivi une évolution historique. Elle repose essentiellement sur le principe de la causalité. La cause motivant la fourniture d'une prestation détermine par exemple en très grande partie le prix de ladite prestation. À l'ère de l'«économisation», c'est toutefois plutôt le principe de finalité qui est demandé, c'est-à-dire

¹⁵ Lors du 30^e forum des caisses d'assurance-maladie, Remo Christen, directeur du service Market Access & Health Care Affairs, Roche Pharma (Suisse) SA, a attiré l'attention sur le fait que les connaissances médicales existantes vont doubler tous les 73 jours d'ici 2020. En 1980, il fallait encore, d'après Christen, sept ans pour le doublement des connaissances, cité d'après: infosantesuisse, n° 2/ 2019, p. 12.

l'objectif ou la prestation pour laquelle un prix doit être payé. Dans cette idée prix-prestations, il n'est pas possible, par exemple, de voir pourquoi le même traitement ou la même intervention à l'hôpital doit avoir un prix différent lorsque c'est un accident et non une maladie qui en est à l'origine.

Cependant, cela ne suffit pas: avec l'évolution démographique à attendre, le nombre de patients âgés multimorbides à traiter devrait augmenter dans des conditions-cadres restant par ailleurs les mêmes. Actuellement, ce ne sont pas seulement de nombreux hôpitaux, mais aussi les systèmes d'assurance sociale helvétiques qui ne seraient pas en mesure de faire face à la complexité croissante des patients multimorbides.

Vient s'ajouter à cela le fait que notre système d'assurance sociale est conçu de façon que l'on puisse établir des distinctions claires entre les coûts liés à l'âge, à la maladie et à la situation sociale et donc toujours faire payer un financeur différent. C'est justement dans le domaine de la gériatrie qu'il n'existe, à la connaissance de l'auteur, aucune délimitation utilisable entre ces trois composants. Cette distinction n'était peut-être pas centrale pour le système dans son ensemble tant que la proportion des personnes concernées par cette situation était relativement faible. Avec l'évolution démographique à attendre dans les prochaines décennies, ce problème devrait cependant devenir de plus en plus préoccupant.

Un des principaux défauts du système réside, par exemple, dans le fait qu'en général, le financeur qui doit prendre en charge, au moins en partie, les frais de guérison (dans de nombreux cas, il s'agit de la caisse d'assurance-maladie) ne voit souvent pas le retour sur investissement dans ce système.

Il existe donc, au moins du point de vue de l'économie de la santé, un soupçon justifié que des prestations supplémentaires soient la conséquence de distorsions financières. En effet, si par exemple des innovations ne peuvent pas être autorisées et/ou prises en charge par l'assurance sociale maladie en temps voulu, des produits moins efficaces ou moins efficaces seront peut-être utilisés, ce qui peut aller de pair avec une augmentation des prestations à fournir. D'autres prestations médicales ont tout simplement pour origine des dispositions législatives, comme par exemple la demande du certificat de travail en cas d'absence du lieu de travail pour cause de maladie afin que l'employeur puisse faire valoir ses droits à l'assurance.

Dans le cadre de l'assurance-maladie, il s'agit de particulièrement tenir compte de la fonction de signal importante que jouent les prix. Si ceux-ci sont trop réduits, un financement insuffisant menace les fournisseurs, ce qui pourrait avoir pour conséquence que les prestations correspondantes ne soient pas proposées ou ne le soient qu'en trop faible volume. Cela peut par exemple être le cas dans le domaine ambulatoire, où, d'une part, une pression accrue s'exerce pour la réalisation de prestations auparavant réalisées en stationnaire en raison des prescriptions du projet «L'ambulatoire avant le stationnaire» et où, d'autre part, les hôpitaux ne sont cependant pas contraints d'assurer une offre de prestations ambulatoire correspondante. Dans un système de prix, il s'agit donc de répondre aussi aux questions des effets d'incitation de certains tarifs lorsque sont débattues celles relatives à l'adéquation des soins aux besoins.

5.5. Nouveaux moyens d'information et de communication

Pour les personnes qui recherchent des informations relatives à la santé, Internet présente de nombreux avantages (informations facilement enregistrables, disponibilité rapide des actualités, possibilité de donner un feedback personnel). Il existe donc la possibilité, pour les utilisateurs d'Internet, de rechercher des informations sur mesure en fonction de leurs

besoins. Ici, une grande importance est cependant accordée au contexte dans lequel sont intégrées les informations correspondantes.¹⁶

Tant les aspects positifs que les aspects négatifs peuvent entraîner un changement des comportements et une demande accrue de prestations de santé. Dans le cas positif, un patient peut éventuellement, grâce à la disponibilité rapide des informations, tomber sur une affection dont il a conscience et qu'il est donc prêt à faire soigner. Des coûts ultérieurs plus élevés peuvent être évités de la sorte. Dans le cas négatif, le fait de suivre les recommandations correspondantes – par exemple parce que les informations ne sont pas de nature sérieuse – peut engendrer des problèmes de santé risquant d'être liés à des besoins accrus de prestations. Dans ce cas, des coûts ultérieurs plus importants sont générés.

Pour en terminer avec la question, il convient d'évoquer entre autres le fait que de nombreuses personnes qui recherchent des informations relatives à la santé sur Internet ne s'intéressent manifestement pas aux sources du site consulté. De nombreux internautes ne semblent pas douter de la crédibilité des informations de santé mises en ligne. Les études sur cette thématique examinent souvent, en premier lieu, la qualité des informations de santé du point de vue médical. Ce type d'assurance qualité ne devrait pas oublier que les utilisateurs «moyens» d'Internet recherchent et évaluent des informations d'une manière différente de celle des spécialistes.¹⁷

Les possibilités des technologies de l'information et de la communication exercent une influence sur les relations médecins-patients sous divers aspects. Les patients «informés» devraient donc souvent être plus exigeants, souhaiter participer activement à leur traitement et exiger davantage de temps, encore plus d'informations et d'implication. En raison du niveau d'information accru des patients, la pression de la formation continue augmente aussi en général chez les personnes exerçant des professions de santé, ce qui leur demande encore plus de travail.¹⁸

La réduction du déséquilibre des informations entre le corps médical et les patients devrait également conduire à un changement de plus grande ampleur dans le domaine de la santé. Non seulement les patients «éclairés» ont des exigences, mais les clients qui s'informent par ailleurs sur les questions de l'offre de prestations et sur les prestataires de santé deviennent plus nombreux.

Pour terminer, avec les moyens d'information et de communication, les choses se passent comme pour l'évolution des connaissances médicales. Il devrait être quasiment impossible de pouvoir planifier de manière fiable les directions dans lesquelles va évoluer la numérisation et ses possibles conséquences sur la médecine et la structure de soins du paysage hospitalier suisse nécessaire pour cela. On devrait uniquement pouvoir partir du fait que la numérisation devrait avoir une influence et constitue peut-être l'un des facteurs déterminants. Mais il n'est pas possible de prédire de manière fiable dans quel sens cette évolution va aller.

¹⁶ Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, *Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien (Santé et nouveaux médias. Aspects de l'interaction avec les technologies de l'information et de la communication)*, éditions Springer, Vienne/ New York, 2009, p. 4 et suivantes.

¹⁷ Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, *ibidem*, p. 8.

¹⁸ Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, *ibidem*, p. 15 et la bibliographie citée dans l'article.

5.6. Conclusion provisoire

La principale conclusion à tirer des réflexions faites jusqu'à présent sur les futurs défis du secteur suisse de la santé est que les travaux de planification pour des horizons de 10 ans devraient être encore plus difficiles que par le passé.

Ces travaux de planification doivent prêter une attention plus importante à ces incertitudes accrues et à la demi-vie plus réduite des connaissances médicales. Une flexibilité et une modularité accrues sont donc demandées dans le cadre du processus de gestion de la planification et des listes hospitalières et pendant la période de planification hospitalière elle-même.

6. Les recommandations actuelles de la CDS

Lors de son assemblée plénière du 25 mai 2018, la CDS a approuvé une version révisée des recommandations adoptées le 14 mai 2009 par son comité en tenant compte de la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement des hôpitaux, présentée ci-dessus, et de la jurisprudence correspondant à la période du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2018. Le texte complet peut être consulté sur www.gdk-cds.ch. Dans les pages qui suivent sont soumises à une analyse critique du point de vue de l'économie de la santé les dispositions qui revêtent une importance particulière par rapport aux défis du secteur de la santé mentionnés ci-dessus.

Il s'agit ici d'examiner les recommandations de la CDS du point de vue des questions suivantes formulées en introduction:

- Que signifie la pertinence des soins?
- Quelles sont les dimensions à prendre en compte à ce sujet?
- Quelles différences par rapport au statu quo en résultent?
- Quelles recommandations en découlent pour les processus de gestion des planifications et des listes hospitalières?

En ce qui concerne la pertinence des soins, on peut faire au moins les remarques critiques suivantes:

- Dès la page 2, l'attention est attirée, dans l'avant-dernier paragraphe, sur le fait qu'il convient certes de prendre en compte les domaines de prise en charge psychiatrie et réadaptation, mais que ce sont majoritairement des problèmes du domaine des maladies somatiques aiguës qui se situent au point de départ de ces recommandations. Ces explications fournissent un premier point de repère pour la vision relativement statique qu'adoptent les recommandations suivantes. La page 4 insiste sur le fait que ce n'est pas l'appellation, mais la fonction au sein de l'hôpital qui détermine si un hôpital existe au sens de ces recommandations. La continuité spatiale dans la prise en charge des patients est essentielle. Ces explications n'ignorent pas seulement que psychiatrie et réadaptation comportent aussi des éléments préventifs et peuvent donc se trouver non pas à la fin, mais au début du processus, mais aussi et surtout qu'à l'ère virtuelle, les prestations de santé ne sont de plus en plus souvent pas réalisées sur le même site et ne le sont plus uniquement sous forme analogique, mais souvent sous forme numérique.
- Dans le cadre de la **recommandation 1** et des commentaires y afférents, la planification hospitalière axée sur les prestations est abordée. Ici, l'horizon pour la planification hospitalière, qui est en général de 10 ans (incluant le recensement des besoins) et la demi-vie des connaissances médicales, comparativement beaucoup plus courte ne sont cependant pas thématiques. En conséquence, les explications sur les actualisations des listes hospitalières dans la lettre b restent également vagues et se concentrent surtout sur le cas souvent irréaliste pour la Suisse d'une couverture médicale insuffisante, mais évitent de thématiquer – sans doute pour protéger les hôpitaux dont les cantons sont propriétaires – une actualisation en cas d'excédent manifeste de couverture – par exemple consécutive aux changements numériques. Que les innovations, qui émanent fréquemment du domaine privé (start-up), puissent être freinées dans leur introduction est révélé par le fait que les mandats de prestations des anciens prestataires ne sont pas remis en question dans le cadre d'une période correspondante.
- De même, est ignoré le fait que les cantons prennent leurs propres initiatives, allant au-delà de celles de la Confédération, pour favoriser les prestations ambulatoires par rapport aux prestations stationnaires. Si l'on parle déjà d'une harmonisation intercantonale, celle-ci devrait impérativement être mise en œuvre dans ce domaine.

Dans ce cas, les cantons devraient aussi impérativement adapter les planifications correspondantes des prestations et des capacités dans le cadre des planifications hospitalières (en particulier aussi pour leurs propres hôpitaux) au même rythme.

- En page 7, le guide renvoie au fait qu'il existe aussi un guide de la CDS pour la détermination des besoins axée sur les prestations et la planification pour le domaine de la psychiatrie, mais non pour celui de la réadaptation. Ainsi est renforcée l'impression produite par la substitution de prestations ambulatoires à des prestations stationnaires que c'est là où existent les plus gros besoins de coordination car les flux de patients extracantonaux sont proportionnellement les plus importants, que l'on en fait le moins, car on ne doit pas mettre ses propres institutions en danger (dans le domaine ambulatoire, car les patientes et patients peuvent se faire traiter sur leur lieu de résidence et de travail ou à proximité de celui-ci; en réadaptation, à cause de définitions et d'interprétations différentes des notions). Ainsi, des mandats de prestations sont attribués pour la réadaptation gériatrique dans certains cantons et pas dans d'autres; et en Suisse romande, certains des mandats de prestations gériatriques pourraient correspondre au caractère des soins aigus et des soins transitoires en Suisse alémanique.
- Dans la **recommandation 2**, la pertinence des soins est définie de façon telle qu'un hôpital à l'intérieur d'un canton ne doit pas être considéré comme déterminant pour la couverture besoins (dans un groupe de prestations) s'il ne fournit pas, dans le groupe de prestations concerné au minimum 5% (et à la fois au moins 10 cas) des traitements stationnaires des patientes et patients domiciliés dans le canton. Cette disposition aussi ignore le fait que les cantons doivent considérer la sécurité des soins comme un tout et que celle-ci ne devrait pas être limitée au domaine stationnaire. Plus grave encore: les hôpitaux qui répondent au souhait des cantons de remplacer intégralement, dans la mesure du possible, des prestations stationnaires par des prestations ambulatoires courent ainsi le risque, à conditions-cadres inchangées par ailleurs, d'être plus vite classés non pertinents pour les soins que leurs concurrents qui procèdent moins rapidement à cette substitution. La pertinence des soins est un concept dynamique qui ne devrait pas seulement inclure les dimensions ambulatoires et stationnaires, mais aussi la dimension numérique. La dynamique est aussi de rigueur, car la demi-vie des connaissances médicales déjà évoquée plus haut est en général significativement plus courte que l'horizon de planification.
- Est loin d'être convaincante la raison pour laquelle un hôpital extracantonal ne doit pas être considéré comme déterminant pour la couverture des besoins (dans un groupe de prestations) s'il ne fournit pas, dans le groupe de prestations concerné et pendant une période fixée par le canton, au minimum 10% (et à la fois au moins 10 cas) des traitements stationnaires des patientes et patients domiciliés dans le canton qui établit la liste hospitalière. Le traitement différent en termes de pourcentage des hôpitaux intracantonaux et extracantonaux constitue une inégalité de traitement des hôpitaux au-delà des limites des cantons. S'ajoute à cela le fait que la réglementation correspondante devrait en principe être remise en question, car dans le cadre d'un litige juridique entre la direction de la santé du canton de Zurich et la clinique d'Aadorf (canton de Thurgovie), le Tribunal administratif fédéral a décidé que le canton de Zurich ne pouvait pas limiter ses paiements à l'hôpital concerné à quatre lits, comme le canton de Thurgovie, siège de la clinique. Avec sa liste hospitalière, le conseil d'État du canton de Zurich avait limité les offres stationnaires comme à Aadorf et misé sur les offres ambulatoires. Cependant, les offres stationnaires avaient entre-temps à nouveau été élargies dans le canton en raison d'une pénurie.¹⁹
- Si un hôpital accueille beaucoup de patients extracantonaux, il peut être pertinent pour les soins, même s'il accueille une proportion inférieure à 5% de patients

¹⁹ Gabrieli Jonas, Der Kanton Zürich muss mehrere Millionen Franken an Aadorfer Privatklinik nachzahlen (*Le canton de Zurich doit verser plusieurs millions de francs à la clinique privée d'Aadorf*, dans: Der Landbote, 17 septembre 2019 (jugement 9C_540/ 2018 du 29 août 2019)

intracantonaux, car la pertinence des soins ne peut pas – comme déjà mentionné – être assimilée à la perspective exclusivement stationnaire ni à la perspective intracantonale. La pertinence des soins devrait être considérée du point de vue des patients. Ainsi, il est par exemple concevable qu'un hôpital situé en zone touristique, spécialisé dans le domaine de l'orthopédie et de la traumatologie, ait à soigner une proportion importante de patients extracantonaux conformément à la LAMal, par exemple en raison de mauvaises conditions météorologiques et/ou de flux importants de touristes. L'objection selon laquelle ces patients devraient souvent bénéficier d'une assurance-accidents est un peu courte, car avec le vieillissement démographique à attendre, le nombre de patientes et de patients bénéficiant d'une assurance subsidiaire contre les accidents conformément à la LAMal devrait augmenter. Est également concevable la situation d'un hôpital spécialisé situé dans un nœud de circulation intercantonal accueillant un nombre relativement important de patients de différents cantons et ayant justement pour cette raison plutôt une plus petite importance au niveau intracantonale et/ou qui – comme illustré ci-dessus par l'exemple du canton d'Argovie – ne figure pas sur la liste hospitalière du canton siège en raison de considérations de concentration des offres. Cela entraîne des démarches laborieuses et faisant augmenter les coûts pour figurer sur la liste hospitalière. Un processus exigeant pour la marche à suivre afin de figurer sur la liste hospitalière, générateur de coûts supplémentaires, est alors lancé, car l'hôpital doit demander des mandats de prestations auprès de tous les autres cantons dont il suit des patients.

- Du point de vue des patients, devrait aussi être remis en question le fait que conformément à la lettre e, en fonction du recours aux prestations en dehors de la liste hospitalière cantonale, on puisse s'écarter dans un groupe de prestations d'une couverture de 100% des traitements stationnaires de la population du canton. Une couverture inférieure à 80% des traitements stationnaires de la population du canton (inférieure à 70% dans les cantons de moins de 300'000 habitants) doit être motivée. Cette façon de voir ignore le fait qu'un certain volume de capacités excédentaires doit être mis à la disposition des patients pour leur permettre un véritable choix. Dans le cas contraire, il y a le risque – dans l'approche statique correspondante – que 100% des patients doivent être répartis dans les capacités calculées à 100%. C'est toutefois précisément cela qui est contraire à la volonté de la LAMal de permettre aux patients de choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés.

En ce qui concerne les dimensions de pertinence des soins, il y a lieu de faire au moins les autres remarques critiques suivantes:

- Dans le cadre de la **recommandation 3**, l'application du concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) est certes recommandée, mais le fait que les cantons peuvent s'écarter des exigences spécifiques aux prestations y est aussi simultanément formulé. En définitive, cette concrétisation de la pertinence des soins n'en est pas une, car chaque canton peut quand même faire ce qu'il veut là où il veut. Ainsi, non seulement cela devrait compliquer la possibilité de comparaison intercantonale, mais cela enlèverait aussi au patient l'effet de signal des listes hospitalières, important pour un choix raisonné du prestataire en cas d'intervention élective, car il ne peut pas partir de l'hypothèse que dans le domaine de prestations correspondant, chaque hôpital est comparé au niveau national par tous les cantons selon les mêmes critères, notamment par rapport à la qualité et au caractère économique. Mais cette recommandation fait surtout voir clairement que les changements de dimensions des soins du côté des prestataires, soit ne semblent pas avoir d'importance pour les cantons, soit doivent être délibérément freinés dans le but de favoriser leurs propres hôpitaux. En effet, non seulement en somatique aigüe, mais aussi en réadaptation et en psychiatrie, se sont formés en particulier dans le secteur privé des groupes d'hôpitaux ayant des sites dans plusieurs cantons et accueillant aussi une forte proportion de patients extracantonaux grâce à leur

compétence technique. Pour assurer la sécurité des soins, et justement pour les groupes d'hôpitaux innovants actifs au niveau intercantonal, la fiabilité et des standards intercantonaux homogènes constitueraient donc la base d'une (meilleure) concrétisation des effets de synergie souhaités par la LAMal du point de vue qualitatif et économique.

- L'attribution des mandats de prestations par sites constitue à nouveau l'expression du mode de pensée analogique qui, à l'ère du numérique et avec les modèles économiques et organisationnels qui en résultent, comportant davantage de composants de nature virtuelle, ne paraît plus en phase avec notre époque sous cette forme. De la sorte, elle complique également les modèles économiques plus flexibles qui sont notamment appliqués dans des hôpitaux organisés selon le système des médecins agréés, où ces derniers naviguent entre les sites grâce à leur grande expérience. À l'avenir, un phénomène analogue est aussi de plus en plus à attendre dans le domaine des professions de santé non médicales, par exemple avec les services volants, qui ne devraient pas seulement intervenir entre les services, mais aussi dans le cadre de groupes d'hôpitaux de plus en plus nombreux et de partenariats de coopération entre les sites hospitaliers.
- La **recommandation 4** sur le caractère économique se base encore sur une comparaison des coûts au lieu de promouvoir le principe tarifaire voulu par la LAMal. Les tarifs hospitaliers relevant du droit de l'assurance-maladie reposent sur un calcul complet des coûts.²⁰ Des coûts supplémentaires devraient en résulter, car dans les domaines en capacités excédentaires, aucune offre de coûts marginaux basée sur les prix ne peut être faite par un hôpital pour gagner des parts de marché.
- Pour des raisons d'exploitation des synergies, réaffirmer que l'attribution des mandats de prestations pour l'avenir est imposée par le site est au moins discutable du point de vue de l'économie de la santé. Pour cette raison, les principes formulés dans la **recommandation 5** sur la qualité, notamment sur les obligations spécifiques aux prestations concernant la qualité des structures et des processus sont trop rigides avec la formulation employée et doivent au moins être adoucies ou carrément supprimées. Ce dernier point est valable par exemple pour les critères des processus. Ceux-ci ne devraient pas seulement se référer aux groupes de prestations, mais bien plutôt aux processus verticaux de gestion des patients. Cette définition ne peut cependant pas être du ressort des cantons, mais constitue en premier lieu une mesure d'assurance qualité prise par les différentes institutions. S'ajoute à cela que même dans le cadre de cette recommandation, aucune interprétation définitive, et donc homogène au niveau national, n'est garantie par les cantons, car ils renoncent délibérément à une liste définitive. Par ailleurs, pour l'attribution des mandats de prestations, les cantons peuvent, conformément aux explications données à la lettre c, tenir compte comme ils l'entendent des résultats publiés des rapports sur la qualité. Il peut donc arriver que des hôpitaux collectent des données, que cela entraîne des coûts et que les résultats correspondants ne soient carrément pas pris en compte dans le cadre des dimensions de pertinence des soins.
- La possibilité d'accéder au traitement en question dans un délai utile est thématiquée dans la **recommandation 6**. Dans ce domaine aussi, l'évocation de possibilités numériques est totalement absente.
- Pour la **recommandation 7** (nombre minimum de cas), il convient d'ajouter que quiconque argumente avec des nombres minimaux de cas devrait distinguer entre nombres minimaux de cas par hôpital et nombres minimaux de cas par médecin. Dans la deuxième hypothèse, les mandats de prestations doivent être davantage formulés en termes de médecins. Les médecins agréés devraient alors pouvoir s'acquitter des mandats de prestations correspondants sur différents sites. Dans ce

²⁰ Eugster Gebhard, *Krankenversicherung (Assurance-maladie)*, cm. 1073; Eugster Gebhard, art. 49 de la LAMal, cm. 7 et suivants, dans: Gächter Thomas/ Rüttsche Bernhard (éditeurs), *Gesundheitsrecht, (Droit de la santé)*, Bâle, 2018.

cas, l'attribution d'un mandat de prestations sur un seul site ne paraît pas judicieuse dans certaines conditions.

- Pour l'admission, les nombres de cas minimaux devraient être partout identiques. Sinon, un site intercantonal risque ne pas obtenir un mandat de prestations parce qu'il ne respecte pas le nombre minimum de cas correspondant au site, mais aurait été admis dans le canton voisin s'il y avait eu son site, car celui-ci a formulé des nombres de cas minimaux plus faibles, voire aucun. Les patients pourraient donc passer du premier canton à celui ayant des exigences moindres pour le nombre minimum de cas et par conséquent s'y faire soigner. De la sorte, l'intention première du premier canton mentionné serait torpillée. À cela s'ajoute que, du point de vue hospitalier, ces deux cantons ne jouent pas à armes égales et que l'importante fonction de signal de la liste hospitalière pour garantir la liberté de choix des patients fait défaut.
- Pour la **recommandation 8** sur la gestion des quantités, le point de vue statique s'exprime à nouveau. Si un canton introduit des gestions des quantités et qu'un autre ne le fait pas, le premier ne pourra pas éviter que des patientes et patients se fassent traiter en dehors du canton pour pouvoir réduire les temps d'attente, notamment lorsque les quantités sont épuisées. Dans ce cas, le canton doit contribuer au paiement dans les mêmes proportions que pour un traitement intracantonal s'il s'agit d'un hôpital qui a été inscrit sur la liste hospitalière pour le mandat de prestations correspondant par le canton où il a son siège.
- Une limitation des prestations stationnaires lorsque le traitement ambulatoire est plus efficace, plus adapté et plus économique ne devrait avoir lieu que si le canton a adapté les capacités correspondantes à la baisse en conséquence, y compris pour la planification hospitalière et aussi, en particulier, dans ses propres institutions dans le cadre des processus de gestion des listes hospitalières.
- Du point de vue de la qualité, il faut d'ailleurs ajouter qu'il faudrait privilégier les nombres minimaux de cas plutôt que les nombres maximaux, faute de quoi la probabilité que les prestataires les plus expérimentés (et aussi en général les meilleurs en termes de qualité par voie de conséquence) soient limités.
- Les possibilités évoquées dans la **recommandation 13** sur les conditions de travail, concernant le plafonnement des salaires et les paiements de bonus dépendant des nombres de cas, ne sont pas non plus de nature à convaincre. Si le canton lui-même doit avoir la possibilité de fixer des nombres minimaux de cas (et même maximaux), cela devrait également être autorisé dans les hôpitaux au sens d'une incitation intelligemment formulée. En effet, les bonus axés sur les prestations ne sont pas impérativement mauvais, ils peuvent également constituer une incitation pour faire face à une couverture des soins insuffisante ou gagner des parts de marché sur les concurrents. Les extensions de quantités inutiles peuvent être évitées en posant sérieusement les indications.
- La **recommandation 14** sur les prestations de formation évoque entre autres, pour l'attribution des mandats de prestations, la prise en compte de l'intérêt de maintenir un niveau d'enseignement et de recherche élevé au niveau régional, national et international. L'objectif de toute planification hospitalière doit donc être d'octroyer aux hôpitaux ayant une mission d'enseignement et de recherche des mandats de prestations dans le volume requis pour qu'ils soient en mesure de maintenir le niveau élevé d'enseignement et de recherche au niveau régional, national et international. Du point de vue de l'économie de la santé, cette recommandation doit être considérée comme étrangère au domaine, car le financement de l'enseignement et de la recherche n'est pas du ressort de la LAMal. Cette formulation suscite plutôt l'impression que du point de vue des soins, les patients sont utilisés comme des objets de test pour la recherche et l'enseignement et que les mandats de prestations correspondants doivent donc être attribués aux hôpitaux concernés. Cependant, c'est exactement ce qu'il faudrait éviter du point de vue des soins. Qui n'est pas capable d'apporter la qualité et le caractère économiques nécessaires ne devrait pas non plus obtenir de mandats de prestations. Les expériences acquises à l'étranger montrent

que dans un tel cas, les tâches d'enseignement et de recherche peuvent tout de même être assurées sans contrecarrer la concurrence souhaitée pour la qualité et le caractère économique du traitement des malades, par exemple par des hôpitaux d'enseignement privés qui présentent les nombres de cas correspondants dans l'assurance-maladie.

- Dans le cadre de la **recommandation 15** sur le controlling, la supervision et les sanctions, il est notamment dit dans les explications, que les mandats de prestations sont contraignants et interdiraient aux prestataires de réaliser, en dehors du mandat de prestations, des traitements ou des examens aux dépens du canton et de l'assurance-maladie obligatoire. La situation ainsi décrite n'est cependant pas nécessairement vraie, car pour les hôpitaux, il existe toujours la possibilité de conclure des contrats avec une ou plusieurs caisses d'assurance-maladie en tant qu'hôpital conventionné. Dans ce cas, le canton ne paie certes rien, mais la caisse d'assurance-maladie paie pour les prestations correspondantes au maximum le montant d'un tarif d'assurance de base d'un hôpital répertorié comparable.

En ce qui concerne les différences par rapport au statu quo, les remarques critiques suivantes peuvent au moins être faites:

- Le guide de la CDS attire l'attention sur le fait que le Tribunal administratif fédéral est d'avis que l'obligation pour les cantons de coordonner leur planification hospitalière, telle qu'elle est prévue dans l'art. 39, al. 2 de la LAMal et concrétisée dans l'art. 58d de l'OAMal, s'applique de manière générale et non seulement pour éviter des capacités insuffisantes pour les prestations hospitalières (C-6266/2013, E. 4.5). Mais c'est justement cette exigence que le guide de la CDS n'est pas en mesure de satisfaire car, en de nombreux endroits, il accorde expressément aux cantons une (trop) grande marge de manœuvre pour la concrétisation de la pertinence des soins, de la qualité, de l'accessibilité et/ou du caractère économique.
- La pertinence des soins ne signifie pas impérativement proximité du lieu de résidence, car la qualité peut avoir besoin de dimensions critiques (nombres minimaux de cas) et la fourniture de telles prestations peut être centralisée en dehors du canton.
- La pertinence des soins dans les régions rurales pourrait aussi mieux assurée par des modèles entrepreneuriaux, en faisant passer de petits hôpitaux du système du médecin-chef à celui du médecin agréé et en les gérant comme des établissements privés.
- De même, devraient être possibles de nouveaux modèles innovants avec des propositions de prestations non liées au site, mais disponibles sur place dans une chaîne de traitement «numérique – ambulatoire – stationnaire aiguë – post-aiguë» organisée de façon structurée.

7. Recommandations pour les futures planifications et listes hospitalières

Les futures planifications et listes hospitalières devraient s'inspirer davantage de l'idée originelle de la révision de la LAMal, qui peut notamment être décrite avec les éléments suivants:

- qualité des soins axée sur les patients
- caractère économique
- flexibilité
- neutralité concurrentielle
- soins hospitaliers innovants

À partir de ces mots-clefs, il est possible de formuler ci-dessous des recommandations pour la concrétisation de ces éléments, qui devraient être mieux prises en compte dans le cadre des planifications hospitalières et de l'élaboration des listes hospitalières.

Il convient ici de tenir compte de ce que la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral sur les planifications hospitalières et en particulier sur les listes hospitalières conformément à la LAMal a évolué en permanence et s'est concrétisée. Du point de vue de l'économie de la santé, les éléments ci-dessous devraient donc être réalisés dans le cas d'éventuelles décisions contraires du Tribunal administratif fédéral ou d'autres évolutions ayant force de loi sur l'article expérimental de la LAMal annoncé par le Conseil fédéral le 21 août 2019 dans le cadre de son premier paquet de mesures pour la maîtrise des coûts.

Qualité des soins axée sur les patients

- Les listes hospitalières devraient moins placer le lieu ou le type de la réalisation des prestations que la qualité des résultats/ les outcomes au centre de leurs efforts. Dans le cadre de leurs éventails de prestations, les hôpitaux devraient obtenir la liberté de réaliser les prestations correspondantes en stationnaire, en ambulatoire et/ou sous forme numérique sans que le canton ne se retire du financement correspondant. Une philosophie de la capitation axée sur les soins serait ainsi favorisée.
- Il convient d'abandonner l'exigence d'implantation (intercantonale) du site axée sur les intrants dans toute la mesure du possible.
- La qualité des résultats/des outcomes devrait être davantage prise en compte dans le cadre de l'élaboration des listes hospitalières à l'aide de critères moins nombreux, mais si possible plus sévères, et mesurés par un organisme indépendant. Ceux-ci pourraient être développés dans le cadre de la révision de la LAMal adoptée par le Parlement en juin 2019 pour le renforcement de la qualité et du caractère économique. De la sorte, une base commune à toute la Suisse pourrait aussi être créée pour la concurrence intercantonale.
- Le principe: «Plus on est axé sur les outcomes et meilleur on est, plus on a de degrés de liberté». Selon ce principe, les hôpitaux pourraient être conduits à effectuer et à publier davantage de mesures d'outcomes présentant une véritable valeur ajoutée pour le traitement des patients s'ils obtiennent, en contrepartie, des marges de manœuvre plus larges dans le domaine des processus de gestion des listes hospitalières (durée de validité prolongée pour les mandats de prestations, mandats de prestations plus importants, attribution prioritaire des mandats de prestations, notamment pour de nouvelles approches innovantes, etc.).

Caractère économique

- Du point de vue de l'économie de la santé, pour le critère caractère économique, les planifications et les listes hospitalières ne devraient plus s'appuyer sur les données coûts, mais passer à l'idée du principe tarifaire. Ici, le fil directeur pourrait être le critère indiquant, quand les hôpitaux postulent pour un mandat de prestations sur la liste hospitalière, pour quel tarif maximum (incluant les investissements) ils sont prêts à prendre en charge les prestations correspondantes pour les assurés de base. De plus, ils devraient documenter la solidité de leurs promesses de prise en charge des prestations. Le concept du tarif maximal présente l'avantage que de la sorte, la marge de manœuvre n'est pas limitée pour les caisses d'assurance-maladie et que donc des négociations tarifaires pour faire baisser les prix en prenant en compte des composants quantités sont encore possibles. D'autre part, les indications de tarif maximal devraient également permettre une meilleure précision budgétaire pour les cantons.

Flexibilité

- Indépendamment des recensements des besoins à réaliser périodiquement et des planifications hospitalières et des listes hospitalières reposant sur ces derniers, des mandats de prestations pour des modèles de soins inédits ayant un potentiel d'amélioration des soins prodigués aux patients (qualité et/ou caractère économique) devraient également être possibles en dehors des processus ordinaires de gestion des listes hospitalières ayant périodiquement lieu en raison de la demi-vie réduite des connaissances médicales et de la numérisation. Pendant la phase transitoire, et jusqu'au processus ordinaire suivant de gestion des listes hospitalières, ces mandats de prestations peuvent, le cas échéant, comporter l'obligation de dispositions spécifiques sur l'évaluation, qui devraient cependant être praticables et réalisables dans le temps
- Pour tenir compte de la demi-vie réduite des connaissances médicales et de l'apparition de nouveaux modèles de soins, environ 80% des prestations sont attribuées fixement pour la durée de validité des listes hospitalières. 20% supplémentaires doivent être délibérément organisées de manière flexible pour favoriser les innovations, mais aussi le choix des assurés et donner aux prestataires la possibilité de procéder à des adaptations dynamiques par le biais de nouveaux modèles de soins et de nouveaux modèles commerciaux. Ceci étant, les 80% des prestations doivent être basés sur 100% des besoins déterminés. Il est ainsi possible de tenir également compte de l'aspect facturation car un certain volume de capacités excédentaires est nécessaire pour une concurrence.
- Les planifications et les listes hospitalières doivent s'inspirer de concepts hospitaliers beaucoup plus flexibles, car la fébrilité du quotidien médical ne peut pas être prise en compte par les planifications et les listes hospitalières (voir également à ce sujet les explications sur les soins hospitaliers innovants).
- Les applications juridiques perdent l'essentiel de leur force créative. Il serait donc important que les responsables des planifications et des listes hospitalières prennent conscience de la très longue durée de leurs processus et veillent donc surtout à la fiabilité des conditions-cadres, en particulier qu'ils tiennent compte des évolutions correspondantes dans la fébrilité du quotidien médical et garantissent un accès rapide aux applications correspondantes dans le cadre des processus de gestion des planifications et des listes hospitalières là où ils promettent un gros avantage pour les patients.

Neutralité concurrentielle

- Il convient de tenir compte de la formation de plus en plus de groupes hospitaliers intercantonaux et des potentiels de synergies qui en découlent grâce à des conditions-cadres plus fiables, concrètes et applicables au niveau intercantonal. Des exigences différentes concernant, par exemple, les critères du projet «L'ambulatorio avant le stationnaire», les nombres minimaux de cas, les groupes de prestations intégrales et l'attribution des mandats de prestations doivent être laissés de côté.²¹
- Les prestations d'intérêt général doivent être mises au concours périodiquement, simultanément et parallèlement aux prestations des groupes de prestations figurant sur les listes hospitalières. Ici aussi, le concept du tarif maximal décrit ci-dessus devrait être suivi. Comme les prestations assujetties à la LAMal et les prestations d'intérêt commun peuvent également constituer des prestations couplées avec les effets de synergie correspondants, il convient de vérifier si ces prestations ne doivent pas être mises au concours séparément, mais aussi de façon couplée à titre subsidiaire. Dans un souci de transparence, une mise au concours séparée est cependant de rigueur dans tous les cas, y compris du point de vue de l'économie de la santé. Elle doit également garantir qu'avec les offres à tarif maximal conformément à l'art. 49, al. 3 de la LAMal, les coûts générés sont couverts au maximum. Dans ce cas, le tarif maximal ne peut pas, pour des raisons légales, se situer au-dessus des coûts des prestations d'intérêt général, mais sans doute y correspondre ou se situer en dessous.

Soins hospitaliers innovants

- Est nécessaire une ouverture du concept hospitalier (hôpitaux fluides) selon lequel un hôpital peut également être exploité avec peu de lits et, dans les cas extrêmes, être un prestataire purement ambulatoire un jour et redevenir un prestataire stationnaire dès le lendemain, en fonction du type des patients qu'il traite pendant les journées correspondantes. Une telle approche peut également contribuer à résoudre la problématique des soins en milieu rural d'une manière flexible et adaptée aux besoins. Cependant, une telle approche ne serait réalisable de manière prometteuse que si l'hôpital a, d'une part, la certitude de ne pas perdre son mandat de prestations des listes hospitalières et, d'autre part, si la perte de revenus due au transfert vers la médecine ambulatoire ne prend pas des dimensions économiquement ruineuses. Cela inclut également l'indemnisation adéquate des prestations effectuées sous forme numérique.
- Par conséquent, une partie importante des hôpitaux fluides réside dans l'ouverture des concepts de soins. Pour ce faire, il est en particulier possible, même dans le système de médecins agréés, de travailler avec des médecins expérimentés de manière à ce qu'ils puissent opérer en différents endroits. Pour garantir les hôpitaux fluides et aussi, notamment, pour garantir les soins en milieu rural, il faut donc éviter les attributions de mandats de prestations liés à des sites, en particulier pour les soins de base et les soins de base élargis.
- Avec le durcissement à attendre des consignes allant dans la direction «L'ambulatorio avant le stationnaire», le nombre d'hôpitaux fluides devrait augmenter. Pour tenir compte des concepts fluides, les cantons ne devraient pas seulement accorder la part de 55% minimum des forfaits axés sur les prestations dans le domaine stationnaire. Afin d'assurer la fluidité dans les hôpitaux, les cantons

²¹ À ce propos, la mesure suggérée par le conseiller national Christian Lohr dans le cadre d'un postulat, qui stipule que la Confédération doit indiquer de quelle manière les soins stationnaires peuvent être garantis en Suisse sur la base de modèles périodiquement développés, peut s'avérer utile.

devraient, pour l'ensemble des domaines de prestations «ambulatoires avant stationnaires» qu'ils ont définies, dans le cas d'une prestation ambulatoire fournie par l'hôpital, en complément du tarif ambulatoire des assureurs aujourd'hui en vigueur, prendre en charge une part cantonale analogue, de sorte que le rapport entre la contribution de la caisse d'assurance-maladie et celle du canton corresponde à celle des prestations stationnaires. Cela devrait, notamment pour les plus petits hôpitaux concernés, accroître l'incitation à réduire le nombre de lits stationnaires, à engager le processus de transformation vers un hôpital fluide et à réaliser des concepts plus ouverts. Dans des domaines comme la psychiatrie et la réhabilitation, de tels points de repère pourraient également être utilisés pour relancer les traitements semi-stationnaires, devenus inintéressants du point de vue des tarifs, mais précieux pour les patients. Le canton peut également en tirer un avantage, car la part cantonale dans les montants absolus est moins élevée que dans le domaine stationnaire. En outre, grâce à la part cantonale supplémentaire dans le domaine ambulatoire, on devrait pouvoir compter sur une substitution plus rapide des prestations stationnaires aux prestations ambulatoires consécutive au glissement des prix relatifs.

Küsnacht, le 24 septembre 2019

Dr Willy Oggier