



Berner Fachhochschule



Universität Zürich
Institut für Politikwissenschaft



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DES SCIENCES
ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
Département d'économétrie

KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation

Schlussbericht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Sonia Pellegrini, Thomas Widmer, France Weaver, Tobias Fritschi, Jonathan Bennett
30. Juni 2010



Vertragsnummer: 09.006062

Laufzeit: November 2009 – Juni 2010

Datenerhebungsperiode: Dezember 2009 – Januar 2010;

Leitung Evaluationsprojekt im BAG: Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Meta-Evaluation: Dieser Bericht war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch das BAG (E+F). Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Evaluations-Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft SEVAL.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit,
CH-3003 Bern

evaluation@bag.admin.ch

www.health-evaluation.admin.ch

Übersetzung der Zusammenfassung: Sprachdienst des BAG

Zitiervorschlag: Pellegrini S, Widmer T, Weaver F, Fritschi T, Bennett J (2010), KVG-Revision
Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation, Bericht zuhanden des Bundesamts
für Gesundheit, Berner Fachhochschule und Universität Zürich, Bern und Zürich.

Der Bericht wurde zweisprachig verfasst: der erste Teil in Deutsch, der zweite in Französisch.

Le rapport est rédigé en deux langues: la première partie en allemand, la seconde en français.



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
Résumé	13
1 Einleitung	17
2 Vorgehen	18
3 Bestandesaufnahme von Begleitforschungsaktivitäten	20
3.1 Ziel und Vorgehen	20
3.2 Aktivitäten der Begleitforschung im Überblick	22
3.3 Aktivitäten der Begleitforschung im Zusammenhang mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen	24
3.4 Weitere Aktivitäten der Begleitforschung	27
3.5 Zusammenfassender Überblick nach Gegenstand der Gesetzesrevision	28
4 Beschreibung der Gesetzesänderungen	30
4.1 Ziele des KVG und der KVG Revision	30
4.2 Rémunération forfaitaire des prestations de soins hospitaliers	31
4.3 Nouvelles règles de financement	33
4.4 Verstärkte freie Spitalwahl	34
4.5 Neue Kriterien für die Spitalplanung	35
4.6 Verfeinerung des Risikoausgleichs	36
5 Wirkungsmodell	38
5.1 Funktion eines Wirkungsmodells	39
5.2 Vorgehen zur Entwicklung des Wirkungsmodells	40
5.3 Struktur des Wirkungsmodells zur KVG-Revision	40
5.4 Wirkungsmodell zur Revision der Spitalfinanzierung	41
5.5 Wirkungsmodell zur Revision des Risikoausgleichs	42
6 Questions d'évaluation	45
6.1 Elaboration du catalogue de questions	45
6.2 Groupes de questions d'évaluation	45
7 Bases de données, indicateurs et faisabilité	50
7.1 Bases de données utiles pour répondre aux questions d'évaluation	51
7.2 Indicateurs et évaluation de la faisabilité	59
7.3 Coordination des données	71
8 Programme d'évaluation	73
8.1 Ziel und Vorgehen	73
8.2 Vue d'ensemble et considérations générales	75
8.3 Description des études d'évaluation	80
8.4 Querschnittsthemen	100
8.5 Variantes et estimations de coûts	102
8.6 Calendrier	106
Littérature	109



Annexes	112
Anhang 1 : Adressaten der Befragung	112
Anhang 2 : Tabellarische Übersichten zu den Begleitforschungsaktivitäten	114
Anhang 3 : Liste der Gesprächspartner	125
Anhang 4 : Interview-Leitfaden	126
Anhang 5 : Zusammensetzung der Begleitgruppe	131
Anhang 6 : Wirkungsmodelle	132
Annexe 7 : Questions d'évaluation	139
Annexe 8 : Descriptif des bases de données utiles pour répondre aux questions d'évaluation	143
Annexe 9 : Questions d'évaluation, indicateurs et bases de données utiles	155



Abkürzungsverzeichnis

Deutsch

ANQ:	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG:	Bundesamt für Gesundheit
B+B:	Beteiligte & Betroffene (stakeholders)
CHOP :	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG:	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallpauschalen)
DVSP:	Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
E+F:	Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG
EMS:	Pflegeheime
FMH:	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK:	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+:	Verband der Spitäler der Schweiz
IDHEAP:	Institut des hautes études en administration publique
IEMS:	Institute of Health Economics and Management
IEPI:	Institut d'études politiques et internationales
ISE:	Institut für Gesundheit und Ökonomie
IUMSP:	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
ICD-10:	Internationale Klassifikation der Krankheiten
KVG:	Krankenversicherungsgesetz
KVV:	Krankenversicherungsverordnung
Obsan:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP:	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SEVAL:	Schweizerische Evaluationsgesellschaft
SIAW:	Swiss Institute for International Economics and Applied Economic Research
SwissDRG:	Swiss Diagnosis Related Groups
VORA:	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung
VKL:	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG:	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
ZHAW:	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Français

ANQ :	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
AOS :	Assurance obligatoire des soins
B+B:	Parties prenantes et parties concernées (stakeholders)
CDS :	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP :	Classification suisse des interventions chirurgicales
DRG :	Diagnosis Related Groups (forfait par cas relatif au diagnostic)
DVSP :	Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
E+F:	Service Evaluation et recherche de l'OFSP
EMS :	Etablissements médico-sociaux
FMH :	Fédération des médecins suisses
H+ :	Association des hôpitaux de suisse



IDHEAP :	Institut des hautes études en administration publique
IEMS :	Institut d'Economie et de Management de la santé
IEPI :	Institut d'études politiques et internationales
ISE :	Institut de santé et d'économie
IUMSP :	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
ICD-10 :	Classification internationale des maladies
LAMal :	Loi sur l'assurance-maladie
LCA :	Loi sur le contrat d'assurance
OAMal :	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan :	Observatoire suisse de la santé
OCP :	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OCOR :	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie
OFSP :	Office fédéral de la santé publique
SEVAL :	Société suisse d'évaluation
SIAW :	Swiss Institute for International Economics and Applied Economic Research
SwissDRG :	Swiss Diagnosis Related Groups
ZHAW :	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Abdeckung der Evaluationsthemen durch die vorgeschlagenen Studien	12
Tabelle 2 :	Couverture des grands thèmes d'évaluation par les études proposées	16
Tabelle 3 :	Aktivitäten der Begleitforschung nach gesetzlichen Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung und Risikoausgleich	23
Tableau 4 :	Groupes de questions d'évaluation pour la révision du financement hospitalier et de la compensation des risques	46
Tableau 5 :	Liste des bases de données, accessibilité et qualité générale	52
Tableau 6 :	Disponibilité de données quantitatives par groupe de questions d'évaluation	70
Tableau 7 :	Vue d'ensemble des études proposées	76
Tableau 8 :	Couverture des grands thèmes d'évaluation par les études proposées	78
Tabelle 9 :	Formen der Koordination und deren Bedeutung für das Evaluationsprogramm	101
Tableau 10 :	Coûts estimés pour les variantes minimale, standard et complète du programme d'évaluation	105
Tableau 11 :	Calendrier de réalisation du programme d'évaluation	107
Tabelle 12 :	Verzeichnis der Begleitforschungsaktivitäten	114
Tabelle 13 :	Begleitforschungsaktivitäten nach Wirkungsebene	120
Tabelle 14:	Vorgeschlagene Indikatoren zur Messung von Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich in verschiedenen Bereiche	123
Tabelle 15:	Liste der Gesprächspartner	125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wirkungsmodell idealtypisch	39
Abbildung 2:	Wirkungsmodell zur Revision der Spitalfinanzierung	43
Abbildung 3:	Wirkungsmodell zur Revision des Risikoausgleichs	44
Figure 4 :	Liste des sources de données sur les hôpitaux uniquement, par type	56
Figure 5 :	Coûts annuels estimés du programme d'évaluation, par variante	108



Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht ist im Rahmen der Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erarbeitet worden.

Diese Studie dient der Vorbereitung des zukünftigen Evaluationsprogramms und besteht aus verschiedenen Elementen. In einem ersten Schritt ging es um die Beschreibung des Evaluationsgegenstandes, also der Revision des KVG. Auf der Basis dieser Beschreibung wurden Wirkungsmodelle erarbeitet, welche die Auswirkungen der KVG-Revision darstellen. Diese Wirkungsmodelle bildeten ihrerseits die Grundlage für die Herausarbeitung der für das Evaluationsprogramm zentralen Fragestellungen. Parallel dazu erfolgte eine Erhebung der laufenden oder geplanten Begleitforschungsaktivitäten, die aufzeigen soll, welche Themen bereits anderweitig abgedeckt sind und auf welche Forschungsaktivitäten man sich bei der Realisierung des Evaluationsprogramms stützen kann. Weiter erfolgten eine Erhebung von bestehenden Datenbeständen respektive von geplanten Datenerhebungen und eine Prüfung, inwiefern sie bei der Realisierung des Evaluationsprogramms genutzt werden können. Mit diesen Grundlagen konnte einerseits die Machbarkeit einer Evaluation festgestellt werden und andererseits ein Konzept für das Evaluationsprogramm erarbeitet werden. Im Folgenden werden die einzelnen Elemente der Machbarkeits- und Konzeptstudie mit einem Schwerpunkt auf deren Resultate dargelegt. Zuerst erfolgen aber einige kurze Hinweise zum methodischen Vorgehen in dieser Vorbereitungsstudie.

Die in diesem Bericht dargelegten Arbeiten basieren methodisch auf der Analyse von öffentlichen und nicht-öffentlichen Dokumenten sowie der bestehenden Fachliteratur. Weiter stützt sich die Studie auf leitfadengestützte Interviews mit Beteiligten & Betroffenen („stakeholders“; B&B) sowie mit Fachexperten, auf die Befragung von verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens sowie verschiedener relevanter Forschungseinrichtungen und auf die Diskussion der Studienelemente im Rahmen der Begleitgruppe (vgl. Kapitel 2). Es wurde bei diesen Arbeiten bewusst ein partizipatives Vorgehen gewählt, um so einerseits die vielfältigen Facetten des Gegenstandes aufnehmen zu können und um andererseits sicherzustellen, dass die Perspektiven der B&B angemessen einfließen, um deren weitere Kooperation zu unterstützen.

Die Beschreibung der Ziele und der Elemente der KVG-Revision (siehe Kapitel 4) zeigen die Komplexität des Evaluationsgegenstandes und seine vielfältigen Beziehungen zum Spitalbereich, zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und zum Gesundheitsbereich im Allgemeinen auf. Dabei stehen folgende Massnahmen im Zentrum: erstens die Abgeltung der Spitalleistungen durch leistungsbezogene Pauschalen, zweitens der Einbezug der Investitionen der Spitäler im stationären Bereich in diese Pauschalen, drittens die verstärkte freie Spitalwahl für die Versicherten, viertens die neuen Kriterien des Bundes betreffend Spitalplanung sowie fünftens die neue Kostenaufteilung, die sogenannte dual-fixe Finanzierung der stationären Leistungen.

Bei den Arbeiten zu den Wirkungsmodellen (vgl. Kapitel 5) wurde deutlich, dass es sinnvoll ist, zwei Wirkungsmodelle zu erarbeiten: Das erste Wirkungsmodell befasst sich mit den Auswirkungen der Massnahmen zur Revision der Spitalfinanzierung; das dazugehörige Wirkungsmodell zeigt auf, wie und über welche Zusammenhänge die KVG-Revision ihre Ziele erreichen kann. Das zweite, deutlich weniger umfangreiche Wirkungsmodell befasst sich mit der quasi als „flankierende Massnahme“ im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierungsrevision vorgesehenen Revision des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern. Dabei spielt neben der Verfeinerung des Risikoausgleichs, welcher die Anreize für die Versicherer zur Risikoselektion mindern soll, auch die neu prospektive Ausrichtung eine zentrale Rolle, die Anreize zur Kostenreduktion setzen soll. Die beiden Wirkungsmodelle stellen keine isolierten



Wirkungsgefüge dar, sondern sind unter sich wechselseitig verknüpft.

Aufgrund der erfolgten Beschreibung des Evaluationsgegenstandes und der durch ihn (potentiell) verursachten Wirkungen sind die für die Evaluation im Vordergrund stehenden Fragen herausgearbeitet worden (vgl. Kapitel 6). Die Evaluationsfragen lassen sich neun Themen zuordnen, die wie folgt umschrieben werden können:

- 1) Welchen Einfluss hat die Revision auf die Gesundheitskosten?
- 2) Welchen Einfluss hat die Revision auf die Qualität der Gesundheitsleistungen?
- 3) Welchen Einfluss hat die Revision auf den Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen?
- 4) Welchen Einfluss haben die Veränderungen der Investitionspolitik der Spitäler auf die Infrastrukturqualität der Spitäler und auf die technisch-medizinische Entwicklung?
- 5) Zu welchen Veränderungen führt die Revision bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen?
- 6) Welche Rolle spielt die Ausgestaltung der leistungsbezogenen Pauschalen für die Erreichung der Revisionsziele?
- 7) Welche Verteilungswirkungen hat die Revision der Spitalfinanzierung?
- 8) Welchen Einfluss haben die neuen kantonalen Spitalplanungen auf die Struktur des Leistungsangebotes?
- 9) Welchen Einfluss hat die Revision des Risikoausgleichs auf das Verhalten der Versicherer?

Die ersten acht Evaluationsthemen beziehen sich auf die Revision der Spitalfinanzierung im engeren Sinne, das neunte auf die Revision des Risikoausgleichs unter den Versicherern. Zu jedem dieser neun Themen wurde eine Reihe von Evaluationsfragen formuliert. Die Liste mit insgesamt über fünfzig möglichen Evaluationsfragen macht deutlich, dass nicht alle diese Fragen in dem geplanten Evaluationsprogramm gründlich und umfassend abgedeckt sein werden, sondern dass hier eine Selektion respektive eine Prioritätensetzung erforderlich sein wird.

Die Aufarbeitung der Begleitforschungsaktivitäten und der Datenbestände zeigt auf, dass eine in Zukunft durchzuführende Evaluation durchaus auf Bestehendes aufbauen respektive dieses angemessen zu berücksichtigen hat. Die Bestandesaufnahme der Begleitforschungsaktivitäten (vgl. Kapitel 3) hat ergeben, dass bisher neun Studien angelaufen oder geplant sind, die als Begleitforschung zur Revision des KVG in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich bezeichnet werden können. Durchgeführt respektive veranlasst werden die meisten dieser Studien durch direkt beteiligte Stakeholder (Bund, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer). Drei Studien werden durch Universitätsinstitute durchgeführt. Sieben der neun Studien beziehen sich auf die Einführung der Fallpauschalen, zwei Studien auf den Risikoausgleich. In einer Studie wird zudem das Thema der Investitionen angesprochen. In den drei Bereichen verstärkte freie Spitalwahl, Spitalplanung und neuer Finanzierungsmodus der stationären Spitalleistungen konnte hingegen keine laufende oder geplante Begleitforschung identifiziert werden.

Bei der Erhebung zu den Datengrundlagen (vgl. Kapitel 7) sind insgesamt 27 Datensätze identifiziert worden, die zur Verfügung stehen, um gewisse Evaluationsfragen zur Revision des KVG in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich zu untersuchen. Dabei gehen zwölf Datensätze auf administrative Erhebungen zurück. Diese werden hauptsächlich durch das Bundesamt für Statistik (BFS) respektive in dessen Auftrag erhoben und stellen Vollerhebungen in den Bereichen Spitäler, Krankenversicherung, Pflegeheime, Spitex und Tarmed dar. Es liegen weiter elf Datensätze aufgrund von Stichprobenerhebungen vor, die in gewissen zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Auch von diesen Erhebungen werden mehr als die Hälfte durch das BFS durchgeführt respektive veranlasst. Weitere drei Datenbestände beruhen auf Synthesen verschiedener Quellen und beziehen sich



namentlich auf finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens (besonders Kosten und Finanzierung). Schliesslich stellte sich die Frage, inwiefern die vorhandenen Datensätze geeignet sind, durch die Messung von Indikatoren Rückschlüsse auf die Wirkungszusammenhänge zu geben, die im Wirkungsmodell in diesem Bericht dargestellt und durch die Evaluationsfragen konkretisiert werden. Dabei wurde eine Liste von Indikatoren erstellt, die für die Beantwortung der Evaluationsfragen hilfreich sind. Einige der Indikatoren können für die Beantwortung mehrerer Evaluationsfragen verwendet werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in zwei der neun Evaluationsfelder bereits zahlreiche Daten vorhanden sind, um die gestellten Evaluationsfragen in Zukunft anhand der definierten Indikatoren beantworten zu können, nämlich im Bereich der Kosten der Spitäler und der Veränderung des Leistungsangebots. Die Bereiche Qualität, Zugang zu Gesundheitsleistungen und Spitalplanung sind auch noch recht gut abgedeckt. In vier Bereichen – Investitionen, Verteilungseffekte, Risikoausgleich und Ausgestaltung der Fallpauschalen – sind nur für gewisse Evaluationsfragen Datengrundlagen vorhanden. Besonders ausgeprägt ist dies im Bereich der Investitionen im stationären Spitalbereich: Die Möglichkeiten, zuverlässige Daten zu erhalten, sind hier aus heutiger Sicht nur sehr beschränkt vorhanden.

Die für zukünftige Evaluationsstudien Verantwortlichen werden mit der Herausforderung konfrontiert sein, dass Daten zu verschiedenen Sachverhalten in den betroffenen Bereichen des Gesundheitswesens an unterschiedlichen Orten aufzufinden sind und dass die Datenzugänglichkeit unterschiedlich ist. Die Daten werden zwar zu einem erheblichen Teil durch öffentliche Stellen (namentlich die Bundesämter BFS/OFS, BAG/OFSP, BVP/OFAP, EFV/AFF) verwaltet und können daher grundsätzlich für die Zwecke der Evaluation verwendet werden. Weitere Daten verwaltende Institutionen sind SwissDRG, Santésuisse, Newindex, H+ und IEMS. Da es sich hier teilweise um private Organisationen handelt, ist der Zugang zu diesen Datenbeständen zumindest teilweise schwieriger. Zudem ist zu beachten, dass die Qualität des Datenmaterials im Hinblick auf die beabsichtigte Verwendung unzureichend sein könnte. Für eine Datenkoordination im Rahmen des Evaluationsprogramms wird anstelle aufwändigerer Varianten empfohlen, dass das BAG auf seiner Website eine Liste der relevanten Datenquellen führt, deren Einträge auf einen kurzen Beschrieb nach einem einheitlichen Raster verweist, so dass die wichtigsten Informationen schnell einsehbar sind. Dazu bestehen bereits gewisse Vorarbeiten des Obsan, auf denen sich aufbauen lässt. Diese Variante der Datenkoordination ist für das BAG mit geringem Aufwand verbunden und dient klar dem Zweck der Zusammenführung von Informationen über die verfügbaren Daten, ohne diese bereits in einer nutzungsspezifischen (und deswegen selektiven) Form aufzubereiten.

Aufgrund dieser Voraussetzungen, Grundlagen und Rahmenbedingungen kommt die Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung zum Schluss, dass ein Evaluationsprogramm in einer sinnvollen und angemessenen Weise zu realisieren ist. Es wird deswegen ein Konzept zu einem zukünftigen Evaluationsprogramm vorgeschlagen (vgl. Kapitel 8). Es umfasst insgesamt 16 Evaluationsstudien, die je nach Bedeutung, Priorität und Aufwand einer minimalen Variante (M), einer Standardvariante (S) und einer Komplettvariante (C) zugeordnet sind. Wie in Tabelle 1 zusammengestellt, behandeln die Studien je spezifische Themenfelder und decken je unterschiedliche Aspekte des oben aufgeführten Fragenkatalogs ab. Wie aus der variantenweise Zusammenstellung unten in der Tabelle ersichtlich wird, decken die drei Varianten (Minimal-, Standard- und Komplettvariante) den Fragenkatalog unterschiedlich gut ab. Besonders bei der Minimalvariante bestehen erhebliche Lücken, die rechtlichen Erfordernisse gemäss Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) werden aber gerade noch hinreichend abgedeckt. Die diesbezügliche Abdeckung ist bei der empfohlenen Standardvariante



besser, in Relation zu den Ressourcenflüssen weist diese Variante zum heutigen Zeitpunkt das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Die Komplettvariante wiederum gewährleistet eine umfassende Behandlung der Evaluationsfragen und deckt auch verschiedene Themen ab, denen aus heutiger Sicht zwar nicht allerhöchste Priorität zukommt, deren Bedeutung in Zukunft jedoch ändern kann. Neben den verschiedenen Teilstudien soll das Evaluationsprogramm auch übergreifende Querschnittsaufgaben enthalten, besonders im Hinblick auf die Programmbegleitung, die Qualitätssicherung und die Umsetzung. Weiter umfasst das Konzept auch eine zeitliche und finanzielle Planung.

Da sich das Feld in steter Bewegung befindet und derzeit eine Vielzahl von Vorhaben zu weiteren Anpassungen zur Diskussion steht, ist hier besonders zu betonen, dass sich dieser Bericht auf die im Rahmen dieser Konzeptstudie erarbeiteten Grundlagen abstützt und auf den Entwicklungsstand vom März 2010 abstellt.



Tabelle 1: Abdeckung der Evaluationsthemen durch die vorgeschlagenen Studien

Studie	Behandelte Evaluationsfragen	Bezug zu Fragenkatalogs-Bündel								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Nutzungsgrad des Finanzierungssystems leistungsbezogener Fallpauschalen vor 2012						M			
2	Einfluss der Revision auf Kosten, Organisation und Finanzierung des Gesundheitsversorgungssystems der Schweiz	M				M		M		
3	Neuer Investitionsfinanzierungsmodus und Infrastrukturqualität der Schweizer Spitäler				S					
4a	Einfluss der Revision auf die Qualität von (akut stationären) Spitalleistungen		M							
4b	Einfluss der Revision auf die Qualität von ambulanten und nicht akut stationären Leistungen		C							
5	Transparenz der Spitalkosten und Spitalfinanzierung	C								
6	Beitrag der Kantone zu Effizienz und Qualität des Spitalleistungsangebots								S	
7	Entwicklung der Marktstruktur im Spitalbereich und Sicherstellung der Versorgung					M				
8	Das Pauschalabgeltungssystem in der Schweiz: mehr Effizienz oder strategisches Verhalten bei den Leistungserbringern?	M								
9	Risikoselektion durch Spitäler: eine Gefahr für den gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen?			S						
10	Datenaustausch und Datenschutz						C			
11	Akut stationäre Leistungen: Entwicklung von Kosten, Effizienz und Wirtschaftlichkeit	S								
12	Einfluss einer leistungsbezogenen Abgeltung auf Kosten und Qualität in nicht SwissDRG-Bereichen	C	C							
13	Intensität der Risikoselektion nach Einführung von neuem Risikoausgleich und Fallpauschalen									M
14	Entwicklung von Wirtschafts- und Geschäftsstrategie der Grundversicherer OKP									C
15	Zugang zu Gesundheitsleistungen: Auswirkungen der Neuausrichtung des Wettbewerbs unter den Grundversicherern OKP									S
	Minimalvariante (M)	✓✓	✓	–	–	✓✓	✓	✓	–	✓
	Standardvariante (S)	✓✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓
	Komplettvariante (C)	✓✓✓ ✓✓	✓✓✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓	✓✓✓

Legende: Die Anzahl Häkchen steht für die Anzahl der Studien zum entsprechenden Fragebündel in der jeweiligen Variante des Evaluationsprogramms.



Résumé

Le présent rapport, réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), est une étude de faisabilité et de concept en vue de l'évaluation de la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier.

Composée de différents éléments, l'étude prépare le futur programme d'évaluation. Dans un premier volet, il s'est agit de décrire l'objet de l'évaluation, soit la révision de la LAMal. Sur la base de cette description, des modèles d'impact sont élaborés ; ils représentent graphiquement les effets de la révision de la LAMal. Ces modèles servent quant à eux de point de départ pour formuler les questions centrales du programme d'évaluation. Dans un deuxième volet, une enquête recense les activités de recherche concomitante en cours ou prévues. L'inventaire indique les thèmes déjà traités ailleurs et les activités de recherche sur lesquelles la réalisation du programme d'évaluation peut se baser. Dans un troisième volet, les bases de données existantes et les collectes de données prévues sont inventoriées et la mesure dans laquelle ce matériel peut être utilisé pour la réalisation du programme d'évaluation est examinée. Sur la base de ces trois volets, la faisabilité d'une évaluation a été établie et un concept d'évaluation élaboré. Chacun des éléments de l'étude de faisabilité et de concept sont exposés ci-dessous, en mettant l'accent sur les résultats. Au préalable, quelques brèves indications sont données sur la procédure méthodologique utilisée pour l'étude préparatoire.

Du point de vue méthodologique, les travaux exposés dans le présent rapport se basent sur l'analyse de documents publics et non publics ainsi que sur la littérature spécialisée. L'étude se base aussi sur des entretiens avec les acteurs et institutions concernés (« stakeholders ») ainsi qu'avec des experts scientifiques, sur l'enquête menée auprès de différentes institutions du système de santé et de plusieurs instituts de recherche ainsi que sur les discussions des différents éléments de l'étude au sein du groupe d'accompagnement (cf. chap. 3). Pour ces travaux, une procédure participative a été choisie pour, d'une part, saisir les multiples facettes de l'objet et, d'autre part, garantir que les perspectives des acteurs sont prises en compte de manière appropriée et ainsi soutenir leur coopération pour la suite du processus.

Le descriptif des objectifs et des composantes de la révision LAMal (cf. chap. 5) fait ressortir la complexité de l'objet de l'évaluation et ses multiples liens avec le domaine hospitalier, avec l'assurance obligatoires des soins (AOS) et avec le domaine de la santé publique en général. Les cinq mesures suivantes sont au centre de la description : 1) la rémunération des prestations hospitalières par les forfaits liés à la prestation, 2) l'inclusion des investissements des hôpitaux dans le domaine stationnaire dans ces forfaits, 3) le renforcement du libre choix de l'hôpital pour les assurés, 4) les nouveaux critères de la Confédération concernant la planification hospitalière et 5) la nouvelle répartition du financement dual fixe pour les prestations stationnaires.

Le travail d'élaboration des modèles d'impact (cf. chap. 6) a fait apparaître la nécessité d'établir deux modèles : le premier porte sur les effets des mesures de la révision du financement hospitalier et montre comment et dans quels contextes la révision de la LAMal peut atteindre ses objectifs. Le deuxième modèle d'impact, moins vaste, traite de la révision de la compensation des risques entre les assureurs, laquelle a été décidée comme une quasi mesure d'accompagnement de la révision du financement hospitalier. Outre l'affinement de la compensation des risques qui devrait freiner l'incitation des assureurs à la sélection des assurés, la nouvelle orientation prospective joue aussi un rôle central et devrait créer les impulsions nécessaires pour une réduction des coûts. Les deux modèles ne constituent pas des systèmes isolés, mais sont en interaction l'un avec l'autre.

Sur la base de la description de l'objet de l'évaluation et de ses effets (potentiels), les questions centrales du programme d'évaluation ont été formulées (cf. chap. 7). Ces questions d'évaluation



peuvent être regroupées dans les neuf thèmes suivants :

- 1) Quelle est l'influence de la révision sur les coûts de la santé ?
- 2) Quelle est l'influence de la révision sur la qualité des prestations de soins ?
- 3) Quelle est l'influence de la révision sur l'accès de la population aux soins ?
- 4) Comment les modifications de la politique d'investissement des hôpitaux influence-t-elle la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical ?
- 5) Comment la révision modifie-t-elle l'organisation et le mode de fourniture des soins ?
- 6) Comment la mise en œuvre du système de forfaits influence-t-elle l'atteinte des objectifs de la révision ?
- 7) Quels sont les effets distributifs de la révision du mode de financement ?
- 8) Quelle est l'influence des nouvelles planifications cantonales sur la structure de l'offre des soins ?
- 9) Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs ?

Les huit premiers thèmes se rapportent à la révision du financement hospitalier, le neuvième à la révision de la compensation des risques entre les assureurs. Chacun de ces thèmes se subdivise en une série de questions d'évaluation. La liste complète comportant plus de cinquante questions d'évaluation potentielles, il est clair que les questions ne peuvent pas toutes être étudiées en détail dans le programme d'évaluation, mais qu'il faut opérer une sélection, voire fixer une liste de priorités.

L'inventaire des activités de recherche concomitante et des bases de données disponibles montre qu'une future évaluation peut et doit reposer sur le matériel existant. L'inventaire des recherches concomitantes (cf. chap. 4) indique que jusqu'ici neuf études, en cours ou prévues, peuvent être considérées comme accompagnant la révision de la LAMal dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques. La plupart de ces études sont effectuées ou mandatées par les acteurs directement concernés (Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, assureurs). Trois d'entre elles sont menées par des instituts universitaires. Sept sur neuf se réfèrent à l'introduction des forfaits par cas, deux à la nouvelle compensation des risques et une aborde le thème des investissements. Aucune recherche concomitante n'a pu être identifiée dans les trois domaines suivants: le renforcement du libre choix de l'hôpital, la planification hospitalière et le nouveau mode de financement des prestations hospitalières stationnaires.

Le recensement des bases de données à disposition pour analyser les questions d'évaluation a permis d'identifier 27 bases de données (cf. chap. 8). Douze proviennent d'enquêtes administratives, principalement réalisées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ou sur son mandat. Elles représentent des enquêtes exhaustives dans les domaines des hôpitaux, de l'assurance-maladie, des établissements médico-sociaux (EMS), de l'aide et des soins à domicile (Spitex) et du tarif Tarmed. Onze bases de données sont des enquêtes ponctuelles, effectuées à intervalles réguliers, dont la moitié aussi est réalisée par l'OFS ou sur son mandat. Trois autres bases de données sont des synthèses de différentes sources de données et portent notamment sur les aspects financiers du système de santé (en particulier les coûts et le financement). Finalement, la question se pose de savoir jusqu'à quel point les données existantes permettent, par la mesure d'indicateurs, de tirer des conclusions sur les causes et les conséquences des effets exposés dans les modèles d'impact du présent rapport. Pour y répondre, une liste d'indicateurs utiles pour répondre aux questions d'évaluation a été dressée. Quelques-uns permettent de répondre à plusieurs questions.

En conclusion, on constate que pour deux des neuf thèmes d'évaluation, il existe de nombreuses données permettant de répondre aux questions de l'évaluation à l'aide des indicateurs définis, à savoir



dans le domaine des coûts hospitaliers et de la modification de l'offre de soins. La qualité, l'accès aux prestations de soins et la planification hospitalière sont également bien appréhendés. Dans quatre domaines – investissements, effets distributifs, compensation des risques et mise en œuvre du système de forfaits – des bases de données n'existent que pour certaines questions de l'évaluation. Ce manque de données est particulièrement marqué pour le thème des investissements dans le domaine hospitalier stationnaire : les possibilités de recueillir des données fiables sont à l'heure actuelle très limitées.

Le fait que les données relatives aux différents domaines de la santé concernés par l'évaluation se trouvent à différents endroits et que leur accessibilité varie représentera un défi pour les équipes d'évaluation chargées des futures études. Une partie considérable des données sont gérées par des organes officiels (notamment les offices fédéraux OFS/BFS, OFSP/BAG, OFAP/BVP/, AFF/EFV) et peuvent donc être utilisées à des fins d'évaluation. D'autres données sont administrées par les institutions SwissDRG, Santésuisse, Newindex, H+ et IEMS. Comme il s'agit en partie d'organisations privées, l'accès aux données est parfois plus difficile. De plus, il se pourrait que la qualité de celles-ci s'avère insuffisante pour l'utilisation prévue. Afin de coordonner les données dans le cadre du programme d'évaluation, l'étude préconise la variante la moins coûteuse, soit que l'OFSP liste sur son site internet les bases de données pertinentes, avec pour chacune un lien sur une brève description élaborée selon une grille unique. Les informations les plus importantes pourraient ainsi être rapidement consultées. Dans cette optique, il est possible de s'appuyer sur des travaux existants de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Cette variante pour la coordination des données n'occasionnerait que peu de frais à l'OFSP et servirait clairement l'objectif de mise en commun de l'information sur les données disponibles sans toutefois les préparer sous une forme spécifique (et de ce fait sélective).

Sur la base de ces prémisses, résultats et conditions-cadre, la présente étude de faisabilité et de concept arrive à la conclusion qu'un programme d'évaluation de la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier peut être réalisé de manière judicieuse et appropriée. Un concept pour un futur programme d'évaluation est en conséquence proposé (cf. chap. 9). Il comprend 16 études d'évaluation, qui selon leur importance, leur priorité et leur coût sont attribuées à l'une des trois variantes suivantes : une variante minimale (m), une variante standard (s) et une variante complète (c). Comme l'expose le tableau 1, chacune des études traite des thèmes spécifiques et couvre un aspect différent du catalogue de questions ci-dessus. Le récapitulatif en bas du tableau montre que les trois variantes (m, s et c) couvrent de manière différente le catalogue de questions. La variante minimale en particulier présente des lacunes considérables, mais satisfait néanmoins aux exigences légales visées à l'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). La couverture est meilleure pour la variante standard; elle présente à l'heure actuelle le meilleur rapport coûts-utilité par rapport aux ressources investies. La variante complète, quant à elle, garantit un traitement exhaustif des questions d'évaluation et couvre aussi différents thèmes qui, pour l'heure, n'ont certes pas la première priorité, mais dont l'importance peut changer à l'avenir. Outre ces différentes études, le programme d'évaluation prévoit aussi des tâches transversales, notamment l'accompagnement du programme, l'assurance qualité et la mise en œuvre. Le concept englobe également une planification financière et un calendrier.

Comme le domaine est constamment en mouvement et qu'actuellement une multitude de projets visant d'autres adaptations sont discutés, il faut souligner que le présent rapport se fonde sur l'état des connaissances en mars 2010.



Tabelle 2 : Couverture des grands thèmes d'évaluation par les études proposées

Etude	Questions d'évaluation traitées dans l'étude	Correspondances avec les groupes du catalogue de questions								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Degré d'utilisation des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012						M			
2	Influence de la révision sur les coûts, l'organisation et le financement du système suisse de soins	M				M		M		
3	Nouveau mode de financement des investissements et qualité des infrastructures hospitalières suisses				S					
4a	Influence de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)		M							
4b	Influence de la révision sur la qualité des soins dans le domaine ambulatoire et stationnaire non aigu		C							
5	Transparence des coûts et du financement des hôpitaux	C								
6	Contribution des cantons à l'efficacité et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers								S	
7	Evolution de la structure de marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins					M				
8	Le système suisse de rémunération par forfaits : augmentation de l'efficacité ou apparition de comportements stratégiques chez les prestataires de soins ?	M								
9	Sélection des risques par les hôpitaux : un risque pour l'équité de l'accès aux soins ?			S						
10	Echange et protection des données						C			
11	Prestations de soins aigus stationnaires : Evolution des coûts, de l'efficacité et de la rentabilité	S								
12	Influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG	C	C							
13	Intensité de la sélection des risques après l'introduction de la nouvelle compensation des risques et de la rémunération par forfaits									M
14	Evolution de la stratégie économique et commerciale des assureurs-maladie AOS									C
15	Accès aux soins : impact de la réorientation de la concurrence entre assureurs-maladie AOS									S
	Variante minimale (M)	✓✓	✓	–	–	✓✓	✓	✓	–	✓
	Variante standard (S)	✓✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓
	Variante complète (C)	✓✓✓ ✓✓	✓✓✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓	✓✓✓

Légende: Le nombre des coches représentent le nombre des études qui correspondent aux grands thèmes d'évaluation dépendant des variantes.



1 Einleitung

Die vorliegende Studie dient der Vorbereitung eines künftigen Evaluationsprogramms zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung. Im Hinblick auf die Evaluation werden auf der Basis eines partizipativ entwickelten Wirkungsmodells die zentralen Evaluationsfragestellungen herausgearbeitet. Weiter werden die bestehenden Datenbestände wie auch die laufenden oder geplanten Begleitforschungsaktivitäten erhoben, soweit diese für den Evaluationsgegenstand relevant sind. Basierend auf diesen Grundlagen wird sodann ein Konzept zum zukünftigen Evaluationsprogramm entwickelt, das als zentrales Produkt der vorliegenden Studie bezeichnet werden kann und das dem Bundesamt für Gesundheit als Grundlage für die weiteren Arbeiten am Evaluationsprogramm dienen soll.

Das Evaluationsprogramm soll sich mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung befassen, die im Dezember 2007 von den eidgenössischen Räten beschlossen und per 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Manche Elemente, wie die leistungsbezogenen Fallpauschalen sowie die Spitalplanung, werden 2012 (Fallpauschalen) und allenfalls später (Spitalplanung) in Kraft treten. Eng verbunden mit der Revision der Spitalfinanzierung ist auch die im Dezember 2007 beschlossene Revision des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern, von der man sich nicht nur die Verringerung der Risikoselektion, sondern auch einen dämpfenden Einfluss auf die Kostenentwicklung erhofft. Die Änderung des Risikoausgleichs soll per 1. Januar 2012 in Kraft treten. Dies hat erstens zur Folge, dass die zur Umsetzung erforderliche Konkretisierung der Massnahmen bei weitem noch nicht abgeschlossen ist. Dies heisst also, dass die konkrete Ausgestaltung der zu evaluierenden Massnahmen noch nicht bis ins Detail und definitiv festgelegt ist. Zweitens hat dies weiter zur Folge, dass der heutige Zustand nicht jenem Zustand direkt vor Einführung der zu evaluierenden Neuerungen entsprechen muss. Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass aufgrund der weiterhin auch in der Öffentlichkeit heftig diskutierten Entwicklung der Gesundheitskosten beziehungsweise der Kosten- und Prämienentwicklung in der OKP weitere Änderungen auf Ebene der Rechtsetzung und Implementation vor den genannten Stichdaten erfolgen können. Drittens ermöglicht dieser zeitliche Ablauf aber auch eine systematische und fundierte Planung der Evaluationsaktivitäten im Zusammenhang mit diesem Evaluationsprogramm. Nicht zuletzt könnte die beschriebene Konstellation die Realisierung von Null-Messungen ermöglichen, was aus konzeptionell-analytischen Gründen für das Evaluationsprogramm eine günstige Ausgangslage darstellt. Jedoch ist gleich auch darauf hinzuweisen, dass derartige Null-Messungen auch den Vorwirkungen der geplanten Änderungen ausgesetzt und deswegen nicht unproblematisch sind.

Der vorliegende Schlussbericht ist wie folgt aufgebaut. Gleich im Anschluss wird in Kapitel 2 die grundsätzliche Vorgehensweise im Rahmen dieser Studie dargelegt. Ergänzend finden sich dann in den einzelnen Kapiteln spezifischere Ausführungen zum Vorgehen im jeweiligen Studienteil. Im darauffolgenden 3. Kapitel findet sich ein Überblick zu den laufenden und geplanten Begleitforschungsaktivitäten, die es bei Konzipierung und Durchführung des Evaluationsprogramms zu berücksichtigen gilt. Im Kapitel 4 findet sich eine Beschreibung der zu evaluierenden Revision des KVG. Eine detaillierte Beschreibung des Evaluationsgegenstandes bildet die Grundlage für alle weiteren Überlegungen und Arbeiten. Dabei wird ein besonderes Gewicht auf eine klare Abgrenzung des Evaluationsgegenstandes gegenüber benachbarten und/oder mit dem Gegenstand in Beziehung stehenden Themen gelegt, weil der betroffene Gegenstandsbereich nicht nur als kompliziert, sondern auch als komplex zu beschreiben ist und zahlreiche Verbindungen mit anderen Gegenständen aufweist. Im nachfolgenden Kapitel 5 steht die Erarbeitung und Präsentation von sogenannten Wirkungsmodellen im Zentrum. Unter Wirkungsmodellen werden graphische Abbildungen verstanden, welche die Funktions- und Wirkungsweise eines Gegenstandes – also hier der KVG-Revision – visuell aufzeigen. Dies ist im Hinblick auf das Konzept für das Evaluationsprogramm namentlich auch deshalb hilfreich, weil so die relevanten



Wirkungszusammenhänge zu den zu evaluierenden Massnahmen in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich herausgearbeitet werden können. Gestützt auf diese Grundlagen werden im Kapitel 6 die Evaluationsfragen vorgestellt, die im Rahmen des Evaluationsprogramms abzudecken sein werden. Zur besseren Übersicht werden die sehr zahlreichen, relevanten Evaluationsfragen in neun Fragegruppen, mit inhaltlichen Gemeinsamkeiten, gebündelt. Kapitel 7 des vorliegenden Berichts befasst sich mit den vorhandenen Datengrundlagen zur Beantwortung der Evaluationsfragen, mit der Definition von Indikatoren, die Anhaltspunkte zu den zugrundeliegenden Wirkungszusammenhängen geben können, sowie mit der Frage der Koordination der Datenbestände im Rahmen des Evaluationsprogramms zur KVG-Revision. Aufgrund all dieser Vorarbeiten wird dann im 8. Kapitel das Konzept zu einem Evaluationsprogramm vorgestellt, wobei drei unterschiedlich umfangreiche Varianten präsentiert werden. Ein Literaturverzeichnis sowie ein Anhang mit zahlreichen zugrundeliegenden und weiterführenden Informationen schliessen den Bericht ab.

2 Vorgehen

Die vorliegende Studie dient der Erarbeitung eines Konzepts für ein zukünftiges Evaluationsprogramm. Zu diesem Zweck sind eine Reihe von Untersuchungsteilen definiert worden. Nachfolgend wird dargestellt, welches grundsätzliche Vorgehen in den verschiedenen Untersuchungsteilen gewählt wurde und in welchem Zusammenhang die verschiedenen Untersuchungsteile stehen. Eine detaillierte Darstellung der Vorgehensweisen in den einzelnen Untersuchungsteilen findet sich in den jeweiligen Kapiteln.

Die Bestandesaufnahme zu den laufenden und geplanten Begleitforschungsaktivitäten (Kapitel 3) beruhen – neben gewissen Vorkenntnissen – primär auf einer Befragung jener Institutionen, die mit der Umsetzung des KVG im hier relevanten Bereich befasst sind (nachfolgend als Stakeholder bezeichnet), sowie ausgewählter Forschungseinrichtungen, bei denen aufgrund von Vorabinformationen entsprechende Aktivitäten vermutet werden konnten.

Im Hinblick auf die Beschreibung der Gesetzesrevision (siehe Kapitel 4), auf die Erarbeitung eines Wirkungsmodells (siehe Kapitel 5) und auf die Evaluationsfragen (siehe Kapitel 6) sind folgende Arbeitsschritte realisiert worden:

- Das Evaluationsteam hat sich in Zusammenhang mit der Erstellung der Offerte (siehe dazu auch Offerte, Seiten 3 bis 5) aber auch im Anschluss an die Auftragsvergabe mit Vorüberlegungen zu den potentiellen Evaluationsfragen befasst. Dabei haben sich die Teammitglieder in diesem *ersten* Arbeitsschritt aufgrund ihrer Vorkenntnisse Überlegungen zu den Evaluationsfragen gemacht, an denen sich ein zukünftiges Evaluationsprogramm orientieren könnte.
- In einem *zweiten* Schritt wurden umfangreiche, schriftliche Unterlagen im Hinblick auf folgende Fragen analysiert: Worin besteht die vorgesehene KVG-Revision? Welche Konsequenzen könnten sich aufgrund der Revision ergeben? Zu welchen Fragen kann ein zukünftiges Evaluationsprogramm fundierte Erkenntnisse beisteuern? Für diesen Schritt stützte man sich einerseits auf öffentlich zugängliche, schriftliche Dokumente unterschiedlichster Provenienz und andererseits auf die durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zugänglich gemachten Aktenmaterialien. Neben den Unterlagen direkt zum Inhalt, zur Ausgestaltung und (soweit bekannt) zur Umsetzung der Revision waren dabei besonders auch solche mit Aussagen zu den Auswirkungen der Revision von Interesse.
- Im Anschluss an die Dokumentenanalyse und auf dieser aufbauend wurden in einem *dritten* Schritt Leitfadeninterviews mit ausgewählten Beteiligten & Betroffenen sowie mit Experten durchgeführt. Als



Beteiligte & Betroffene wurden sachvertraute Personen der von der Revision betroffenen Organisationen ausgewählt, als Experten wurden hingegen Personen mit ausgewiesener Expertise in den relevanten Fragen aber mit einer möglichst unabhängigen Perspektive ohne direkte Eigeninteressen angesprochen. Grundsätzlich folgten wir bei der Auswahl der Personen dem Ziel, eine möglichst facettenreiche Darstellung aus vielfältigen Perspektiven zu erreichen. Eine Liste mit den interviewten Personen findet sich im **Anhang 3** Mit diesen Personen wurden leitfadengestützte Interviews im Umfang von einer bis zu zwei Stunden geführt. Die Gespräche wurden digital aufgenommen und im Anschluss zusammenfassend protokolliert. Ein Muster des in den Gesprächen verwendeten Leitfadens findet sich im Anhang 4.

Nach jedem dieser drei Schritte sind die gewonnen Informationen, Meinungen und Vermutungen in drei Kapitel eingeflossen, nämlich in eine Beschreibung der KVG-Revision (siehe Kapitel 4), in die Formulierung von Wirkungsmodellen (siehe Kapitel 5) und in einen Katalog von Evaluationsfragen (siehe Kapitel 6). Diese drei Kapitel wurden bei jedem Arbeitsschritt weiter bearbeitet, differenziert und angepasst. Die drei Elemente Revisionsbeschreibung, Wirkungsmodell und Fragenkatalog stehen miteinander in Beziehung, sind inhaltlich gekoppelt. Das Wirkungsmodell legt die Folgen der beschriebenen Revision dar und die Evaluationsfragen wiederum thematisieren die im Wirkungsmodell thematisierten Zusammenhänge. Für das bessere Verständnis und zur Verdeutlichung erfolgt im Kapitel 5 eine kurze Einführung in Wirkungsmodelle, bei der Revisionsbeschreibung und dem Fragenkatalog wird wegen deren Einschlägigkeit auf eine solche verzichtet.

- Die auf der Grundlage der Vorarbeiten entwickelten Wirkungsmodelle sowie der Katalog mit den Evaluationsfragen wurden sodann in einem *vierten* Arbeitsschritt der Begleitgruppe, bestehend aus Vertretern von an der KVG-Revision beteiligten und durch die KVG-Revision betroffenen Institutionen vorgestellt und in diesem Rahmen im Sinne einer kommunikativen Validierung zur Diskussion gestellt. Aufgrund der Diskussionen anlässlich der Begleitgruppensitzung wie auch aufgrund der in der Folge eingegangenen schriftlichen Rückmeldungen wurden sodann die drei Kapitel ein weiteres Mal überarbeitet und in die Form gebracht, wie sie nun im Anschluss dargestellt werden. Eine Liste der Mitglieder der Begleitgruppe findet sich im Anhang 5.

Nach der Erstellung der Wirkungsmodelle und des Katalogs der Evaluationsfragen wurden die zu erfassenden Indikatoren definiert (vgl. Kapitel 7), die zur Beantwortung der Evaluationsfragen beigezogen werden können. Diese Arbeit wurde auf Basis der Erfahrung der Projektteammitglieder und der für die vorangehenden Arbeitsschritte beigezogenen Quellen (Expert/innen, Literatur) durchgeführt. Teilweise wurden für spezifische Fragestellungen (Risikoausgleich, Spitalplanung) weitere Expert/innen aus der Begleitgruppe beigezogen.

Die Zuordnung der zu messenden Indikatoren zu bestehenden Datenquellen beziehungsweise der neu zu erhebenden Daten wurde aufgrund einer Recherche zu Datenquellen im Schweizer Gesundheitswesen auf Basis unter anderem vom Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz (Strub und Roth 2006) durchgeführt. Dadurch wurde ein Überblick zu den bestehenden Datenquellen und Datenlücken gewonnen. Diese Arbeiten fanden wiederum Eingang in Vorschläge zur Datenkoordination, die auf Basis von bestehenden Erfahrungen der Projektteammitglieder aus verschiedenen Forschungsprojekten (im Gesundheitswesen) sowie auf Basis ausgewählter Literatur formuliert wurden.

Das in Kapitel 8 vorgestellte Konzept für ein Evaluationsprogramm beruht erstens auf den oben dargelegten Vorarbeiten. Dabei dienen die Beschreibung des Evaluationsgegenstandes (in Kapitel 4), die Wirkungsmodelle (in Kapitel 5) sowie die Evaluationsfragen (in Kapitel 6) zur Definition der Evaluationsbedürfnisse, während die Bestandesaufnahmen zu den Begleitforschungsaktivitäten (in Kapitel 3) sowie zu den Datenbeständen (in Kapitel 7) eher die Grenzen des Evaluationsprogramms und



dessen Voraussetzungen umschreiben. Zweitens beruhen die Überlegungen zu einem Konzept eines Evaluationsprogramms auf den evaluationsfachlichen Erfahrungen des Projektteams aus der Gesundheitspolitik, aber auch aus anderen Politikfeldern. Drittens wurde auch das Evaluationsprogramm einer kritischen Diskussion durch die Begleitgruppe ausgesetzt.

3 Bestandesaufnahme von Begleitforschungsaktivitäten

3.1 Ziel und Vorgehen

Ziel

Das Ziel dieses Kapitels im Rahmen der vorliegenden Machbarkeits- und Konzeptstudie ist die Schaffung einer Übersicht über bereits laufende oder geplante Begleitforschungsaktivitäten, welche in einem Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung und Risikoausgleich stehen. Diese Übersicht ist eine wichtige Voraussetzung für einen koordinierten Ablauf der geplanten Evaluation der Gesetzesrevision. Es sollen die Überschneidungen mit dem Evaluationsprogramm identifiziert und die potentiellen Synergien aufgezeigt werden. Mit dem Begriff der Begleitforschung werden sämtliche geplanten oder bereits laufenden Studien, Monitorings, Controllings, Evaluationen, Wirkungsanalysen und ähnlichen Aktivitäten gemeint, sofern sie in einem expliziten Zusammenhang mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich Spitalfinanzierung oder Risikoausgleich stehen.

Mittels einer schriftlichen Befragung wurden die zentralen Stakeholder im Rahmen der Umsetzung der KVG-Revision angesprochen. Im Vordergrund standen folgenden Ansprechpartner:

- Bund (BAG und Obsan)
- Kantone
- Leistungserbringer
- Versicherer
- Versicherte

Neben der Darstellung der Aktivitäten der Stakeholder wird auch ein Überblick über relevante Forschungsaktivitäten von verschiedenen Universitäten, Fachhochschulen und Einzelpersonen mit ausgewiesenem Expertenstatus geliefert.

Die Erhebung lieferte neun relevante Aktivitäten, wovon sechs sich mit der Einführung von leistungsorientierten Pauschalen beschäftigen. In den verbleibenden drei Aktivitäten werden die Themen Risikoausgleich und Spitalfinanzierung im internationalen Vergleich bearbeitet. Die nächsten Abschnitte dienen der Darstellung der Vorgehensweise zur Bestandsaufnahme, der Darstellung der Aktivitäten nach Wirkungsbereich der Gesetzesrevision, einer Beschreibung der geplanten und laufenden Forschungsaktivitäten aus verschiedenen Blickwinkeln und einer zusammenfassenden Würdigung.

Adressatenkreis

In erster Linie wurde der Kontakt zu den Stakeholdern – also zu den im Gestaltungs- und Umsetzungsprozess der KVG-Revision direkt involvierten Institutionen – gesucht. Wie bereits erwähnt, sind dies, neben dem Bund selbst, die Kantone, die Leistungserbringer, die Krankenversicherer und die Versicherten. Konkret wurde der Kontakt zu diesen Stakeholdern über Verbandsvertretungen herge-



stellt. In zweiter Linie wurden auch selbstständig studienführende Institutionen angeschrieben, also verschiedene Hochschulinstitute, private Forschungsinstitute sowie Einzelpersonen mit Expertenstatus. Im Anhang 1 sind sämtliche Adressaten aufgelistet.

Die Kantone wurden nicht einzeln, sondern über die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK/CDS) angesprochen, die Versicherer über den Branchenverband im Bereich der sozialen Krankenversicherung (santésuisse), die Spitäler über ihren Zentralverband (H+ Die Schweizer Spitäler) und die Ärzteschaft über die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Als Ergänzung zu den bereits in der Offerte als Stakeholder definierten Akteuren wurden als Vertreter der Versicherten auch der Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen (DVSP) und als Forschungsinstitut des Bundes, welches auf das Gesundheitswesen spezialisiert ist, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ebenfalls als Stakeholder eingestuft. Das BAG als Auftraggeber wurde nicht eigens nach Begleitforschungsaktivitäten befragt.

Insgesamt wurden 31 Fragebogen versandt und 15 zurück erhalten, was einer Rücklaufquote von 48% entspricht. Von den 15 Antworten enthielten 8 Hinweise auf laufende oder geplante Aktivitäten zur Begleitforschung, wobei nicht alle dieser Aktivitäten in einem direkten Zusammenhang zur Revision des KVG stehen. Auf diesen Punkt wird im Rahmen der genaueren Beschreibung der Forschungsaktivitäten eingegangen.

Auf Wunsch der Begleitgruppe und des BAG wurden nach Abschluss der eigentlichen Befragung auch die Aktivitäten des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben. Der ANQ ist ein Verein, dessen Mitglieder der Spitalverband H+, die Kantone, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer sind. Im ANQ werden Qualitätsmessungen in den Bereichen Akutsumatik, Rehabilitation und Psychiatrie paritätisch festgelegt.

Art der Befragung und terminliche Vorgaben

Die Erhebung zu den Aktivitäten der Begleitforschung wurde als schriftliche Befragung per E-Mail durchgeführt. Ein erster Versand des Fragebogens fand am 3. Dezember 2009 statt und enthielt eine Antwortfrist bis am 15. Dezember 2009. Am 14. Dezember 2009 wurde der Fragebogen im Sinne eines ersten Reminders nochmals an dieselben Adressaten mit einer Fristverlängerung und am 8. Januar 2010 als zweiter Reminder mit Frist bis zum 22. Januar 2010 versandt. Besonderes Gewicht wurde darauf gelegt, dass sämtliche definierten Stakeholder die Anfrage beantworteten. Dementsprechend wurde mit den Stakeholdern im Falle einer ersten erfolglosen Mahnung telefonisch Kontakt aufgenommen.

Die befragten Institutionen und Personen wurden gebeten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen, welcher nach den Zielen, Inhalten, wichtigsten Fragestellungen und zu erwartenden Ergebnissen der Begleitforschung fragte und Auftraggeber, Auftragnehmer und terminliche Rahmenbedingungen ermittelte.

Einschränkungen

Die Aussagekraft der vorliegenden Bestandsaufnahme ist dadurch beschränkt, dass diejenigen Personen, welche die Anfrage nicht beantworteten, möglicherweise dennoch relevante Aktivitäten der Begleitforschung durchführen. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass die Bestandsaufnahme Lücken aufweist. Zudem ist damit zu rechnen, dass weitere Forschungsaktivitäten im Laufe der Umsetzung der Gesetzesrevision erst noch gestartet werden.

Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft ist durch die Beschränkung der Bestandsaufnahme auf die Schweiz begründet. Es war nicht Aufgabe des Auftragnehmers, internationale Forschungsaktivitäten



zu ähnlich gelagerten Gesetzesreformen zu berücksichtigen. Selbstverständlich existiert aber solche Forschungsliteratur, die für den Auftraggeber von Interesse sein kann.

Schliesslich ist festzuhalten, dass zur Gesetzesrevision verschiedene Begleitmassnahmen gehören, die für eine Evaluation von grosser Bedeutung sein können, hier aber nicht Gegenstand der Untersuchung sind. Dies betrifft beispielsweise die sogenannte Codierrevision, welche im Auftrag der Tarifpartner durchgeführt wird und dazu dienen soll, die korrekte Anwendung der Fallpauschalen zu überprüfen. Auch der zur Einführung der SwissDRG zwischen H+, santésuisse und der Konferenz der Schweizerischen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK/CDS) geschlossene Tarifstrukturvertrag enthält für die kommende Evaluation wichtige Informationen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird.

3.2 Aktivitäten der Begleitforschung im Überblick

Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die verschiedenen aus der Befragung hervorgegangenen Aktivitäten der Begleitforschung. Dabei wird eine Einteilung der Aktivitäten nach den im Rahmen der KVG-Revision ergriffenen gesetzlichen Massnahmen vorgenommen. Ist eine Informationszelle angekreuzt, so bedeutet dies, dass in der entsprechenden Arbeit Informationen zu diesem Aspekt enthalten sind. Diese Informationen können sowohl konzeptioneller als auch empirischer Natur sein.

Tabelle 3 verdeutlicht, dass die meisten Begleitforschungsaktivitäten auf die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen ausgerichtet sind. Aufgrund der dominanten Stellung des Themas der leistungsbezogenen Pauschalen werden im Folgenden zunächst sämtliche diesbezüglichen Begleitforschungsaktivitäten besprochen. Anschliessend werden jene Aktivitäten diskutiert, die sich mit anderen für die Evaluation der KVG-Revision relevanten Aspekten befassen.

Eine ausführliche Einteilung der Forschungsaktivitäten nach den in den Wirkungsmodellen postulierten Wirkungsebenen sowie eine längere tabellarische Übersicht über sämtliche rückgemeldeten Forschungsaktivitäten finden sich im Anhang 2 (Tabelle 12 und Tabelle 13).



**Tabelle 3 : Aktivitäten der Begleitforschung nach gesetzlichen Massnahmen der KVG-Revision
Spitalfinanzierung und Risikoausgleich**

	Leistungsbezogene Pauschalen				Investitionen	Freie Spitalwahl	Spitalplanung	Dual-fixe Finanzierung	Neuer Risikoausgleich	Veröffentlichung	Geplanter Abschluss
	Kosten	Qualität	Versorgungsstrukturen	Gesundheitspersonal							
Biomed. Ethik, Uni ZH ¹		x	x	x						ja	4. Quartal 2011
Obsan ²	x	x								ja	1. Quartal 2011
FMH ³	x	x	x	x						ja	erfolgt
Unispital BS ⁴		x		x						ja	2014
SwissDRG AG ⁵	x				x					offen	2. Quartal 2010
IEMS ⁶									x	ja	3. Quartal 2010
Politikwissenschaftlichen Uni ZH ⁷	x	x								ja	Erfolgt
ANQ ⁸		x								ja	fortlaufend
CSS ⁹									X	offen	ausstehend, 2011

¹ The Introduction of DRGs in Switzerland from an ethical perspective. An empirical examination of ethical implications (Institut für biomedizinische Ethik der Universität Zürich; vgl. Wild, Pfister, Biller-Andorno, 2009).

² Einfluss des Spitalfinanzierungssystems insbesondere der Einführung der DRGs auf die Liegedauer und Rehospitalisationsraten in den Jahren 2002-2008 (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan).

³ Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG der FMH (Bovier, Burnand, Guillaud, Paccaud, Vader, Locher, Meyer, 2009).

⁴ Monitoring the Impact of the DRG Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Hospitals (Abteilung klinische Pflegewissenschaften des Universitätsspitals Basel, Leitung: Prof. R. Spirig).

⁵ Erhebung der Anlagenutzungskosten für stationäre Leistungen an Spitälern (SwissDRG AG, Leitung: S. Hölzer).

⁶ Health based risk adjustment in Switzerland: An exploration using medical information from prior hospitalisation (Institut d'économie et management de la santé der Universität Lausanne; vgl. Holly, Gardiol, Eggli, Yalcin & Ribeiro, 2004).

⁷ Learning from Others: The Diffusion of Hospital Financing Reforms in OECD Countries (Institut für Politikwissenschaften der Universität Zürich; vgl. Gilardi, Luyet & Füglistner, 2009).

⁸ Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

⁹ Geplantes europäisches Forschungsprojekt zum Risikoausgleich mit Beteiligung des CSS Forschungsinstituts.



3.3 Aktivitäten der Begleitforschung im Zusammenhang mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen

3.3.1 Konzept der FMH für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG

Vorbemerkungen

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es sich bei dieser Arbeit im Auftrag der Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH; Bovier, Burnand, Guillaud, Paccaud, Vader, Locher, Meyer, 2009) um ein Konzept für zukünftige Aktivitäten der Begleitforschung handelt – es ist also keine Arbeit der Begleitforschung an sich. Das Konzept liefert aber breit gefächerte Bedingungen, die als Richtlinie für künftige Aktivitäten der Begleitforschung dienen können.

Unterschieden werden drei Sichtweisen: 1) Patientensicherheit und Versorgungsqualität, 2) Situation der betroffenen Berufsgruppen, 3) Gesundheitssystem als Ganzes. Für jede dieser drei Sichtweisen liefert das Konzept Indikatoren, zu welchen Daten beschafft und ausgewertet werden müssten.

Konkret wird im Konzept vorgeschlagen, dass die SwissDRG AG als Hauptträgerin der Begleitforschung fungiert, wobei die Hauptverantwortung für die Evaluation der Wirkungen des KVG beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) verbliebe. Die tatsächliche Abwicklung der Forschungstätigkeit soll dem Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung übertragen werden – dies auch im Sinne der Qualitätssicherung.

Das Konzept äussert sich auch zur Finanzierung der Begleitforschung und schlägt dazu verschiedene Quellen vor: 1) Die anrechenbaren Betriebskosten der leistungserbringenden Spitäler, 2) einen Zuschlag pro DRG-Fall, 3) Budgetmittel des Bundes für die Evaluation der Wirkungen des KVG und 4) weitere Mittel (z.B. allgemeine Forschungsfinanzierung und projektbezogene Mittel).

Genauere Angaben zu den im Konzept vorgeschlagenen Indikatoren können Tabelle 14 im Anhang 2 entnommen werden.

Vorgeschlagene Aktivitäten zur Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung

Das Konzept schlägt die Überwachung einer Reihe von Indikatoren vor, die vor allem auf die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung ausgerichtet sind. Dabei wird eine Erhebung auf kantonaler Ebene vorgeschlagen. So könnte etwa die Qualität der Patientenversorgung durch eine zu starke Verringerung der Aufenthaltsdauer tangiert werden. Ebenfalls sollte überprüft werden, ob es im Zuge der Einführung von SwissDRG zu Änderungen in der medizinischen Praxis kommt, also zum Beispiel zu einer weniger genauen Einhaltung von Behandlungsempfehlungen.

Vorgeschlagene Aktivitäten zur Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Gesundheitsfachleute

Um die Auswirkungen auf die Gesundheitsfachleute zu erheben, wird ebenfalls ein Monitoring von verschiedenen Indikatoren vorgeschlagen. Die Einführung von DRGs in Deutschland hatte offenbar eine Verschlechterung der Motivation von Gesundheitsfachleuten und eine Verringerung der Attraktivität der ärztlichen Berufe zur Folge. Aufgrund der Befürchtung, dass sich die Arbeitsbelastung der Gesundheitsfachleute nach der Lancierung von SwissDRG deutlich erhöhen könnte, sollte eine



Erfassung der Arbeitsbelastung angestrebt werden. Von Fachpersonen wurde auch wiederholt die Befürchtung geäussert, dass SwissDRG zu einem vermehrten Interessenkonflikt zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Faktoren führen könnte. Dieser Interessenkonflikt hätte dann möglicherweise eine Einschränkung der Behandlungsfreiheit zur Folge.

Vorgeschlagene Aktivitäten zur Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf das Gesundheitssystem und die Organisation der Gesundheitsversorgung

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Organisation der Gesundheitsversorgung sollen gemäss Konzept ebenfalls mit einer Reihe von Indikatoren verfolgt werden:

- DRGs setzen einen Anreiz zur Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer im Akutspital. Dennoch sind der medizinisch vertretbaren Verringerung der Aufenthaltsdauer Grenzen gesetzt. Die Entwicklung der stationären Aufenthaltsdauer sollte deshalb analysiert werden.
- Es muss sichergestellt sein, dass die Entscheidung, ob ein bestimmter medizinischer oder chirurgischer Eingriff stationär oder ambulant durchgeführt wird, fachlich begründet ist und nicht aufgrund der Tarifgestaltung erfolgt.
- Die Auswirkungen von SwissDRG auf die Spitaldichte sollten erfasst werden.
- Die erhöhte Transparenz bezüglich der Finanzierung von Forschungsaktivitäten könnte zu einer Abnahme der Forschungsaktivitäten in den Akutspitalern oder einer Behinderung der Verwendung von neuen Technologien führen. Die entsprechende Entwicklung muss beobachtet werden.
- Die Entwicklung der Gesundheitskosten muss verfolgt werden.

Weitere wichtige Rahmenbedingungen

Die AutorInnen betonen, dass neben der Einführung der beschriebenen Monitorings eine Reihe von weiteren Bedingungen erfüllt sein müssten: Dazu gehören eine regelmässige Evaluation der Qualität der medizinischen Kodierung der Spitalaufenthalte, die Weiterentwicklung von Methoden und Algorithmen zur Verbesserung der vorgeschlagenen Indikatoren, die Förderung von unabhängigen Registern und die Verwendung der entsprechenden Daten im Rahmen von Monitorings.

3.3.2 The Introduction of DRGs in Switzerland from an ethical perspective – an empirical examination of ethical implications

Am Institut für biomedizinische Ethik der Universität Zürich ist ein Forschungsprojekt im Gange, welches die Zielsetzung verfolgt, die Auswirkungen der Einführung von SwissDRG nicht nur auf medizinischer und ökonomischer, sondern auch auf ethischer Ebene bewertbar zu machen. Auf der Basis von qualitativen Interviews mit wichtigen Stakeholdern unter anderem aus Ärzteschaft, Politik, Wissenschaft und Spitalmanagement werden folgende Aspekte untersucht:

- Der Nutzen und die Legitimation eines Aufbaus von ethisch orientierter Begleitforschung im Bereich von gesundheitspolitischen Reformen in der Schweiz (u.a. am Beispiel der Einführung von SwissDRG).
- Die ethisch relevanten Kriterien, die im Rahmen einer Begleitforschung zur Einführung von SwissDRG zu beachten sind.
- Die Implikation der Einführung von SwissDRG für das professionelle Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten.

Bereits vorliegend ist ein auf ethische Aspekte ausgerichteter Kriterienkatalog für die Begleitforschung im Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG (Wild, Pfister & Biller-Andorno, 2009). Dabei



wurden drei zentrale Kriteriencluster erarbeitet: 1) Patientenversorgung und Angehörige, 2) Professionelles Selbstverständnis, 3) Institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen.

An eine Begleitforschung, welche ethisch relevante Kriterien berücksichtigt, werden die folgenden Anforderungen gestellt: 1) Keine Beschränkung auf quantitative Elemente, 2) Erarbeitung von Items in Fokusgruppen mit Beteiligung der Zielgruppen, 3) Durchführung der Evaluation als Längs- und Querschnittstudie, 4) Fortsetzung der Evaluation weit über den Einführungszeitraum hinaus, 5) Fachkundige Auswertung der Evaluation mit ethischer Expertise und Nutzbarmachung für den öffentlichen Diskurs.

Als zentrale Voraussetzung für das Gelingen einer Begleitforschung, welche auch ethischen Kriterien gerecht wird, erachten die Autorinnen die interdisziplinäre Kooperation, wobei der Einbezug der Medizin, der Pflege, der Sozial- und Rechtswissenschaften und der Ökonomie als unabdingbar eingestuft wird.

Zu erwähnen bleibt, dass das Institut für biomedizinische Ethik der Universität Zürich gegenwärtig ein weiterführendes Forschungsprojekt zu den ethischen Implikationen der Einführung von SwissDRG vorbereitet.

3.3.3 Monitoring the Impact of the DRG Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Hospitals

Ziel dieses Forschungsvorhabens an der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Basel¹⁰ ist es, ein systematisches Monitoring der Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Umfeldfaktoren der Pflege in den Spitälern der Akutversorgung der Deutschschweiz vorzubereiten. Dabei werden im Universitätsspital Basel die folgenden Kontextfaktoren einem Monitoring unterzogen: Turnover, Arbeitsvolumen, Qualität der Pflege, Arbeitszufriedenheit, Ressourcen und Autonomie sowie patientenbezogene Outcome-Daten (im Spital entstandene Infektionen der Atemwege oder des Harntraktes und Patientenmortalität). Konzeptionelle Modelle und Messinstrumente für die Kontextfaktoren der Pflege werden weiterentwickelt und getestet, damit sie anderen Akutspitälern zur Verfügung gestellt werden können. Ein erstes Monitoring fand bereits 2007 statt, die nächsten Erhebungen werden 2011 sowie 2014 stattfinden.

3.3.4 Erhebung der Anlagenutzungskosten für stationäre Leistungen an Spitälern

GDK/CDS, H+ und santésuisse haben gemeinsam die SwissDRG AG damit beauftragt, denjenigen Umfang der Anlagenutzungskosten zu ermitteln, der künftig in die duale Finanzierung nach Art. 49 und 49a KVG integriert werden soll.¹¹ Ziel ist also eine Festlegung der Anlagenutzungskosten pro Fall sowie allfälliger Schwierigkeiten bei der Quantifizierung gemäss den Vorschriften der Verordnung über die Kostenerfassung und Leistungsermittlung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL/OCP). Die Arbeiten laufen im ersten Trimester des Jahres 2010.

3.3.5 Einfluss des Spitalfinanzierungssystems insbesondere der Einführung von DRGs auf die Liegedauer und Rehospitalisationsraten in den Jahren 2002-2008

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) sowie das Institut de santé et d'économie (ISE) beschäftigen sich mit folgenden Fragestellungen:

¹⁰ Das Forschungsprojekt steht unter der Leitung von Frau Prof. Rebecca Spirig.

¹¹ Berücksichtigt werden auch die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie.



- Führt die Einführung von DRGs zu einer Verkürzung der Liegedauer?
- Führt die Einführung von DRGs zu „unnötigen“ Rehospitalisationen?

Dabei werden 1) die Tarifstrukturen der Schweizer Spitäler zwischen 2002 und 2008 verglichen, 2) deskriptive Analysen der Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationsraten zwischen Spitälern mit DRG und solchen ohne DRG-Abrechnung vorgenommen, 3) deskriptive Analysen der Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationsraten vor und nach der Einführung eines DRG-Systems in einem Spital dargestellt und 4) statistische Modelle erarbeitet, die die Einflussfaktoren auf Unterschiede (vor und nach Einführung DRG, Spitäler mit und ohne DRG) in Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationen erklären können.

In dieser Arbeit werden also noch vor der Einführung von SwissDRG die Effekte der bereits vorhandenen DRG-Systeme auf die Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationen untersucht. Dabei können Spitäler, welche bereits DRGs anwenden mit solchen verglichen werden, wo dies noch nicht der Fall ist. Unterschieden wird auch zwischen Spitälern, die ihre Rechnungen bereits mittels DRG-Klassifikation stellen und Spitälern, die selbst noch keine DRGs zur Rechnungsstellung verwenden aber von einem Kanton subventioniert werden, der mit einer DRG-Klassifikation arbeitet. Somit können Problempunkte identifiziert werden, welche auch für die Einführung von SwissDRG von grosser Relevanz sind. Die Arbeiten laufen bereits und sollen im ersten Quartal 2011 zum Abschluss kommen. Die Studie kann insbesondere dann als Grundlage für zukünftige Evaluationen von SwissDRG dienen, wenn die Inventarisierung der gegenwärtigen Finanzierungsformen aufzeigt, dass viele Spitäler bereits einem Pauschalierungssystem unterstehen.

3.3.6 Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen auf die Qualität der Leistungen im Akutbereich

Der Nationale Verein zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken (ANQ) verfolgt die Zielsetzung, mit nationalen Qualitätsmessungen allfällige erwünschte oder unerwünschte Effekte der Einführung von SwissDRG auf die Qualität der Leistungen aufzeigen zu können. Dies versucht er durch die Wahl entsprechender nationaler Messthemen und die Verwendung von angemessenen Indikatoren zu bewerkstelligen.

Im Jahr 2010 wurden die Messthemen postoperative Wundinfekte, Rehospitalisations- und Reoperationsraten definiert. Für das Jahr 2011 sind provisorisch dieselben Messthemen wie 2010 vorgesehen sowie zusätzlich Prävalenz-Erhebungen in den Bereichen Dekubitus, Sturz, Nosokomiale Infekte und Patientenbewertung. Ferner ist für 2011 auch der Aufbau eines nationalen Implantate-Registers vorgesehen.

In Bezug auf die Einführung von SwissDRG ist für sämtliche dieser Indikatoren ein Vorher-Nachher-Design geplant, welches Effekte auf die Qualität sichtbar machen soll. In der Durchführung der Qualitätsmessungen arbeitet der Verein mit SwissNOSO und SQLape s.à.r.l. zusammen.

3.4 Weitere Aktivitäten der Begleitforschung

An dieser Stelle sollen nun jene Aktivitäten vorgestellt werden, die sich nicht in erster Linie mit der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen befassen. Diesen Forschungsaktivitäten ist zudem gemeinsam, dass sie nicht direkt durch die KVG-Revision ausgelöst wurden. Trotzdem soll hier auf die entsprechenden Arbeiten eingegangen werden, da ihre Relevanz für die Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung und insbesondere die Anpassung des Risikoausgleichs als gross eingestuft wird.



3.4.1 Learning from Others: The Diffusion of Hospital Financing Reforms in OECD Countries

In dieser am Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich durchgeführten Forschungsarbeit wurde ein internationaler Vergleich der Reformen der Spitalfinanzierung vorgenommen (Gilardi, Luyet & Füglistner, 2009). Dabei galt das Hauptinteresse der zwischenstaatlichen Diffusion der entsprechenden Reformen. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass wachsende Gesundheitskosten ein gemeinsames Problem aller Staaten mit einem sozialen Wohlfahrtssystem sind. Seit Anfang der achtziger Jahre haben deshalb die meisten OECD-Staaten damit begonnen, die Spitalfinanzierung anzupassen. Die Autoren argumentieren, dass diese Reformen teilweise durch einen zwischenstaatlichen Diffusionsprozess erklärt werden können. Die gesundheitspolitischen Anpassungen eines Staates werden durch bereits erfolgte Anpassungen anderer Staaten mit verursacht.

3.4.2 Health-based risk adjustment in Switzerland: An exploration using medical information from prior hospitalization

Diese am Institute of Health Economics and Management (IEMS) der Universität Lausanne durchgeführte Arbeit hatte zum Ziel, ein prospektives und gesundheitsbasiertes Risikoausgleichsmodell für schweizerische Krankenkassen zu entwickeln, das neben Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten mitberücksichtigt (Holly, Gardiol, Egli, Yalcin & Ribeiro, 2004).

Der Gesundheitszustand wurde aus Daten über die frühere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hergeleitet. Konkret beruhen die Modellierungen auf Informationen über Diagnosen und Behandlungen in Spitälern. Dazu wurden Daten von Versicherern und Krankenhäusern in den Kantonen Waadt und Zürich zu einer einzigen Datenbasis vereinigt. Die Autoren kommen zum Schluss, dass gesundheitsbasierte Risikoausgleichsmodelle den Anreiz zur Risikoselektion durch ein angemesseneres System der Risikoausgleichszahlungen deutlich verringern. Die hier referierte Arbeit wurde bereits 2004 abgeschlossen, soll jedoch 2010 um die Berücksichtigung verschiedener Patientenklassifikationssysteme erweitert werden.

3.4.3 Geplantes europäisches Forschungsprojekt zum Risikoausgleich

Gemäss den Informationen des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie wird 2011 möglicherweise ein europäisches Forschungsprojekt zum Risikoausgleich starten (unter Beteiligung des CSS Forschungsinstituts). Die entsprechende Bewilligung ist allerdings noch ausstehend und das Projekt würde sich nur teilweise zu Vergleichszwecken auf die Schweiz beziehen.

3.5 Zusammenfassender Überblick nach Gegenstand der Gesetzesrevision

3.5.1 Hauptfokus der Begleitforschung auf der Einführung von leistungsorientierten Pauschalen

Die Erhebung zu den Aktivitäten der Begleitforschung macht deutlich, dass die Einführung von leistungsorientierten Pauschalen der häufigste Forschungsgegenstand ist. Nicht weniger als sechs Arbeiten beschäftigen sich mit diesem Thema. Dabei kann unterschieden werden zwischen einer konzeptionellen Arbeit (Konzept zur Begleitforschung der FMH) und fünf empirisch ausgerichteten Arbeiten.

Wie Tabelle 3 verdeutlicht, ist trotz des gemeinsamen Forschungsgegenstandes der leistungsbezogenen Pauschale die Breite von behandelten Themen relativ gross. Sie reicht von der



Qualität der Leistungserbringung über Aspekte der Kosten der stationären Versorgung bis hin zu Fragen der Versorgungsstrukturen und Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal.

3.5.2 Begleitforschung zum Risikoausgleich

Im Vergleich zur Einführung von leistungsorientierten Pauschalen steht der Risikoausgleich deutlich weniger stark im Fokus der Aufmerksamkeit. Die 2004 abgeschlossene Forschungsarbeit von Holly et al. (IEMS) wird wieder aufgenommen und um einen Vergleich verschiedener Patientenklassifikationssysteme ergänzt. Geplant ist auch eine international vergleichende Forschungsarbeit unter Mitarbeit des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, welche 2011 starten würde. Die spezifisch schweizerische Situation würde im Rahmen dieses Projektes allerdings nicht im Vordergrund stehen.

Es ist zu beachten, dass sich die Arbeiten des Institute of Health Economics and Management (IEMS) in Lausanne auf den stationären Versorgungsbereich konzentrieren. Dies ist bedeutsam unter dem Gesichtspunkt, dass sich das Bundesparlament zurzeit auch mit dem Risikoausgleich im ambulanten Bereich auseinander setzt – so zum Beispiel in der Diskussion über den Hochrisikopool und eine Verfeinerung des Risikoausgleichs über Medikamentengruppen.

3.5.3 Bereiche der Gesetzesrevision ohne Begleitforschung

Vergleicht man die für diese Machbarkeitsstudie entwickelten Wirkungsmodelle mit den zusammengetragenen Aktivitäten der Begleitforschung, so wird deutlich, dass auf verschiedenen wichtigen Wirkungsebenen offenbar keine Begleitforschung vorgesehen ist (vgl. Tabelle 12 im Anhang 2). Auf der Ebene der gesetzlichen Massnahmen betrifft dies das System der dual-fixen Finanzierung, die verstärkte freie Spitalwahl und die neuen Kriterien zur Spitalplanung.

Auf der Wirkungsebene der Outputs fehlen Forschungsaktivitäten zur Ablösung der Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern durch Listen- und Vertragsspitäler. Auch scheinen keine Aktivitäten zur neuen Gestaltung der kantonalen Spitallisten und der geforderten vermehrten interkantonalen Koordination geplant zu sein. Ebenfalls wird im Bereich der stationären Versorgung die Reduktion der kantonalen Unterschiede in der Kostenaufteilung zwischen Kanton und Versicherer offensichtlich nicht zum Gegenstand einer Begleitforschung gemacht.

Betrachtet man die von den Wirkungsmodellen postulierten Outcomes, so wird das Fehlen von Untersuchungen zum Wettbewerb zwischen den Spitälern und zum veränderten Wahlverhalten der Versicherten deutlich. Auffallend ist auch, dass der Aspekt der Umverteilung von Kosten zwischen OKP/AOS, VVG/LCA und den Kantonen nicht systematisch untersucht wird.

Bedeutsam erscheint insbesondere das Fehlen von Begleitforschungsaktivitäten im Bereich der kantonalen Spitalplanungen. Mehrere Kantone streben eine Revision ihrer Planungsgrundlagen bereits auf den 1.1.2012 an, andere wiederum werden sich dafür bis 2014 Zeit lassen. Es ist also mit einer Ungleichzeitigkeit der Effekte der angepassten Spitalplanungen zu rechnen, was eine Evaluation komplizieren dürfte.

3.5.4 Vorgeschlagene Indikatoren zur Messung von Auswirkungen der KVG-Revision

Die gesammelten Studien zur Begleitforschung können nicht nur nach den in ihnen abgedeckten Aspekten der Gesetzesrevision unterschieden werden, sondern auch nach den verwendeten beziehungsweise vorgeschlagenen Indikatoren zur Messung von Auswirkungen. Eine entsprechende Zusammenstellung befindet sich in Tabelle 14 im Anhang 2.



3.5.5 Begleitforschung der Stakeholder

Aufgrund ihrer besonderen Stellung im System der Spitalversorgung soll an dieser Stelle noch gesondert auf die Aktivitäten der im Kapitel 3.1 definierten Stakeholder eingegangen werden.

Detailliert hat sich die FMH zu den Erfordernissen einer Begleitforschung im Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG geäußert. Das entsprechende Konzept wurde unter 3.3.1 dargelegt. Als Begleitforschungsaktivität des Bundes ist das Forschungsprojekt des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zu nennen (vgl. Kapitel 3.3.5). GDK/CDS, H+ und Santésuisse deklarieren keine eigentliche Begleitforschung. Als Mitglieder des Nationalen Vereins für die Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken (ANQ) legen sie aber paritätisch Messthemen fest. Die Aktivitäten des ANQ sind im Kapitel 3.3.6 dargestellt. Zudem werden im Rahmen der Umsetzungsvorbereitung und des gesetzlich vorgeschriebenen Monitorings verschiedene Projekte durchgeführt, welche Daten generieren, die im Rahmen einer Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung von Interesse sein können. Zu beachten ist ausserdem, dass die GDK, H+ und santésuisse Aktionäre der SwissDRG AG sind und sich dort im Rahmen der Kerngruppen Medizin und Ökonomie einbringen. Die SwissDRG AG führt denn auch das unter 3.3.4 dargestellte Projekt im Auftrag von GDK/CDS, H+ und Santésuisse durch.

4 Beschreibung der Gesetzesänderungen

In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Änderungen kurz präsentiert, welche mit der Revision des KVG in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich eingeführt werden. Dabei wird einerseits auf die geänderten Gesetzesartikel eingegangen, deren Implikationen für die Umsetzung bei den betroffenen Akteuren verdeutlicht und damit auch bereits teilweise auf die intendierten Wirkungen der damit verbundenen Massnahmen eingegangen. Eine detailliertere Diskussion der Wirkungen findet im nachfolgenden Kapitel zum Wirkungsmodell statt.

4.1 Ziele des KVG und der KVG Revision

Zuerst soll kurz auf die Ziele des KVG/LAMal bzw. der Revision des KVG/LAMal in den beiden Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich eingegangen werden. Die Hauptziele des KVG/LAMal werden nicht direkt im Gesetzestext angesprochen. Sie werden aber in der Botschaft zur KVG/LAMal-Revision vom 26.5.2004 (Strategie und dringliche Punkte, S. 4264) klar gemacht und sind seit der Einführung des KVG/LAMal 1996 dieselben geblieben: Versorgungsziel, Solidarität zwischen Kranken und Gesunden sowie zwischen Arm und Reich und Kostendämpfungsziel.

Das Kostendämpfungsziel ist das zentrale Ziel der Revision des KVG/LAMal im Bereich Spitalfinanzierung. Durch die Revision werden zum einen wirtschaftliche Anreizmechanismen eingeführt, damit vermehrt unternehmerische Kriterien im Spitalbereich zum Tragen kommen und um somit den Wettbewerb zu stärken. Zum anderen werden Korrekturmassnahmen bei den Finanzierungsregelungen getroffen, die zuvor Fehlanreize für Kantone und Versicherer setzten. Das Ziel der Versorgungssicherheit wird mit der Beibehaltung der kantonalen Spitallisten unter Berücksichtigung neuer Kriterien ebenfalls gestärkt. Bei der Revision des KVG/LAMal im Bereich Risikoausgleich kommt zum Ziel der Kostendämpfung noch das Solidaritätsziel hinzu, dies bezüglich des Ausgleichs zwischen Versicherern der Kosten von Personen mit unterschiedlich hohem Krankheitsrisiko.

Die Nebenziele sind implizit in verschiedenen Gesetzespassagen enthalten: Wahlfreiheit der Versicherten, Qualitätssicherung, Transparenz für die Akteure im Gesundheitswesen. Diese drei Nebenziele werden mit der Revision des KVG/LAMal im Bereich Spitalfinanzierung alle angesprochen.



Die Wahlfreiheit der Versicherten bezüglich der stationären Leistungserbringer soll gesteigert werden. Durch vermehrte Erhebung von Daten zur Qualität der Leistungen und Qualitätsvergleiche soll der Anreiz zur Qualitätssicherung bei den Leistungserbringern verstärkt werden. Zudem soll die Transparenz bezüglich Kosten, Qualität der Leistungen und Finanzflüsse gesteigert werden.

Die KVG/LAMal-Revision besteht nicht aus einer einzigen Massnahme, sondern aus verschiedenen Massnahmen, die zusammen die oben genannten Ziele verfolgen. In den nächsten Abschnitten werden die folgenden Massnahmen der Revision des KVG/LAMal in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich beschrieben:

- Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen (Fallpauschalen im akutstationären Bereich) und neu die Investitionen einschliessen, sowie die daran anschliessenden neuen Bestimmungen bezüglich Transparenz und Statistik sowie Qualitätssicherung
- Neue Finanzierungsregeln der Spitalleistungen
- Verstärkte Möglichkeiten bei der Spitalwahl
- Neue Vorgaben für die Spitalplanung
- Verfeinerung des Risikoausgleichs

Die Inhalte der Revision werden in den nachfolgenden Abschnitten in derselben Reihenfolge behandelt.

4.2 Rémunération forfaitaire des prestations de soins hospitaliers

Principe

La révision modifie en profondeur le mode de rémunération des hôpitaux. Avec le nouveau système, ce n'est plus l'hôpital en tant que tel qui est financé, mais les prestations qu'il fournit. L'hôpital est désormais considéré comme un fournisseur de prestations de différentes natures (soins hospitaliers, formation et recherche, service d'urgence, etc.), que l'on rémunère pour les services qu'il fournit.

Pour les prestations de soins, les hôpitaux perçoivent une rémunération de type forfaitaire, précisément des forfaits par cas liés à la prestation. La rémunération est calculée de manière à refléter les coûts effectifs encourus pour fournir les prestations, c'est-à-dire les charges d'exploitation et les coûts d'utilisation des infrastructures. La rémunération est de type forfaitaire pour tous les traitements stationnaires, mais se base sur un système tarifaire différent dans les soins somatiques aigus et dans les autres secteurs de soins stationnaires (voir plus bas, la rubrique « Prestations de soins rémunérées selon le système SwissDRG »).

Dans les soins somatiques aigus, les hospitalisations, soit les traitements médicaux et le séjour à l'hôpital, sont indemnisés sur la base d'un système de forfaits par cas liés aux prestations (art. 49, al. 1 LAMal/KVG). Ces forfaits se basent sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires tarifaires prévoient l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG, du nom de l'institution (SwissDRG AG) créée par les partenaires tarifaires conjointement avec les cantons dans le but d'élaborer, de développer, d'adapter et d'assurer la maintenance de la structure tarifaire, conformément à l'art. 49 al. 2, LAMAL/KVG. Celle-ci se compose à l'heure actuelle d'un millier de groupes de diagnostics, construits sur la base du code diagnostic (ICD-10) et de la procédure de traitement utilisée (CHOP). La structure tarifaire, actuellement en cours d'élaboration, doit encore être approuvée par le Conseil fédéral. Son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2012. Les tarifs eux-mêmes, soit le prix des prestations, sont déterminés sur la base des coûts des hôpitaux qui « fournissent la prestation dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse » (art. 49,



al. 1, LAMal/KVG). Cette exigence de qualité et d'économicité pour la détermination des tarifs introduit un élément de concurrence important entre les hôpitaux puisque les tarifs applicables (en principe) pour tous les hôpitaux sont ceux des établissements les plus efficaces. Il peut en résulter des déficits pour les hôpitaux qui ne seraient pas à même de fournir la prestation au même niveau de coûts.

Objectifs poursuivis

Les objectifs de ces changements sont premièrement d'introduire davantage de transparence en ce qui concerne les quantités et les coûts des prestations fournies et d'améliorer les possibilités de comparaisons entre les hôpitaux. L'art. 69, al. 8 LAMal/KVG prévoit l'utilisation de techniques de benchmarking afin de comparer les coûts et la qualité des résultats médicaux. Deuxièmement, le passage à une rémunération forfaitaire des prestations hospitalières doit accroître la conscience des coûts et introduire des incitations à un plus grand contrôle des dépenses. Les hôpitaux doivent en principe être à même de couvrir leurs coûts grâce aux forfaits perçus à titre de rémunération des prestations de soins. Si ce n'est pas le cas, les cantons ont toujours la possibilité de couvrir le déficit, mais il n'y a plus d'automatisme.

Prestations de soins rémunérées selon le système SwissDRG

La structure tarifaire SwissDRG s'applique, sous réserve d'approbation par le Conseil fédéral, à tous les séjours hospitaliers de soins aigus dans des hôpitaux de soins somatiques aigus, des services de soins aigus et des maisons de naissances (Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, document du 12.06.2009, p. 7). Les hôpitaux ou services hospitaliers spécialisés comme par exemple dans la réadaptation, le traitement des dépendances, la psychiatrie, les soins palliatifs ou unités de soins chroniques seront à l'avenir aussi rémunérés par forfaits, mais selon d'autres principes que le système SwissDRG et à ce jour encore non définis.

Coûts inclus dans les forfaits

Les forfaits par cas visent la rémunération des traitements médicaux et du séjour à l'hôpital, c'est-à-dire qu'ils rémunèrent les prestations de soins. Les prestations d'intérêt général fournies par les hôpitaux sont financées séparément (art. 49, al. 3 LAMal/KVG). La formation universitaire¹² et la recherche en particulier ne doivent pas être financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS/OKP). Leurs charges doivent être clairement séparées du coût des prestations de soins dans la comptabilité analytique des hôpitaux. De même, le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale n'est pas financé par l'AOS/OKP. Les cantons attribuent des mandats de prestations spécifiques pour ces prestations d'intérêt général (maintien des capacités, formation universitaire et recherche, etc.).

Les forfaits comprennent par contre les coûts d'utilisation des immobilisations. L'inclusion des investissements dans les forfaits représente un changement important dans les règles de financement, puisque jusqu'ici les coûts d'exploitation et d'investissement étaient financés séparément, les premiers étant répartis entre assureurs-maladie et cantons, les seconds à la seule charge des cantons. L'estimation du montant à imputer sur les cas à titre de coûts des immobilisations soulève de nombreuses questions techniques et la manière dont les investissements seront inclus dans les forfaits n'est pour l'heure pas connue.

¹² La formation professionnelle, par exemple la pratique des physiothérapeutes, est par contre incluse dans les forfaits.



Mesures d'accompagnement

L'introduction de la rémunération par forfaits s'accompagne de risques sur la qualité des prestations, largement documentés dans la littérature internationale, et selon le « baserate » utilisé, c'est-à-dire selon la valeur du point tarifaire, d'un risque d'augmentation des coûts. C'est pourquoi le législateur a prévu une série de mesures d'accompagnement, décrites dans les paragraphes ci-dessous.

L'application de la loi nécessite par ailleurs l'accès à davantage d'informations sur les quantités et les coûts des prestations fournies. Une obligation d'information envers les prestataires de soins, également décrite ci-après, a de ce fait été ancrée dans la loi.

Mesures d'accompagnement visant à prévenir des conséquences négatives sur la qualité des prestations

Les partenaires tarifaires doivent joindre à la demande d'approbation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral une proposition commune sur les instruments et mécanismes destinés à garantir la qualité (art.59d, al. 1, OAMal). Selon le document « Instruments et mesures d'assurance qualité pour l'application du système de forfaits par cas SwissDRG en Suisse » (SwissDRG du 12 juin 2009), des mesures en amont et en aval sont prévues. Elles comprennent l'élaboration d'une classification et rémunération ne donnant pas d'incitation négative et des mesures de l'outcome.

Depuis mars 2009, l'assurance qualité des hôpitaux et cliniques de Suisse est confiée à l'*Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques* (ANQ) par les partenaires tarifaires et les cantons. L'ANQ est chargée de développer des indicateurs de qualité et de collecter les données auprès des hôpitaux et cliniques suisses. Elle offre ainsi une gestion centralisée et selon des méthodes homogènes, de manière à rendre les comparaisons nationales possibles. Les partenaires tarifaires et les cantons assument donc ensemble la responsabilité de la qualité par le biais de l'ANQ.

Mesures d'accompagnement permettant la surveillance de l'évolution des coûts et du volume de prestations

Une neutralité des coûts au sens strict, comme celle exigée pour l'introduction de Tarmed, ne peut être atteinte dans le domaine hospitalier. Par contre, les partenaires tarifaires, soit les Hôpitaux de Suisse H+ et santésuisse, sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume de prestations. Ce monitoring doit permettre de distinguer entre les augmentations de coûts à charge de l'assurance-maladie qui résultent de l'introduction du modèle tarifaire et celles qui découlent du changement du mode de financement.

Collecte de données

Afin de rendre possible l'application de la loi de nouvelles obligations d'information ont été inscrites dans la loi (art 22a et 23 LAMal/KVG). Les fournisseurs de prestation doivent remettre gratuitement les données nécessaires pour surveiller le caractère économique et la qualité des prestations. Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique et recensées annuellement dans le cadre de la Statistique médicale et administrative des hôpitaux. Les hôpitaux doivent par ailleurs livrer à SwissDRG les données sur les coûts et les prestations nécessaires à l'élaboration et à la maintenance des structures tarifaires (art.49, al. 2, LAMal/KVG).

4.3 Nouvelles règles de financement

La révision apporte plusieurs modifications importantes sur le plan des règles de financement, soit dans la répartition des coûts hospitaliers entre les différents agents payeurs. Elle est conçue pour amener davantage de transparence dans les flux financiers et supprimer certaines distorsions dans le système, mais elle opère aussi une importante redistribution des coûts entre les partenaires financiers de la LAMal/KVG (cantons et assureurs-maladie), mais surtout des assureurs privés vers les cantons.



Précédemment la loi précisait que les assureurs prenaient à leur charge au maximum 50% des coûts imputables des hôpitaux publics ou subventionnés, le solde étant pris en charge par les cantons. Les coûts hospitaliers se limitaient aux coûts d'exploitation, les investissements étant financés séparément par les cantons. Avec la révision, la répartition du financement entre cantons et assureurs est désormais définie de manière fixe. Les cantons prennent à leur charge 55% au moins des forfaits liés à la prestation¹³; ils peuvent augmenter cette proportion s'ils le souhaitent, par exemple pour des motifs de politique sociale (art. 49a, al. 2, LAMal/KVG). Le passage au nouveau financement dual-fixe des forfaits liés à la prestation contribue à clarifier les responsabilités des partenaires financiers, assureurs et cantons, et permet un certain rapprochement des pratiques au niveau Suisse.

Les coûts d'exploitation et les investissements sont désormais traités selon les mêmes règles de financement. Les montants destinés au financement des investissements seront inclus dans les forfaits liés aux prestations, c'est-à-dire que la rémunération des prestations hospitalières comprendra un montant destiné à couvrir la consommation des capitaux investis (art.49 LAMal/KVG). Cela devrait permettre de créer une convergence d'intérêts entre assureurs et cantons auparavant inexistante. En effet, dans le système qui prévalait jusqu'ici, les assureurs avaient un intérêt à ce que les tarifs hospitaliers soient les plus bas possibles. Pour les cantons, il était au contraire plus favorable d'avoir des tarifs hospitaliers relativement élevés puisque ceux-ci étaient cofinancés, alors qu'ils finançaient seuls les investissements et les déficits. Avec un cofinancement à la fois des coûts d'exploitation et des investissements, cantons et assureurs ont tous deux intérêts à ce que les tarifs hospitaliers soient bas. L'inclusion des investissements dans les forfaits signifie que les coûts d'investissement des hôpitaux publics sont financés par les cantons, mais aussi, nouvellement, par les assureurs. De ce point de vue, la révision implique donc un transfert de coûts des cantons vers les assureurs-maladie.

La révision supprime le financement différencié des hôpitaux privés et publics figurant sur les listes cantonales. Elle prévoit en effet que le seul élément déterminant pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS/OKP) est l'aptitude de l'établissement à traiter la maladie et son admission à pratiquer à charge de l'AOS/OKP. Les cantons devront à l'avenir cofinancer les prestations de soins fournies dans les hôpitaux privés, auparavant pris en charge par les assurances complémentaires (ou lorsque celle-ci fait défaut, par les patients eux-mêmes). Un important transfert de charge des assurances complémentaires vers les cantons est par conséquent attendu.

Enfin, l'extension du libre choix de l'hôpital modifie aussi le financement en ceci que les cantons doivent prendre en charge, à la place des assureurs complémentaires, une contribution aux coûts des séjours hospitaliers extra-cantonaux (pour autant que l'hôpital figure sur une liste cantonale). Lorsque ce séjour est indiqué pour des raisons médicales, assureurs et cantons prennent en charge la totalité des forfaits par cas, selon leur part respective (art. 41, al.1bis LAMal/KVG). En l'absence d'indication médicale, les coûts sont pris en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence (art. 41, al.3 LAMal/KVG).

4.4 Verstärkte freie Spitalwahl

Die freie Wahl des Leistungserbringers war schon vor der Revision im Gesetz festgehalten, allerdings war die Vergütung der Leistungen stark eingeschränkt. Die verstärkte freie Spitalwahl für Versicherte wird durch den neuen Artikel 41 des KVG/LAMal gestärkt. Dabei gilt die Bestimmung, dass eine versicherte Person für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder des Standortkantons in der Schweiz aufgeführt sind. Bei der

¹³ soit des coûts d'exploitation et des coûts d'investissements.



Finanzierung wird der dual-fixe Modus angewendet (Finanzierung durch Krankenversicherer und Wohnkanton). Allerdings wird, wenn keine medizinischen Gründe vorliegen, bei ausserkantonaler Behandlung nur derjenige Tarif bezahlt, welcher in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Die eventuelle Differenz zu den Kosten einer ausserkantonalen Behandlung muss der/die Versicherte tragen, wenn keine medizinischen Gründe den ausserkantonalen Spitalaufenthalt rechtfertigen.

Artikel 41a KVG/LAMal hält zudem fest, dass ein Listenspital dazu verpflichtet ist, im Rahmen seiner Leistungsaufträge (gemäss kantonaler Planung) und Kapazitäten für alle versicherten Personen des Standortkantons des Listenspitals sowie der weiteren Kantone, die Leistungsvereinbarungen mit dem Spital abgeschlossen haben, eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Für ausserkantonale Versicherte gilt zudem die Aufnahmepflicht in Notfällen.

Es besteht prinzipiell bereits heute eine freie Spitalwahl. Die Änderung gegenüber der heutigen Regelung besteht darin, dass die Kantone heute nicht in allen Fällen einen Beitrag leisten müssen, sondern nur, wenn die Behandlung im Wohnkanton der/des Versicherten nicht angeboten wird sowie bei Notfällen. In den übrigen Fällen muss eine Zusatzversicherung vorliegen (allgemeine Abteilung ganze Schweiz), oder der Versicherte muss die Kosten selber tragen.

Die freie Spitalwahl wird somit verstärkt, was einen Einfluss auf die Spitalplanung der Kantone hat. Die verstärkte freie Spitalwahl ist konsistent mit der neuen leistungsbasierten Pauschalvergütung, da diese unabhängig vom Ort der Leistungserbringung nach den gleichen Grundsätzen erfolgt. Durch die Verstärkung der freien Spitalwahl wird mehr Wettbewerb zwischen Spitälern über Kantonsgrenzen hinaus hergestellt und die Mobilität der Versicherten wird gefördert. Zudem wird den Kantonen bei der Planung die Möglichkeit gegeben, Leistungsverträge mit ausserkantonalen Spitälern abzuschliessen (Art. 58e KVV/OAMal). Zur Wahrnehmung der grösseren Wahlfreiheit ist für Versicherte eine gute Übersicht über die Qualität der Spitäler Voraussetzung. Zu diesem Zweck muss die bestehende Information im Gesundheitswesen im stationären Spitalbereich verbessert werden.

4.5 Neue Kriterien für die Spitalplanung

Die Änderungen in der Spitalplanung werden hauptsächlich durch die Änderung von Artikel 39 des KVG/LAMal getrieben. Darin wird einerseits festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen (Absatz 2). Zudem wird im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats (Absatz 2bis). Schliesslich wird festgehalten, dass der Bundesrat einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

In Artikel 58 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV/OAMal) werden die erwähnten Kriterien für die Spitalplanung konkretisiert. Buchstabe a hält den Grundsatz fest, dass die Planung der stationären Behandlung in Spitälern, Geburtshäusern oder Pflegeheimen betroffen ist. Buchstabe b legt das Vorgehen für die Versorgungsplanung der stationären Leistungen fest. Der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen soll in nachvollziehbaren Schritten ermittelt werden und sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Für die Auswahl der Spitäler, welche auf die Liste kommen, sollen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien
- Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags



In Buchstabe c wird festgehalten, dass die Versorgungsplanung im akutsomatischen Bereich leistungsbezogen zu erfolgen hat, während in den Bereichen Psychiatrie und Pflegeheimen eine kapazitäts- oder leistungsbezogene Planung möglich ist. Buchstabe d konkretisiert die Form der interkantonalen Koordination der Planungen. Dabei müssen die Kantone einerseits Informationen über Patientenströme auswerten und mit anderen Kantonen austauschen sowie bei Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler die Versorgungssituation mit den betroffenen Kantonen koordinieren. Buchstabe e schliesslich legt die Form der zu führenden Listen fest. Dabei ist das Leistungsspektrum des Listenspitals jeweils konkret zu beschreiben. Es ist also möglich, einem Spital einen Leistungsauftrag nur in bestimmten Tätigkeitsfeldern zu erteilen.

Das Ziel der neuen Kriterien in der Spitalplanung ist die Erhaltung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination der Angebote. Zudem soll der neu verstärkte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern in geordneten Bahnen verlaufen, die öffentliche Hand soll hier weiterhin eine Steuerungsfunktion übernehmen.

Massnahmen, die die neu zu erstellenden Spitallisten ebenfalls beeinflussen, sind einerseits die Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitäler durch die Einführung der neuen Aufteilung der Finanzierung der Leistungen für beide Spitaltypen (vgl. Abschnitt 4.3). Neu erfolgt die Unterscheidung der Spitäler nicht mehr entlang der Linie privat – öffentlich, sondern es wird unterschieden zwischen Listenspitälern und Vertragsspitälern. Die Leistungen der Listenspitäler werden nach dem dual-fixen Modus finanziert, während bei den Vertragsspitälern der kantonale Anteil der Finanzierung wegfällt und diese um einen Vertrag mit den Krankenversicherern selbst besorgt sein müssen. Einen weiteren Einfluss übt die verstärkte freie Spitalwahl aus (vgl. Abschnitt 4.4), da diese die Patientenflüsse insbesondere zwischen den Kantonen beeinflussen kann.

Die GDK/CDS erstellt einen Leitfaden für die leistungsbezogene Planung, welcher sich nach den in der Verordnung festgehaltenen Grundsätzen zu richten hat. Die Planung soll abgestützt sein auf den Bedarf an stationären Leistungen für die Zukunft. Die kantonale Planung ist kein neues Instrument, sondern wird seit 1996 angewendet und ist gut dokumentiert. Es gibt bereits bestehende Datengrundlagen, auf Basis derer die Planungen gemacht werden können. Zudem werden im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes weitere Grundlagen erarbeitet (vgl. Qualitätsstrategie BAG 2009). Vom neu eingeführten Fallpauschalensystem (vgl. Abschnitt 4.2) ist zudem ein Kostenmonitoring zu erwarten, welches zu zusätzlicher Transparenz und damit zu einer verbesserten Datengrundlage für die Erstellung der Spitalplanungen führt. Zu einem möglichen Vorgehen bei der datenbasierten Versorgungsplanung siehe Weaver et al (2009).

4.6 Verfeinerung des Risikoausgleichs

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs wird primär in den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG/LAMal vom 21.12.07 festgehalten. Hierbei wird unter Absatz 2 Ziffer 2 das neue Kriterium zur Bestimmung von Risikogruppen eingeführt, ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert. Dieses Kriterium dient als Hinweis auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko. In 2.3 wird die zweite grundlegende Änderung des Risikoausgleichs beschrieben, nämlich die neu prospektive Ausrichtung des Risikoausgleichs bezüglich der zu berücksichtigenden Gesundheitskosten. Dabei sind für die Berechnung der Ausgleichszahlungen die Risikounterschiede für das Geschlecht und das Alter sowie für die Folgekosten eines Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim nach den Verhältnissen im Kalenderjahr vor dem Ausgleichsjahr (Jahr, für welches die Ausgleichszahlungen berechnet werden), massgebend. Hingegen wird für die Berechnung des definitiven Risikoausgleichs auf den Versichertenbestand des Ausgleichsjahres abgestützt. Absatz 2 Ziffer 7 hält fest, dass der



Risikoausgleich in der neuen Form auf fünf Jahre befristet ist, d.h. bei Inkrafttreten am 1.1.2012 bis zum 31.12.2016.

Das Ziel der Verfeinerung des Risikoausgleichs ist die Wahrung der Anreize zur Kosteneinsparung durch die Versicherer. Dabei geht es darum, die Möglichkeiten der Versicherer zur Risikoselektion zu vermindern, um die damit verbundenen überflüssigen volkswirtschaftlichen Kosten zu vermeiden. Der Risikoausgleich ist im Hinblick auf den Solidaritätsgedanken des KVG/LAMal das Pendant zur Einheitsprämie unter den Bedingungen des Versicherungsobligatoriums sowie des Aufnahmezwangs für die Versicherer. Ohne Risikoausgleich würde das System der Einheitsprämie zu einem starken Anreiz zur Risikoselektion führen. Das KVG/LAMal verbietet eine Differenzierung der Prämien nach Geschlecht und Alter (mit Ausnahme der Prämien für unter 18jährige bzw. für 18 bis 25jährige) (Art. 61 KVG/LAMal). Eine begrenzte Abstufung ist hingegen möglich zwischen Kantonen und Regionen innerhalb der Kantone (Art. 91 VVG/LCA). Aus diesem Grund wird der Risikoausgleich jeweils nach Kantonen getrennt berechnet.¹⁴

Die Problematik des Risikoausgleichs existiert unabhängig von der Finanzierung der Spitäler. Der Risikoausgleich bezieht sich auf den ganzen KVG/LAMal-Bereich. Die Revision des Risikoausgleichs wird aber von einigen Experten als Folge des neuen Finanzierungssystems im Rahmen der Revision der Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht. Es sollen dabei mögliche negative Effekte der leistungsbezogenen Finanzierung ausgeglichen werden, da mit Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung die Versicherer die „teureren Fälle“ stärker diskriminieren können, dies weil mehr Informationen über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Versicherten vorliegen. Aus diesem Grund wird die Revision des Risikoausgleichs auf das gleiche Datum hin in Kraft gesetzt wie die Revision der Spitalfinanzierung (1.1.2012).¹⁵ Das Kriterium des Spitalaufenthalts von mehr als 3 Tagen wurde aufgrund seiner hohen Prognosekraft bezüglich Krankheitskosten und der Einfachheit seiner Implementierung gewählt. Zudem ist dieses Kriterium datenschutztechnisch wenig problematisch.

In der neuen Verordnung zum Risikoausgleich wird das Vorgehen zur Berechnung des Risikoausgleichs näher beschrieben. Zudem besteht ein Kommentar des BAG zur Verordnung (27.8.2009). Es wird unterschieden zwischen einem provisorischen und einem definitiven Risikoausgleich. Der provisorische Risikoausgleich wird zu Beginn des Ausgleichsjahres berechnet. Dabei werden nach den berücksichtigten Kriterien Risikogruppen aufgrund des Versichertenbestandes ermittelt. Früher waren dies 2 Geschlechtskategorien mal 15 Alterskategorien, also insgesamt 30 Kategorien pro Kanton. Beim Kriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr wird auf die Daten des vorvorletzten Jahres bezüglich des Ausgleichsjahrs Bezug genommen. Mit diesem neuen Kriterium ergeben sich 60 Risikogruppen je Kanton.

Aufgrund der Kostendaten des Vorjahres des Ausgleichsjahrs werden die Abweichungen der durchschnittlichen Gesundheitskosten von den Gesundheitskosten im Gesamtdurchschnitt ermittelt. Diese Abweichungen sind massgeblich für die Berechnung der auszugleichenden Risikounterschiede. Bei der Berechnung des definitiven Risikoausgleichs wird der Versichertenbestand des Ausgleichsjahrs in die 60 Risikogruppen unterteilt. Unter dem alten Risikoausgleich wurden ebenfalls die Kostenabweichungen neu für das Ausgleichsjahr berechnet, unter dem neuen Risikoausgleich werden die alten Kostensätze beibehalten.¹⁶ Bei Wechsel des Versicherers werden den Versicherten die Daten zum stationären

¹⁴ Der Kanton ist damit eine Berechnungsgrösse des Risikoausgleichs, aber kein Kriterium des Risikoausgleichs. Kantonale Differenzen in den Gesundheitskosten werden durch den Risikoausgleich nicht ausgeglichen.

¹⁵ Im Gegensatz zur Revision der Spitalfinanzierung wurde die Revision des Risikoausgleichs nicht durch den Bundesrat, sondern durch das Parlament beantragt. Aus diesem Grund besteht keine Botschaft des Bundesrats zur Revision des Risikoausgleichs.

¹⁶ Dies führt dazu, dass die Versicherer neu einen Anreiz haben, die effektiven Kosten der Versicherten in teuren Risikogruppen im Verlauf des Ausgleichsjahrs zu senken, da sie trotzdem die alten Kostenabweichungen erstattet erhalten.



Aufenthalt mitgegeben. Die Wechsler werden daher in die Berechnung des Risikoausgleichs mit einbezogen.

Im Jahr 2010 findet ein Testlauf zur Erhebung der Daten statt, damit 2011 die Daten für das Ausgleichsjahr 2012 erhoben werden können. Zudem werden die Daten zur stationären Behandlung im Jahr 2010 für die Berechnung des provisorischen Risikoausgleichs des Jahres 2012 bereits relevant sein. Die Daten zur stationären Behandlung von mehr als 3 Tagen wurden bisher nicht in dieser Abgrenzung ausgewiesen, daher müssen die Erfassungssysteme angepasst werden. 2012 ist das erste Jahr des Ausgleichs nach neuem System, 2016 das letzte Jahr. Damit die Datenlieferungen und Ausgleichszahlungen für das Jahr 2016 noch vorgenommen werden können, wurde die Geltungsdauer der Verordnung bis zum 31.12. 2017 verlängert.

Ein gewisser Zusammenhang besteht zu den Artikeln der KVV/OAMal bezüglich der Prämiengestaltung bei besonderen Versicherungsformen bzw. für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Art. 90c, 99 bis 101 KVV/OAMal), insbesondere für Managed Care-Angebote. Bei diesen Versicherungsformen wird eine stärkere Differenzierung der Prämien nach den Leistungskosten (Art. 101.2), nicht aber nach dem Gesundheitsrisiko ermöglicht. Managed Care-Angebote werden bei stärkerem Risikoausgleich attraktiver für die Versicherer, da Kosteneinsparungen über Risikoselektion schwieriger werden und daher die Kosteneinsparungen vermehrt über effiziente Angebote erzielt werden können.

Zu erwähnen ist weiterhin, dass bereits weitere Änderungen im Bereich des Risikoausgleichs im Parlament diskutiert werden. Dabei wurde einerseits ein Hochrisikopool vorgeschlagen zur solidarischen Finanzierung der Kosten von Patient/innen mit Krankheiten, die hohe Gesundheitskosten verursachen. Andererseits gibt es den Vorschlag, den Risikoausgleich über Medikamentengruppen zu verfeinern, so dass bei der Verfeinerung des Risikoausgleichs auch der ambulante Bereich berücksichtigt würde.

5 Wirkungsmodell

Um das Verständnis der Revision in den verschiedenen Teilbereichen zu klären und um den Untersuchungsgegenstand im Hinblick auf die später zu entwickelnden Evaluationsfragen zu strukturieren, wird ein Wirkungsmodell entwickelt. In einem Wirkungsmodell werden die erwarteten sowie unerwarteten, beabsichtigten und nicht beabsichtigten Wirkungen einer Massnahme bestimmt. Vorgängig sind die Ziele der Massnahme zu analysieren und in ein Zielsystem zu bringen, anhand dessen die Wirkungen eingeordnet werden können. Diese Arbeit wurde bereits im Rahmen der Beschreibung der Gesetzesänderungen geleistet (Kapitel 4).

Unter einem Wirkungsmodell wird eine graphische Darstellung der durch die Umsetzung eines Programms (im vorliegenden Fall also der KVG/LAMal-Revision) ausgelösten Wirkungszusammenhänge verstanden. In der Regel wird dafür das graphische Format eines Pfeildiagramms verwendet. In einem weiteren Schritt kann die graphische Darstellung auch verbal oder formal umgesetzt und für weitergehende Analysen verwendet werden. Das Wirkungsmodell soll der Klärung und Verdeutlichung der Wirkungszusammenhänge dienen und eignet sich als Grundlage für die Erarbeitung eines Evaluationskonzepts. Indem die Wirkungen mehrerer Massnahmen gleichzeitig analysiert werden, kann die Interdependenz der Wirkungen, die von den einzelnen Massnahmen ausgehen, berücksichtigt werden.



5.1 Funktion eines Wirkungsmodells

Was ist ein Wirkungsmodell?

Ein Wirkungsmodell bildet die einem Programm¹⁷ zugrunde liegenden theoretischen Wirkungsüberlegungen ab, indem es zeigt, wie und warum die Programmaktivitäten zu einem bestimmten Ergebnis führen sollen. Es wird also ein kausaler Zusammenhang zwischen den investierten Ressourcen, den konkreten Programmaktivitäten und den daraus folgenden Effekten postuliert. Wirkungsmodelle und ähnliche Instrumente werden teilweise auch mit anderen Begriffen bezeichnet, wie etwa Programmtheorie, Wirkungskette oder logisches Modell.

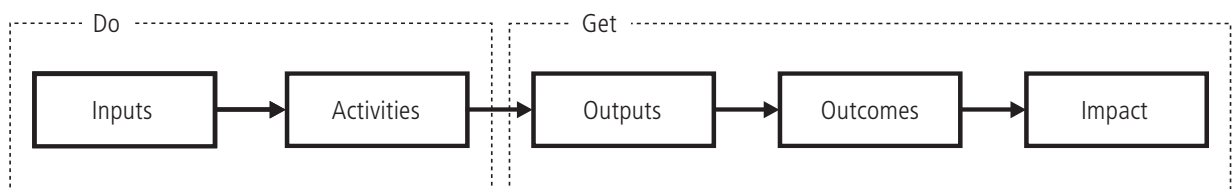
Wozu braucht man Wirkungsmodelle?

Grundsätzlich kann auch untersucht werden, ob ein Programm die vorgegebenen Ziele erreicht, ohne dass der Evaluierende eine Ahnung hat, wie das entsprechende Programm wirkt. Diese Art von Untersuchung wird in der Literatur als Black-Box-Evaluation bezeichnet, da sie nur aufzuzeigen vermag, ob ein Programm seine Ziele erreicht, aber nicht wie (Rogers 2000). In der Regel wollen die Programmakteure jedoch auch wissen, warum die Aktivitäten „ihres“ Programms zu einem bestimmten Effekt führen – und vor allem ob wirklich das Programm dafür verantwortlich ist und nicht irgendwelche dritten, nicht untersuchten Einflussfaktoren. Dieses Wissen ist gerade für die weitere Entwicklung und allfällige Verbesserung von Programmen äusserst wertvoll. Wirkungsmodelle können zudem für die Formulierung, aber auch für die spätere Evaluation von Programmen eine wichtige Stütze sein (Mohr 1995; Donaldson 2003; Chen 2005).

Woraus besteht ein Wirkungsmodell?

Ein Wirkungsmodell präsentiert sich in seiner einfachsten Form als eine Kette von (fünf) Elementen, die durch Pfeile kausal miteinander verbunden sind. Das vorangehende Element ist also jeweils verantwortlich für die Ausprägung des nachfolgenden. Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen dem, was ein Programm ausmacht (Do's) und dem, was es bewirkt (Get's).

Abbildung 1: Wirkungsmodell idealtypisch



Da die einzelnen Elemente in der Literatur in der Regel mit ihren englischen Bezeichnungen verwendet werden, soll hier kurz auf ihre Bedeutung eingegangen werden.

- Input: Unter Input versteht man all die Ressourcen, die einem Programm zur Verfügung stehen, respektive die Mittel, die vom Programm benötigt werden.
Beispiele: Mitarbeiter und deren Arbeitszeit, Einrichtungen, Ausrüstung, Geld
- Activities: Alle Aktivitäten, die mit Hilfe der erwähnten Ressourcen unternommen werden, um die Ziele des Programms zu erreichen.
Beispiele: Beratungsstellen, Weiterbildungsprogramme, Notunterkünfte, Baubewilligungsverfahren
- Output: Die unmittelbaren Resultate der Programmaktivitäten, zumeist an der Nahtstelle zwischen Programm und Adressaten.

¹⁷ Darunter fallen auch Projekte, Gesetze, Massnahmen, etc.



Beispiele: Anzahl vorgenommener Beratungen oder verteilter Broschüren, durchschnittliche Dauer der Beratungsgespräche

- Outcome: Wirkungen, die bei den direkten Adressaten eintreten.

Beispiele: neu angeeignetes Wissen, gesteigerte Fähigkeiten, verändertes Verhalten

- Impact: Auswirkungen des Programms auf Personen, Gruppen oder Organisationen jenseits der Direktadressaten, sowie auf die Gesamtgesellschaft.

Beispiele: reduzierte Anzahl an Teenager-Schwangerschaften, tiefere Arbeitslosenquote

Selbstverständlich ist das hier dargestellte Wirkungsmodell eine stark vereinfachte Form eines Wirkungsmodells. Auch wenn sie die soziale Realität in noch erheblich vereinfachter Form repräsentieren, sind Wirkungsmodelle typischerweise erheblich umfangreicher als obige, idealtypische Darstellung.

Bei Evaluationsstudien liegt der Fokus oft auf bestimmten Elementen eines Wirkungsmodells. Wir werden uns im Folgenden weniger auf Input und Activities (Do's) ausrichten, sondern uns stärker mit Output, Outcome und Impact (Get's) befassen. Aus diesem Grund werden wir in der Folge Input und Activities nicht differenzieren, sondern diese pauschal unter der Bezeichnung Massnahmen (~ Get's) subsumieren.

5.2 Vorgehen zur Entwicklung des Wirkungsmodells

Die Entwicklung des Wirkungsmodells erfolgte in drei Schritten; diese wurden bereits im Kapitel 2 zum Vorgehen beschrieben. Im ersten Schritt wurde auf Basis der Dokumentenanalyse ein Entwurf des Wirkungsmodells gemacht. Im zweiten Schritt wurden Gespräche mit Betroffenen und Expert/innen geführt, um das Wirkungsmodell zu verfeinern, zu erweitern und zu überarbeiten. Dabei wurden die Wirkungszusammenhänge in das Wirkungsmodell aufgenommen– ohne die entsprechenden Wertungen der Interviewpartner/innen oder eine Qualifizierung unsererseits. Um einen möglichst umfassenden Einblick in die vielfältigen Wirkungszusammenhänge zu erhalten, war es aber nützlich, die unterschiedlichen Perspektiven der Stakeholder einzuholen. Im dritten Schritt wurde das Wirkungsmodell der Begleitgruppe des Projektes präsentiert und anschliessend diskutiert. Aufgrund der im Rahmen der Diskussion mündlich vorgetragenen Rückmeldungen wie auch aufgrund der im Nachgang schriftlich eingegangenen Rückmeldungen erfolgte eine Überarbeitung.

Der Aufbau des Wirkungsmodells beruht daher auf der verfügbaren Dokumentation des Revisionsprozesses, der bestehenden Literatur sowie dem Wissen von Expert/innen und Stakeholder. Das Wirkungsmodell ist in einem partizipativen Prozess unter Einbindung der wichtigsten Interessenvertreter/innen entwickelt worden. Durch dieses Vorgehen konnte die Transparenz für die Entwicklung des Evaluationskonzepts erhöht werden. Durch die Partizipation der Stakeholder konnte bereits in dieser Phase die Konsensbildung zu einer zukünftigen Evaluationsstrategie gefördert werden.

5.3 Struktur des Wirkungsmodells zur KVG-Revision

Im Wirkungsmodell sollen die einzelnen Massnahmen der KVG/LAMal-Revision in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich integriert werden, wobei angestrebt wurde, das Modell möglichst einfach auszugestalten. Es hat sich jedoch bereits früh bei der Entwicklung des Wirkungsmodells abgezeichnet, dass die Massnahmen zur Revision des Risikoausgleichs nicht zwingend im gleichen Wirkungsmodell dargestellt werden müssen wie die Massnahmen im Bereich der Spitalfinanzierung; dies weil die beiden Teilrevisionen zwar inhaltlich verwandt und aneinander gekoppelt sind, sich aber auf unterschiedliche Akteure beziehen. So richtet sich der Risikoausgleich an die Versicherer, während bei der Spitalfinanzierung hauptsächlich die Spitäler die Direktadressaten darstellen. Zudem ist der



Risikoausgleich für alle Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP/AOS) gültig, während sich die Spitalfinanzierung nur auf den stationären Teil der Leistungen der Spitäler bezieht. Daher wurden zwei Wirkungsmodelle für die beiden Bereiche der Revision des KVG/LAMal entwickelt.

Ein wichtiger konzeptioneller Hinweis bezieht sich auf die Art der Messung der Wirkungen. Diese ist darauf ausgerichtet, nur die Differenz in der Wirkungsweise der Massnahmen im alten und im neuen KVG/LAMal zu messen. Es interessiert für die Evaluation der Revision des KVG/LAMal nicht, welche Wirkungen das KVG/LAMal vor der Revision hervorgerufen hat, sondern wie sich diese Wirkungen aufgrund der Revision verändert haben.

Die beiden Wirkungsmodelle, die in den nächsten beiden Abschnitten erläutert werden, sind analog aufgebaut. Die Wirkungsmodelle gliedern sich in Spalten, die sich auf Massnahmen, Outputs, Outcomes und Impacts beziehen. Dabei findet von einer Spalte zur nächsten eine Abfolge von Wirkungen statt, die in primäre und sekundäre bzw. unmittelbare und mittelbare Wirkungen gegliedert werden können. Die Produkte, die aus der Massnahme an der Schnittstelle zwischen ausführender Instanz und Direktadressaten entstehen, werden als Outputs bezeichnet. Aus diesen folgen die unmittelbaren Auswirkungen bei den Direktadressaten, die als Outcomes bezeichnet werden. Aus diesen wiederum folgen die mittelbaren Auswirkungen auf nicht direkt involvierte Adressaten, die als Impacts bezeichnet werden.

Die einzelnen Massnahmen und Resultate der Wirkungen sind als Kästchen im Modell dargestellt, zwischen denen die Wirkungen im eigentlichen Sinn als Pfeile verlaufen. Bei den Kästchen wird unterschieden zwischen Massnahmen (blaue Farbe), beabsichtigten Wirkungen (grüne Farbe), unbeabsichtigten Wirkungen (orange Farbe) und Resultaten, bei welchen sowohl beabsichtigte als auch unbeabsichtigte Bestandteile vorhanden sind bzw. bei welchen die Art der Wirkung bzw. das Vorzeichen der Wirkung noch unklar sind (gestreifte Kästchen). Die Farbe der Pfeile dient hingegen lediglich der besseren Lesbarkeit und hat keine inhaltliche Bedeutung. Die Akteure bzw. Akteursgruppen sind im Modell als Rahmen mit gestrichelter Umrandung dargestellt. Sie umfassen diejenigen Resultate und Wirkungen, die bei einer Akteursgruppe entstehen. Die betroffene Akteursgruppe ist jeweils oben innerhalb des gestrichelten Kastens angegeben.

Schliesslich ist anzufügen, dass die Anbindung des Wirkungsmodells an die Ziele der KVG/LAMal-Revision einerseits dadurch erfolgt, dass beabsichtigte und nicht-beabsichtigte Wirkungen unterschieden werden. Andererseits ist auf der Ebene der Impacts mehr oder weniger explizit ein Bezug zu den drei Hauptzielen „Kostendämpfungsziel“, „Versorgungsziel“ und „Solidaritätsziel“ gegeben.

5.4 Wirkungsmodell zur Revision der Spitalfinanzierung

Das Wirkungsmodell zur Revision der Spitalfinanzierung wird in Abbildung 2 dargestellt. Es folgt eine überblicksartige Beschreibung der Wirkungszusammenhänge anhand der fünf Massnahmen im Wirkungsmodell. Im Detail werden die Wirkungen in Anhang 6 beschrieben.

Die Abgeltung der Spitalleistungen durch leistungsbezogene Pauschalen wirkt sich über Tarifverhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern auf den Kostendruck in den Spitälern aus. Dieser Kostendruck führt einerseits dazu, dass sich die Spitallandschaft verändert und so die Kosten im stationären Spitalbereich gesenkt werden sollen. Dabei kann es zu einer Verschiebung der Kostenlast von OKP/AOS-Versicherern zu Kantonen kommen (Spitaldefizite). Es können vom Kostendruck auch nicht-beabsichtigte Wirkungen ausgehen: Es kann zu verfrühten Entlassungen der Patient/innen kommen, zu einem Risikoselektionsverhalten der Spitäler sowie strategischem Verhalten bezüglich der Codierung der Fälle und der Steuerung der Leistungen pro Fall sowie der Fallzahl. Diese Auswirkungen können die Qualität respektive die Zugänglichkeit der stationären Leistungen beeinträchtigen. Als



flankierende Massnahme zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen kann das geplante Qualitätsmonitoring angesehen werden.

Die Investitionen der Spitäler im stationären Bereich werden neu über die leistungsbezogenen Pauschalen finanziert, was einem Systemwechsel für die öffentlichen Spitäler entspricht, die bis anhin ihre Investitionen von den Kantonen finanziert erhielten. Diese Änderung kann sich auf das Investitionsniveau der Spitäler auswirken und damit auf die Versorgungsqualität einen Einfluss haben. Zudem bedeutet die neue Finanzierungsform eine Umverteilung der Kosten von den Kantonen zu OKP/AOS-Versicherern.

Die verstärkte freie Spitalwahl ihrerseits bewirkt, dass sich das Wahlverhalten der Versicherten verändert und dadurch auch der Wettbewerb unter den Spitälern im stationären Bereich zunimmt. Aufgrund der neuen Patientenströme verändert sich die Spitallandschaft. Es findet eine Umverteilung der Kosten bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten von der Zusatzversicherung zu Kantonen und zur OKP-Versicherung statt.

Die neuen Kriterien des Bundes betreffend Spitalplanung betreffen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die Spitalplanung ist weiterhin ein Instrument zur Kontrolle des Wettbewerbs unter den Spitälern, bestimmt zu einem grossen Teil das Angebot und ist damit auch bestimmend für den Zugang der Bevölkerung zu stationären Spitalleistungen. Die neuen Spitallisten werden einen grossen Einfluss auf die zukünftige Ausgestaltung der Spitallandschaft haben.

Die neue Aufteilung der dual-fixen Finanzierung der Vergütung (Versicherer 45% und Kantone 55%) führt zu einer erhöhten Transparenz der Finanzflüsse sowie zu einer Reduktion der Unterschiede in der Kostenaufteilung im stationären Bereich. Dabei wird erwartet, dass der Interessenkonflikt zwischen Kantonen und Versicherern in den Tarifverhandlungen verringert wird.

5.5 Wirkungsmodell zur Revision des Risikoausgleichs

Abbildung 3 stellt das Wirkungsmodell zur Revision des Risikoausgleichs dar. Im Folgenden wird überblicksartig beschrieben, welche Wirkungszusammenhänge im Wirkungsmodell aufgeführt werden. In Anhang 6 werden die Wirkungen im Detail beschrieben. Die Revision des Risikoausgleichs gliedert sich in zwei Massnahmen, die zu evaluieren sein werden:

Der stärker morbiditätsorientierte Berechnungsmodus des Risikoausgleichs („Spitalaufenthalt im Vorjahr von mehr als 3 Tagen“) führt dazu, dass die Risikoausgleichszahlungen grösser werden und die Solidarität im System steigt. Damit wird die Risikoselektion für die Versicherer im OKP/AOS-Bereich weniger attraktiv, weshalb sie statt Risikoselektion verstärkt Leistungsmanagement betreiben, was wiederum den Einsatz von Managed Care-Modellen in der Leistungserbringung begünstigt. Es kann durch die verminderte Risikoselektion zur Verringerung der Anzahl OKP/AOS-Versicherern kommen sowie zu einer Verringerung der Unterschiede der OKP/AOS-Prämien zwischen Versicherern und zu einer Steigerung der Servicequalität. Durch das verstärkte Leistungsmanagement kann es auch zu einer Senkung des Wachstumsrates der OKP-Prämien kommen. Das erhöhte Angebot von Managed Care-Modellen sollte auch zu einer Steigerung der Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen führen. Es ist auch möglich, dass durch die verstärkte Leistungskontrolle negative Effekte auf den Zugang zu und/oder die Qualität der Gesundheitsleistungen auftreten.

Die Ausgleichszahlungen auf Basis der Kostensätze des Vorjahrs fördert eine prospektive Ausrichtung des Risikoausgleichs, die bei OKP/AOS-Versicherern auch bei Risikogruppen Anreize zur Senkung der Leistungskosten setzt. Dies führt dazu, dass die Versicherer im OKP/AOS-Bereich auch bei Risikogruppen einen Anreiz zur Senkung der Leistungskosten haben.

Abbildung 2: Wirkungsmodell zur Revision der Spitalfinanzierung

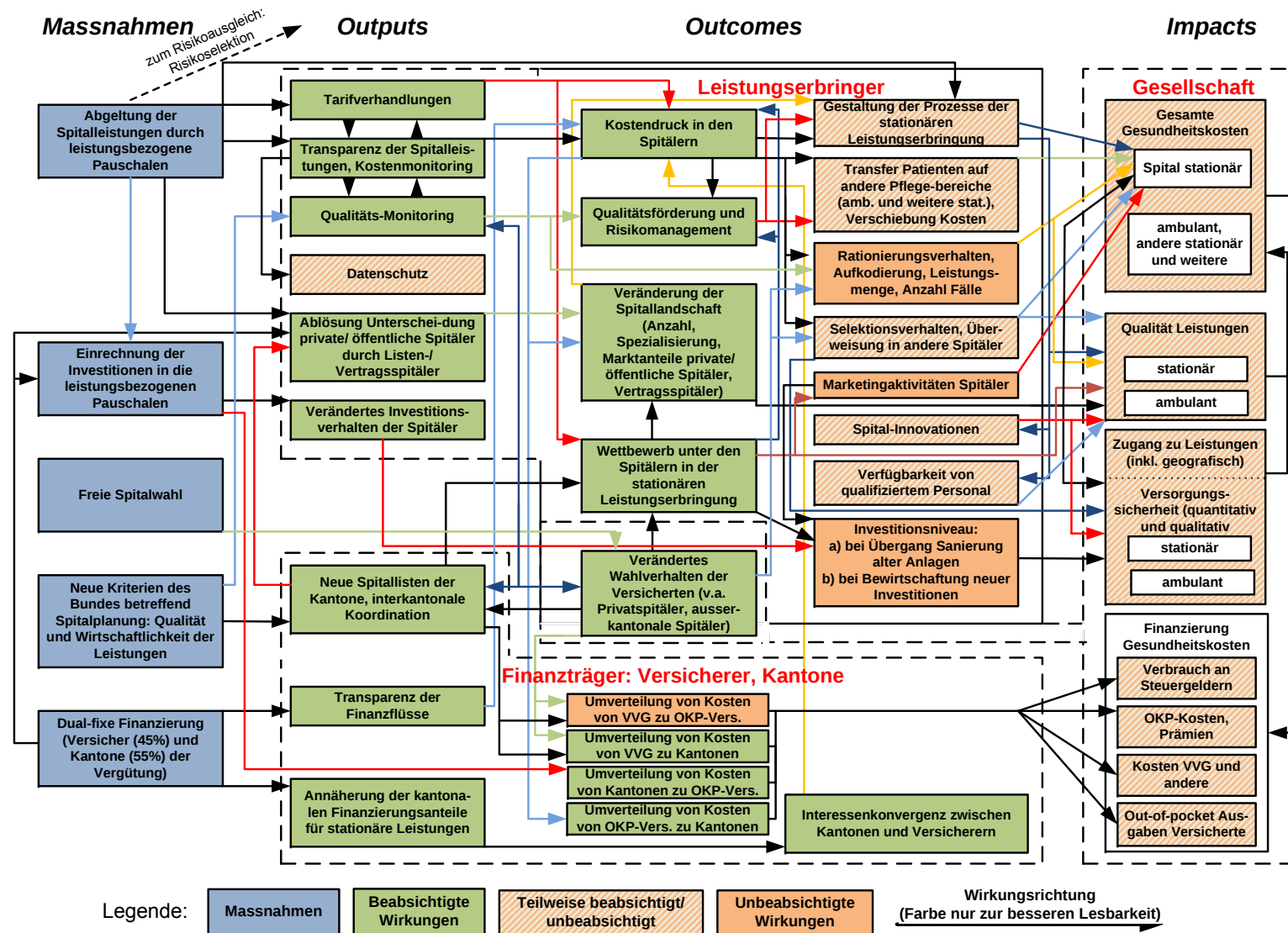
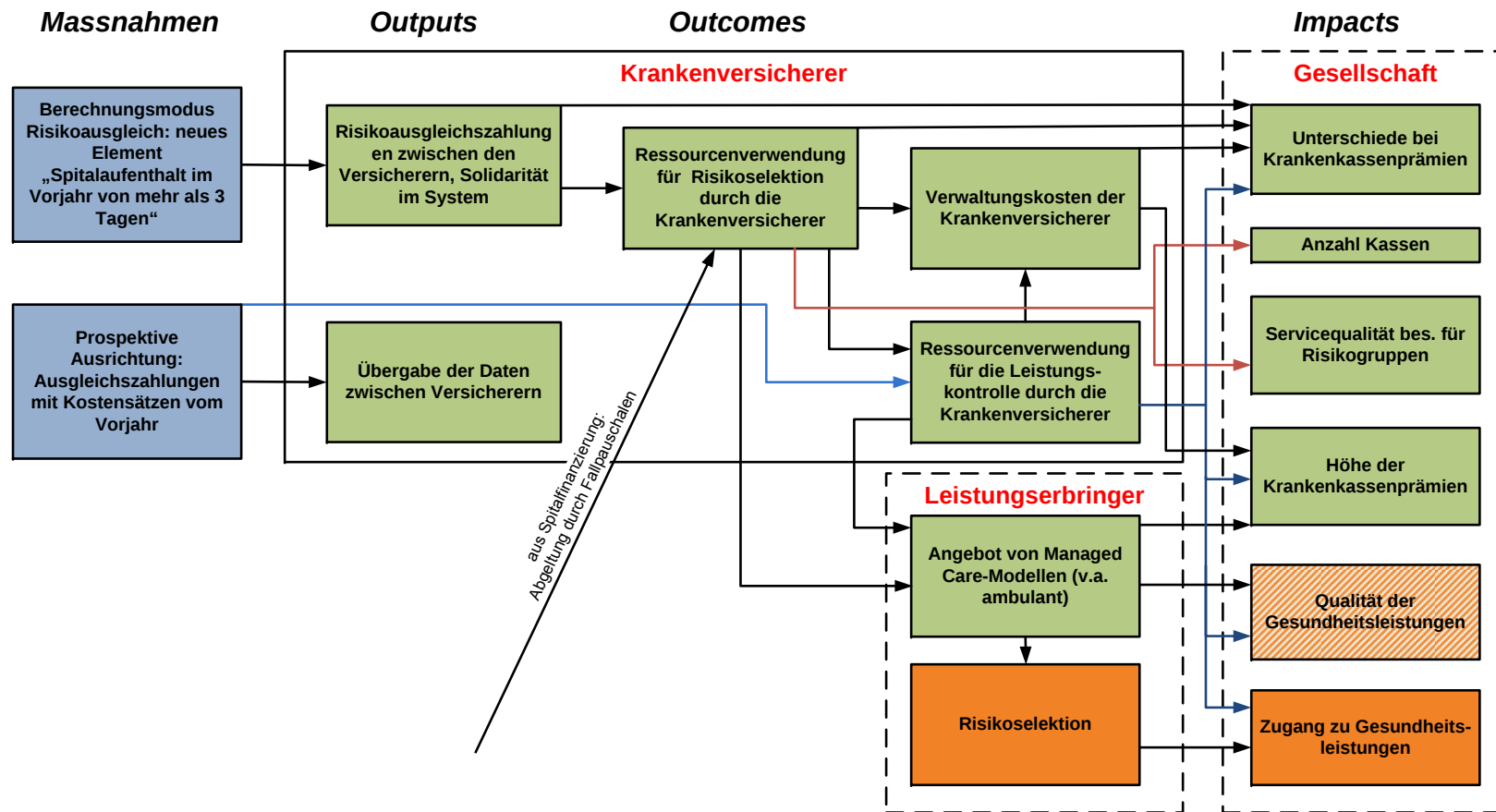




Abbildung 3: Wirkungsmodell zur Revision des Risikoausgleichs





6 Questions d'évaluation

Au chapitre précédent, les effets potentiels de la révision, souhaités et non souhaités, ont été identifiés. Sur la base de ce travail de modélisation, nous formulons dans le présent chapitre les grands thèmes devant faire l'objet d'attention dans le futur programme d'évaluation. Les questions d'évaluation sont présentées sous forme d'un catalogue de questions comportant une soixantaine de questions d'évaluation potentielles, regroupées en neuf groupes de questions à thématique homogène. Le catalogue de question couvre les principaux effets de chacune des révisions et constitue le document de base à partir duquel est élaboré le concept d'évaluation et conduite l'étude de faisabilité.

6.1 Elaboration du catalogue de questions

Les questions d'évaluation ont été définies en suivant une réflexion multidimensionnelle et itérative. Le développement des questions d'évaluation se base en effet sur les modèles des effets développés au chapitre 5, mais intègre aussi des réflexions théoriques et les préoccupations des acteurs concernés.

En raison de contraintes de temps, un premier catalogue de questions a dû être élaboré parallèlement aux travaux de modélisation des effets, en nous basant sur les questions figurant dans l'appel d'offre de l'OFSP (BAG), sur nos connaissances théoriques en économie de la santé, ainsi que sur les questions formulées par les experts eux-mêmes dans le cadre des entretiens. Donner la parole aux acteurs concernés par la révision de la LAMa/KVG ainsi qu'à des experts du système de financement hospitalier suisse permet d'une part d'instaurer un processus participatif et d'autre part d'identifier les aspects suscitant le plus d'espoirs ou de craintes et auxquels accorder un certain poids dans le programme d'évaluation.

Ce premier catalogue de questions s'est enrichi de questions supplémentaires à mesure que de nouveaux effets étaient identifiés dans le cadre du processus de modélisation des effets. Il a ensuite été présenté et discuté au sein du groupe d'accompagnement de l'étude (12 institutions y sont représentées en plus de l'OFSP/BAG, voir Annexe 5), ce qui a conduit à l'abandon de quelques questions considérées comme mineures, à l'ajout de thèmes encore non couverts par le catalogue et à la reformulation de questions afin d'orienter l'analyse sur les résultats et non sur les processus internes aux institutions. En dernier lieu, la cohérence entre le catalogue ainsi obtenu et les modèles des effets a été vérifiée et les ajustements nécessaires effectués, aussi bien dans la structure des deux documents que dans la terminologie utilisée.

Au final, quelques soixante questions d'évaluation potentielles ainsi été développées. Il va de soi qu'un si grand nombre de questions ne peut être traité de manière approfondie et complète dans le cadre du programme d'évaluation. Afin d'en faciliter la présentation, mais aussi de définir les grands thèmes qui devront être abordés par l'évaluation, un processus d'agrégation, recherchant les thématiques communes a été suivi. Au final, les questions détaillées ont été ordonnées en neuf groupes de questions, présentés ci-après.

6.2 Groupes de questions d'évaluation

La révision décidée dans le domaine du financement hospitalier est complexe et comporte des mesures touchant à différents aspects de la régulation (voir chapitre 4), de sorte que l'on s'attend à ce qu'elle ait une influence sur de nombreux paramètres du système hospitalier stationnaire, voire des répercussions sur le système de santé dans son ensemble.

Le Tableau 4 ci-dessous donne une vue d'ensemble des grands effets de la révision qui devront faire



l'objet d'une évaluation. Les groupes de questions d'évaluation 1 à 8 concernent la révision du financement hospitalier, le groupe 9 porte sur la compensation des risques. Les questions détaillées sont présentées en Annexe 7, p. 139.

Le groupe 1 porte sur l'influence de la révision sur les coûts de la santé, le groupe 2 concerne son impact sur la qualité des prestations de soins, le groupe 3 s'intéresse à ses conséquences sur l'accès aux soins pour la population et le groupe 4 aux effets potentiels sur la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical. Les modifications engendrées dans la structure du marché hospitalier et l'organisation des soins en général sont abordées au groupe 5, tandis que les effets distributifs de la révision font l'objet du groupe 7. Le rôle joué par les cantons dans le déploiement de certains effets, de même que celui joué par le système de forfaits dans sa conception suisse, sont des éléments de processus (et non de résultats) qu'il convient aussi de prendre en compte afin d'avoir une compréhension complète des modifications engendrées par les changements législatifs. Ces questions sont traitées respectivement dans les groupes 8 et 6. La révision de la compensation des risques constitue une thématique propre et circonscrite, elle fait l'objet d'un groupe de questions séparé.

Tableau 4 : Groupes de questions d'évaluation pour la révision du financement hospitalier et de la compensation des risques

No.	Groupes de questions d'évaluation
1.	Quelle est l'influence de la révision sur les coûts de la santé ?
2.	Quelle est l'influence de la révision sur la qualité des prestations de soins ?
3.	Quelle est l'influence de la révision sur l'accès de la population aux soins ?
4.	Comment les modifications de la politique d'investissement des hôpitaux influence-t-elle la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical ?
5.	Comment la révision modifie-t-elle l'organisation et le mode de fourniture des soins (toutes les modifications de l'offre)?
6.	Comment la mise-en-œuvre du système de forfaits influence-t-elle l'atteinte des objectifs de la révision?
7.	Quels sont les effets distributifs de la révision du mode de financement?
8.	Quelle est l'influence des nouvelles planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins ?
9.	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs ?

Tous ces domaines sont retenus comme champs d'investigation pour l'évaluation. Dans ce qui suit chacun de ces thèmes est décrit plus en détail. Le même contenu est repris sous forme de catalogue de questions à l'Annexe 7, p. 139.

Groupe 1 : Influence sur les coûts de la santé

L'une des questions centrales soulevées par la révision est celle de son influence sur les coûts de la santé en général et dans le secteur hospitalier en particulier. Toutes les questions touchant à cette thématique ont été rassemblées dans le groupe 1 et soulèvent dans le détail les interrogations suivantes : Quelles évolutions connaissent les coûts hospitaliers stationnaires, la structure générale des coûts des hôpitaux et les différences interhospitalières dans le coût des prestations ? Avec le nouveau système de forfaits, certaines prestations deviennent-elles financièrement très attractives (ou au contraire très peu attractives)? La pression sur les coûts engendre-t-elle des comportements stratégiques chez les prestataires de soins hospitaliers ? Une certaine transparence en matière de coûts a-t-elle pu être obtenue : transparence des coûts des prestations de soins d'une part et des coûts des différents types de prestations des hôpitaux d'autre part (soins, formation et recherche,



service d'urgence, service de proximité, etc.) ? Enfin, au-delà des soins hospitaliers stationnaires, la révision peut engendrer des transferts de coûts vers les autres secteurs de soins (soins ambulatoires, réadaptation, établissements médico-sociaux (EMS), aide informelle, etc.). Quelle en est l'ampleur et quelle en est l'incidence sur la croissance des coûts totaux du système de santé sont deux aspects qu'il convient aussi d'examiner.

Groupe 2 : Influence sur la qualité des prestations de soins

Une deuxième question centrale est l'influence des changements législatifs, en particulier du mode de rémunération, sur la qualité des prestations de soins. Il est connu, tant sur le plan théorique qu'empirique, que le passage à une rémunération par forfaits renforce l'incitation au contrôle des coûts, mais que celui-ci s'accompagne d'un risque sur la qualité. Il convient par conséquent de suivre l'évolution de la qualité des soins hospitaliers et d'évaluer le rôle joué par le changement de système dans cette évolution. Dans le détail, les questions qui se posent sont les suivantes : Comment évolue la qualité des soins dans le domaine stationnaire et dans le domaine ambulatoire ? Quel rôle jouent les différentes mesures prises dans le cadre de la révision, notamment la rémunération par forfaits et les nouvelles règles de financement, dans l'évolution observée de la qualité ? Les mesures d'accompagnement définies par les partenaires tarifaires font-elles leurs preuves ? Quelle est l'influence des critères et des dispositions de la Confédération concernant la qualité ? Le renforcement du libre choix des hôpitaux, en raison de la concurrence accrue qu'il engendre, conduit-il à une augmentation de la qualité des prestations ?

Groupe 3 : Influence sur l'accès aux soins

Un troisième aspect potentiellement impacté par la révision est l'accès aux soins hospitaliers pour les assurés, une dimension qui peut être touchée de différentes manières. Premièrement, les nouvelles dispositions, du fait de la pression concurrentielle qu'elle introduit, peuvent engendrer une réduction du nombre d'hôpitaux et une certaine concentration de l'offre dans les centres urbains. Se pose alors la question de la garantie de l'approvisionnement en soins : l'offre de soins (hospitaliers et non hospitaliers) est-elle quantitativement et qualitativement suffisante, et ce sur l'ensemble du territoire ? Deuxièmement, les hôpitaux, en principe tenus de prendre en charge tous les cas dans les limites de leurs capacités, peuvent être tentés de pratiquer une certaine sélection des risques. Dans la perspective de garantir à chacun l'accès aux soins, il importe d'évaluer dans quelle mesure l'obligation d'admission est respectée et dans quelle mesure une certaine sélection des risques est-elle instaurée. Troisièmement, la révision de la LAMal/KVG prévoit certes le libre choix entre les hôpitaux figurant sur les listes cantonales, mais aussi qu'en cas de séjour hors canton sans indication médicale, l'assuré (ou son assurance complémentaire) prend à sa charge la différence avec le tarif en vigueur dans son canton de domicile, ceci pour la part cantonale. Dans ce contexte, un patient domicilié dans un canton ayant des tarifs hospitaliers élevés a davantage de possibilités de choisir un hôpital hors de son canton sans devoir bourse délier qu'un patient domicilié dans un canton où les tarifs sont bas. On peut par conséquent se demander quelle est l'influence de la révision sur l'égalité des chances d'accès aux soins hospitaliers extracantonaux.

Groupe 4 : Influence sur la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical

Avec la révision du financement hospitalier, les investissements ne seront plus financés directement par les cantons, mais leur utilisation rémunérée par le biais des forfaits liés à la prestation. La manière dont les coûts d'utilisation des immobilisations seront intégrés dans les forfaits¹⁸ n'est pas encore

¹⁸ Par exemple, en fonction du degré de technicité de la prestation ou en pourcent de la valeur du forfait.



fixée. Lorsque le mode de calcul sera connu, il s'agira d'analyser les incitations que donne le système adopté en matière d'investissements, en particulier quant au niveau des investissements, et d'évaluer si les difficultés liées à la délimitation des coûts d'exploitation et d'investissement conduisent à des problèmes de mise-en-œuvre.

De manière plus générale, il conviendra d'observer si les effets conjugués des différentes mesures conduisent à un comportement plus rationnel en matière d'investissements (diminution des dépenses d'investissement sans baisse de la qualité des prestations), s'ils induisent une politique de sous-investissement ou si l'on observe au contraire une tendance au surinvestissement (par exemple pour des raisons de marketing liées au libre choix des hôpitaux). Dans cette perspective, il s'agira non seulement d'analyser la situation à moyen-long terme, mais d'observer comment les investissements ont évolué durant la phase de transition et au cours des cinq ans précédant l'entrée en vigueur des changements législatifs.

Les changements en matière d'investissements pourront se répercuter sur la diffusion des innovations au sein des hôpitaux suisses et sur leur niveau de développement technico-médical. Une partie de l'évaluation devra donc se pencher sur ce thème et analyser l'influence de la révision sur la politique d'innovation des hôpitaux. Il s'agira d'observer comment évolue le niveau de développement technico-médical des hôpitaux suisses en général ainsi que l'évolution dans les hôpitaux publics en comparaison avec les hôpitaux privés.

Groupe 5 : Influence sur l'organisation et le mode de fourniture des soins

Les questions d'évaluation exposées jusqu'ici portent sur des modifications de la pratique des hôpitaux. Les questions qui suivent concernent l'évolution de la structure du marché hospitalier et les modifications qui en découlent en termes d'organisation des soins en Suisse.

La rémunération par forfaits, en découplant recettes et coûts et en supprimant la prise en charge quasi automatique des déficits par les cantons, pourra amener certains hôpitaux dans une situation financière difficile, voire critique. Observe-t-on en conséquence des phénomènes de concentration sur le marché hospitalier, soit une diminution du nombre d'hôpitaux¹⁹? En résulte-t-il une diminution de l'offre totale de soins ? Une réduction du nombre d'hôpitaux ne signifie en effet pas nécessairement une baisse de l'offre de prestations puisque le même volume de prestations peut être fourni sur moins de sites. Il sera aussi intéressant d'analyser quels sont, du point de vue de la qualité de leur gestion, les hôpitaux qui subsistent.

Parallèlement à une éventuelle concentration du marché, il est possible que nous assistions à une spécialisation accrue des hôpitaux. Il s'agira d'observer comment le marché des prestations hospitalières se réorganise, si la spécialisation des hôpitaux augmente, s'il y a une réorganisation des flux de patients, notamment un accroissement des transferts (par exemple des hôpitaux régionaux vers les hôpitaux spécialisés).

L'évolution des parts de marché des hôpitaux privés, publics et subventionnés par les pouvoirs publics suite à la révision est également une question d'intérêt, de même que la position occupée par les hôpitaux conventionnés sur le marché des prestations hospitalières. La réaction des patients au libre choix de l'hôpital, en particulier s'ils choisissent plus souvent un établissement hors de leur canton de domicile, est aussi un paramètre dont il faut analyser l'impact sur la structure du marché. Enfin, à la marge du marché hospitalier, se pose la question de l'influence du système de rémunération par forfaits sur le marché du travail, en particulier sur la disponibilité de personnel qualifié.

¹⁹ A noter qu'il faudra distinguer entre les concentrations à caractère purement administratif et les fusions amenant à la fermeture de sites hospitaliers, ayant des conséquences sur la proximité des soins.



Enfin, un autre thème important sont les effets de débordement (« spillover ») sur les autres secteurs de soins et les conséquences sur l'organisation générale des soins en Suisse. Le sujet peut être étudié au travers d'une question de départ très générale, à savoir si le secteur des soins hospitaliers stationnaires décroît au profit d'autres formes de soins (secteur ambulatoire, réadaptation, psychiatrie, EMS, soins aigus et de transition à domicile ou en EMS, aide informelle, etc.).

Groupe 6 : Mise-en-œuvre du système de forfaits

La mise-en-œuvre du système de forfaits et son rôle dans l'atteinte des objectifs du législateur est aussi à évaluer. Le point commun des questions de ce groupe est de porter sur différents aspects de la mise-en-œuvre du système de forfaits, par exemple la surveillance et l'adaptation des tarifs et structures tarifaires, ou la transmission des données. Dans le détail, les questions qui se posent sont les suivantes : Dans quelle mesure des systèmes de rémunération forfaitaire étaient déjà introduit avant 2012 (baseline measurement)? Quelles sont les effets déployés par le système de surveillance et d'adaptation des tarifs prévus dans le système de forfaits ? Pendant la phase de transition, quelle influence ont les écarts au système sur l'efficacité du système de rémunération forfaitaire ? Quelle est l'influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par la structure tarifaire SwissDRG (réadaptation, psychiatrie, soins palliatifs, etc.) ? Quelles difficultés posent la transmission des diagnostics aux assureurs en termes de protection des données et comment celles-ci sont-elles résolues ?

Groupe 7 : Effets distributifs de la révision du financement

La révision opère une importante redistribution des responsabilités financières entre les acteurs du système hospitalier. Les effets distributifs engendrés par les nouvelles règles de financement des hôpitaux constituent donc un thème d'évaluation important. Il importe de suivre l'évolution de la répartition des coûts entre agents-payeurs – cantons, assurances-maladie, ménages (out-of-pocket), assurances complémentaires, autres assurances sociales. De même, les répercussions de ces transferts de coûts sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire, sur les primes de l'assurance-maladie complémentaire et sur les impôts, de même que les effets sociaux de ces redistributions sont à examiner.

Ces deux analyses de très large portée sont complétées par des questions plus spécifiques, dont la question de savoir si les assureurs privés répercutent la baisse des coûts à leur charge sur les primes des assurances complémentaires. D'autres aspects spécifiques liés aux effets distributifs sont la hauteur des contributions cantonales au financement des soins (plus haut que le minimum légal?), la question de l'émergence d'une convergence d'intérêts entre assureurs et cantons dans le cadre des négociations tarifaires et l'attitude des cantons en matière de couverture de déficit lorsqu'un hôpital ne parvient pas à couvrir ces coûts par le biais des forfaits.

Groupe 8 : Influence des nouvelles planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins

Le rôle joué par les cantons dans le déploiement de certains effets est un paramètre qu'il importe également d'évaluer afin d'avoir une meilleure compréhension des changements en cours. Pour disposer d'un point de référence, il convient de commencer par réaliser une photographie des planifications cantonales avant 2012. On pourra ensuite analyser comment les planifications cantonales se sont transformées, si hôpitaux privés et publics sont traités de manière égale dans le processus de planification cantonale et si des problèmes sont apparus du fait que les cantons ont dû refaire leur planification avant de disposer des indicateurs sur la qualité des hôpitaux. De même, on peut évaluer dans quelle mesure les planifications cantonales respectent les critères de qualité et d'économicité prévus par la loi et dans quelle mesure les cantons parviennent à imposer leur



planification. Enfin, l'évaluation se penchera sur l'influence des planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins en examinant si les nouvelles planifications cantonales apportent une contribution à la rationalisation de l'offre et si la coordination intercantonale a été renforcée.

Groupe 9 : Influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs

Comme mentionné, la révision de la compensation des risques concerne en premier lieu les assureurs-maladie et n'est liée au financement hospitalier que dans la mesure où l'on craint que les forfaits permettent d'accroître la sélection des risques par les assureurs. Le mode de calcul de la compensation a été affiné et l'on analysera en premier lieu entre quels groupes de risques ont lieu les plus grands transferts et dans quelle mesure le caractère solidaire du système a été renforcé. On évaluera ensuite les effets de cette nouvelle formule sur l'intensité de la sélection des risques par les assureurs. Une approche pourrait être de s'intéresser à l'évolution des différences de primes entre assureurs, lesquelles reflètent actuellement davantage le différentiel de risques dans le portefeuille d'assurés que dans la gestion des caisses-maladies. Un autre indicateur pourrait être une concurrence accrue entre assureurs, se traduisant en particulier par une concentration de l'offre (p.ex. au détriment des caisses bon marché).

Un pas plus loin, on se demandera si la baisse d'attractivité de la sélection des risques a été suffisante pour que les assureurs se concentrent sur la gestion des prestations d'une part, sur la qualité du service à leurs clients et/ou le développement des modèles de managed care d'autre part. La conséquence de tels changements sur le niveau des primes d'assurance-maladie sera d'intérêt. Au rang des possibles effets secondaires, il s'agira d'examiner si la gestion renforcée des prestations a un effet négatif sur l'accès des patients aux soins et/ou sur la qualité des soins fournis aux assurés. De même, l'influence des modèles de managed care sur l'accès des patients aux soins et/ou sur la qualité des soins fournis aux assurés devra faire l'objet d'un examen.

Enfin, sur le plan de la mise-en-œuvre, on examinera si les échanges de données nécessaires au calcul de la compensation des risques (entre prestataires de soins et assureurs, entre assureurs lorsqu'un assuré change de caisse-maladie) fonctionnent correctement.

7 Bases de données, indicateurs et faisabilité

Dans ce chapitre, une comparaison entre le besoin en information pour répondre aux questions d'évaluation définies au chapitre 6 et les données disponibles est effectuée. Dans cette perspective, le chapitre 7.1 commence par établir un inventaire des sources de données existantes et potentiellement utiles à la réalisation de telles évaluations. Le contenu des différentes bases de données est brièvement décrit et les éventuelles difficultés concernant la qualité ou l'accessibilité aux données sont mentionnées. Le chapitre 7.2 s'interroge sur les indicateurs qui peuvent être envisagés pour opérationnaliser les questions d'évaluation et indique dans quelle mesure les données disponibles permettent de les estimer. Enfin, le chapitre 7.3 se penche sur la question de la coordination de l'accès aux données. Il identifie les besoins des futures équipes d'évaluation et propose une solution économique et pragmatique pour permettre un accès facilité à l'information concernant les sources de données utiles.



7.1 Bases de données utiles pour répondre aux questions d'évaluation

Les objectifs de ce chapitre sont (i) de présenter les bases de données qui pourraient être utilisées pour réaliser les projets d'évaluation et (ii) d'indiquer l'accessibilité à ces données et d'apprécier leur qualité afin de formuler des recommandations à l'OFSP/BAG.

Les bases de données sont sélectionnées sur la base de trois critères. Elles doivent :

1. contenir des informations utiles pour répondre aux questions d'évaluation présentées au chapitre 6,
2. être disponibles sur plusieurs années et couvrir, si possible, les périodes précédents et suivants l'entrée en vigueur des modifications LAMal/KVG,
3. couvrir, en principe, l'ensemble du territoire suisse.

Certaines bases de données ne répondent pas à ces trois critères, mais sont néanmoins jugées suffisamment importantes pour être répertoriées.

Le recensement de ces bases de données s'est fait en consultant plusieurs **sources d'information**, tels que l'inventaire des banques de données sur la santé en Suisse réalisé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2006), les sites internet et divers documents publiés par l'Office fédéral de la statistique (OFS/BFS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP/BAG), l'Office fédéral des assurances privées (OFAP/BPV), l'Administration fédérale des finances (AFF/EFV), l'Institution commune LAMal/KVG, santésuisse, H+ et l'Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Des contacts directs ont également été pris avec certains producteurs de données pour discuter du contenu des données et de leur qualité²⁰.

7.1.1 Bases de données, accès et qualité

Vue d'ensemble

Au total, 27 bases de données ont été retenues (Tableau 5). Une brève description de chaque base de données se trouve à l'Annexe 8. Il y est mentionné le but général de la collecte, les principaux groupes de variables, le type d'enquête réalisé (relevé administratif ou échantillon), l'unité d'observation, la périodicité de la collecte d'information, les années disponibles, les conditions d'accès, la qualité générale des données, l'institution gérant les données et une personne de contact.

Douze sources de données sont le résultat de **relevés administratifs** procurant des informations exhaustives sur les entités enquêtées (Tableau 5). Ces relevés sont souvent collectés et gérés par des administrations publiques, principalement l'OFS/BFS, l'OFSP/BAG et l'OFAP/BPV, ou par santésuisse et certaines assurances-maladie. Trois sources de données sont le produit de la consolidation de plusieurs sources d'information. Ces **données de synthèse** sont proposées par l'OFS/BFS pour la statistique du coût et financement du système de santé, par l'AFF/EFV pour les finances publiques et par santésuisse pour les tarifs stationnaires dans les hôpitaux, tirés des services des tarifs et des prix de cette institution. Sur 27 bases de données, 11 sont des **enquêtes par échantillons**. L'OFS/BFS est la principale institution collectant de telles données, mais des enquêtes sont également menées par SwissDRG, par H+ et l'ANQ ou par des instituts de recherche tels que FORS de l'Université de Lausanne. Pour terminer, les comptabilités analytiques des hôpitaux sont mentionnées même si elles ne fournissent pas d'information centralisée. Elles contiennent en effet de

²⁰ Les contacts suivants ont été pris : OFS/BFS concernant l'IPC santé (Corine Becker), la Samed et la Statistique administrative (Anthony Francis), OFSP/BAG pour les données de l'assurance-maladie (Nicolas Siffert) ainsi que la CDS (Semya Ayoub) et SwissDRG (Mathieu Vuilleumier) concernant le futur relevé des investissements.



nombreuses données qui pourraient être utiles, même si elles ne sont pas facilement accessibles pour analyse.

Trois bases de données ne sont pas prises en compte dans le présent rapport: la future **statistique ambulatoire de l'OFS/BFS**, la future **statistique KoLE et l'enquête SHARE**. Les deux premières sont actuellement en phase d'élaboration et ne seront pas disponibles avant plusieurs années. Les spécificités de ces sources de données ne sont pas encore connues. De plus, elles ne seront pas accessibles avant l'entrée en vigueur de la plupart des modifications de la LAMal/KVG. Elles ne pourront donc pas être utilisées pour évaluer les effets des changements dans la LAMal/ KVG, même si elles pourraient être utilisée pour décrire certaines situations quelques années après l'entrée en vigueur des changements LAMal/KVG. L'enquête SHARE —Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe—, menée dans 16 pays européens dont la Suisse, est principalement utile pour des analyses internationales.

Tableau 5 : Liste des bases de données, accessibilité et qualité générale

	Bases de données	Accessibilité	Qualité générale des données
	Enquêtes administratives exhaustives		
A	Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
B	Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
C	Statistique des établissements de santé non hospitaliers de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
E	Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
F	Statistique de l'assurance-maladie obligatoire de l'OFSP/BAG	Facile	Bonne
G	Données des assurances privées de l'OFAP/BPV	Partielle	Bonne
H	Pool de données de santésuisse	Partielle	Bonne
I	Pool des tarifs (Tarmed) de santésuisse	Partielle	Inconnue
J	Données de la compensation des risques de l'Institution commune LAMal/KVG	Partielle	Inconnue
L	Archives des primes d'assurance-maladie de l'OFSP/BAG	Facile	Bonne
M	Répartition des subsides fédéraux entre cantons pour la réduction des primes publiée par l'OFSP/BAG	Facile	Bonne
AS	Données de certaines assurances, telles que l'Helsana ou la CSS	Difficile	Inconnue
	Données de synthèse provenant de plusieurs sources		
N	Statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS/BFS	Partielle	Bonne
O	Statistique des finances publiques (AFF/EFV)	Partielle	Bonne
Z	Tarifs stationnaire dans les hôpitaux, tirés des services des tarifs et des prix de santésuisse	Facile	Inconnue
	Enquête par échantillonnage		
D	Relevé des salaires de H+	Difficile	Inconnue
K	Newindex de Newindex	Difficile	Inconnue
P	Statistique des données économiques par cas de SwissDRG	Facile	Inconnue
Q	Enquête suisse sur la population active (ESPA/SAKE) de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
R	Enquête suisse sur la santé de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
S	Indice des primes d'assurance-maladie de l'OFS/BFS	Facile	Bonne
V	Données sur la qualité dans les hôpitaux H+ et de l'ANQ	Difficile	Inconnue
W	Données sur la qualité dans le rapport de l'OFSP/BAG (2006)	Facile	Bonne
X	Statistique FMH des médecins en cabinet	Partielle	Bonne
Y	Données de qualité des EMS (PLAISIR, BESA, RAI/RUG) et services Spitex (RAI-HC)	Partielle	Inconnue
SD	Relevé SwissDRG sur les immobilisations des hôpitaux	Inconnue	Inconnue
CA	Comptabilité analytique des hôpitaux	Difficile	Inconnue

Accès aux données

La plupart des bases de données sont facilement accessibles car ce sont des organisations publiques ou des groupes de recherche qui les gèrent (Tableau 5). Sur 27 bases de données, 14 ont un accès facile et pourront être obtenues par les équipes de recherche. A noter que les niveaux d'agrégation et d'anonymisation des données peuvent varier et soulever des difficultés méthodologiques pour les analyses. . A noter que l'accessibilité d'une base de données n'a pas pu être déterminé car la collecte de données est en cours : le relevé SwissDRG sur les immobilisations dans les hôpitaux.



Données à accès difficile. Actuellement, cinq sources de données semblent d'un accès difficile :

- 1) Indicateurs de qualité dans les hôpitaux de H+ et de l'ANQ,
- 2) Relevé des salaires de H+,
- 3) Données NewIndex pour les cabinets médicaux,
- 4) Données propres à certaines assurances-maladie, par exemple l'Helsana ou la CSS,
- 5) Comptabilités analytiques des hôpitaux.

L'importance de ces bases de données pour les projets d'évaluation varie. Les indicateurs de qualité de H+ et l'ANQ sont importants car ce sont des mesures reconnues par la littérature internationale. Ces données sont publiées sous forme agrégée, mais l'accès aux données par hôpital demeure pour l'instant réservé aux établissements concernés. Comme il est reconnu par les experts que les modifications de la LAMal//KVG pourraient avoir un impact sur la qualité des soins dans les hôpitaux, il semble nécessaire de pouvoir accéder à ces données à un niveau plus désagrégé que ce qui est actuellement publié.

Le relevé des salaires de H+ pourrait fournir une information sur les salaires potentiellement plus détaillée que la Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS. La publication des résultats de ce relevé se fait à un niveau agrégé et un accès plus désagrégé (par région, groupe d'établissement ou établissement) serait utile. NewIndex offre l'avantage de contenir toutes les prestations fournies en cabinets médicaux et ne se concentre pas uniquement sur les prestations couvertes par l'assurance-obligatoire des soins, contrairement aux données Tarmed. Quant à l'accès aux données de certaines assurance-maladie ou aux comptabilités analytiques des hôpitaux, il dépendra non seulement de l'état d'esprit de ces institutions sur la nécessité d'analyses scientifiques externes mais probablement aussi de l'existence d'un lien scientifique entre certaines équipes de recherche et ces entités.

En priorité, il est recommandé que l'OFSP/BAG obtienne l'accès aux données de qualité de H+ et l'ANQ car les résultats agrégés publiés ne suffiront pas à répondre aux questions de recherche. Les données devraient être aussi désagrégées que possible car un accès trop agrégé limitera les possibilités d'analyse. L'OFSP/BAG devrait également s'approcher des producteurs du relevé des salaires H+ et des données NewIndex car ces sources d'informations seraient utiles et fourniraient un éclairage détaillé permettant de meilleures analyses. Finalement, l'accès aux données des assurances-maladie ou des comptabilités analytiques pourrait être laissé au soin des équipes de recherche souhaitant utiliser de telles données.

Données à accès partiel. Huit bases de données sont considérées d'un accès partiel car ces données sont facilement accessibles, mais sous forme relativement agrégée. Il s'agit principalement des données des assurances, à savoir les données des assurances privées de l'OFAP/BPV, des pools de données et de tarifs de santé suisse et des données de la compensation des risques de l'Institution commune LAMal/KVG. Les données de la Statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS/BFS et la Statistique des finances publiques de l'AFF/EFV sont publiées mais les sources d'information sont multiples. Un accès à ces données à un niveau plus désagrégé est envisageable avec l'accord des producteurs de données. Il en est de même de la Statistique FMH des médecins en cabinet et des données sur la qualité en EMS et Spitex.

Il est recommandé que l'OFSP/BAG s'approche de ces institutions pour vérifier avec quel niveau de désagrégation l'accès à ces données sera possible, afin d'anticiper les besoins des équipes de recherche. Comme mentionné ci-dessus, il serait souhaitable d'avoir la plus grande désagrégation possible afin de pouvoir mener des analyses aussi fiables que possible.

Qualité générale des données

Dans ce rapport, il est fait mention de la *qualité générale* des données, telle qu'indiquée par les producteurs de données eux-mêmes. La qualité de certaines variables spécifiques devra être



systématiquement explorée par les équipes de recherche en charge des projets car cela requiert des connaissances spécifiques à chaque thème abordé. De plus, il faut *distinguer entre qualité des données et couverture du relevé statistique*. Par exemple, le pool de données de santésuisse est globalement de bonne qualité, mais il faut garder à l'esprit que, certaines assurances-maladie ne transmettent pas leurs données à santésuisse (par exemple, Assura dès 2008).

La Statistique Spitex recense les organisations de droit public et de droit privé à buts non lucratif. Les institutions privées à buts lucratifs ne sont, pour l'instant, pas incluses dans cette statistique. Les enquêtes par échantillonnage sont, la plupart du temps, menées auprès de la population vivant en ménages privés. Cette population est d'une manière générale en meilleure santé que l'ensemble de la population suisse car les personnes en mauvaise santé ou en institution n'y participent pas. Ce type de situations ne signifie pas que les données ne sont pas bonnes, simplement que la couverture des données n'est pas complète et il faut en tenir compte au moment de l'interprétation de résultats. Aucune base de données n'est parfaite, chacune ayant ses propres limites. Par conséquent, il faut demander aux équipes de recherche d'être explicites sur les limites des données qu'ils utilisent.

D'une manière générale, la qualité des données est liée au degré d'accessibilité. Les bases de données ayant un accès aisé sont, d'une manière générale, de bonne qualité (Tableau 5). Celles dont l'accès est partiel ont une qualité générale qui varie et la qualité des données actuellement sans accès n'est pas connue.

La plupart des données produites par les administrations publiques, par les instituts de recherche ou par santésuisse est de bonne qualité générale car ces producteurs ont de nombreuses années d'expérience.

Qualité à vérifier. Parmi les données facilement accessible ou d'un accès partiel, six ont une qualité générale qui devrait être vérifiée car elle n'est actuellement pas ou peu documentée. Il s'agit des bases de données suivantes :

- 1) Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS
- 2) Tarifs stationnaires dans les hôpitaux publiés par santésuisse
- 3) Statistique des données économiques par cas de SwissDRG
- 4) Pool de tarifs de santésuisse (Tarmed)
- 5) Données de la compensation des risques de l'Institution commune LAMal/KVG
- 6) Données de qualité dans les EMS et Spitex

Valider la qualité des données des quatre premières sources semble prioritaire car elles seront importantes pour les études d'évaluation.

La Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS est une source d'information primordiale pour répondre à plusieurs questions d'évaluation, en particulier celles portant sur les immobilisations ou sur le personnel de santé dans les hôpitaux. Ce relevé administratif a été récemment révisé.

Typiquement, lorsqu'une nouvelle collecte d'information est effectuée, il faut un ou deux ans pour que les données deviennent fiables. L'OFS/BFS va probablement se charger de vérifier la qualité des données collectées et prendre les mesures nécessaires pour l'améliorer. Il est toutefois recommandé que l'OFSP/BAG discute de ce point avec l'OFS/BFS afin de s'assurer que les données seront utiles avant l'entrée en vigueur des modifications LAMal/KVG, soit avant le 1^{er} janvier 2012.

Les tarifs stationnaires de santésuisse permettront de connaître le mode de financement des hôpitaux avant l'entrée en vigueur des modifications LAMal/KVG. Cette source d'information est donc importante pour établir des mesures 'baseline'. Quant aux données de SwissDRG, elles seront particulièrement utiles pour les questions liées à l'évolution des coûts des prestations. Approcher les producteurs de ces données permettra de savoir s'ils conduisent eux-mêmes des investigations sur la



qualité de ces données et si ce n'est pas le cas, il pourrait être nécessaire de mener des analyses de faisabilité avant de mandater les études nécessitant l'utilisation de ces données.

Le pool de tarifs de santésuisse (Tarmed) est une base de données relativement récente qui nécessite des travaux de validation, au-delà de ce qui existe déjà (par ex. Dubach et Künzi, 2008). L'utilisation de ces données sera utile pour répondre aux questions d'évaluation liées aux effets de débordement sur les services ambulatoires, particulièrement dans les hôpitaux. Par conséquent, il est recommandé d'explorer la qualité de ces données, même s'il est probable qu'elle s'améliore avec le temps.

Les données de l'Institution commune LAMal/KVG sont mentionnées car la modification de la compensation des risques va induire des changements dans les données collectées. Toutefois, il est probable que l'Institution commune LAMal/KVG et les assureurs vont veiller à avoir des données de qualité reflétant le besoin de compenser les risques. Finalement, les données de qualité dans les EMS et Spitex sont moins centrales pour les questions d'évaluation. Si des équipes de recherche envisagent de les utiliser, il faudra qu'elles vérifient la pertinence de ces données.

Qualité inconnue. Actuellement, les données dont l'accès est difficile ont un niveau de qualité inconnu. A notre connaissance, ces données ne sont pas ou peu utilisées pour des mandats externes aux institutions les produisant. C'est pourquoi il est considéré que la qualité de ces données n'est pas établie. Cela concerne six sources d'information :

- 1) Indicateurs de qualité de H+ et l'ANQ
- 2) Relevé SwissDRG sur les immobilisations des hôpitaux
- 3) NewIndex
- 4) Relevé sur les salaires de H+
- 5) Données de certaines assurances-maladie
- 6) Comptabilité analytique des hôpitaux

Comme mentionné précédemment, les indicateurs de qualité de H+ et l'ANQ sont importants pour répondre aux questions d'évaluation liées à ce thème. H+ a délégué le développement et la collecte de ces données à l'ANQ. Lorsque l'accès à ces données sera établi, il sera important de vérifier si les données sont valides. Collaborer avec H+ et l'ANQ semble particulièrement important car d'une part, ces institutions ont peut-être déjà mené des analyses de validation des données et d'autre part, leur connaissance du contexte fournira des informations utiles pour vérifier la qualité et effectuer les analyses permettant de répondre aux questions d'évaluation sur la qualité des soins.

Les autres sources de données semblent moins centrales pour répondre aux questions d'évaluation, soit parce que d'autres bases de données contiennent des informations similaires, soit parce que la question d'évaluation n'est pas primordiale (se référer à la troisième partie du rapport sur les études proposées). Ainsi, le relevé SwissDRG sur les immobilisations des hôpitaux, NewIndex et le relevé de H+ sur les salaires sont moins centraux pour répondre aux questions d'évaluation. Toutefois, ces sources de données pourraient fournir des informations plus complètes que d'autres sources contenant certaines données similaires (tels que la Statistique administrative des hôpitaux ou Tarmed). Finalement, les données de certaines assurances-maladie ou les comptabilités analytiques des hôpitaux n'étant pas accessibles, il est difficile d'en juger la qualité. Il est d'ailleurs probable que celle-ci varie selon les données spécifiques considérées.

Globalement, il est recommandé que des analyses exploratoires soient menées pour les questions d'évaluation nécessitant le recours à ces données. Par conséquent, des études de faisabilité pourraient être nécessaires avant de mandater un certain nombre d'études. Celles-ci sont explicitement mentionnées dans la troisième partie du rapport présentant les études.



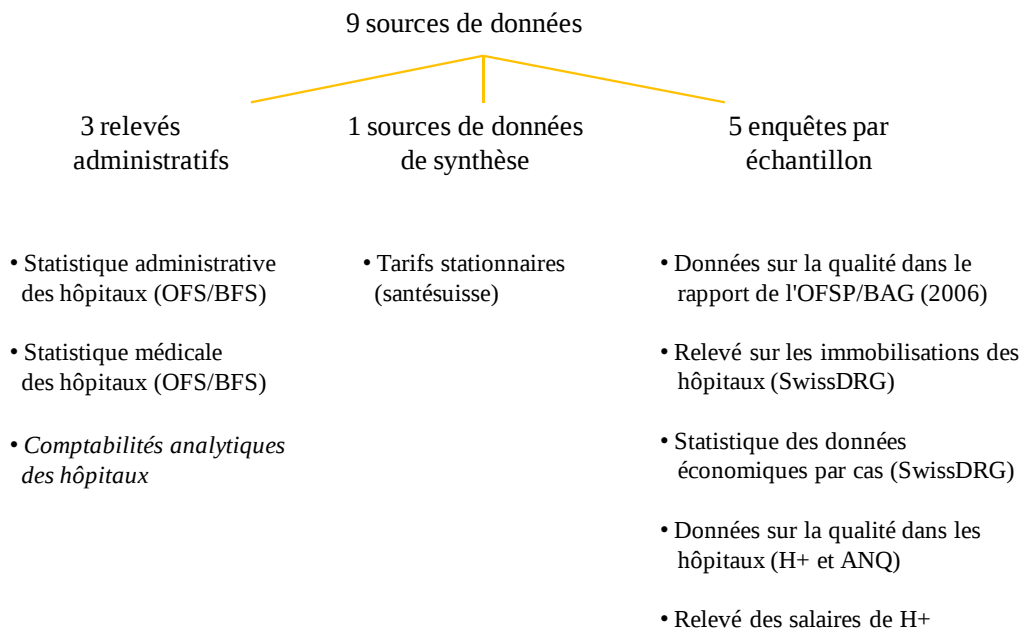
7.1.2 Données sur les hôpitaux

Les prestataires de soins les plus directement concernés par les modifications de la LAMa/KVG sont les hôpitaux, même si des effets sur les autres prestataires et agents-payeurs sont attendus en raison d'effets 'de débordement' ('Spillover').

Bases de données sur les hôpitaux uniquement

Neuf sources de données concernent uniquement les hôpitaux : trois relevés administratifs, y compris les comptabilités analytiques des hôpitaux, une source de données de synthèse et cinq enquêtes par échantillon (Figure 1).

Figure 4: Liste des sources de données sur les hôpitaux uniquement, par type



Les deux bases de données centrales pour répondre à de nombreuses questions d'évaluation sont les Statistiques administrative et médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS. La Statistique des données économiques par cas de SwissDRG pourrait également se révéler utile pour les questions liées aux coûts des prestations, les données sur la qualité de H+ et l'ANQ pour les questions de qualité des soins, et les tarifs stationnaires publiés par santésuisse sont nécessaire pour déterminer le mode de financement des hôpitaux avant l'entrée en vigueur des modifications LAMa/KVG. A noter que le relevé sur les investissements des hôpitaux effectué par SwissDRG se basera sur des données de 2009 et il n'est pour l'instant prévu qu'un seul relevé.

La qualité des données de la Statistique médicale des hôpitaux est bonne dès 2001, même si les données existent depuis 1997. Selon certains chercheurs et collaborateurs de l'OFS/BFS, le codage des diagnostics et les caractéristiques des patients sont encore imprécis. Ces difficultés concernent également la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG. Toutefois, des efforts sont menés par l'OFS/BFS et SwissDRG pour améliorer la qualité du codage. Il est anticipé que cette qualité va s'améliorer au cours des années à venir. A noter que ces imprécisions ont un impact si des indicateurs sont estimés afin de décrire une situation au plan suisse ou régional. Toutefois, si ces imprécisions sont aléatoires, elles n'ont pas de conséquence sur les analyses statistiques dont le but serait de mener des analyses multivariées causales. A relever que l'absence d'identifiant des hôpitaux n'est pas nécessairement un problème pour l'analyse, si le canton d'établissement est fourni et s'il y a une variable permettant de distinguer les établissements (identifiant aléatoire).



La Statistique administrative des hôpitaux a été révisée et le nouveau questionnaire est utilisé pour la première fois en 2010. Cette révision inclut notamment de nouvelles parties sur les infrastructures médico-techniques, les investissements et immobilisations et le personnel des hôpitaux. Il est probable qu'il faille au moins un ou deux ans pour que les hôpitaux puissent fournir des données de qualité sur ce thème. Ce laps de temps est celui généralement reconnu pour que les fournisseurs de données apprennent à procurer les informations requises et donc pour que les données deviennent fiables.

Autres bases de données sur les hôpitaux

D'autres bases de données contiennent également des informations sur les hôpitaux suisses : les pools de données de santésuisse, la statistique du coût et du financement du système de santé publiée par l'OFS/BFS, la statistique des finances publiques de l'AFF/EFV, la statistique de l'assurance-maladie obligatoire de l'OFSP/BAG, ainsi que les enquêtes par échantillon avec des questions sur le recours aux services hospitaliers : Enquête suisse sur la santé (ESS/SGB) et panel suisse des ménages (PSM/SHP). Ces bases de données contiennent des informations sur divers prestataires de soins, dont les hôpitaux. Elles fournissent des informations sur les coûts des hôpitaux, leur subventionnement par les pouvoirs publics, l'évolution des tarifs dans les hôpitaux et le recours aux services hospitaliers par la population.

Certaines informations sur les hôpitaux peuvent se trouver dans plusieurs bases de données ce qui pourra permettre des analyses de validité afin de confirmer les résultats découlant de certaines bases de données avec d'autres. Par exemple, la proportion de la population hospitalisée par année et la durée moyenne d'hospitalisation sont des informations disponibles dans la statistique médicale des hôpitaux, mais également dans les données économiques par cas de SwissDRG, l'Enquête suisse sur la santé ou le panel suisse des ménages.

D'autres informations doivent provenir de plusieurs bases de données et être combinées afin de procurer une image relativement complète de la situation. C'est notamment le cas pour les coûts des hospitalisations qui peuvent provenir du pool de données de santésuisse pour les coûts couverts par l'Assurance obligatoire des soins (AOS/OKP), de la Statistique des finances publiques de l'AFF/EFV, de la Statistique des assurances sociales, etc. Pour plus d'information sur l'estimation des coûts et des flux, se référer à la méthodologie utilisée par l'OFS/BFS (Rossel et Gerber 2004).

7.1.3 Données sur les autres prestataires de soins

Les modifications de la LAMal/KVG vont aussi avoir des effets sur d'autres prestataires de soins. Pour ceux-ci, des données sont disponibles, mais leur exhaustivité, leur accès et leur qualité varient largement d'un type de prestataires à l'autre. Pour les **établissements non-hospitaliers**, tels que les établissements médico-sociaux, les homes pour personnes âgées ou les institutions pour handicapés, il existe la statistique des établissements non-hospitaliers, établit dans sa forme actuelle depuis 2006 par l'OFS/BFS. Il s'agit d'un relevé administratif qui inclut donc la majorité des établissements concernés en Suisse. Cette statistique offre l'avantage d'avoir aussi bien des informations administratives sur les établissements eux-mêmes que des données désagrégées par patient et par employé. L'accès à ces données est facile et leur qualité est jugée globalement bonne.

Les données sur les **services ambulatoires** sont partielles et souvent agrégées ce qui ne permet pas d'analyses détaillées. Les visites chez le médecin et auprès des services ambulatoires des hôpitaux peuvent être appréhendées en recourant à diverses bases de données, tels que les pools de données et de tarifs de santésuisse pour les prestations couvertes par l'AOS/OKP, NewIndex pour les visites en cabinet médical indépendamment de la source de financement, et les enquêtes par échantillonnage tels que l'Enquête suisse sur la santé ou le panel suisse de ménage. L'accès et la qualité de ces données sont globalement bons. Les données NewIndex et du Pool de tarifs de



santésuisse (Tarmed) offrent un grand potentiel pour des analyses par prestations spécifiques. Le grand avantage des données NewIndex est qu'elles incluent toutes les prestations des cabinets médicaux, y compris celles payées par les ménages au titre de la franchise ou par les assurances-maladie complémentaires ou l'assurance-accident, ce qui n'est pas le cas du pool de tarif (Tarmed) qui concernent l'assurance-obligatoire des soins.

Les données Spitex sont disponibles mais agrégées par canton, par sexe ou par grandes catégories d'âge. De plus, ces données sont relevées uniquement pour les organisations de droit public ou de droit privé à buts non lucratifs. Les organisations de droit privé à but lucratif ne fournissent donc pas d'information. Ces données sont facilement accessibles car publiées sur internet et leur qualité est globalement jugée bonne. L'aide informelle peut être explorée grâce à plusieurs bases de données telles que l'Enquête suisse sur la population active (ESPA/SAKE) ou l'Enquête suisse sur la santé (ESS/SGB). Il s'agit de données d'échantillon facilement accessibles pour la recherche avec un contrat de protection des données. Comme mentionné précédemment, ces échantillons incluent uniquement les ménages privés ; ces personnes sont donc en meilleure santé, en général, que l'ensemble de la population suisse (y compris celle en institutions).

Actuellement la qualité des soins ambulatoires est difficile à appréhender sur le plan national pour trois raisons : (1) certaines données sont difficilement accessibles (par ex. NewIndex), (2) il y a peu de standards reconnus et établis par la littérature internationale, (3) les mesures pour les soins de longue durée manquent d'uniformité car elles émanent de questionnaires différents selon les régions suisses. Par exemple, l'outil RAI/RUG est utilisé dans les cantons d'Argovie, Soleure, Bâle-ville et Zürich, alors que l'instrument PLAISIR est utilisé dans les cantons de Vaud, Genève, Neuchâtel et Jura. D'autres cantons utilisent l'outil BESA. Un effort d'uniformisation des données de qualité pour les services Spitex est en cours avec la diffusion de l'outil RAI/HomeCare.

Globalement les données sur la qualité des soins, que ce soit en milieu stationnaire ou ambulatoire, devraient faire l'objet de plus d'attention car l'accès à de telles données est souvent difficile et leur qualité n'est pas connue.

7.1.4 Données sur les agents-payeurs

Les ménages privés, les assurances sociales, y compris l'assurance-maladie de base, les assurances-maladie complémentaires et l'Etat, en particulier les cantons, sont les principaux financeurs du système suisse de santé. La Statistique du coût et financement du système de santé de l'OFS/BFS, publiée chaque année, présente les coûts selon les agents-payeurs. Les bases de données utilisées pour obtenir ces résultats contiennent d'autres informations utiles pour répondre à certaines questions d'évaluation. Les dépenses de l'Etat, principalement le subventionnement des hôpitaux, se trouvent dans la Statistique des finances publiques de l'AFF/EFV. Quelques données sur les assurances-maladie complémentaires sont disponibles dans la Statistique des assurances privées de l'OFAP/BPV, mais ces informations demeurent succinctes. Le Pool de données de santésuisse fournit de nombreuses informations concernant l'assurance de base (AOS/OKP) mais l'accès est à un niveau relativement agrégé. Il en est de même pour le pool de tarifs de santésuisse. Les informations sur les ménages privés se trouvent dispersées dans la plupart des bases de données listées dans le Tableau 5 et sont difficilement consolidables. L'accès et la qualité de ces données est, d'une manière générale, jugée bonne. Se référer au Tableau 5, pour l'information par base de données.

7.1.5 Données sur la compensation des risques

La principale source de données sur la compensation des risques entre assurances-maladie est l'Institution commune LAMal/KVG. L'accès à ces données est aisé car les résultats agrégés sont disponibles sur internet. Un accès à des données plus désagrégées devrait être négocié. La qualité



de ces données n'est actuellement pas encore connue car la modification de la compensation des risques modifie également la collecte d'information. Un travail exploratoire sur la qualité de ces données peut être encouragé, même s'il est probable que l'Institution commune LAMal/KVG s'en charge. Les conséquences de la modification de la compensation des risques sur les primes d'assurance-maladie s'observeront partiellement dans la Statistique de l'assurance-maladie de l'OFSP/BAG et les conséquences sur le recours et l'accès aux soins pourront s'observer dans les bases de données concernant les différents prestataires de soin.

7.1.6 Synthèse et recommandations

Les bases de données répertoriées regroupent des informations pour l'ensemble des prestataires de soins et les agents-payeurs. L'offre de soins, le recours aux soins par la population, les caractéristiques des patients, les coûts des prestations et les flux entre agents-payeurs sont disponibles tout ou en partie dans ces bases de données. Ainsi, *les données existant actuellement en Suisse permettent d'aborder l'ensemble des groupes de question d'évaluation* présenté au chapitre 6, notamment à travers le suivi dans le temps d'indicateurs permettant de mettre en évidence des tendances. Par contre, *de véritables analyses de causes à effets* seront plus limitées car elles ne seront possibles que pour certaines questions d'évaluation spécifiques et dépendront notamment du niveau de désagrégation des données à disposition. Dans le chapitre 7.2 sur les indicateurs, les questions d'évaluation ne pouvant faire l'objet d'une analyse avec les données actuellement à disposition sont signalées.

Globalement, deux types de mesures sont recommandés à l'OFSP/BAG :

1. Obtenir l'accès aux données désagrégées sur la qualité de H+ et l'ANQ.
2. Vérifier la qualité de plusieurs des sources de données
 - (a) en contactant les producteurs pour connaître les travaux entrepris en la matière, et
 - (b) si nécessaire, en demandant des analyses de faisabilité pour les études principalement basées sur des données dont la qualité n'est pas connue.

Les cinq bases de données devant être prioritairement validées car centrales pour répondre aux questions d'évaluation sont :

- (i) Statistique administrative révisée des hôpitaux de l'OFS/BFS
- (ii) Statistique des données économiques par cas de SwissDRG
- (iii) Données sur la qualité de H+ et l'ANQ
- (iv) Pool de tarifs (Tarmed) de santé suisse
- (v) Tarifs stationnaires publiés par santé suisse

Si les producteurs de données ne sont pas à même de les valider, il est recommandé que des études de fiabilité soient intégrées dans les projets basés principalement sur ces sources de données. La troisième partie du rapport mentionne les études de faisabilité requises.

7.2 Indicateurs et évaluation de la faisabilité

7.2.1 Objectifs et limites de l'analyse

Objectifs

Dans ce chapitre, l'objectif est (1) d'établir une liste illustrative d'indicateurs permettant de répondre aux questions d'évaluation présentées au chapitre 6 et (2) d'indiquer les sources de données existantes pour mesurer chaque indicateur. L'objectif premier de l'analyse est d'**évaluer la faisabilité** d'études d'évaluation pour chacun des thèmes définis dans le catalogue de questions.



Cela nécessite de déterminer s'il serait possible, avec l'état actuel des données, d'envisager une étude d'évaluation sur le thème examiné.

Liste illustrative d'indicateurs

Les listes établies à l'Annexe 9 sont des propositions d'indicateurs, à caractère non exhaustif et basées sur les indicateurs les plus connus. Pour la plupart des indicateurs, différents niveaux de désagrégation sont possibles : ils peuvent être estimés au plan suisse, par canton, par hôpitaux, par centre de prestations au sein d'un établissement ou par groupe de diagnostics par exemple. Certains niveaux de désagrégation sont mentionnés à titre illustratif, sans prétendre à l'exhaustivité.

Les indicateurs peuvent avoir deux fonctions distinctes, mais complémentaires :

- 1) Mettre en lumière, de manière descriptive, des **tendances dans le temps** et ainsi observer si des changements significatifs surviennent suite à l'entrée en vigueur des différentes composantes de la révision de la LAMal/KVG;
- 2) Etre utilisés pour mener des **analyses scientifiques de causes à effets** des différentes composantes de la révision de la LAMal/KVG.

Suivre l'évolution temporelle de ces indicateurs doit permettre d'observer les tendances avant et après la révision de la LAMal/KVG. Il s'agit donc d'estimer les indicateurs de manière répétée dans le temps, afin de mettre en évidence des périodes de changements significatifs. A noter toutefois qu'un tel suivi temporel ne permet pas d'établir des liens de causalité. Par exemple, si un changement s'observe après l'introduction des SwissDRG, cela ne permet pas de conclure qu'il est attribuable aux SwissDRG car d'autres phénomènes survenant au même moment sont susceptibles d'expliquer les variations observées. Des analyses descriptives ne suffisent pas pour établir la causalité et des analyses statistiques plus poussées sont nécessaires.

Les monitorages seuls, s'ils sont utiles, ne sont en effet pas suffisants et peuvent induire en erreur si les autres variables pouvant avoir une influence sur l'évolution observée ne sont pas mises sous contrôle. C'est pourquoi il importe, dans le cadre de l'évaluation de la révision du financement hospitalier, de ne pas seulement suivre les effets de la révision à l'aide d'une série d'indicateurs, mais de conduire des études plus complètes, qui se penchent sur les relations de cause à effets entre les mesures et les changements observés. En ce sens, les « indicateurs » proposés peuvent aussi être des « variables » utilisables dans le cadre d'une analyse causale multivariée.

Limites

Comme les questions d'évaluation sont très nombreuses, il n'est pas possible, dans le cadre de ce mandat, de faire un inventaire exhaustif des indicateurs, mais seulement d'**illustrer ce que peuvent être des indicateurs possibles** pour chacune des questions d'évaluation. D'autres indicateurs sont envisageables et seront probablement proposés par les experts en charge des mandats.

De plus, **aucun jugement** de valeur n'est porté **sur la qualité des indicateurs**. En effet, la perception de ce qu'est un 'bon indicateur' varie d'une discipline scientifique à l'autre. Ici, il ne s'agit pas d'adopter une perspective particulière mais d'essayer de fournir une image aussi large que le permet le présent mandat. Par la suite, il incombera aux équipes de recherche mandatées pour réaliser des évaluations spécifiques de déterminer quels indicateurs sont les plus appropriés, aussi bien d'un point de vue théorique qu'en fonction des données à disposition. Il sera alors indispensable de conduire une revue de la littérature approfondie sur les indicateurs et les méthodes d'estimation ayant été utilisés dans des études sur le même thème dans d'autres pays et les expériences faites avec ceux-ci.

Si certains indicateurs ne sont estimables qu'à partir de données provenant de plusieurs bases de données, cela peut complexifier l'analyse. D'une manière générale, il est donc préférable de



sélectionner des indicateurs provenant d'une même base de données, sauf si les bases de données apportent un éclairage différent sur la question d'évaluation. Par exemple, le Datenpool de santésuisse ne contient que les informations sur les soins couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS/OKP), alors que la plupart des bases de données de l'OFS/BFS sont des registres exhaustifs, indépendants de la couverture d'assurance.

7.2.2 Matrices de faisabilité

La liste illustrative d'indicateurs s'accompagne de la mention des données quantitatives pouvant être utilisées pour estimer chaque indicateur. Des tableaux croisés, figurant en Annexe 9, contiennent verticalement une liste d'indicateurs et horizontalement les questions d'évaluation auxquels ces indicateurs se rattachent. Les abréviations figurant dans les cellules des tableaux renvoient aux bases de données qui permettent d'estimer quantitativement l'indicateur en question. Ces bases de données sont listées au Tableau 5.

Les cellules en gris indiquent à quelles questions d'évaluation correspond chaque indicateur ; la lettre ou le texte de la cellule indique ensuite quelles bases de données pourraient être utilisées pour estimer l'indicateur en question. Si une cellule n'est pas grisée, cela signifie que l'indicateur ne concerne, en principe, pas la question d'évaluation. Certains indicateurs ne concernent qu'une seule question d'évaluation et d'autres peuvent potentiellement être utilisés pour plusieurs d'entre elles. De nombreux indicateurs peuvent être utilisés pour répondre à plusieurs questions au sein d'un même groupe ou à plusieurs questions appartenant à des groupes d'évaluation distincts. C'est pourquoi certains indicateurs apparaissent dans plusieurs groupes de questions d'évaluation.

De manière générale, pour apprécier la faisabilité d'une estimation, il faut déterminer si les indicateurs sont observables avec les données existantes et/ou si des efforts de collecte d'information sont nécessaires. Trois cas de figures existent :

- (1) Si aucune donnée quantitative n'existe actuellement, ni au niveau suisse ni pour un sous-groupe significatif (par exemple un échantillon), la cellule contient, en rouge, la mention '**pas de données quantitatives**'. A noter que cela ne signifie pas qu'aucune information ne peut être collectée, mais que des efforts pour collecter des données supplémentaires devront être mis sur pied ou que des approches qualitatives devront être envisagées.
- (2) Les **indicateurs en vert** sont ceux qui peuvent être estimés, mais qui requièrent des investigations supplémentaires pour trois raisons : (a) la qualité générale des données n'est actuellement pas connue, (b) un effort de centralisation de l'information est nécessaire car celle-ci est dispersée —par exemple dans les comptabilités analytiques des hôpitaux ou dans les assurances-maladie— (c) l'estimation est relativement complexe et nécessite une procédure particulière (par exemple le recours à un logiciel spécifique comme dans le cas des réadmissions et réopérations évitables).
- (3) Les **indicateurs en noir** peuvent, en principe, être estimés à partir de données existantes et dont la qualité est jugée bonne. Toutefois, cela peut impliquer des hypothèses de travail non négligeables. Nous soulignons encore une fois que ce n'est qu'au moment des analyses spécifiques, qu'il pourra être clairement déterminé si un indicateur est approprié et estimable.

Dans la suite de ce chapitre, les indicateurs sont présentés par groupe de questions d'évaluation. Pour chaque groupe, un survol de la liste des indicateurs est effectué, puis le lien avec les données à disposition est établi. Les indicateurs ne disposant pas de données quantitatives centralisées sont, en général, explicitement mentionnés. Pour une bonne compréhension, il est recommandé de lire, en parallèle au présent chapitre, l'Annexe 9, p. 155, qui contient la liste illustrative des indicateurs et les bases de données à disposition pour chacun d'eux.



7.2.3 Influence de la révision sur les coûts

Le premier groupe de questions d'évaluation porte sur l'influence de la révision de la LAMal/KVG sur les coûts hospitaliers stationnaires et sur les coûts totaux de la santé. Globalement deux types d'indicateurs peuvent répondre à ces questions d'évaluation : des indicateurs mesurant les coûts et des indicateurs mettant en lumière des comportements stratégiques de la part des hôpitaux.

Les coûts hospitaliers stationnaires et les coûts totaux du système de santé peuvent être mesurés de manière globale ou par cas. Pour les hôpitaux, un cas est défini comme une admission. Cela signifie qu'à un patient peut correspondre plusieurs cas, si cette personne a fait l'objet de plusieurs admissions. Aussi bien les coûts totaux que les coûts par cas peuvent être estimés selon plusieurs niveaux de désagrégation en fonction des besoins d'évaluation : au plan suisse, par canton, par hôpital, par centre de prestations au sein d'un établissement ou par groupe de diagnostics par exemple.

Les comportements stratégiques des hôpitaux peuvent s'appréhender au travers d'indicateurs mettant en lumière des choix organisationnels et de management, par exemple le nombre de cas par groupe de diagnostics, les transferts entre hôpitaux ou le nombre de lits en service par centre de prestations. Par exemple, l'évolution dans le temps des coûts par cas pour des groupes de diagnostics spécifiques peut révéler, dans une certaine mesure, une tendance au 'upcoding'.

La plupart des indicateurs de coûts et de comportements stratégiques sont relativement faciles à estimer car observables dans les bases de données existantes. Les bases de données à disposition pour estimer les indicateurs de coûts du secteur hospitalier stationnaire sont principalement le Pool de données de santé suisse, la Statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS/BFS et la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG. Les transferts de coûts entre secteurs de santé peuvent principalement s'observer dans la Statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS/BFS, mais également dans les bases de données spécifiques à certaines prestations, telles que la Statistique des établissements non hospitaliers de l'OFS/BFS pour les EMS, la Statistique Spitex pour les services d'aide et de soins à domicile et certaines enquêtes par échantillonnage de l'OFS/BFS, telles que l'ESPA/SAKE ou l'ESS/SGB pour l'aide informelle. Les indicateurs de comportements stratégiques de la part des hôpitaux peuvent se trouver dans la Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS, la Statistique médicale de l'OFS/BFS et la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG.

Les deux indicateurs liés à la transparence des coûts ne peuvent actuellement s'observer que dans les comptabilités analytiques des hôpitaux et en partie dans la Statistique administrative révisée des hôpitaux. Les données de cette dernière doivent encore être validées et les comptabilités analytiques ne sont pas accessibles. Ces deux indicateurs ne peuvent donc pas facilement être estimés, c'est la raison pour laquelle ils apparaissent en vert dans l'Annexe 9, p. 155. Par conséquent, répondre à la question de la transparence des coûts pourrait nécessiter une stratégie alternative, par exemple un audit des comptabilités analytiques de certains hôpitaux par des spécialistes.

7.2.4 Influence de la révision sur la qualité

Ce groupe contient deux questions d'évaluation qui se basent sur les mêmes indicateurs, mais dont la stratégie d'estimation sera différente. Les indicateurs illustrant la qualité doivent être estimés par établissement afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre hôpitaux, EMS, organisations Spitex ou entre cabinets médicaux. Néanmoins, d'autres niveaux d'estimation peuvent être utiles, par exemple par canton ou par centre de prestations à l'intérieur d'un hôpital.

De plus, les diverses disciplines de santé publique ont une perspective différente sur la notion de qualité des soins, ce qui nécessite une approche multidisciplinaire, et si possible, l'utilisation de



multiples indicateurs procurant une vision multidimensionnelle de la qualité des soins. Au cours des dernières années, de nouveaux outils d'évaluation de la qualité ont été mis sur pied. Par exemple, une liste d'indicateurs pouvant être tirés de données administratives sur les patients et applicables par la plupart des pays de l'OCDE. Ces « patient safety indicators » ont été mise sur pied par l'« Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) » aux Etats-Unis et repris par l'OCDE (AHRQ, 2006 ; Millar et al., 2004). En Suisse, ils peuvent en partie être estimés avec la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS.

L'évaluation de la qualité des soins hospitaliers se fait au travers des comparaisons avec des mesures de référence ('benchmarking') car la plupart des indicateurs de qualité ont peu de sens en valeur absolue. La comparaison entre établissements permet de savoir où se situe un hôpital par rapport aux autres. Pour une revue de certains des indicateurs de qualité des soins dans les hôpitaux, se référer par exemple à AHRQ (2002).

Parmi les indicateurs possibles figurent les taux de mortalité par diagnostic, par groupe de diagnostics ou par groupe d'âge (voir par exemple le rapport de l'OFSP sur les 'Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus en 2006'), la proportion de cas avec des durées d'hospitalisation très longues (outliers), les durées moyennes de séjour hospitalier des inliers (les cas avec des durées de séjour jugées dans la norme pour calculer les costweight par SwissDRG), le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux, les transferts entre secteurs de soins au sein d'un même établissement ou entre établissements, le nombre de cas par groupe de diagnostics ou par discipline médicale qui révèlent si l'établissement traite un nombre suffisant de cas par année pour pouvoir procurer des soins de qualité. L'indice dit du «case mix» permet quant à lui de connaître le degré moyen de gravité des cas traités dans un hôpital. L'hypothèse sous-jacente est que les cas les plus graves sont traités dans les établissements avec les meilleurs spécialistes. Les réadmissions évitables à 30 jours et les ré-opérations non planifiées nécessitent des stratégies complexes d'estimation. Finalement, la remise de contre-douleur et de sédatifs aux patients et les mesures de qualité proposée par H+ à savoir les cas d'escarre, d'infections nosocomiales ou d'infection de plaies sont également des indicateurs importants, bien que débattus, de la qualité des soins hospitaliers.

La qualité des soins de longue durée, procurés principalement en EMS et par les services Spitex, peut être mesurée par des indicateurs similaires à ceux des hôpitaux, par exemple le nombre d'escarre ou d'infections. D'autres sont plus spécifiques aux soins de longue durée tels que les chutes, les fractures du col du fémur ou les soins de mobilisation et de réadaptation pour inciter les personnes à réacquérir de l'autonomie dans leurs activités quotidiennes.

La qualité des soins en cabinet médicaux est un domaine où la réflexion, en Suisse et au plan international, est relativement récente. La FMH travaille actuellement sur un projet pilote sur cette question (FMH, 2009). Certains indicateurs permettent, par comparaison avec d'autres cabinets, de savoir où se situe en termes relatifs un cabinet spécifique. Des exemples d'indicateurs possibles sont le suivi des patients chroniques au travers du type de mesures de prévention préconisées et suivies par les patients ayant du diabète ou de l'hypertension, la liste des analyses demandées ou le volume de patients par diagnostic.

Les mesures de qualité dans les hôpitaux peuvent principalement être estimées avec la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS, la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG et partiellement avec la Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS. Toutefois, une source importante de données sur la qualité des soins hospitaliers est celle de H+ et de l'ANQ. Actuellement, l'accès à ces données par l'OFSP/BAG ou des chercheurs indépendants n'est pas connu, c'est la raison pour laquelle ces indicateurs figurent en vert dans le tableau de l'Annexe 9.

Certains des indicateurs de qualité sont le produit d'analyses statistiques approfondies, en particulier,



les réadmissions et les ré-opérations évitables (Halfon et al. 2006). L'ANQ, le Professeur Yves Eggli et l'OFS/BFS collaborent pour mener à bien l'estimation des réadmissions et ré-opérations évitables avec le logiciel SQLape (<http://www.sqlape.com>).

Les mesures de qualité dans les EMS et les homes pour personnes âgées sont actuellement disparates car il n'y a pas d'instrument uniforme utilisé sur l'ensemble du territoire suisse. En Suisse romande (NE, JU, VD et GE), la qualité en EMS est évaluée grâce à l'instrument PLAISIR pour lequel sont publiés des résultats annuels agrégés. En Suisse alémanique, il y a d'autres instruments, tels que BESA ou RAI/RUG, qui incluent d'autres mesures de qualité. Compte tenu de la diversité des informations à disposition et de l'absence d'un accès centralisé, ces indicateurs sont en vert dans l'Annexe 9. Pour les services Spitex d'aide et de soins à domicile, un instrument est actuellement adopté par bon nombre d'organisations (RAI-HC) et permettra d'estimer des indicateurs directs de qualité. Les indicateurs sont similaires à ceux des EMS mais leur disponibilité sur le plan suisse n'est pas encore connue. Quant aux mesures de qualité en cabinet, elles sont soit non disponibles, soit figurent dans les données Newindex dont l'accessibilité de manière centralisée n'est pas encore définie.

D'autres travaux sur le thème des indicateurs de qualité sont en cours dans différentes institutions. Les rapports ne sont toutefois pas (encore) publics. Il s'agit du projet pilote « Monitoring de la qualité » mené par la FMH visant la qualité des traitements médicaux au niveau des cabinets (voir site internet de la FMH), d'un concept „Indikatorenset für die hausärztliche Praxis“ du VEDAG (Verband deutschschweizerischer Ärztgesellschaften), une sous-branche de la FMH pour la Suisse alémanique, ainsi que d'un rapport du centre de compétence en management de la qualité de la Haute école bernoise, qui contient des indicateurs de qualité développés pour les hôpitaux bâlois. Les indicateurs de qualité adéquats pour suivre et évaluer les prestations hospitalières et les traitements ambulatoires sont débattus. Lors de la réalisation de l'étude d'évaluation, il s'agira de choisir un set d'indicateurs équilibré, reflétant les différentes approches du concept de qualité.

7.2.5 Influence de la révision sur l'accès aux soins

La notion d'accès aux soins est délicate à implémenter empiriquement car elle ne peut pas être séparée facilement de la notion d'offre par région. L'accès est déterminé par la disponibilité de l'offre qui découle elle-même en partie de la demande (c'est-à-dire des besoins en soins de la population locale) et des mesures étatiques visant à contrôler ou à limiter l'offre (par exemple au travers de moratoires sur les cabinets médicaux ou la construction d'EMS). Cette difficulté existe aussi bien pour une approche sur le plan suisse que par région ou canton.

Les trois questions de ce groupe ont, dans une certaine mesure, des indicateurs qui leur sont propres. L'approvisionnement en soins sur le territoire suisse peut être abordé pour chaque type de prestations séparément, à savoir les hôpitaux, les EMS, les services Spitex, les médecins en cabinet et les autres prestataires de soins ambulatoires, tels que les infirmiers et infirmières indépendants, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes indépendants. Avoir une vision globale de l'accès aux soins nécessite néanmoins de rassembler les indicateurs de ces quatre secteurs. Par exemple, il est possible que si l'offre d'un secteur est faible, cela soit compensé par une offre plus large d'un autre secteur.

D'une manière générale, l'accès aux soins peut être estimé par la proportion de ressources à disposition de la population : ressources matérielles tels que le nombre de lits dans les hôpitaux ou de places en service dans les EMS, ou ressources humaines, par exemple le nombre d'équivalent plein-temps (EPT/VZÄ) dans les hôpitaux, les EMS, les services d'aide et de soins à domicile, les médecins en cabinet ou les professionnels de la santé qui sont indépendants. L'évolution de la durée d'attente pour les traitements électifs est aussi un indicateur utile de l'accès aux soins de la population.



Une possible sélection des risques par les hôpitaux peut être observée au travers d'indicateurs du case-mix des hôpitaux et des caractéristiques des patients en termes socioéconomiques, d'état de santé ou de durée de séjour par groupe de diagnostics. L'égalité des chances entre patients peut s'appréhender par les transferts de patients entre établissements et entre cantons. Toutefois la distinction entre sélection des risques et égalité des chances d'accès est difficile car les indicateurs sont a priori similaires.

Les données à disposition pour l'accès aux soins sont la Statistique administrative des hôpitaux, la Statistique des établissements non-hospitaliers, la Statistique de services d'aide et de soins à domicile de l'OFS/BFS, la Statistique FMH des médecins en cabinet et le pool de données de santésuisse. Pour la sélection des risques et l'égalité des chances, les données proviennent de la Statistique administrative des hôpitaux et de la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS, du pool de données de santésuisse et de la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG.

Le seul secteur pour lequel aucune donnée n'est disponible concerne les professionnels de la santé indépendants autres que les médecins, par exemple les infirmiers et infirmières indépendantes, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes. Les durées d'attente pour un placement en EMS serait particulièrement informatives mais ne peuvent actuellement être estimées. Les équivalents plein temps (EPT/VZÄ) devront être validés car ils seront estimés avec la Statistique administrative révisée des hôpitaux qui contiendra toute une nouvelle série de questions sur le personnel. La distance entre résidence et lieu d'hospitalisation peut être obtenue moyennant certaines hypothèses de travail.

7.2.6 Influence de la révision sur les investissements hospitaliers

Avec le passage au financement des investissements hospitaliers par les forfaits liés à la prestation, le risque existe que les hôpitaux ne maintiennent pas (ou ne puissent maintenir) le niveau actuel de développement technico-médical. L'un des enjeux de cette problématique concerne le mode de prise en compte des immobilisations dans les forfaits, qui n'est pour l'instant pas connu. Une fois que celui-ci aura été défini, il s'agira d'analyser quelles incitations le système choisi donne aux hôpitaux. Cette analyse peut se faire soit au moyen d'une modélisation théorique, soit en suivant l'évolution du volume des investissements hospitaliers et la qualité des équipements et infrastructures hospitalières.

Les immobilisations et leurs coûts seront recensés par la Statistique administrative révisée de l'OFS/BFS. Toutefois, la qualité de ces futures données est incertaine car il y a actuellement une grande hétérogénéité dans les pratiques comptables des hôpitaux. Avec les modifications LAMa/KVG, les comptabilités analytiques vont probablement s'uniformiser et les données devenir de meilleure qualité. Toutefois, cela risque de prendre quelques années.

Les indicateurs proposés mesurent le volume absolu et relatif des investissements et immobilisations des hôpitaux. Ils peuvent être estimés de manière globale, par établissement, centre de prestations ou type d'équipements. Outre les investissements et immobilisations totaux, les valeurs par habitant d'une région, par cas ou journée d'hospitalisation et par équivalent plein-temps (EPT/VZÄ) peuvent documenter le niveau de développement structurel selon diverses dimensions.

Les indicateurs proposés mesurent le volume absolu et relatif des investissements et immobilisations des hôpitaux. Ils peuvent être estimés de manière globale, par établissement, centre de prestations ou type d'équipements. Outre les investissements et immobilisations totales, sont calculées les valeurs par habitant d'une région, par cas ou journée d'hospitalisation et par équivalent plein-temps (EPT/VZÄ) qui documentent le niveau de développement structurel selon diverses dimensions.

Les intérêts payés, le volume des amortissements, l'accumulation des fonds pour des investissements ultérieurs, les délais d'amortissement et la part des investissements propres dans les immobilisations totales sont des indicateurs des stratégies mises sur pied par les hôpitaux pour assurer leur pérennité



financière. L'observation des charges d'exploitation et les charges salariales peut mettre en lumière de possibles problèmes découlant des incitations du système de prise en compte des investissements et de la difficulté à distinguer les charges d'exploitation et d'investissement. Par exemple, les hôpitaux pourraient investir dans le personnel soignant plutôt que dans l'équipement médico-technique. Savoir qui finance les investissements et qui décide de ces investissements (hôpitaux, cantons, propriétaires, ...) peut aussi expliquer certaines décisions liées aux immobilisations.

En matière d'investissements, il n'y a actuellement pas de données à disposition, mais dès 2010, deux sources d'information devraient être disponibles: la Statistique administrative révisée des hôpitaux de l'OFS/BFS et le relevé sur les immobilisations de SwissDRG. Seul le contenu de la première est actuellement connu. Il semble toutefois probable que les indicateurs pourront également être estimés avec les données de SwissDRG, du moins dans une certaine mesure (pour l'instant, il est prévu un relevé unique pour l'année 2009). De plus, les comptabilités analytiques devraient contenir les informations nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation, même si actuellement elles ne sont pas uniformes.

Aucun indicateur n'est en noir car la qualité des données sur les immobilisations est trop incertaine pour pouvoir conclure avec certitude que certains indicateurs seront valides. La vaste majorité des indicateurs est en vert car les informations sont potentiellement disponibles mais la qualité des données devra être validée. Ceci d'autant plus que, pour l'instant, les hôpitaux n'ont pas tous de comptabilité analytique permettant de fournir l'information requise. Les experts considèrent toutefois que la qualité des données va devoir s'améliorer. Trois indicateurs sont en rouge car aucune donnée actuelle ne permet de les estimer, à savoir la part des forfaits finançant les investissements (devrait être connue d'ici 2012), et les entités qui concrètement décideront et financeront les investissements. Il est en effet envisageable que les cantons continuent à financer les investissements hospitaliers en sus de leur contribution dans le cadre des forfaits par cas. Ceci d'autant plus que les investissements des hôpitaux dépendent en partie des mandats de prestations des cantons. Des approches qualitatives pourraient contribuer à la compréhension des mécanismes en jeu dans ce domaine, par exemple en menant des interviews avec des responsables budgétaires des hôpitaux et auprès des autorités cantonales.

7.2.7 Influence de la révision sur l'offre de soins

Ce groupe de questions d'évaluation se concentre principalement sur l'évaluation des parts de marché et la spécialisation des hôpitaux selon leur type (cinq des huit questions concernent ce thème).

Les indicateurs permettant d'estimer les parts de marché des hôpitaux sont utiles à la plupart des questions d'évaluation liées à ce thème. La distinction principale entre les questions se fait par le type d'établissements considérés (privés ou publics, hôpitaux sur liste ou conventionnés, hôpitaux de soins généraux ou hôpitaux spécialisés, etc.). Les parts de marché peuvent, par exemple, s'estimer à l'aide de la proportion de cas traités par un établissement par rapport au nombre de cas du canton ou de la région, ceci globalement, par centre de prestations ou par groupe de diagnostics. D'autres indicateurs possibles sont les flux de patients entre hôpitaux et entre cantons ou la part des cas extra-cantonaux par hôpital. La comparaison du case-mix et des caractéristiques socioéconomiques des patients entre hôpitaux peut indiquer une forme de sélection des risques et de médecine à deux vitesses.

La question sur l'efficacité et la qualité des soins des hôpitaux après l'entrée en vigueur de l'ensemble des mesures découlant de la révision de la LAMal/KVG (question 5b) peut être basée sur les mêmes indicateurs que ceux du groupe de questions (2) sur la qualité dans les hôpitaux et des indicateurs de coûts et de prix qui se trouvent dans le groupe de questions (1). L'offre totale hospitalière peut être mesurée par le nombre de postes (EPT/VZÄ), le nombre de lits et le taux d'occupation des lits. L'effet



du libre choix des hôpitaux par les patients peut être déterminé en partie par les flux de patients et les flux de journées d'hospitalisation entre établissements et entre cantons. La dernière question sur l'évolution des autres secteurs de soins (secteurs hospitaliers de la réadaptation, gériatrie et psychiatrie, de l'ambulatoire de l'hôpital, des EMS, de Spitex et des médecins en cabinet) peut-être évaluée par deux types d'indicateurs : ceux indiquant le nombre d'utilisateurs et l'intensité du recours, à savoir l'évolution du nombre de cas et de la durée des soins, et ceux mesurant le nombre de postes dans les différents secteurs à l'aide des équivalents plein-temps (EPT/VZÄ).

Comme la plupart des indicateurs concernent les hôpitaux, les bases de données à disposition sont les Statistiques administrative et médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS et le pool de données de santésuisse. Les indicateurs concernant les autres types de prestations requièrent d'utiliser les bases de données spécifiques à chaque domaine, telles que la Statistique des établissements non-hospitaliers ou des services d'aide et de soins à domicile de l'OFS/BFS. Pour le recours aux soins ambulatoires, outre le pool de données de santésuisse, les enquêtes par échantillon peuvent fournir une information utile, par exemple l'Enquête suisse sur la santé de l'OFS/BFS ou le Panel suisse des ménages de FORS. Les données NewIndex offrent également un potentiel d'exploitation intéressant mais, comme mentionné, l'accès à ces données n'est pas encore clairement établi et leur qualité reste à valider.

Actuellement, les indicateurs ne pouvant pas être estimés faute de données quantitatives (en rouge dans l'Annexe 9) sont le nombre de réorganisations administratives des hôpitaux et leur type. Toutefois, les gens de terrains, les autorités cantonales et les spécialistes de l'OFS/BFS disposent souvent de cette information sans qu'elle ne soit recensée officiellement. Les indicateurs en vert découlent du fait qu'ils proviennent de la Statistique administrative révisée des hôpitaux, de l'OFS/BFS et la qualité des données devra être vérifiée. Le document publié annuellement par santésuisse sur les 'Tarifs stationnaires dans les hôpitaux' indiquera le type d'accords entre assurances et hôpitaux, mais ces résultats devront être validés.

7.2.8 Influence de la mise-en-œuvre du système de forfaits

Ce thème d'évaluation comprend les questions portant sur la mise-en-œuvre du système de forfaits et son influence sur l'atteinte des objectifs poursuivis par la révision du financement hospitalier. Une question porte sur les modes de financement des hôpitaux avant l'introduction des forfaits par cas. Trois questions concernent le monitoring du système des forfaits et des instruments mis en place pour en garantir l'efficacité. Enfin, une question porte sur les conséquences du système des forfaits sur les coûts et la qualité des types de prestations qui ne sont pas inclus dans le système SwissDRG.

Connaître le mode de financement des hôpitaux avant l'entrée en vigueur des forfaits liés à la prestation sera nécessaire car un certain nombre d'établissements ont déjà des modes de financement par forfaits – par exemple par APDRG. Cela signifie que l'impact des forfaits approuvés par le Conseil fédéral pourrait potentiellement être moindre pour les établissements ayant déjà adapté leur organisation à un tel système. Actuellement, l'Observatoire suisse de la santé mène une étude sur ce thème qui devrait être publiée fin 2010. Un chapitre recensera les modes de financement par établissement de 2001 à 2008. Ce recensement se base sur un document publié chaque année par santésuisse sur les 'Tarifs stationnaires dans les hôpitaux'.

Les conséquences du financement par forfaits sur les coûts et la qualité dans les secteurs qui ne participeront pas au système SwissDRG (réadaptation, gériatrie et psychiatrie dans les hôpitaux, EMS, Spitex, soins palliatifs, etc.) peuvent, d'une manière générale, être appréhendées par les indicateurs présentés dans les groupes de questions (1) sur les coûts et (2) sur la qualité. Pour les soins palliatifs par exemple, le lieu de décès, le lieu de soins en phase terminale, les médicaments palliatifs utilisés, tels que les contre-douleurs ou la morphine, et les traitements de soutien de vie, tels



que les respirateurs artificiels ou l'alimentation par intraveineuse sont des indicateurs utiles.

Des données sont disponibles pour les indicateurs liés aux coûts et à la qualité des soins (se référer aux chapitres 7.2.3 et 7.2.4 ci-dessus). Il y a également un certain nombre d'indicateurs pour lesquels aucune donnée quantitative n'est disponible (indicateurs en rouge à l'Annexe 9, p. 155), à savoir sur les soins palliatifs et les médecins en cabinet.

7.2.9 Effets redistributifs de la révision

La révision de la LAMal/KVG aura potentiellement des impacts sur l'ensemble des agents-payeurs du système de santé, à savoir les ménages, l'Etat (Confédération, cantons et communes), les assurances sociales (AOS/OKP et par effet de débordement, l'assurance-accident et l'assurance-invalidité) et les assurances complémentaires. Ce groupe de questions d'évaluation vise à comprendre les phénomènes redistributifs faisant suite à l'entrée en vigueur des modifications LAMal/KVG.

Les coûts par agent-payeur sont disponibles au niveau suisse, mais nécessiteront des estimations spécifiques au plan cantonal par exemple, c'est pourquoi cet indicateur figure en vert à l'Annexe 9, p. 155. En effet, il n'est pas certain que l'estimation nationale publiée chaque année par l'OFS/BFS soit facile à répliquer à des niveaux plus désagrégés, tels que les cantons. Les primes AOS/OKP selon le type de contrat sont publiées annuellement par l'OFSP/BAG, par contre les primes des assurances complémentaires ne sont pas disponibles (en rouge dans l'annexe 7). Les indicateurs liés aux stratégies d'imposition des cantons, tels que la part des budgets cantonaux allant au financement des hôpitaux, sont disponibles aussi bien dans la Statistique de l'Administration fédérale des finances (AFF/EFV) que dans les comptes des cantons. La répartition des subsides fédéraux aux cantons est publiée chaque année. Les indicateurs liés à la transparence du financement, tels que les coûts et les recettes par prestation hospitalière ou le subventionnement par établissement, sera disponible dans la Statistique administrative révisée des hôpitaux (OFS/BFS) et dans les comptabilités analytiques des hôpitaux (en vert à l'Annexe 9, p. 155) ; les deux nécessitant la vérification de la qualité des données. Outre les primes d'assurance-maladie complémentaires, deux indicateurs sont en rouge car ils ne sont, à notre connaissance, pas disponibles. Ils sont plus qualitatifs que quantitatifs car il s'agit des prises de position des partenaires tarifaires et des stratégies de subventionnement des cantons.

7.2.10 Influence de la révision sur la planification hospitalière

Les cantons vont avoir l'obligation d'effectuer une planification hospitalière basée sur des données quantitatives. De plus, les autres changements résultant des modifications de la LAMal/KVG vont également les inciter à disposer d'une planification relativement rigoureuse et d'un suivi clair de la situation hospitalière dans leur propre canton, et potentiellement aussi dans les cantons avoisinants et l'ensemble de la Suisse.

Ce groupe de questions d'évaluation a deux objectifs : premièrement, comprendre comment évoluent les planifications cantonales suite à la prise en compte des directives du Conseil fédéral et deuxièmement, déterminer les effets de la planification hospitalière sur les coûts, la qualité et l'accès aux soins, ainsi que sur l'offre de soins dans les cantons. Les indicateurs consistent à recenser les types de planifications cantonales, les données et les modèles utilisés pour estimer les besoins en lits, les types d'hôpitaux retenus pour la planification (par exemple, quels hôpitaux ou cliniques privés figurent sur la liste et lesquels n'y figurent pas et pourquoi), les cantons ayant une collaboration pour la planification et pour d'autres aspects liés aux hôpitaux (par exemple le personnel de santé). Les indicateurs liés aux effets de la planification hospitalière sur les coûts et la qualité sont recensés dans les groupes de questions (1) et (2). Les indicateurs portant sur l'offre hospitalière dans les cantons sont une partie des indicateurs du groupe (5) ; ils sont principalement les postes, les lits, les taux



d'occupation des lits et les cas d'hospitalisation par canton, en termes absolus et relatifs pour observer l'évolution des parts de marché.

Les données sur les planifications cantonales sont disponibles au sein de chaque canton, et ne sont à notre connaissance pas recensées de manière centralisée. C'est pourquoi, ces indicateurs sont en vert à l'Annexe 9, p. 155. Par contre, des données sont disponibles pour les indicateurs sur les coûts, la qualité et l'offre de soins. Pour les coûts, il s'agit du pool de données de santésuisse, de la Statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS/BFS et de la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG (se référer au chapitre 7.2.3). Pour la qualité, plusieurs sources sont disponibles, telles que la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS/BFS, la Statistique des données économiques par cas de SwissDRG, la Statistique administrative des hôpitaux de l'OFS/BFS et les données sur la qualité dans les hôpitaux de H+ et de l'ANQ (se référer au chapitre 7.2.4).

7.2.11 Effet de la modification de la compensation des risques

La compensation des risques peut avoir des effets sur la sélection des risques pratiquée activement ou passivement par les assureurs AOS/OKP et ainsi avoir un impact sur le niveau des primes d'assurance-maladie, sur la structure des coûts des assurances, sur l'offre des assurances (par exemple, 'managed care'), sur la qualité de leurs services, ainsi que sur l'accès et la qualité des soins. Les indicateurs permettant de répondre aux différentes questions sur la sélection des risques sont similaires. Il s'agit des volumes financiers redistribués entre assureurs et par groupe d'assurés, de la description des assurés en termes d'état de santé et de recours aux soins, en comparant les assurés qui changent d'assureur, ceux qui changent de contrat en restant dans la même assurance et ceux qui ne modifient pas leur contrat. Les assurances adoptent également des comportements permettant indirectement de sélectionner les risques, par exemple en jouant sur les délais de paiements des factures, en contestant certaines factures ou en variant les procédures administratives.

Suivre l'évolution des primes AOS/OKP et des coûts de gestion permet également d'observer certaines des conséquences de la modification de la compensation des risques. Le nombre d'assurances offrant des modèles d'assurance de type médecin de famille ('gatekeeping'), 'managed care' ou d'autres types de contrats, ainsi que les proportions d'assurés ou l'apparition de nouveaux types de contrat peuvent également résulter de la modification de la compensation des risques. La concurrence entre assureurs peut s'observer à l'aide de divers indicateurs tels que le nombre d'assureurs par région, le niveau des primes, le nombre d'assurance offrant des modèles spécifiques, tels que médecin de famille ou 'managed care', et l'évolution du marché des assurances complémentaires.

La qualité du fonctionnement de l'Institution commune LAMal/KVG et les données échangées entre assureurs ou entre assureurs et prestataires de soins (hôpitaux par exemple) sont difficiles à déterminer car il s'agit principalement d'un domaine réservé aux assureurs. Ainsi la détermination d'indicateurs ne semble possible qu'avec la collaboration des assurances elles-mêmes. La connaissance des coûts administratifs semblent possible par assurance, mais plus difficile par type de contrat ou caractéristiques des assurés.

Deux questions mettent en lien la modification de la compensation des risques avec l'accès et la qualité des soins dont les assurés bénéficient. Les indicateurs étant les mêmes que pour les groupes de questions d'évaluation (2) sur l'accès et (3) sur la qualité, les indicateurs et les bases de données ne sont pas recensés ici. Le lecteur peut se référer à ces deux autres groupes (Chap. 7.2.4, p. 62 et 7.2.5, p. 64).

Quelques indicateurs peuvent être estimés avec des données existantes, à savoir la Statistique de l'assurance-maladie obligatoire de l'OFSP/BAG, les données de la compensation des risques de



l'Institutions commune LAMal/KVG et les archives des primes d'assurance-maladie de l'OFSP/BAG. L'accès aux données de la compensation des risques n'est pas clairement établi. Certes, les données sont publiées sous une forme relativement agrégée, mais il serait probablement préférable d'avoir accès à des données plus détaillées.

Pour certains indicateurs proposés dans ce groupe, aucune donnée quantitative n'est actuellement accessible car les informations nécessaires sont détenues par les assureurs, soit dans leur comptabilité soit dans des documents internes. L'accès aux données d'assurance-maladie spécifique pourrait permettre de déterminer plusieurs des indicateurs recensés. Comme mentionné, les équipes de recherche peuvent envisager d'utiliser de telles données si elles y ont accès.

7.2.12 Synthèse et recommandations

Le Tableau 6 fournit un résumé de la disponibilité des données pour estimer les indicateurs de chaque groupe de questions d'évaluation. Sur les neuf groupes, trois disposent de données quantitatives permettant d'estimer la plupart des indicateurs et ainsi répondre à l'ensemble des questions d'évaluation du groupe: il s'agit du groupe (1) concernant les coûts hospitaliers et du système de santé, du groupe (3) sur l'accès aux soins et du groupe (5) sur l'offre de soins hospitaliers.

Quatre groupes de questions ont une majorité d'indicateurs pouvant être estimés avec des données existantes, mais des bases de données importantes pour ces estimations ont une qualité qui doit être vérifiée car elle n'est actuellement pas connue. Il s'agit des groupes (2) sur la qualité des soins, (4) sur les immobilisations, (6) sur la mise-en-œuvre des forfaits et (7) sur les effets distributifs.

Enfin, deux groupes de questions ont une majorité d'indicateurs qui ne peuvent pas être estimés avec les données existantes : il s'agit du groupe (8) sur la planification hospitalière et du groupe (9) sur la compensation des risques. Pour ces questions, une réflexion est nécessaire pour déterminer la meilleure manière de collecter l'information appropriée (soit qualitativement soit quantitativement).

Tableau 6 : Disponibilité de données quantitatives par groupe de questions d'évaluation

Groupes de questions d'évaluation		Données quantitatives disponibles pour la majorité des indicateurs		Données manquantes pour :	
		bonne qualité des données	qualité des données à vérifier	une majorité d'indicateurs	certaines indicateurs
1	Coûts	X			
2	Qualité		X		Médecins en cabinet
3	Accès	X			Certains prestataires indépendants
4	Investissements		X		
5	Offre	X			
6	Forfaits		X		Soins de fin de vie
7	Effets distributifs		X		Assurance-maladie complémentaire
8	Planification			Information dans les cantons	
9	Compensation des risques			Information auprès des assurances-maladie	



Certains groupes de questions d'évaluation ont quelques indicateurs qui ne peuvent être estimés avec les données existantes (dernière colonne du tableau ci-dessus). Il s'agit de la qualité des soins procurés en cabinet médical. L'accès aux soins des prestataires indépendants, tels que les physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières/infirmiers indépendants, ne peut être appréhendé actuellement, faute de données. Les soins de fin de vie et les soins palliatifs pourraient être influencés indirectement par le système de financement hospitalier, mais aucune donnée n'est disponible. Il en est de même des informations sur les assurances-maladie complémentaires pour lesquelles peu de données sont accessibles. Deux stratégies sont envisageables pour ces indicateurs : (i) laisser les équipes d'évaluation déterminer si ces indicateurs sont nécessaires et si c'est le cas, elles procéderont à une collecte qualitative ou quantitative d'information, ou (ii) si l'OFSP/BAG considère nécessaire que certains indicateurs soient estimables, il pourra s'approcher de l'OFS/BFS ou d'autres producteurs de données pour discuter de ses besoins.

En résumé, l'inventaire des sources de données potentiellement utiles montre qu'il existe beaucoup de données, quelques fois encore peu exploitées, mais que celles-ci sont dispersées auprès de plusieurs producteurs de données, que la qualité d'une partie d'entre elles est mal connue ou leur accessibilité encore incertaine. Un contact avec les producteurs de données par l'OFSP/BAG devrait permettre de clarifier les questions de qualité et de négocier les conditions d'accès aux données.

L'analyse de faisabilité réalisée ici pour l'ensemble du programme d'évaluation montre que des données existent pour tous les thèmes retenus pour l'évaluation. Les incertitudes portent plutôt sur la disponibilité de données à un niveau de désagrégation adéquat, sur leur disponibilité sur une période de temps assez longue, en particulier sur leur disponibilité pour les années précédant l'entrée en vigueur de la révision. Il semblerait donc que pour chaque thème d'évaluation, certains indicateurs au moins pourront être estimés, mais peut-être pas toujours ceux que les experts jugent le plus adéquat.

L'analyse de faisabilité n'a pas identifié de lacune majeure dans les données, nécessitant le lancement rapide d'une collecte de données primaires. Il importe par contre d'observer l'évolution dans les domaines en développement, tels que la qualité des soins, les prestations ambulatoires, les investissements, et d'appuyer les démarches visant à les rendre publiques et/ou favorisant leur qualité.

7.3 Coordination des données

7.3.1 Situation initiale

Les équipes qui réaliseront les différentes études du futur programme d'évaluation auront besoin de connaître les données disponibles sur le thème qu'elles traitent. Or les sources de données utiles à la réalisation des futures évaluations sont nombreuses. Le chapitre 7.1 recense 27 bases de données. Une petite moitié des bases de données sont gérées par l'Office fédéral de la statistique (OFS/BFS), tandis que l'autre moitié est produite par d'autres institutions publiques (OFSP/BAG, OFAP/BVP, AFF/EFV) ou par des organismes privés (p.ex. SwissDRG, Newindex, IEMS).

Cette dispersion des données est synonyme de consommation de temps, voire de difficultés administratives, pour les équipes de chercheurs. Recenser les sources de données existantes et obtenir une vue d'ensemble des informations qu'elles contiennent est un travail coûteux en temps. Clarifier ensuite les conditions d'accès aux données utiles, leur disponibilité pour les années concernées, la taille de l'échantillon ou les limites concernant la qualité nécessite aussi du temps.

Or la majeure partie du travail de recherche d'information a été fourni dans le cadre de la présente étude de faisabilité. Une liste des bases de données utiles a été établie (chapitre 7) et leur contenu décrit par le biais de fiches descriptives (Annexe 8, p. 143) : les groupes de variables recensées, le



type d'enquête utilisé, l'unité d'observation, les années disponibles ainsi que la périodicité du relevé y sont précisés. Les fiches descriptives contiennent de plus des indications sur l'accessibilité aux bases de données, sur l'organisme responsable ainsi que sur les personnes de contact. Il ne serait pas efficient que chacune des équipes mandatées pour la réalisation de l'un des modules du futur programme d'évaluation refasse ce travail. Pour des raisons d'économicité, il convient d'organiser la mise à disposition de l'information et d'organiser un accès coordonné aux données.

7.3.2 Options pour la coordination des données

En complément aux informations fournies par le présent rapport et de manière à offrir un accès encore plus facile et plus efficient à l'information, se pose la question de l'organisation d'un accès centralisé aux données. Au moins deux possibilités peuvent être envisagées, exigeant toutefois des investissements (en temps et en argent) très différents de la part de l'OFSP/BAG.

Une première option serait que l'OFSP/BAG établisse un suivi des variables-clés et le rende disponible sur internet, par exemple à l'image du système de monitoring créé par l'Observatoire de la santé (<http://www.obsandaten.ch/indikatoren/f/index.htm>). Ce monitoring par indicateurs spécifiques permet à l'Obsan de suivre en permanence l'évolution de la situation sanitaire de la population et le développement du système de prise en charge, avec des observations portant sur l'état de santé, sur le comportement en matière de santé et sur les conditions socio-économiques. Dans le domaine du financement hospitalier, un tel suivi pourrait par exemple porter sur des indicateurs des coûts hospitaliers, de la qualité des soins, de l'accès aux soins, de la répartition des coûts entre les agents payeurs, etc. Retenir cette option dans le cadre du programme d'évaluation de la révision du financement hospitalier présenterait l'avantage de donner un accès centralisé à des données consolidées, ce qui permettrait un gain d'efficacité dans la réalisation des études d'évaluation. Sa mise en place serait par contre coûteuse en temps puisqu'elle nécessiterait une définition précise des indicateurs à calculer, leur calcul par l'OFSP/BAG (ou une institution mandatée) ainsi que la création et la maintenance dudit système de monitoring. De plus, il n'est pas certain que le bénéfice pour les équipes d'évaluation soit aussi important qu'il y paraît, puisque la réalisation des telles études nécessite souvent des données désagrégées trop spécifiques pour être intégrées à un tel système de monitoring.

Une deuxième option, que nous recommandons, est la création d'une page internet interactive sur le site de l'OFSP. Celle-ci pourrait s'inspirer de ce qui est fait dans le cadre du *Programme national alimentation et activité physique 2008 - 2012* (PNAAP 2008 - 2012) (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/index.html?lang=fr).

L'interface mise en place est un „Meta-monitoring", en ce sens qu'il centralise l'information concernant les données et indicateurs pertinents *existants* et les complète au besoin par des données importantes encore non disponibles. Une version largement simplifiée de ce système peut être imaginée pour mettre à disposition les informations sur les données utiles à l'évaluation de la révision du financement hospitalier. Une première page listerait les bases de données recensées dans la présente étude de faisabilité ainsi que des groupes de questions pour lesquelles elles sont utiles. Un lien hypertexte permettrait en cliquant sur le nom de la base de données d'afficher un descriptif de celle-ci. Celles-ci indiqueraient par exemple le but du relevé, les variables disponibles, l'unité d'observation, le plus petit niveau de désagrégation possible, le mode de relevé, la périodicité et les années disponibles. Elles pourraient également informer sur le producteur de données, sur les conditions d'accès et contenir un lien sur le site internet du producteur de la base de données.

Les fiches descriptives présentées en Annexe 8 du présent rapport fournissent cette information de



manière simplifiée²¹. Toutefois dans la mesure où de telles fiches existent et sont disponibles pour la majorité des bases de données dans le cadre de l'Inventaire des bases de données de l'Obsan (<http://www.obsandaten.ch/datenbanken/php/dbddb.php>), nous recommandons d'y recourir. Il ne serait en effet pas efficient de créer des descriptifs spécialement pour les besoins des futures équipes d'évaluation et de refaire un travail déjà existant. L'Obsan est actuellement en train d'actualiser l'Inventaire, ce qui va encore élargir la palette des bases de données. S'il devait s'avérer que certaines des sources de données indiquées comme utiles à l'évaluation de la révision du financement hospitalier ne sont néanmoins pas comprises dans l'Inventaire, l'OFSP peut faire part de son besoin en information à l'Obsan et attribuer le cas échéant un mandat pour l'intégration des bases de données concernées.

Enfin, il est recommandé d'améliorer l'interactivité de cette plateforme d'information en créant une petite interface utilisateurs, qui offre la possibilité de trier les bases de données selon des mots-clés préétablis. Ceux-ci pourraient par exemple correspondre aux thèmes des questions d'évaluation (coûts, qualité, accès aux soins, financement, offre de soins, etc.), ce qui permettrait aux équipes d'évaluation d'identifier en un clic les sources de données potentiellement utiles pour le thème qu'elles traitent.

Une personne au sein de l'OFSP/BAG devrait être responsable de la coordination des données. Sa tâche serait d'une part d'organiser la mise à disposition de l'information concernant les sources de données utiles et d'autre part de négocier de manière centrale l'accès aux données pour tout le programme d'évaluation (voir les recommandations formulées au chapitre 7.1.6). Il peut en effet s'avérer pertinent de clarifier avant le démarrage du programme d'évaluation les possibilités et conditions d'accès aux bases de données non publiques, de même que les questions de qualité.

8 Programme d'évaluation

8.1 Ziel und Vorgehen

Der vorliegende Kapitel dient dem Zweck, aufgrund der Vorarbeiten im Rahmen des Projektes „KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie“ ein Konzept für ein Evaluationsprogramm zur genannten Gesetzesrevision zu präsentieren. Der Kapitel soll zuhanden der zuständigen Stellen beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Grundlagen bereitstellen, damit in einem nächsten Schritt ein Projektantrag zu einem Evaluationsprogramm ausgearbeitet werden kann und dass dann in der Folge die Pflichtenhefte zu den einzelnen, im Rahmen des Evaluationsprogramms zu realisierenden Evaluationsstudien formuliert werden können.

Das vorliegende Papier baut auf folgenden Grundlagen auf: Die verschiedenen Elemente der KVG-Revision Spitalfinanzierung sollen im Rahmen eines Evaluationsprogramms analysiert werden. Das BAG folgt damit der KVV/OAMal (Art. 32), wo folgendes festgehalten ist:

²¹ La réalisation de fiches descriptives détaillées dépasse le cadre du présent mandat.



KVV/OAMal Art. 32 Wirkungsanalyse

¹Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch.

²Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.

³Das BAG kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

Das KVG (Art. 23 Abs. 1) weist weiter dem Bundesamt für Statistik (BFS) die Aufgabe zu, die für eine Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG erforderlichen statistischen Grundlagen zu erarbeiten.

Das BAG sieht vor, dass die KVG-Revision Spitalfinanzierung (einschliesslich Risikoausgleich) in einem Evaluationsprogramm, bestehend aus verschiedenen Studien, hinsichtlich Durchführung und Wirkungen evaluiert werden sollen. Die Studien sollen unabhängig voneinander durch verschiedene Stellen realisiert werden können.

Das BAG beabsichtigt, die Wirkungsanalysen zumindest teilweise durch externe Stellen durchführen zu lassen. Dies setzt voraus, dass den zuständigen Stellen beim BAG die Grundlagen zur Verfügung stehen, damit entsprechende Pflichtenhefte formuliert werden können, die in Ausschreibungsverfahren eingesetzt werden können.

Das vorliegende Konzept für ein Evaluationsprogramm soll dem BAG eine gewisse Flexibilität gewährleisten, damit es auf allfällige Veränderungen in den Rahmenbedingungen angemessen reagieren kann. Dies gilt namentlich auch für budgetäre Anpassungen. Zu diesem Zweck soll nicht nur ein Vorschlag, sondern verschiedene Konzeptvarianten vorgeschlagen werden.

Wie generell für Evaluationen im Auftrag des BAG gilt, sollen die einzelnen Studien wie das gesamte Evaluationsprogramm zur KVG-Revision Spitalfinanzierung die Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards) berücksichtigen. Dabei wurden auch die im Leitfaden für Wirksamkeitsüberprüfungen beim Bund enthalten Hinweise berücksichtigt.

Bei der Erarbeitung dieses Kapitels wurde wie folgt vorgegangen: Aufgrund der Vorarbeiten im Rahmen des Projekts „KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie“ konnte das vorliegende Konzept auf folgenden Grundlagen aufbauen:

- Wirkungsmodelle zur Revision Spitalfinanzierung und Risikoausgleich
- Liste der Evaluationsfragestellungen geordnet nach Fragebündeln
- Bestandesaufnahme zu den laufenden und geplanten Begleitforschungsaktivitäten der Stakeholder sowie ausgewählter Forschungseinrichtungen
- Übersicht zu den (verfügbaren) Datenbeständen mit Relevanz für die interessierenden Themen

Diese Befunde aus den Vorarbeiten wurden mit dem Auftraggeber sowie mit der Begleitgruppe diskutiert. Dabei wurde namentlich auch eine Priorisierung der unterschiedlichen Fragestellungen durch die Stakeholder vorgenommen, die uns hilfreiche Hinweise zur Gewichtung der verschiedenen Fragekomplexe gab. Diese Grundlagen dienten sodann in Kombination mit der bestehenden Evaluationsexpertise zur Erarbeitung des vorliegenden Konzepts. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Studien wurde auf eine evaluationsökonomisch sinnvolle Zuordnung der Evaluationsfragen auf die Studien geachtet. Ein erster Entwurf wurde im Nachgang zu den Besprechungen mit dem Auftraggeber und mit den Mitgliedern der Begleitgruppe überarbeitet.



Die in diesem Evaluationskonzept enthaltenen Aussagen beziehen sich auf den Kenntnisstand des Projektteams vom März 2010. Später auftretende Konkretisierungen und Anpassungen können nicht berücksichtigt werden. Da voraussehbar in den nächsten Jahren weitere Anpassungen der rechtlichen Grundlagen sowie anderer Rahmenbedingungen zu diesem Evaluationsprogramm eintreten können, ist die Angemessenheit der Aussagen diesbezüglich kritisch zu prüfen. Die Unsicherheiten sind relativ gross, weil einerseits die Ausgestaltung gewisser Revisionselemente erst erarbeitet wird und weil weitere rechtliche Anpassungen zu erwarten sind. In diesem Papier wurden aufgrund der erheblichen Unsicherheit über die weitere Entwicklung keine Annahmen über noch nicht beschlossene Entscheidungen zugrundegelegt, obwohl gewisse Anpassungen absehbar sind.

Der vorliegende Kapitel ist wie folgt strukturiert: Im nachfolgenden Abschnitt wird eine Übersicht zu den vorgeschlagenen Studien dargestellt und die möglichen Schwierigkeiten und Grenzen des vorliegenden Evaluationskonzepts werden erwähnt (Kapitel 8.2). Die einzelnen Studien werden dann beschrieben mit Bezug auf deren Ziel, auf die abgedeckten Evaluationsfragen, auf die Methode und die notwendige Expertise, sowie auf Kosten und Zeitplan (Kapitel 8.3). In Kapitel 8.4 wird ergänzend auf Querschnittsthemen, namentlich Zuständigkeiten, Koordination, Qualitätssicherung und Valorisierung eingegangen. Die erarbeiteten Varianten des Evaluationsprogramms inklusive Kostenschätzungen sind Gegenstand des Kapitels 8.5. Die Überlegungen zum Zeitplan in Kapitel 8.6 schliessen den Bericht ab.

8.2 Vue d'ensemble et considérations générales

Ce sous-chapitre présente les 16 études proposées et discute les principales difficultés et limites du concept d'évaluation. Le Tableau 7 donne une vue d'ensemble des études constituant le programme d'évaluation. Les études 1 à 12 portent sur la révision du financement hospitalier, les études 13 à 15 sur la révision de la compensation des risques. Les colonnes de droite indiquent si l'étude appartient au programme d'évaluation minimal, au programme standard (variante recommandée) ou à la variante complète. Les variantes sont à comprendre de manière additive, c'est-à-dire que la variante standard comprend toutes les études de la variante minimale, auxquelles s'ajoutent les études de la variante standard. Chacune des études est décrite au chapitre 8.3, en exposant son objectif, les questions d'évaluation couvertes, des indications quant à une méthodologie envisageable et l'expertise nécessaire. Une estimation des coûts et des réflexions concernant le moment de la réalisation de l'étude complètent la description.



Tableau 7 : Vue d'ensemble des études proposées

No.	Thème	Variante minimale	Variante standard	Variante complète
Etude 1	Degré d'utilisation des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012	X		
Etude 2	Influence de la révision sur les coûts, l'organisation et le financement du système suisse de soins	X		
Etude 3	Nouveau mode de financement des investissements et qualité des infrastructures hospitalières suisses		X	
Etude 4a	Influence de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)	X		
Etude 4b	Influence de la révision sur la qualité des soins dans le domaine ambulatoire et stationnaire non aigu ²²			X
Etude 5	Transparence des coûts et du financement des hôpitaux			X
Etude 6	Contribution des cantons à l'efficacité et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers		X	
Etude 7	Evolution de la structure de marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins	X		
Etude 8	Le système suisse de rémunération par forfaits : augmentation de l'efficacité ou apparition de comportements stratégiques chez les prestataires de soins ?	X		
Etude 9	Sélection des risques par les hôpitaux : un risque pour l'équité de l'accès aux soins ?		X	
Etude 10	Echange et protection des données			X
Etude 11	Prestations de soins aigus stationnaires : Evolution des coûts, de l'efficacité et de la rentabilité		X	
Etude 12	Influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG			X
Etude 13	Intensité de la sélection des risques après l'introduction de la nouvelle compensation des risques et de la rémunération par forfaits	X		
Etude 14	Evolution de la stratégie économique et commerciale des assureurs-maladie AOS			X
Etude 15	Accès aux soins : impact de la réorientation de la concurrence entre assureurs-maladie AOS		X	

²² Secteurs de soins vers lesquels on observe des transferts de patients.



Couverture des grands thèmes d'évaluation

Les études couvrent les principaux effets attendus des révisions partielles de la LAMal dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques. Le Tableau 8 montre les correspondances entre les études proposées et les groupes de questions d'évaluation (définis dans le cadre des travaux préparatoires, voir chapitre 6, p. 45 et Annexe 7, p. 139). La première colonne indique le numéro de l'étude proposée dans le programme d'évaluation, la deuxième rapporte le grand thème d'évaluation abordé dans l'étude et la troisième précise quel aspect spécifique du groupe de question est traité (ou le niveau d'agrégation des données envisagé). La quatrième colonne enfin indique le numéro du groupe de questions correspondant dans le catalogue de questions.

Les thèmes centraux, tels que définis par l'art. 32 OAMal et par les priorités indiquées par le groupe d'accompagnement, font l'objet d'une évaluation multidimensionnelle, c'est-à-dire que le thème est abordé sous différents angles ou à différents niveaux d'agrégation. L'objectif est de permettre une évaluation plus complète et fondée des effets de la révision sur ces paramètres centraux du système de santé. Cela concerne premièrement la problématique des coûts ou plus largement de l'économicité des prestations de soins, abordée dans les études 2, 6, 8 et 11 à différents niveaux d'agrégation. L'étude 2 s'intéresse aux coûts totaux de secteur hospitalier et aux transferts de coûts vers les autres secteurs de soins, l'étude 11 compare les coûts de différents établissements et leur efficience dans la fourniture de prestations de soins, l'étude 8 aborde indirectement la question de l'économicité des prestations en s'intéressant aux possibles comportements stratégiques dans la fourniture de soins. Enfin, l'étude 11 apporte un complément en analysant le rôle du régulateur cantonal dans l'évolution de l'économicité et de la qualité de l'offre de soins hospitaliers. Une évaluation multidimensionnelle concerne deuxièmement la qualité de notre système de soins, traitée aux études 4a et 4b sous l'angle de la qualité des prestations, à l'étude 3 sous l'angle de la qualité des infrastructures et du niveau technico-médical, à l'étude 7 en ce qui concerne la garantie de l'approvisionnement en soins ainsi qu'aux études 9 et 15, où l'accent est mis sur l'accès aux soins.

A une exception près, toutes les questions du catalogue élaboré dans le cadre des travaux préparatoires (Chapitre 6, p. 45 et Annexe 7, p. 139) sont intégrées dans le programme d'évaluation. Le descriptif de chacune des études liste à titre indicatif les questions qui peuvent être abordées dans le cadre de l'évaluation (rubrique *Questions d'évaluation*). Il faut toutefois avoir à l'esprit que selon leur portée – question large ou au contraire très spécifique – et leur importance du point de vue du système de santé, certaines questions d'évaluation revêtent un rôle central ou plus secondaire dans la définition des études. Lors de la définition du cahier des charges des études mises au concours, il s'agira de préciser plus explicitement les questions de recherche principales et secondaires de chacune des études. De notre point de vue, l'élément déterminant pour la définition de chaque étude est le but de la recherche, tels que définis dans la rubrique *Objectif*.

Seule la question de l'impact de la révision sur la disponibilité de personnel qualifié (question 5h) n'est pas couverte par le programme d'évaluation proposé. Elle ne fait pas l'objet d'une étude spécifique car la question est en grande partie couverte par deux études en cours ou planifiée, à savoir l'étude de l'hôpital universitaire de Bâle « Monitoring the Impact of the DRG Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Hospitals » et l'étude de l'Institut für biomedizinische Ethik de l'Université de Zurich « The Introduction of DRGs in Switzerland from an ethical perspective – an empirical examination of ethical implications ». La question relève de plus en première ligne du domaine de compétence des acteurs concernés (H+, FMH) et n'appartient pas, du point de vue de l'OFSP, aux questions d'évaluation prioritaires.



Tableau 8 : Couverture des grands thèmes d'évaluation par les études proposées

Etude	Grande(s) question(s) d'évaluation traitée(s) dans l'étude	Précision / remarque	Correspondance avec le catalogue de questions
Etude 1	Utilisation de systèmes de rémunération par forfaits avant 2012	Information de base nécessaire aux autres études	Question spécifique du Groupe 6
Etude 2	Quelle est l'influence de la révision sur les coûts de la santé ? Comment la révision modifie-t-elle l'organisation des soins ? Quels sont les effets distributifs de la révision du mode de financement?	Analyse au niveau national	Groupe 1 Groupe 5 Groupe 7
Etude 3	Comment les modifications de la politique d'investissement des hôpitaux influence-t-elle la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical ?	–	Groupe 4
Etude 4a	Quelle est l'influence de la révision sur la qualité des prestations de soins ?	Analyse dans le secteur hospitalier	Groupe 2
Etude 4b	Quelle est l'influence de la révision sur la qualité des prestations de soins ?	Analyse dans les autres secteurs de soins	Groupe 2
Etude 5	Amélioration de la transparence des coûts et du financement hospitaliers	–	Question spécifique du Groupe 1
Etude 6	Quel rôle jouent les nouvelles planifications cantonales dans l'atteinte des objectifs de la révision ?	Accent sur l'efficacité et la qualité de l'offre	Groupe 8
Etude 7	Comment la révision modifie-t-elle la structure du marché hospitalier ? Quel en est l'impact sur la garantie de l'approvisionnement en soins ?	–	Groupe 5
Etude 8	Quelle est l'influence de la révision sur la fréquence des comportements stratégiques dans la fourniture et la comptabilisation des prestations hospitalières ?	Analyse au niveau des hôpitaux	Question spécifique du Groupe 1
Etude 9	Quelle est l'influence de la révision du financement hospitalier sur l'accès de la population aux soins ?	Accent sur la sélection des risques	Groupe 3
Etude 10	La mise-en-œuvre des échanges de données se fait-elle selon les règles définies ?	–	Question spécifique du Groupe 6
Etude 11	Quelle est l'influence de la révision sur les coûts, l'efficacité et la rentabilité des prestations hospitalières ?	Analyse au niveau des prestations de soins	Groupe 1
Etude 12	Quelle est l'influence de la révision sur les secteurs de soins non concernés par les SwissDRG coûts de la santé ?	Accent sur les coûts et la qualité des soins	Groupe 1 Groupe 2
Etude 13	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs ?	Accent sur la sélection des risques	Groupe 9
Etude 14	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs AOS?	Accent sur la qualité des prestations et la gestion des coûts	Groupe 9
Etude 15	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur l'accès de la population aux soins AOS?	Eventuel effet secondaire non souhaité	Groupe 9



Difficultés afférentes à la réalisation du programme d'évaluation

Une difficulté : distinguer les effets des différentes mesures

La révision du financement hospitalier comprend un paquet de mesures qui influenceront chacune à leur manière l'évolution de certains paramètres du système de santé (voir le modèle des effets, chapitre 5). Pour prendre un exemple simple, la qualité des soins hospitaliers sera influencée par le mode de rémunération des prestations hospitalières, mais aussi par le libre choix des hôpitaux. Or il sera très difficile de distinguer les effets de l'une et l'autre mesure puisqu'elles entrent en vigueur simultanément. Cette difficulté compliquera le design des études et risque d'être un facteur limitatif pour l'interprétation de plusieurs études d'évaluation, même si l'application de certaines techniques statistiques peut être envisagée pour y pallier (pour autant que la qualité et la disponibilité des données le permettent).

Une seconde difficulté : les mesures « baseline »

La manière la plus simple d'évaluer les effets d'un changement législatif est de comparer la situation avant et après son introduction. Pour ce faire, il faudrait disposer, pour chacune des études, de données comparables pour la période précédant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal. Au minimum, il faudrait disposer d'indicateurs de la situation dès 2010, dans l'idéal dès 2005, soit avant que les effets d'anticipations n'aient commencé à déployer leurs effets et avant que certains hôpitaux ne soient passés à une rémunération selon le système APDRG. La disponibilité des données nécessaires pourrait s'avérer un facteur limitatif pour quelques études, exigeant que l'on envisage d'autres designs pour l'étude d'évaluation, par exemple recourir à des groupes de contrôle non impactés par les mesures.

L'idée émise dans le cahier des charges était celle d'une grande étude « baseline », unique et transversale à tous les thèmes de recherche. Dans le présent concept, nous nous sommes écartées de cette idée pour les raisons suivantes. D'une part, la nécessité d'une étude baseline n'est pas toujours avérée : les thèmes de recherche dont le besoin en données est couvert par des données secondaires collectées régulièrement ne nécessitent pas d'étude ad hoc. Dans ce cas, les données de routine permettent en effet de connaître rétrospectivement la situation avant l'entrée en vigueur de la révision. D'autre part, lorsqu'une collecte de données primaires sur deux périodes différentes est nécessaire, il est souvent problématique qu'elle soit réalisée par deux équipes d'évaluation différentes. Les approches méthodologiques et par conséquent les besoins en information diffèrent toujours légèrement selon les chercheurs, de sorte qu'il est préférable que les mesures ex ante et ex post soient réalisées par la même équipe.

Comme mentionné, le risque de l'option retenue est que certains indicateurs ne puissent être estimés pour la période précédant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal (années 2005-2011) et que l'on doive recourir à des stratégies d'évaluation alternatives. Cela concerne les thèmes pour lesquels des données de routine ne sont pas disponibles, notamment les investissements et certains aspects de la qualité. Lancer en 2011 une grande étude « baseline » ne résoudrait toutefois pas cette difficulté dans la mesure où il est déjà trop tard pour collecter les données des années concernées. Pour les périodes qui suivent, années 2012 et suivantes, les monitorings prévus à titre de mesures d'accompagnement ainsi que les compléments apportés à la Statistique administrative des hôpitaux doivent en principe combler cette lacune d'information.

Période d'observation et mise en application des mesures différenciées dans le temps

La date différenciée de mise en application de certaines mesures affecte la période d'observation pertinente des études. En effet, si l'entrée en vigueur de la révision est prévue au 1^{er} janvier 2012, tous les changements ne se feront pas à cette date. Les cantons bénéficient par exemple d'un délai de deux ans pour l'établissement des planifications cantonales selon les nouvelles règles. Les plus rapides travailleront



en 2012 déjà avec une liste hospitalière et des mandats de prestations redéfinis selon la nouvelle loi, tandis que ces adaptations n'interviendront qu'en 2014 dans d'autres cantons. Il est nécessaire d'en tenir compte dans le choix des périodes d'observation ainsi que dans l'interprétation des résultats.

De même, le passage au système de rémunération forfaitaire SwissDRG est prévu au 1^{er} janvier 2012 pour toute la Suisse. Or certains cantons utilisent déjà un système de rémunération forfaitaire – le système APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups) – depuis plusieurs années. Pour ces cantons et hôpitaux, le changement sera moins important et les effets du passage à une rémunération forfaitaire ont pu se faire sentir plus tôt. L'évaluation devra prendre en compte ces conditions de départ différentes selon les hôpitaux si l'on veut éviter une distorsion dans l'analyse des effets de la révision du financement hospitalier. Il s'agira aussi de bien examiner quelles années constituent une bonne mesure de référence de la situation avant la révision (mesure baseline).

Enfin, le problème se pose dans des termes identiques en ce qui concerne la prise en charge des déficits hospitaliers. Il y a en effet quelques cantons (p.ex. Berne) qui maintenant déjà, de part leur loi, ne couvrent plus les déficits des hôpitaux. De telles différences dans les législations cantonales doivent faire l'objet d'un examen systématique si l'on veut éviter une interprétation biaisée des résultats d'évaluation.

Définition de la méthodologie : une tâche qui appartient aux équipes d'évaluation

Dans le cadre du présent rapport, afin de pouvoir estimer les coûts et évaluer sommairement la faisabilité des études, il était nécessaire d'envisager une méthodologie d'évaluation pour la réalisation des différentes études. Le temps et le budget imparti ne permettaient cependant pas d'effectuer une revue de la littérature pour identifier les méthodes, les indicateurs et les approches utilisées dans la littérature scientifique actuelle. Ainsi, les indications fournies se basent sur les connaissances disponibles dans l'équipe au moment de la réalisation de ce projet, des connaissances dont le niveau, la précision et l'actualité varient selon les thèmes. Les méthodes proposées le sont donc à titre indicatif.

La tâche de définir la stratégie de recherche la plus adéquate revient aux équipes d'évaluation. La connaissance de la littérature académique internationale et des mesures communément acceptées est nécessaire pour assurer une qualité adéquate aux études d'évaluation. Il importe que les équipes d'évaluation connaissent la littérature pertinente et les méthodes statistiques appropriées, le cas échéant que le budget mis à disposition pour la réalisation de l'étude comprennent un module destiné à une revue de la littérature et à affiner la conception méthodologique de l'évaluation. Par ailleurs, des experts scientifiques indépendants devraient participer à l'évaluation des offres de recherche et formuler des recommandations à l'intention de l'OFSP, ceci afin de garantir l'usage des méthodes appropriées (voir aussi sur ce sujet la section 8.4.4, sur l'assurance de la qualité).

8.3 Description des études d'évaluation

Ce chapitre décrit chacune des études proposées dans le programme d'évaluation en mentionnant son objectif, les questions d'évaluation pouvant y être intégrées, des indications quant à une méthodologie envisageable et l'expertise nécessaire. Une estimation des coûts et des réflexions concernant le moment de la réalisation de l'étude complètent la description.

A noter que les questions auxquelles doivent répondre chacune des études sont définies en premier lieu par l'objectif de la recherche (rubrique *Objectifs*). Elles seront à concrétiser lors de la formulation du cahier des charges des études et pourront s'inspirer des questions d'évaluation listées, tirées du catalogue de questions développé dans le cadre des travaux préparatoires. Toutes les questions listées n'ont cependant pas le même poids dans la conception des études. Elles sont listées dans leur ordre



d'importance par rapport à l'objectif de l'étude. Les premières questions constituent en principe l'objectif central de l'étude, les suivantes sont souvent des questions intermédiaires, qu'il est nécessaire d'analyser afin de répondre à la question principale ou auxquelles il est possible de répondre « en passant » sans grand travail supplémentaire.

Etude 1 : Degré d'utilisation des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012

Objectif

Cette étude recense les systèmes tarifaires en vigueur pendant la période 2009-2011. Elle indique quels hôpitaux appliquaient déjà un système de rémunération forfaitaire (ou qui s'en approche) avant 2012, soit avant l'entrée en vigueur de la révision du financement hospitalier. Elle fournit ainsi une information nécessaire à la réalisation de la plupart des études proposées. Par exemple, si l'on veut évaluer l'influence du passage à une rémunération par forfaits sur la qualité des soins, il importe de pouvoir distinguer entre les hôpitaux qui connaissaient déjà une rémunération forfaitaire avant 2012 et ceux qui n'y sont passés qu'au moment du changement légal. Etant donné qu'à partir de 2012 tous les hôpitaux de soins somatiques aigus seront – en principe – rémunérés selon le système SwissDRG, il n'y a pas lieu de poursuivre cette étude au-delà de 2011, à moins que l'on souhaite recenser les systèmes tarifaires appliqués dans les domaines non concernés par les SwissDRG (psychiatrie, réadaptation, etc.) ou qu'en dépit de l'entrée en vigueur légale du nouveau système, celui-ci ne puisse être mis en application dans tous les hôpitaux.

Question d'évaluation

L'étude fournit une mesure de l'état de la situation avant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et couvre la question suivante du catalogue de questions:

6a	Dans quelle mesure des systèmes de rémunération forfaitaire étaient déjà introduits avant 2012 ?
----	--

Méthode

Recensement des systèmes tarifaires en vigueur pendant la période 2009-2011 par le biais d'une enquête, en se basant sur la publication annuelle de SantéSuisse recensant les modes de financement des hôpitaux.

Expertise

Cette étude n'a pas de caractère évaluatif, mais revêt plutôt une fonction de service pour les autres études. L'Obsan ayant déjà effectué ce relevé pour les années 2001-2008 dans le cadre de son étude sur l'effet du financement par forfaits sur les durées de séjour et de réadmissions, nous recommandons pour des raisons d'efficience et au vu de l'absence d'enjeu évaluatif de demander une mise-à-jour de ce relevé pour les années 2009-2011.

Coûts

Estimation : XXX. Les possibilités de cofinancement par les cantons ou les sources de financement actuelles du projet peuvent être examinées.

Calendrier

Période d'observation : 2009-2011 (éventuellement 2012 en cas de mise en application différée de la loi pour certains hôpitaux). L'information nécessaire sera disponible en 2012. Les résultats devraient être disponibles au plus tard fin 2012, car ils doivent pouvoir être utilisés dans d'autres études.



Etude 2 : Influence de la révision sur les coûts, l'organisation et le financement du système suisse de soins

Objectifs

Cette étude porte sur l'évolution des coûts, de l'organisation des soins dans le secteur hospitalier, ainsi que dans les secteurs de soins en amont et en aval dont l'utilisation est affectée par les changements survenant en milieu hospitalier. Elle traite aussi des effets distributifs de la révision en examinant comment la répartition du financement a évolué.

Dans une première partie, l'étude examinera l'évolution des coûts hospitaliers, des coûts des autres secteurs de soins et des coûts totaux du système de santé, dans le but d'évaluer dans quelle mesure la révision atteint son objectif de maîtrise des coûts. Pour ce faire, les évolutions observées seront expliquées par une démarche analytique, tenant compte de l'évolution du nombre de patients traités, de la durée de prise en charge et du coût par cas. Elle étudiera aussi les effets de débordement (spillovers), soit la fréquence des transferts vers d'autres secteurs de soins. Sont concernés les transferts vers les soins ambulatoires, semi-ambulatoires et à domicile (Spitex), vers les établissements médico-sociaux et les autres formes de soins stationnaires non aigus ainsi que vers l'aide informelle.

Dans une seconde partie, l'étude examinera l'évolution de la répartition des coûts entre les agents payeurs. Au-delà de son objectif général de maîtrise des coûts, la révision du financement hospitalier cherche en particulier à limiter la croissance des coûts à charge de l'assurance-maladie. Elle procède ainsi à une redéfinition des règles de financement dont il s'agit d'analyser les conséquences. L'évolution de la répartition des coûts entre agents-payeurs – cantons, assurance-maladie obligatoire, assurances-maladie complémentaires, autres assurances sociales, ménages (out-of-pocket) – doit être suivie. Les répercussions de ces transferts de coûts sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire, sur les primes des assurances-maladie complémentaires, sur les impôts et sur les dépenses directes des ménages sont à examiner. Une appréciation sommaire des effets sociaux de ces redistributions conclut l'analyse.

Questions d'évaluation

L'étude permet de répondre aux questions suivantes du catalogue de questions:

<i>Partie 1</i>	<i>Coûts et organisation du système de santé</i>
1a)	Quelle est l'influence de la rémunération par forfaits sur les coûts hospitaliers stationnaires (totaux et par cas) ?
1g)	La révision induit-elle des transferts de coûts du secteur hospitalier stationnaire vers les autres formes de prestations? (vers le secteur ambulatoire, la réadaptation, les EMS, l'aide informelle, etc.)
1h)	Quelle est l'influence de la révision sur les coûts totaux du système de santé ?
5h)	Le secteur des soins hospitaliers stationnaires décroît-il au profit d'autres formes de soins (secteur ambulatoire, réadaptation, psychiatrie, EMS, soins aigus et de transition à domicile ou en EMS, aide informelle, etc) ?
<i>Partie 2</i>	<i>Effets distributifs de la révision du financement hospitalier</i>
7a)	Quelle est l'évolution de la répartition des coûts entre agents-payeurs : cantons, assurances-maladie obligatoire, ménages (out-of-pocket), assurances-maladie complémentaires, autres assurances sociales.
7b)	Quelles sont les répercussions de ces transferts de coûts sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire, sur les primes des assurances-maladie complémentaires (Les assureurs privés répercutent-ils la baisse des coûts à leur charge sur les primes des assurances complémentaires ?) et sur les impôts ? Quels sont les effets sociaux de ces redistributions?
7e)	Dans quelle mesure les contributions cantonales au financement des soins sont-elles plus hautes que le minimum légal ?
7f)	Dans quelle mesure les cantons doivent-ils/veulent-ils prendre à leur charge le déficit lorsqu'un hôpital ne parvient pas à couvrir ses coûts par le biais des forfaits ?



Méthode

Étude quantitative sur la base de données secondaires par secteurs de soins (soins aigus stationnaires, soins non aigus stationnaires, EMS, soins ambulatoires des hôpitaux, soins en cabinet, Spitex et soins informels) et par agents-payeurs (cantons, assurances-maladie de base, assurances-maladie complémentaires, autres assurances sociales, ménages). L'étude devrait comprendre une partie descriptive et une partie analytique mettant en relation les évolutions observées et les modifications de la LAMal. Certaines composantes des questions d'évaluation pourraient être abordées de manière qualitative, par exemple pour comprendre les processus par lesquels la rémunération par forfaits impacte les coûts des hôpitaux ou les processus conduisant les cantons à prendre en charge certains déficits.

Expertise

Connaissance du système de santé dans son ensemble, de son organisation, de son financement et des statistiques correspondantes. Connaissance des méthodes d'analyse quantitative, des méthodes de design quasi-expérimental²³ et/ ou des expériences sociales et, dans une moindre mesure, des méthodes qualitatives.

Coûts

Estimation : XXX. En raison des thèmes traités, l'étude revêt une importance centrale dans le programme d'évaluation. Une réalisation en plusieurs étapes ou modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible. Certaines synergies seront toutefois perdues si les parties 1 et 2 deviennent deux études indépendantes, réalisées en parallèle et non successivement. La livraison de rapports partiels apportant des résultats intermédiaires est recommandée.

Calendrier

La modification des processus internes des hôpitaux se fera progressivement dès l'entrée en vigueur du nouveau mode de rémunération des prestations hospitalières et pourrait être plus ou moins marqué selon que les hôpitaux connaissent déjà une rémunération forfaitaire avant 2012. Les données, provenant en grande partie des statistiques publiques, seront disponibles pour analyse en 2013 au mieux. Les effets de la révision continueront à se développer sur l'ensemble de la période d'évaluation, de sorte qu'il importe d'observer non seulement les effets de court terme mais aussi les effets de long terme. Nous recommandons de commencer tôt le processus d'évaluation et de le poursuivre au moins jusqu'en 2018.

Etude 3 : Nouveau mode de financement des investissements et qualité des infrastructures hospitalières suisses

Objectifs

Cette étude évalue l'évolution de la qualité des infrastructures hospitalières suisses, du niveau de développement technico-médical et du potentiel d'innovation suite à la modification du système de financement des investissements.

Dans une première partie, l'étude s'intéressera à l'évolution du comportement en matière d'investissements dans les équipements et les infrastructures hospitalières. Les évolutions observées

²³ Le design quasi-expérimental est largement utilisé en sciences humaines pour évaluer l'effet de différents types d'interventions. Ce type d'analyses utilise des groupes de personnes, sélectionnées de manière non aléatoire, pour effectuer des comparaisons de valeurs dans le temps. Les méthodes statistiques à disposition permettent de limiter le risque de biais lié à la sélection non aléatoire des sujets. Voici les trois exemples les plus communs de design quasi-experimental: (1) non-equivalent group design (pre-post treatment-comparison group): in health economics: difference-in-difference (DD) models, or better difference-in-difference-in-difference (DDD) models with two control groups. (2) regression discontinuity: two groups defined by a cutting time point. (3) pattern matching design: mainly propensity scores.



seront expliquées, notamment en s'interrogeant sur les incitations données par le nouveau système de financement des investissements et par les autres mesures introduites par la révision susceptibles d'affecter la politique d'investissement (voir modèles des effets, chapitre 5). En conclusion, on évaluera dans la mesure du possible si la révision amène une rationalisation des investissements ou une politique de sous- ou surinvestissement²⁴.

Dans une seconde partie, l'étude décrira et évaluera l'évolution de notre niveau de développement technico-médical, ceci afin de détecter suffisamment tôt un éventuel problème au niveau du maintien de la qualité de nos infrastructures hospitalières et/ou de notre capacité à innover ou à moderniser nos processus. A noter que les investissements dans les infrastructures et les équipements ne sont qu'une composante du progrès médical. Les améliorations dans l'organisation des soins et l'adoption des nouvelles pratiques jouent aussi un rôle déterminant dans la qualité des soins²⁵.

Questions d'évaluation

L'étude permet de répondre aux questions suivantes du catalogue de questions:

4d)	Comment évolue le niveau de développement technico-médical des hôpitaux suisses ? Comment évoluent les hôpitaux publics en comparaison avec les hôpitaux privés ? Quelle est l'influence de la révision sur la politique d'innovation des hôpitaux ?
4c)	Les effets conjugués des différentes mesures conduisent-ils à un comportement en matière d'investissements plus rationnel (diminution des dépenses d'investissement sans baisse de la qualité des prestations), induisent-ils une politique de sous-investissement ou observe-t-on une tendance au sur-investissement (par ex. sous pour raisons de marketing liées au libre choix des hôpitaux). Quels sont les effets à moyen-long terme, mais aussi durant la phase de transition et au cours des cinq ans précédant l'entrée en vigueur des changements législatifs.
4a)	Quelles sont les incitations données par le système choisi pour la rémunération des investissements ?
4b)	Les difficultés liées à la délimitation des coûts d'exploitation et d'investissement conduisent-elles à des problèmes ?

Méthode

A l'heure actuelle, des incertitudes subsistent quant aux données sur les immobilisations et les investissements qui seront disponibles et quant à leur qualité (voir chapitre 7.2.6). De même, évaluer le développement technico-médical nécessite de croiser plusieurs indicateurs, dont les données peuvent s'avérer difficile à obtenir. Une étude préalable sur les données disponibles devra être effectuée, sur la base de laquelle il s'agira de définir la stratégie de recherche la plus adéquate.

Si les données le permettent, ces questions pourront être traitées par une analyse quantitative sur la base de données secondaires, complétées par des entretiens d'experts en ce qui concerne le niveau de développement technico-médical, les incitations données par le nouveau système de financement et les difficultés dans la délimitation des coûts d'exploitation et d'investissements. Une étude de cas auprès d'un choix judicieux d'hôpitaux peut être une alternative si les statistiques disponibles s'avèrent insuffisantes. Il serait alors souhaitable de distinguer selon le type d'hôpital (hôpital régional, spécialisé, universitaire, etc.).

Expertise

Connaissances de la comptabilité des investissements, du contexte économique et technico-médical dans les hôpitaux.

²⁴ A noter qu'il serait faux d'admettre l'hypothèse de départ implicite que le niveau d'investissements actuel est optimal et d'interpréter toute baisse (hausse) comme du sous-investissement (surinvestissement).

²⁵ Un exemple est le nouveau mode de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans des cellules spécialisées et la meilleure coordination avec les services en aval.



Coûts

Estimation : XXX. La possibilité d'un cofinancement par les cantons peut être examinée dans la mesure où, en tant que propriétaires d'un grand nombre d'hôpitaux, ils peuvent être intéressés par les résultats.

Calendrier

Les investissements et le niveau de développement technico-médical font en principe l'objet d'une planification pluriannuelle, de sorte que les conséquences de la révision sur ces paramètres ne seront visibles qu'à moyen-long terme, potentiellement à partir de 2015. Cependant l'adoption de la révision en 2007 et les discussions qui l'ont précédée ont déclenché d'importants effets d'anticipation parmi les prestataires de soins. Afin d'expliquer les tendances observées, il s'agira de s'intéresser aussi à comment les investissements ont évolué durant la phase de transition et au cours des cinq ans précédant l'entrée en vigueur des changements législatifs. Les questions soulevées quant à la période d'observation adéquate ainsi que la nécessité de clarifier la situation sur le plan des données exigent la réalisation d'une étude préalable qui déterminera le type d'étude principale qui sera réalisée. Celle-ci pourra aussi fournir de premiers résultats intermédiaires.

Etude 4a: Influence de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)

Objectif

La révision du financement hospitalier vise une plus grande transparence et économicité des prestations hospitalières, mais sans atteinte à la qualité. Il convient par conséquent d'évaluer le rôle joué par le changement de système dans l'évolution de la qualité des soins hospitaliers.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions, en se concentrant exclusivement sur les soins aigus stationnaires (les autres domaines de soins sont couverts par l'étude 4b) :

2a)	Comment évolue la qualité des soins dans le domaine stationnaire et dans le domaine ambulatoire ?
2b)	Quel est le rôle des différentes mesures (rémunération par forfaits, libre choix des hôpitaux, mesures d'accompagnement définies par les partenaires tarifaires, critères et des prescriptions de la Confédération concernant la qualité) dans l'évolution de la qualité ?

Méthode

Des doutes ont été émis sur l'accessibilité et la fiabilité des données de qualité actuellement disponibles (voir chapitre 7.2.4), c'est pourquoi nous recommandons qu'une étude préalable sur la qualité des données disponibles et les indicateurs pertinents soit effectuée, laquelle permettra de définir la stratégie de recherche la plus adéquate. De plus, les travaux en cours dans le cadre des mesures d'accompagnement, délégués par les partenaires tarifaires à l'ANQ, donneront lieu à la publication annuelle d'un rapport sur la qualité. Il s'agira d'évaluer si les indicateurs fournis dans le cadre de ce monitoring sont suffisants pour les besoins de l'évaluation.

Si le monitoring de la qualité fournit des indications suffisantes quant à l'évolution de la qualité dans le domaine hospitalier stationnaire, l'étude pourra se concentrer sur l'analyse de causalité. Son objectif principal sera alors de mettre en relation l'évolution observée de la qualité avec les changements au niveau du système de rémunération et de financement des hôpitaux. Il serait judicieux de compléter les analyses quantitatives par d'autres approches, par exemple de réaliser des études de cas pour un certain nombre de tableaux cliniques ou diagnostics choisis et d'analyser en particulier la gestion des cas critiques (tels que les diagnostics multiples ou les cas complexes).



Expertise

La manière d'appréhender la qualité des prestations de soins hospitaliers diffère selon le background des évaluateurs (professions médicales vs économistes par exemple), c'est pourquoi nous recommandons une équipe d'évaluation interdisciplinaire afin d'améliorer l'acceptation des résultats par les différentes parties. Une connaissance de la littérature internationale et des mesures communément acceptées est souhaitable. La partie analytique (analyse de causalité) requiert de l'équipe d'évaluation la maîtrise des méthodes de design quasi-experimental.

Coûts

Estimation : XXX. En raison du thème traité, l'étude revêt une importance centrale dans le programme d'évaluation. Une réalisation en plusieurs étapes ou modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible, voire souhaitable. La remise de rapports partiels apportant des résultats intermédiaires est recommandée.

Calendrier

L'adoption de la révision en 2007 et les discussions actuelles peuvent déclencher des effets d'anticipation parmi les prestataires de soins. De plus, la modification des processus internes des hôpitaux suite à l'entrée en vigueur du nouveau mode de rémunération des prestations hospitalières pourrait être plus ou moins marquée selon que les hôpitaux étaient déjà soumis à une rémunération forfaitaire avant 2012. C'est pourquoi l'étude préalable devrait être réalisée bientôt, de manière à ce que les options méthodologiques puissent être définies suffisamment tôt et permettre une évaluation des effets à court terme de la révision. Une évaluation des effets à long terme est également recommandée.

Etude 4b: Influence de la révision sur la qualité des soins dans le domaine ambulatoire et stationnaire non aigu²⁶

Objectif

Cette étude se conçoit comme une extension, optionnelle, de l'étude 4a et couvre l'évolution de la qualité dans les secteurs connexes aux soins aigus hospitaliers. Elle prend en compte l'hypothèse que les changements intervenant dans le secteur des soins somatiques aigus pourraient avoir des répercussions sur la qualité des soins dans les secteurs ambulatoire et stationnaire non aigu.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les mêmes questions que l'étude 4a, mais en se concentrant sur les autres secteurs de soins (soins ambulatoires, semi-ambulatoires et à domicile (Spitex), établissements médico-sociaux et autres formes de soins stationnaires non aigus, ainsi qu'aide informelle):

2a)	Comment évolue la qualité des soins dans le domaine stationnaire et dans le domaine ambulatoire ?
2b)	Quel est le rôle des différentes mesures (rémunération par forfaits, libre choix des hôpitaux, mesures d'accompagnement définies par les partenaires tarifaires, critères et des prescriptions de la Confédération concernant la qualité) dans l'évolution de la qualité ?

Méthode

Actuellement les données sur la qualité pour les secteurs de soins susmentionnés ne sont pas collectées de manière uniforme, mais des travaux sont en cours afin d'améliorer la situation (voir chapitre 7.2.4). Nous recommandons qu'une étude préalable sur l'accès et la qualité des données existantes et les

²⁶ Secteurs de soins vers lesquels on observe des transferts de patients.



indicateurs pertinents soit effectuée, laquelle permettra de définir la stratégie de recherche la plus adéquate.

L'étude devrait comprendre une partie descriptive (évolution de la qualité) et une partie analytique, mettant en relation l'évolution observée de la qualité avec les mesures introduites dans le cadre de la révision du financement hospitalier. Plus exactement, l'analyse évaluera les changements dans la qualité intervenus en raison des changements dans l'organisation des soins hospitaliers dus à la révision du financement hospitalier.

Expertise

Connaissance du système de santé dans son ensemble, de son organisation, des différents secteurs de soins et des statistiques correspondantes. Une connaissance de la littérature internationale et des mesures de qualité communément acceptées est souhaitable. La partie analytique (analyse de causalité) requiert de l'équipe d'évaluation la maîtrise des méthodes de design quasi-expérimental.

Coûts

Estimation : XXX. Une réalisation en plusieurs étapes ou modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible. La remise de rapports partiels apportant des résultats intermédiaires est recommandée.

Calendrier

L'effet mentionné n'est pas un effet direct de la révision, mais une conséquence potentielle des modifications des processus au niveau hospitalier, en particulier de la politique de transfert vers les secteurs de soins en aval. Les effets seront perceptibles à mesure que des modifications de l'organisation auront lieu dans les hôpitaux. Une évaluation des effets à court terme et à long terme de la révision est recommandée. Afin d'évaluer les conséquences de la révision sur la qualité, il faudra aussi disposer de mesures de la situation avant son entrée en vigueur. La réalisation d'une étude préalable sur la qualité des données disponibles et les indicateurs pertinents est recommandée.

Etude 5 : Transparence des coûts et du financement des hôpitaux

Objectif

L'étude a pour but d'évaluer dans quelle mesure la révision atteint son objectif d'amélioration de la transparence des coûts et du financement hospitaliers. Si l'on souhaite améliorer la gestion des hôpitaux, la première étape est de connaître combien coûtent effectivement les différentes prestations fournies par un hôpital et qui en paie les coûts. Or les comptabilités analytiques sont à des stades très différents de mise-en-œuvre et tenues selon des règles encore peu uniformes. Le propos de cette étude est d'évaluer si la situation évolue comme souhaité concernant cet objectif intermédiaire de la révision du financement hospitalier.

L'étude devrait porter sur deux dimensions de la transparence : d'une part évaluer si le potentiel informationnel²⁷ des comptabilités analytiques s'améliore et d'autre part si la nouvelle forme de comptabilité constitue une base adéquate pour permettre une activité de surveillance et de pilotage étatique fondée.

²⁷ En allemand, die Aussagekraft.



Questions d'évaluation

L'étude regroupe les deux questions d'évaluation suivantes:

1f)	La transparence des coûts des prestations hospitalières s'est-elle améliorée ? En particulier, a-t-on une meilleure information quant aux coûts effectifs des différentes prestations fournies par un hôpital (soins, formation et recherche, service d'urgence, maintien des capacités pour motif de politique régionale, etc.) et leur financement a-t-il pu être désenchevêtré?
1c)	Comment évolue la structure des coûts hospitaliers, notamment les coûts des différentes catégories de prestations offertes en hôpital (p. ex., outre les différents types de prestations de soins, prestations de prévention et promotion de la santé, prestations de formation et formation continue au personnel)?

Méthode

Valider l'exactitude des comptabilités analytiques et la pertinence – d'un point de vue comptable – du degré de transparence atteint est plutôt une affaire d'experts. Deux approches au moins sont possibles : (1) des entretiens ou une enquête auprès des personnes qui utilisent les données des hôpitaux, les comptabilités analytiques ou la saisie des prestations médicales (OFS, SwissDRG, responsables cantonaux, experts REKOLE de H+, experts du terrain, etc.) ou (2) faire analyser la comptabilité analytique de quelques établissements par des experts en comptabilité hospitalière.

Evaluer dans quelle mesure le gain en transparence remplit sa fonction démocratique et sociale et permet que soient créées les conditions préalables pour qu'une responsabilité verticale («vertical accountability») puisse être assumée passe plutôt par une enquête auprès des responsables cantonaux de la politique de santé, des assureurs-maladie de base, éventuellement auprès des associations de patients.

Enfin, en complément, une partie descriptive pourrait montrer comment les grands postes de la comptabilité des hôpitaux ont évolué, en particulier les coûts des différents types de prestations fournies par les hôpitaux (prestations de soins, formation et recherche, prévention et promotion de la santé, formation continue du personnel, services d'urgence, etc.).

Expertise

Experts de la comptabilité financière et analytique des hôpitaux et des enjeux liés à la transparence.
Experts de la gouvernance étatique (politologues, spécialistes en administration publique).

Coûts

Estimation : XXX. Une réalisation en plusieurs modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible. Selon la durée du mandat, la remise de rapports partiels apportant des résultats intermédiaires est recommandée.

Calendrier

Les progrès dans la qualité des comptabilités analytiques des hôpitaux se feront sentir progressivement, de sorte qu'il faut attendre un peu avant de lancer l'évaluation. Une évaluation devrait pouvoir être conduite à partir de 2014, soit du troisième exercice comptable après l'entrée en vigueur de la révision. Une évaluation en fin de période présente relativement moins d'intérêt, puisque la transparence est moins une fin en soi qu'un élément nécessaire au bon fonctionnement du système.

Etude 6: Contribution des cantons à l'efficience et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers

Objectif

Evaluer le rôle des politiques de mise-en-œuvre cantonales dans l'atteinte des objectifs de la révision, en particulier en ce qui concerne la qualité des soins et de l'efficience de la fourniture des prestations de



soins, mais aussi la garantie de l'approvisionnement en soins. Les cantons ont en effet le mandat de garantir l'approvisionnement en soins à leur population et attribuent pour ce faire des mandats de prestations à différents établissements de soins, sis ou non sur leur territoire. Les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations figurent sur les listes cantonales et sont de ce fait autorisés à pratiquer à charge de l'AMal. Les cantons disposent d'un certain pouvoir discrétionnaire dans la manière dont ils interprètent et appliquent les dispositions légales relatives à la planification cantonale, de sorte que leur action peut soutenir plus ou moins fortement les objectifs de la révision. L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets de leur activité pour l'atteinte des objectifs de la révision.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions ci-après du catalogue de questions. Les questions 8e, 8g et 8h définissent les objectifs de la recherche. Les questions 8a, 8b, 8c représentent des étapes intermédiaires à effectuer pour répondre aux questions d'évaluation principales. Enfin, analyser les questions 8d, 8f, 7f est susceptible d'amener des éléments d'explication aux constats effectués.

8e)	Les prescriptions fédérales concernant la planification cantonale sont-elles respectées, en particulier en ce qui concerne les critères de qualité et d'économicité ?
8g)	Quelle est l'influence des planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins ? En particulier, les nouvelles planifications cantonales apportent-elles une contribution à la rationalisation de l'offre?
8h)	La coordination intercantonale a-t-elle été renforcée et les synergies potentielles réalisées?
8a)	Comment se présentent les planifications cantonales avant 2012, par exemple en termes de couverture du besoin en soins? (baseline measurement)
8b)	Comment les planifications cantonales se sont transformées ?
8c)	Dans quelle mesure hôpitaux privés et publics sont-ils traités de manière égale ?
8d)	Des problèmes sont-ils apparus du fait que les cantons ont fait / dû faire leur planification avant de disposer des indicateurs sur la qualité des hôpitaux ?
8f)	Dans quelle mesure les cantons parviennent-ils à imposer leur planification ?
7f)	Dans quelle mesure les cantons doivent-ils/veulent-ils prendre à leur charge le déficit lorsqu'un hôpital ne parvient pas à couvrir ces coûts par le biais des forfaits ?

Méthode

Afin d'évaluer le rôle joué par les cantons dans les évolutions observées, il faudra mettre en relation les planifications cantonales et les informations disponibles quant à la qualité et à l'économicité des hôpitaux actifs dans le canton, avant et après la mise en application des nouveaux critères de planification. Une telle analyse exige à la fois une analyse de documents, en particulier des planifications cantonales et des conventions de collaborations intercantionales, et la collecte d'indicateurs de qualité et d'économicité des hôpitaux (analyse de données secondaires). Des entretiens d'experts avec des décideurs, en particulier les départements de la santé cantonaux, devraient compléter l'analyse. Des comparaisons intercantionales sont souhaitables. Il faut toutefois relever qu'établir l'effet des contributions cantonales sera probablement difficile et il est peu probable qu'une approche quantitative le permette.

Expertise

Une telle étude nécessite avant tout des connaissances en matière d'analyse qualitative (analyse de documents, entretiens d'experts) et, dans une certaine mesure, des méthodes quantitatives. Une équipe d'évaluation pluridisciplinaire serait par conséquent adéquate.

Coûts

Estimation : XXX. La possibilité d'un cofinancement par les cantons est à examiner.



Calendrier

Selon les cantons, les planifications effectuées selon les nouvelles dispositions seront appliquées pour la première fois en 2012 ou au plus tard en 2014. Le rôle des cantons en tant qu'autorité de régulation pourra ainsi être évalué au plus tôt à partir de 2015. Connaître le contenu des planifications cantonales avant 2012 (afin de disposer de points de comparaison) ne devrait pas poser de difficultés, les documents étant archivés. En ce qui concerne la qualité et l'économicité des hôpitaux, l'étude pourra utiliser les résultats des travaux effectués dans le cadre des mesures d'accompagnement. Disposer d'indicateurs de qualité et d'économicité avant le changement législatif pourra par contre s'avérer plus difficile.

Etude 7: Evolution de la structure du marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins

Objectif

Analyser comment les différentes mesures de la révision du financement des hôpitaux²⁸ influencent la structure du marché hospitalier et en évaluer l'impact sur la garantie de l'approvisionnement en soins. L'objectif est de s'assurer que les besoins en soins demeurent couverts, autant sur le plan quantitatif que qualitatif, et ce sur l'ensemble du territoire. Dans cette analyse, il faut tenir compte des différents types de prestations de soins fournis par les hôpitaux (urgences, soins aigus simples ou complexes, chirurgie élective, etc.) et que certains besoins peuvent être couverts par des soins hospitaliers et non hospitaliers. Il faut aussi tenir compte que certaines évolutions ne sont que partiellement liées à la révision du financement hospitalier (p.ex. les phénomènes de spécialisation).

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions :

Partie 1	<i>Evolution de la structure du marché hospitalier</i>
5a)	Le nombre d'hôpitaux diminue-t-il et ces phénomènes de concentration sont-ils strictement administratifs ou ont-ils un impact géographique?
5c)	Comment évolue l'offre totale de prestations de soins hospitaliers du point de vue quantitatif ?
5d)	Comment le marché des prestations hospitalières se réorganise-t-il ? La spécialisation des hôpitaux augmente-t-elle ? Y a-t-il une réorganisation des flux de patients, et notamment un accroissement des transferts de patients par exemple des hôpitaux régionaux vers les hôpitaux spécialisés ?
5e)	Comment évoluent les parts de marché des hôpitaux privés, publics et subventionnés par les pouvoirs publics suite à la révision ?
5f)	Quelle est la position occupée par les hôpitaux conventionnés sur le marché des prestations hospitalières ? (par exemple, les assurances travaillent-ils avec les hôpitaux hors liste, quels segments du marché occupent-ils, promeuvent-ils une médecine à deux vitesses ?).
5g)	Les patients font-ils usage du libre choix de l'hôpital pour choisir plus souvent un établissement hors de leur canton de domicile ?
Partie 2	<i>Approvisionnement en soins (sur le plan quantitatif, qualitatif et répartition régionale)</i>
3a)	L'approvisionnement en soins est-il garanti, autrement dit l'offre de soins (hospitaliers et non hospitaliers) est-elle quantitativement, qualitativement suffisante, et ce sur l'ensemble du territoire?

²⁸ Notamment la pression sur les coûts, le financement des hôpitaux privés et publics selon les mêmes règles et les nouveaux critères pour la planification cantonale.



Méthode

L'étude pourrait se diviser en trois parties, avec :

- Une première partie, descriptive, visant à décrire l'évolution du paysage hospitalier suite aux changements législatifs. Le monitoring de l'Obsan et les tableaux standards de l'OFS fourniront une grande partie de l'information, qu'il s'agira pour l'essentiel de consolider.
- Une deuxième partie, évaluative, analysant dans quelle mesure l'offre de soins est quantitativement et qualitativement suffisante dans les différents cantons ou régions. La question de la répartition géographique de l'offre est en effet importante en ce qui concerne l'égalité des chances dans l'accès aux soins.
- Une troisième partie, analytique, devrait mettre en lien les résultats observés et les mesures introduites dans le cadre de la révision du financement hospitalier. Cette analyse de causalité nécessite la mise en œuvre des méthodes statistiques adéquates.

L'analyse est en grande partie réalisable sur la base de données secondaires (les questions 5a et 5c en particulier sont des chiffres publiés chaque année par l'OFS et ne nécessitent pas de recherche supplémentaire). Des entretiens avec des experts pourraient compléter les informations fournies par les données secondaires. Une analyse au niveau cantonal, voire régional, est indiquée.

Expertise

Connaissance des sources statistiques disponibles, des méthodes et des critères d'évaluation des besoins en soins. Pour la troisième partie, expérience avec les méthodes d'analyse de l'effet des politiques, tels que les designs quasi-expérimentaux.

Coûts

Estimation : XXX.

Calendrier

Le marché des soins se transforme progressivement, notamment en raison d'effets d'anticipation, et ces changements se poursuivront probablement sur toute la décennie. Les tendances devraient devenir perceptibles à partir de 2015, lorsque les données 2012 et 2013 seront disponibles, de sorte qu'il nous paraît envisageable de réaliser une évaluation à partir de cette date.

Etude 8: Le système suisse de rémunération par forfaits : augmentation de l'efficacité ou apparition de comportements stratégiques chez les prestataires de soins ?

Objectif

La rémunération des prestations hospitalières au moyen de forfaits liés au diagnostic introduit une pression sur les coûts puisque l'on attend désormais que les hôpitaux parviennent à couvrir leurs coûts par le biais des rémunérations forfaitaires. Pour y parvenir, les prestataires de soins hospitaliers peuvent rechercher des gains d'efficacité (p.ex. améliorer leur organisation interne et leurs procédures de soins, accroître leur spécialisation, etc.), mais aussi être tentés d'adopter des comportements stratégiques tels que raccourcir les durées de séjour, favoriser les admissions répétées des mêmes patients, exagérer la gravité des cas lors du codage du diagnostic ou encore se montrer sélectifs dans l'admission des patients. Ces comportements peuvent porter atteinte à la qualité du système de soins pour les patients et à l'efficacité du système de rémunération, c'est pourquoi il importe d'estimer la fréquence et l'ampleur de ces comportements.



Questions d'évaluation

L'étude répond à la question ci-après du catalogue de questions. A noter que la sélection des risques fait l'objet d'une étude spécifique et devrait par conséquent être exclue du champ de la présente étude.

1d)	Dans quelle mesure la pression sur les coûts engendre-t-elle des comportements stratégiques chez les prestataires de soins hospitaliers (p.ex. upcoding, admissions répétées d'un même patient, sélection des risques, sorties prématurées, etc).
-----	---

Méthode

Analyse de la durée de séjour, des admissions par patients, des transferts, des fréquences des diagnostics. Comparaison entre hôpitaux de même type et/ou comparaison avant et après l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAMa. Ces analyses devraient pouvoir se faire sur la base de données secondaires, notamment la Statistique médicale et administrative des hôpitaux et la Statistique économique des coûts par cas. Le monitoring de certains indicateurs existe déjà, ce qui permet de se concentrer sur la partie analytique de l'étude, à savoir la relation entre la rémunération forfaitaire et les comportements stratégiques.

Expertise

Compréhension des mécanismes incitatifs des systèmes de rémunération par forfaits, connaissances des indicateurs des comportements stratégiques dans le contexte hospitalier et des méthodes statistiques analytiques permettant de déterminer si les comportements observés sont attribuables au financement forfaitaire (attribution causale). Connaissance des sources statistiques disponibles.

Coûts

Estimation : XXX . Une réalisation en plusieurs modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible.

Calendrier

La pression sur les coûts va se faire sentir dès l'entrée en vigueur du nouveau mode de rémunération et la réaction des hôpitaux devrait y être rapide, aussi en raison d'effets d'anticipation. Une évaluation devrait être réalisable à partir de 2015, sur les données 2012 et 2013, idéalement aussi 2014. Des données sur les années antérieures, si possible dès 2005, seront nécessaires.

Remarque

Dans la conception détaillée de cette étude, il sera bon d'évaluer les éventuelles synergies avec l'étude menée par l'Obsan sur l'effet du financement par forfaits sur les durées de séjour et de réadmissions. Les résultats en seront connus en principe début 2011.

Etude 9: Sélection des risques par les hôpitaux : un risque pour l'équité de l'accès aux soins ?

Objectif

Deux mesures prises dans le cadre de la révision peuvent inciter ou donner l'opportunité aux hôpitaux de pratiquer une sélection des patients : la rémunération forfaitaire et le libre choix de l'hôpital. Dans un système de rémunération forfaitaire, les hôpitaux peuvent être tentés de transférer rapidement les patients « coûteux²⁹ » ou d'éviter leur admission, pratiquant ainsi une forme de sélection des risques. Dans le cadre du libre choix de l'hôpital, les hôpitaux sont tenus d'admettre les patients dans les limites de leurs

²⁹ Ceux dont le coût du traitement excède le forfait correspondant (p.ex. malades chroniques, les personnes souffrant de maladies multiples).



capacités, ce qui leur laisse un pouvoir discrétionnaire quant à l'admission des patients extracantonaux. Le régulateur ayant la responsabilité de garantir l'équité de l'accès aux soins, il importe d'évaluer si de tels effets de sélection se mettent en place de manière concomitante à la révision du financement hospitalier.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions :

3b)	L'obligation d'admission est-elle respectée ou les hôpitaux pratiquent-ils une sélection des risques?
3c)	Quelle est l'influence de la révision sur l'égalité des chances concernant l'accès aux soins hospitaliers (extracantonaux)?

Méthode

Analyse du case-mix des patients, des admissions par patients, des transferts. Comparaison entre hôpitaux de différents types (taille, propriétaire, spécialité, etc.) et pour différents diagnostics. Ces analyses devraient pouvoir se faire en partie sur la base de données secondaires, par exemple avec la Statistique médicale et administrative des hôpitaux et la Statistique économique des coûts par cas. La disponibilité des données au niveau de désagrégation approprié devrait cependant être clarifiée afin de définir la stratégie de recherche adéquate, c'est pourquoi nous recommandons une petite étude de faisabilité. A noter que la sélection des risques est difficile à distinguer des transferts liés à une spécialisation accrue des hôpitaux, c'est pourquoi une analyse de type causale est indispensable pour conclure à la sélection des patients.

Expertise

Compréhension des mécanismes incitatifs des systèmes de rémunération par forfaits, connaissance des indicateurs de sélection des risques dans le contexte hospitalier et des méthodes statistiques analytiques permettant de déterminer si les comportements observés sont attribuables au financement forfaitaire (attribution causale). Connaissance des sources statistiques disponibles. Capacité à identifier les diagnostics ou autres variables caractérisant les mauvais (respectivement les bons) risques.

Coûts

Estimation : XXX. En raison de l'importance du thème de l'accès aux soins pour le groupe d'accompagnement (voir résultat de la priorisation lors de la séance du 23 mars 2010), une étude portant spécifiquement sur ce thème a été conçue. Il serait aussi possible de la réaliser en tant que module de l'étude 8, en y intégrant le budget nécessaire.

Calendrier

La réaction des hôpitaux à la pression sur les coûts devrait se faire sentir relativement rapidement, aussi en raison d'effets d'anticipation, de sorte qu'une évaluation des comportements de sélection des patients devrait être réalisable à partir de 2015, sur les données de 2012 et 2013, idéalement aussi de 2014. Des données sur les années antérieures, si possible dès 2005, seront nécessaires.

Etude 10: Echange et protection des données

Objectif

La mise-en-œuvre des révisions partielles de la LAMal dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques nécessitent des échanges supplémentaires d'information. Les difficultés qui pourraient survenir dans la transmission des diagnostics des hôpitaux vers les assureurs présentent dans ce contexte un intérêt particulier. De même, la bonne transmission des données entre prestataires de soins et assureurs, ou entre assureurs, dans le cadre de la compensation des risques est nécessaire



au bon fonctionnement du système. Dans le cadre de cette étude, il s'agit d'évaluer si les échanges de données fonctionnent de manière satisfaisante et si les règles relatives aux échanges de données (encore à définir) sont respectées.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions :

6e)	Quelles difficultés posent la transmission des diagnostics aux assureurs en termes de protection des données et comment celles-ci sont-elles résolues ?
9k)	Les échanges de données nécessaires au calcul de la compensation des risques (entre prestataires de soins et assureurs, entre assureurs lorsqu'un assuré change de caisse maladie) fonctionnent-ils correctement ?

Méthode

Cette étude consiste en une évaluation de la mise-en-œuvre (comparaison entre ce qui devrait être et ce qui est)³⁰. Elle nécessite une analyse de la documentation et des entretiens d'experts. Un relevé des cas portés devant la justice, les ombudsmans et autres organes de défense des patients est aussi une approche possible, de même qu'une étude de cas des mesures préventives décidées.

Expertise

Expérience dans la réalisation d'études de mise-en-œuvre, bonne connaissance des institutions chargées de collecter ou d'échanger des données. Expertise juridique de la législation sur la protection des données.

Coûts

Estimation : XXX

Calendrier

Réalisable au plus tôt en 2014. Les premiers échanges de données selon les nouvelles règles auront lieu pour la première fois fin 2012.

Etude 11: Prestations de soins aigus stationnaires : Evolution des coûts, de l'efficacité et de la rentabilité

Objectifs

Cette étude porte sur les prestations de soins hospitaliers stationnaires, dans le secteur des soins somatiques aigus. Elle s'intéresse aux effets des forfaits liés au diagnostic sur trois dimensions, à savoir (1) sur les coûts, (2) sur l'efficacité et (3) sur la rentabilité des prestations de soins hospitaliers.

Le premier objectif de la recherche est d'évaluer la contribution de la révision à la maîtrise des coûts des prestations hospitalières. L'étude s'intéressera pour ce faire à l'évolution des coûts des prestations dans les différents établissements ainsi qu'à l'évolution des différences de coûts entre hôpitaux de même type.

Le deuxième objectif est d'évaluer si le nouveau mode de rémunération permet d'améliorer l'efficacité des hôpitaux suisses dans la fourniture des prestations hospitalières, soit le rapport entre les inputs (sous forme de capital et de travail) et les outputs en termes de volume de prestations d'une qualité donnée. On pourra analyser dans quelle mesure la rémunération par forfaits permet effectivement un rapprochement des coûts par type de prestation vers le niveau du ou des hôpitaux ayant le meilleur rapport coûts-qualité.

³⁰ Nous indiquons ici en complément la terminologie allemande, plus concise que la française, à savoir que l'étude envisagée est une Vollzugsanalyse mit Soll-Ist Vergleich.



Enfin, le troisième objectif porte sur l'évolution des marges bénéficiaires. Il est possible que les forfaits pour certains groupes de diagnostics soient sous- ou surestimés, permettant de dégager une marge bénéficiaire intéressante ou ne permettant au contraire jamais de couvrir les coûts. Les deux situations sont non souhaitables et il paraît en particulier inacceptable que certaines prestations financées par l'assurance-maladie obligatoire (à caractère social) deviennent des activités très lucratives. Il importe par conséquent, en complément au mandat de maintien de la structure tarifaire qui incombe à SwissDRG, d'évaluer de manière indépendante la rentabilité des groupes de diagnostics.

Questions d'évaluation

L'étude permet de répondre aux questions suivantes du catalogue de questions. Les questions 1a et 1b correspondent au premier objectif de la recherche, les questions 1e et 5b au deuxième objectif et la question 6b au troisième.

1a)	Quelle est l'influence de la rémunération par forfaits sur les coûts hospitaliers stationnaires ?
1b)	Quelle est l'influence de la rémunération par forfaits sur les différences de coûts des prestations stationnaires entre les hôpitaux?
1e)	Quelle est l'influence du système de forfaits sur la rentabilité (rapport prix – coûts) des différents groupes de prestations ? Y a-t-il, avec les nouveaux tarifs, des groupes de prestations qui deviennent particulièrement rentables ou non rentables ?
5b)	Quels sont les hôpitaux qui subsistent du point de vue de l'efficacité de leur organisation (et de la qualité) ³¹ de leurs prestations?
6b)	Quelles sont les effets déployés par le système de surveillance et d'adaptation des tarifs prévus dans le système de forfaits ?

Méthode

L'étude pourrait se diviser en trois parties :

- La première partie consisterait en une analyse quantitative descriptive du niveau et des différences de coûts des prestations de soins aigus stationnaires sur la base de données secondaires (notamment la Statistique des coûts économiques par cas, sous réserve d'obtention des données à un niveau de désagrégation approprié, ou du pool de données de santéuisse). Certaines données sont déjà régulièrement publiées sur ce thème (monitorage). Il s'agira donc en partie de consolider l'information.
- La deuxième partie serait une analyse de l'efficacité de la fourniture des soins hospitaliers, soit une mise en relation des inputs (capital, travail) et des outputs (prestations de soins).
- La troisième partie consisterait en une analyse de la rentabilité, soit un examen du rapport entre coûts des prestations et recettes encaissées.

Au vu des incertitudes sur la qualité des données, nous recommandons la réalisation préalable d'une étude de faisabilité.

Expertise

Méthodes d'analyse de l'efficacité et méthodes d'analyse de la rentabilité, connaissance de la Statistique des coûts économiques par cas, en particulier des difficultés liées à la qualité des données. Connaissance des spécificités de la fourniture de prestations en milieu hospitalier. Capacité à effectuer un choix pertinent pour les diagnostics examinés.

³¹ Cet aspect de la question ne peut être analysé dans le cadre de cette étude.



Coûts

Estimation : XXX. Une réalisation en plusieurs modules ainsi que leur attribution à différents mandataires est possible. Les hôpitaux, les cantons et les assureurs ont un intérêt à la réalisation de cette étude, de sorte que la possibilité d'un cofinancement est à examiner.

Calendrier

Une évaluation paraît réalisable au plus tôt à partir de 2015. Les incertitudes quant à la disponibilité des données à un niveau de désagrégation approprié et la qualité des données exigent toutefois la réalisation préalable d'une étude de faisabilité.

Etude 12: Influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG

Objectif

Cette étude porte spécifiquement sur les secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG, à savoir la réadaptation, la psychiatrie, le traitement des dépendances, les soins palliatifs, les établissements médico-sociaux et les unités de soins chroniques³². A l'avenir, ces domaines de soins seront aussi rémunérés par forfaits, mais selon d'autres principes que le système SwissDRG. Il s'agit d'analyser l'influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des prestations de ces différents secteurs de soins. Les questions qui se posent pour ces secteurs de soins sont similaires à celles concernant les soins somatiques aigus, à savoir l'impact sur les coûts, sur la qualité et sur l'accès aux soins, de même que la présence d'effets de débordements et leurs conséquences sur l'organisation des soins. Au besoin, on pourra s'inspirer des études proposées ci-avant pour préciser les besoins en évaluation pour ces différents secteurs de soins.

Questions d'évaluation

L'étude couvre la question suivante du catalogue de questions :

6d)	Quelle est l'influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG (réadaptation, psychiatrie, soins palliatifs, etc.) ?
-----	--

Méthode

L'évolution dans ces domaines est peu prévisible. On ne sait pour l'heure encore rien du système qui sera mis en place pour ces domaines de soins, ni quand celui-ci sera introduit. De plus, ces domaines sont hétérogènes et mal couverts par les bases de données existantes. C'est pourquoi, sur le plan méthodologique, nous envisageons le recours à une enquête standardisée dans chacun des secteurs de soins concernés, à répéter en raison de la difficulté à définir la population-cible, ainsi que des études de cas qualitatives, spécifiques pour chaque champ d'étude.

Expertise

Connaissance approfondie du système et de la politique de santé, compétences dans les méthodes qualitatives et quantitatives.

Coûts

Estimation : XXX.

³² selon les Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, document du 12.06.2009, p. 7.



Calendrier

Le calendrier de réalisation de cette étude est très incertain du fait que l'année d'introduction d'un système de rémunération orientée sur les prestations dans ces domaines n'est pas connue. Il s'agira de suivre l'évolution de la situation dans ces domaines et de prévoir les travaux d'évaluation en temps voulu. Les incertitudes quant à la disponibilité et la qualité des données pertinentes dans les domaines spécifiques nécessitent la réalisation d'une étude de faisabilité préalable. Pour les besoins du calendrier du programme d'évaluation, nous faisons l'hypothèse qu'un tel système aura été mis en œuvre d'ici 2014.

Etude 13: Intensité de la sélection des risques après l'introduction de la nouvelle compensation des risques et de la rémunération par forfaits

Objectif

Améliorer l'efficacité de la compensation des risques doit réduire l'avantage concurrentiel apporté par la sélection des risques sur le marché de l'assurance-maladie de base. L'adoption de cette mesure simultanément aux forfaits liés au diagnostic reflète l'inquiétude que ce mode de rémunération augmente les possibilités de sélection des risques, en raison de l'information supplémentaire qu'il apporte quant à l'état de santé des assurés. Dans ce contexte, il s'agit d'observer l'évolution de la sélection des risques dans l'assurance-maladie de base et d'évaluer si la formule affinée de compensation des risques permet au moins de compenser les moyens supplémentaires de sélection amenés par les forfaits liés au diagnostic. Il s'agit d'une part d'évaluer dans quelle mesure la nouvelle formule de compensation réduit l'attractivité financière de la sélection des risques (questions 9a, 9b, 9c) et d'autre part d'observer ses effets empiriques (questions 9d, 9e).

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions:

9a)	Entre quels groupes de risques ont lieu les plus grands volumes de transferts et dans quelle mesure le caractère solidaire du système a-t-il été renforcé ?
9b)	Quels sont les effets de la nouvelle formule de compensation des risques sur l'intensité de la sélection des risques effectuée par les assureurs?
9c)	Quels sont les effets de la rémunération par forfaits et les modifications du prix relatif des prestations sur le comportement de sélection des risques des assureurs?
9d)	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur les différences de primes entre assureurs? Est-ce que les différences de primes reflètent dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui la composition du portefeuille d'assurés ou davantage les différences dans les coûts de gestion ?
9h)	Quelles sont les conséquences des changements dans l'activité des assurances sur le niveau des primes d'assurance-maladie ?

Méthode

L'étude peut être divisée en deux parties au moins. Une première analyse montre comment les montants sont redistribués entre les groupes de risques et évalue dans quelle mesure il subsiste un intérêt financier à effectuer une sélection des risques. Elle évalue ainsi dans quelle mesure la nouvelle formule permet d'atteindre son objectif, à savoir réduire les incitations à la sélection des risques. Elle peut par exemple se baser sur les données de l'Institution commune LAMal.

Une deuxième partie observe l'évolution des pratiques de sélection des risques au niveau empirique, en analysant par exemple la relation entre la composition du portefeuille d'assurés et le niveau des primes ou d'autres manifestations de sélection des risques perceptibles dans les stratégies publicitaires et commerciales des assurances. Cette deuxième partie est essentielle pour vérifier empiriquement si les



pratiques de sélection des risques se modifient. Différentes approches sont possibles selon les indicateurs choisis. La stratégie de recherche la plus adéquate devrait être déterminée avec soin en début de mandat. Pour l'estimation des coûts, nous faisons l'hypothèse d'une analyse quantitative sur la base de données secondaires.

Expertise

Connaissance des moyens de sélection des risques et des indicateurs permettant de mesurer l'intensité de cette pratique, ainsi que des méthodes analytiques utilisées dans le domaine de la compensation des risques.

Coûts

Estimation : XXX.

Calendrier

La diminution des activités de sélection des risques est l'objectif premier de la révision de la LAMal dans le domaine de la compensation des risques. Son effet doit en principe se déployer dès l'application de la nouvelle formule en 2012 et devenir visible dans un délai de 1-2 ans. Pour évaluer si l'intensité de la sélection des risques diminue par rapport à aujourd'hui, il faudra disposer de mesures de la situation avant l'entrée en vigueur de la révision de la compensation des risques, ce qui peut s'avérer difficile.

Etude 14: Evolution de la stratégie économique et commerciale des assureurs-maladie AOS

Objectif

Evaluer si la révision de la compensation des risques atteint son objectif en termes de réorientation de la concurrence entre assureurs sur les prix et la qualité des produits d'assurance. Il s'agit d'observer l'évolution de l'activité économique des assureurs de base et notamment de voir s'ils concentrent davantage leurs activités d'une part sur le contrôle de leurs coûts (par le biais de la gestion des prestations et de leurs coûts d'administration) et d'autre part sur la qualité de leurs produits (offre d'assurances et service à la clientèle). Les conséquences de cette concurrence renforcée sur les primes d'assurance-maladie et le nombre de caisses-maladie actives dans l'assurance de base complète l'évaluation des effets de la révision de la compensation des risques sur l'activité des assurances-maladie de base.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions:

9e)	La baisse d'attractivité de la sélection des risques est elle suffisante pour que les assureurs se concentrent sur leurs autres activités, à savoir sur la gestion des prestations, sur la qualité de services à leurs clients et/ou ne développent de nouveaux modèles d'assurances, en particulier pour les malades chroniques (modèles de managed care) ?
9f)	Quelle influence a la nouvelle compensation des risques sur les coûts d'administration des caisses maladies ?
9g)	La concurrence entre assureurs s'accroît elle, notamment au point d'observer un phénomène de concentration de l'offre (p.ex. au détriment des caisses bon marché) ?
9h)	Quelles sont les conséquences des changements dans l'activité des assurances sur le niveau des primes d'assurance maladie ?



Méthode

Pour certains aspects, l'étude peut s'appuyer sur les statistiques existantes publiées par l'OFSP (Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, Archives des primes d'assurance-maladie), pour d'autres, en particulier l'évolution des pratiques commerciales, la collecte de données complémentaires auprès des caisses-maladie doit être envisagée. La forme la plus adéquate de cette collecte d'information (p. ex. par enquête, par analyse de documents ou autre) est à déterminer par l'équipe d'évaluation.

Expertise

Connaissances de l'activité d'assurance, expérience des méthodes de collecte et d'analyse des données quantitatives et/ou qualitatives, selon l'approche choisie.

Coûts

Estimation : XXX. Cette étude peut se concevoir en tant qu'étude indépendante ou comme module supplémentaire de l'étude 13.

Calendrier

La modification du modèle économique des assurances-maladie de base se fera progressivement après l'entrée en vigueur de la nouvelle formule de compensation des risques, même si des effets d'anticipation se font déjà sentir. Une évaluation devrait être réalisable au plus tôt à partir de 2014-2015.

Etude 15: Accès aux soins : impact de la réorientation de la concurrence entre assureurs-maladie AOS

Objectif

L'introduction de la formule affinée de compensation des risques reflète la volonté de limiter l'attrait de la sélection des risques comme source d'avantage concurrentiel et de réorienter la concurrence entre assureurs-maladie de base sur les prix (et donc sur le contrôle des coûts des prestations) et la qualité des prestations aux assurés. Cette étude doit évaluer si cette réorientation de la concurrence, souhaitée et souhaitable du point de vue de l'efficacité de l'ensemble de système de santé, a un effet non souhaité sur l'accès aux soins. Elle doit en particulier examiner si cette réorientation s'accompagne d'un rationnement excessif des prestations de soins aux patients, sous forme par exemple de refus de remboursement, de refus de traitement lorsque celui-ci est soumis à autorisation ou d'une politique contractuelle donnant des incitations à limiter les soins dans le cadre des modèles de managed care.

Questions d'évaluation

L'étude couvre les questions suivantes du catalogue de questions:

9i)	La gestion renforcée des prestations a-t-elle un effet négatif sur l'accès des patients aux soins et/ou la qualité des soins fournis aux assurés ?
9j)	Le développement de modèles de managed care a-t-il une influence sur l'accès des patients aux soins et/ou sur la qualité des soins fournis aux assurés, favorise-t-il la sélection des risques par les prestataires de soins ?

Méthode

Pour l'estimation des coûts, nous sommes partis de l'hypothèse – basique – que l'étude de cette question peut se faire par le biais d'une comparaison « avant-après » à partir de données quantitatives à collecter auprès des patients et des assureurs (p.ex. nombre de refus de remboursement, nombre de recours), complétée par des entretiens d'experts ou une analyse de la documentation (p.ex. conventions de managed care). Des analyses quantitatives sont éventuellement possibles si certaines assurances fournissent l'accès à leurs données. D'autres approches peuvent être envisagées.



Expertise

Connaissances de l'activité d'assurance, des modèles de managed care, connaissance des moyens de sélection des risques et des indicateurs permettant de mesurer l'intensité de cette pratique, ainsi que des méthodes analytiques utilisées dans le domaine. Expérience dans le design d'études d'évaluation.

Coûts

Estimation : XXX.

Calendrier

L'effet mentionné n'est pas un effet direct de la révision, mais une conséquence éventuelle indirecte de la modification de la formule de compensation des risques. Il est probable qu'il devienne perceptible un peu plus tard que les effets directs, même si, comme pour beaucoup d'effets, les acteurs sont susceptibles d'avoir anticipé l'entrée en vigueur des changements législatifs. A noter que pour évaluer si l'accès aux soins (ambulatoire comme hospitalier) est plus restrictif, il faudra disposer de mesures de la situation avant l'entrée en vigueur de la révision de la compensation des risques.

8.4 Querschnittsthemen

8.4.1 Zuständigkeiten

Das Evaluationsprogramm enthält verschiedene Studien, die nicht nur beim BAG, sondern auch bei anderen Akteuren auf Interesse stossen könnten. Die im Rahmen des Evaluationsprogramms anfallenden Aufgaben können unterschiedlich auf die verschiedenen Stellen aufgeteilt werden. Neben den zuständigen Einheiten des BAG sind namentlich auch andere Bundesstellen (etwa das BFS), die Kantone, die im Feld tätigen Einrichtungen und Organisationen sowie die zu beauftragenden wissenschaftlichen Institute zu erwähnen. Bei der Konzeption der einzelnen Studien sind diesbezügliche Zuweisungsmöglichkeiten abzuklären. Namentlich ist darauf hinzuweisen, dass auch einzelne Elemente der Studien intern realisiert werden könnten. Verschiedene der genannten Akteure realisieren bereits heute oder planen für die Zukunft Aktivitäten, bei denen ebenso wie bei den Studien des Evaluationsprogramms zu prüfen ist, welcher Akteur idealerweise die jeweilige Verantwortung übernehmen könnte und ob allenfalls auch Kooperationen denkbar wären, bei denen verschiedene Akteure gemeinsam die Verantwortung für ein Vorhaben tragen.

Wie sich gezeigt hat, werden die Akteure zur Wahrung ihrer eigenen Interessen wohl auch in Zukunft vom BAG kaum davon abzubringen sein, bezüglich bestimmter Vorhaben weiterhin Diskretion walten zu lassen. Auf der anderen Seite hat das BAG auch sorgfältig darauf zu achten, dass die Studien des Evaluationsprogramms nicht im Sinne einer oder mehrerer Akteursgruppen instrumentalisiert werden. Das BAG sollte allfällige Kooperationspotentiale deshalb einzelfallweise und mit grosser Sorgfalt prüfen. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse ist davon auszugehen, dass das BAG das Evaluationsprogramm in alleiniger Verantwortung zu tragen hat. Damit rückt die Frage der Koordination in den Fokus.

8.4.2 Koordination

Bei der Koordination ist, wenn man Fritz W. Scharpf³³ folgt, die positive Koordination von der negativen zu unterscheiden. Von positiver Koordination spricht Scharpf dann, wenn eine gegenseitige Mitgestaltung der koordinierten Aktivitäten gewährleistet ist, während sich die negative Koordination darauf beschränkt zu

³³Scharpf, Fritz W. (1993): Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Héritier, Adrienne (Hrsg.): Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. PVS Sonderheft 24. Opladen: Westdeutsche Verlag, S. 57-83.



überwachen, dass sich die zu koordinierenden Aktivitäten nicht gegenseitig schaden.

Weiter ist bei der Koordination die angestrebte Reichweite zu beachten. Im vorliegenden Fall kann die innere Koordination zwischen den einzelnen Aktivitäten des Evaluationsprogramms unterschieden werden von der externen Koordination, wo eine Abstimmung mit Aktivitäten ausserhalb des Evaluationsprogramms angestrebt ist.

Im vorliegenden Fall werden folgende Koordinationsformen als relevant erachtet:

Tabelle 9 : Formen der Koordination und deren Bedeutung für das Evaluationsprogramm

	Negative Koordination	Positive Koordination
Interne Koordination	vorausgesetzt	angestrebt
Externe Koordination	angestrebt	unrealistisch

Die Schwerpunkte der Koordinationsbemühungen sollten also auf die interne positive Koordination und die negative externe Koordination ausgerichtet sein. Da mit der internen positiven Koordination durchaus ein Steuerungsanspruch verbunden ist, sollte eine *Steuerungsgruppe* geschaffen werden, die auch über Entscheidungskompetenzen verfügt, um die Gestaltungsfunktion auch wahrnehmen zu können. Zur externen negativen Koordination kann die bereits bestehende *Begleitgruppe* genutzt werden, die eine beratende Funktion hat³⁴.

Bei der Ausarbeitung der Evaluationskonzepte für die einzelnen Studien ist eine Projektorganisation festzulegen, die gleichermassen für eine fachlich einwandfreie und eine ausgewogen inklusive Umsetzungsform sorgt. Eine konkrete Festlegung der Organisation und der entsprechenden Kompetenzverteilung wird sinnvollerweise erst in den einzelnen Studienkonzepten erfolgen können, weil dafür nicht zuletzt auch Abklärungen bei allfälligen Partnern erforderlich sind.

8.4.3 Valorisierung

Die den einzelnen Studien zugrundeliegenden Evaluationskonzepte müssen Festlegungen dazu enthalten, wozu die Evaluationen wie und durch wen genutzt werden sollen. Hier kann es zwischen den einzelnen Studien durchaus zu erheblichen Differenzen kommen. Aufgrund der Festlegung der anzusprechenden Adressaten ist ein Bedürfnisprofil festzulegen, um zu bestimmen, welche Bewertungen bei der ausgewählten Adressatengruppe besonders von Interesse sind und welche Vorkehrungen zu treffen sind, dass die Evaluation besonders bei diesem Adressatenkreis auf Akzeptanz stösst. Ebenfalls abgestimmt auf die Adressaten ist ein angemessenes Format für die Berichterstattung zu bestimmen. Hierzu sind in den Evaluationskonzepten Kommunikations- und Valorisierungsmassnahmen vorzusehen. Jenseits des „intended use by intended users“³⁵ ist auch an weitere potentielle Nutzende zu denken.

Zentral wird es sein, eine Planung vorzunehmen, wie die Evaluationsaktivitäten möglichst weitgehend valorisiert werden können. Dabei sind auch Vorkehrungen zu treffen, die gegebenenfalls auch eine

³⁴Zur verwendeten Terminologie der Steuerungs- und Begleitgruppe vgl. Widmer, Thomas (2005): Leitfaden für Wirksamkeitsüberprüfungen beim Bund. Instrument zur Qualitätssicherung gestützt auf die Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Bern: Bundesamt für Justiz, S. 18.

³⁵Vgl. Patton, Michael Q. (2000): Utilization-focused evaluation. In: Stufflebeam, Daniel L./Madaus, George F./Kellaghan, Thomas (eds): Evaluation models. Boston: Kluwer, p. 425.



zeitnahe Rückmeldung an die entsprechend zuständigen Stellen ermöglicht, um so die Nutzung von Verbesserungsoportunitäten sicherzustellen.

Als Gefäss zur Verbreitung der Evaluationsbefunde kann nicht zuletzt auch die bereits bestehende Begleitgruppe genutzt werden.

8.4.4 Qualitätssicherung

Seit langer Zeit bildet die Qualitätsförderung und –sicherung im Evaluationsbereich ein zentrales Anliegen, da die Evaluationsqualität immer wieder aus verschiedenen Gründen gefährdet ist. Deshalb sind an dieser Stelle Überlegungen zu formulieren, wie die Qualität der Evaluationsaktivitäten sichergestellt und gefördert werden kann. Um eine Qualitätsförderung (im Sinne einer Verbesserung) und eine Qualitätssicherung (im Sinne einer Kontrolle) zu realisieren, wird eine zweistufige Vorgehensweise vorgeschlagen:

- Auf Ebene der einzelnen Studien sind Massnahmen der Qualitätsförderung vorzusehen, wie die im Rahmen der SEVAL-Standards formulierten Qualitätskriterien bei der Realisierung der Studie berücksichtigt werden. Hier sind in das Evaluationskonzept voll integrierte Zugänge ebenso denkbar wie teilweise oder vollständig unabhängige Vorkehrungen. In den Ausschreibungen sollte deutlich gemacht werden, dass die einzureichenden Offerten entsprechende Vorkehrungen enthalten sollten.
- Auf Ebene des Evaluationsprogramms sind Massnahmen zur Qualitätssicherung zu schaffen, die dafür sorgen, dass eine möglichst unabhängige fachliche Überprüfung der Qualität der Evaluationsstudien unter Beizug der SEVAL-Standards erfolgt. Diese Kontrolle soll nicht zuletzt sicherstellen, dass die durch die Evaluationen hervorgebrachten Befunde hinreichend belastbar sind, um darauf basierend Entscheide treffen zu können. Durch eine möglichst unabhängige Konstruktion und eine ausgewiesene Expertise auf inhaltlicher, vor allem aber auch auf evaluativer Ebene soll ein Beitrag zu einer hohen Glaubwürdigkeit und einer breiten Akzeptanz der Evaluationsergebnisse geleistet werden.

Während für die Massnahmen der Qualitätsförderung die einzelne Studie verantwortlich zeichnet, ist für die Qualitätssicherung auf Ebene des Evaluationsprogramms ein übergreifendes Gremium (etwa in Form eines Beirats) zu schaffen, das über die skizzierten Expertisen verfügt. Die Mitglieder dieses Beirats üben im Auftrag der Steuerungsgruppe die Funktion der Qualitätssicherung aus. Um die Unabhängigkeit zu gewährleisten, ist höchstmögliche Distanz zu Akteuren des Feldes anzustreben. Ebenso dürfen keine Interessenkonflikte mit den externen mit den Evaluationen beauftragten Institutionen bestehen.

Die Aktivitäten der Qualitätsförderung und Qualitätssicherung sollen nicht nur einen Beitrag leisten zu einer hohen Evaluationsqualität, sondern auch die Glaubwürdigkeit der Evaluationsbefunde bei Dritten stärken – ganz im Sinne von Jürgen Habermas' „Faktizität und Geltung“.³⁶

8.5 Variantes et estimations de coûts

Afin de garantir une certaine flexibilité dans la mise-en-œuvre du programme d'évaluation, trois variantes associées à trois niveaux de coûts différents sont présentées.

La variante minimale est constituée des études absolument indispensables pour remplir le mandat légal défini par l'art. 32 OAMal. Elle offre une couverture réduite des effets de la révision,

³⁶Habermas, Jürgen (1992): Faktizität und Geltung. Frankfurt: Suhrkamp.



concentrée sur les thèmes les plus prééminents du point de vue théorique et auxquels les institutions représentées dans le groupe d'accompagnement accordent le plus de poids. Toutes les études la composant sont à réaliser, dans la mesure où elles constituent aussi une base nécessaire pour la réalisation des études incluses dans la variante standard et complète. L'étude 6 par exemple, portant sur la contribution des cantons à l'efficacité et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers, utilise les résultats des études 4a sur la qualité des soins. La réalisation du programme minimal engendre des coûts de 1,8 millions, y compris les coûts fixes nécessaires à l'assurance de la qualité, à la valorisation ainsi qu'à la participation des acteurs concernés au processus d'évaluation par le biais de groupes d'accompagnement.

Sur le plan du contenu, la variante minimale comprend une analyse de l'influence de la révision du financement hospitalier sur :

- les coûts de la santé, sur l'organisation des soins et sur la répartition des coûts au plan national (étude 2),
- sur la qualité des prestations hospitalières (étude 4a),
- sur la garantie de l'approvisionnement en soins (volume total et répartition régionale) (étude 7)
- sur la fréquence de comportements stratégiques (effets non souhaités) dans la fourniture et la comptabilisation des prestations hospitalières (étude 8)

ainsi qu'une petite étude fournissant une information nécessaire à la plupart des autres études, à savoir un inventaire des cantons et hôpitaux utilisant des systèmes de forfaits avant 2012 (étude 1).

Dans le domaine de la compensation des risques, la variante minimale ne prévoit que l'examen du comportement des assureurs en matière de sélection des risques (étude 13).

La variante standard est la variante recommandée ; elle couvre adéquatement tous les principaux effets souhaités et non souhaités des deux révisions et offre un rapport optimal entre le montant investi et le gain en informations. Elle requiert des dépenses de 3,1 millions sur 8 ans, soit 387'500.- par an. La variante standard englobe les études nécessaires à une évaluation fondée et bien étayée d'une révision aussi complexe et multidimensionnelle.

Sur le plan du contenu, elle reprend les études de la variante minimale (voir ci-dessus) et les complète par l'évaluation de l'impact de la révision sur :

- la qualité des infrastructures hospitalières et sur le niveau technico-médical résultant des changements dans la politique d'investissement (étude 3)
- sur les coûts, l'efficacité et la rentabilité des prestations de soins hospitaliers (étude 11)
- sur l'égalité des chances dans l'accès aux prestations hospitalières (étude 9)
- sur l'égalité des chances dans l'accès aux prestations de soins en général (éventuel effet non souhaité de la révision de la compensation des risques) (étude 15)

En complément, elle analyse le rôle des politiques de mise-en-œuvre cantonales dans l'atteinte des objectifs de la révision, en particulier en ce qui concerne la qualité des soins et l'efficacité de la fourniture des prestations de soins (étude 6).

La variante complète ajoute les études qu'il serait bon de réaliser si les moyens à disposition le permettent. Dans ce groupe sont rangées les études qui peuvent aisément se concevoir comme des modules supplémentaires d'autres études (par exemple l'étude 4b en extension de l'étude 4a, l'étude 14 en complément de l'étude 13) ou qui ont une thématique représentant un enjeu moins crucial pour le fonctionnement du système de santé, mais néanmoins important. Il est à noter ici que les questions d'évaluation portant sur des effets marginaux des révisions ou considérées comme non pertinentes par le



groupe d'accompagnement ont été écartées à une étape antérieure de l'élaboration du concept d'évaluation. La réalisation de *toutes* les études de la variante complète représente un supplément de coûts de 1,2 millions de francs. Il est aussi possible de n'en réaliser que l'une ou l'autre. Le choix final des études à inclure est laissé à l'appréciation de l'OFSP.

La variante complète étend le champ de l'évaluation aux aspects suivants des révisions:

- à l'impact de la révision sur la qualité des prestations dans les secteurs de soins en amont et aval des soins hospitaliers (étude 4b, élargissement de l'étude 4a),
- à l'obtention d'une meilleure transparence des coûts et du financement hospitaliers (étude 5)
- à la mise-en-œuvre des règles relatives aux échanges de données (étude 10)
- à l'impact sur les secteurs de soins non concernés par le système SwissDRG (étude 12)
- à l'évolution de la stratégie commerciale des assureurs-maladie en matière de qualité des prestations à la clientèle et de gestion des coûts (étude 14, en complément à l'étude 13).

Démarche pour l'estimation des coûts

L'estimation des coûts des études se base sur l'expérience du groupe de projet dans la réalisation d'études similaires. Les estimations sont faites de manière relativement grossière, par sauts de 50'000.-. Les facteurs suivants ont été pris en considération pour l'élaboration du budget de chacune des études :

- Nombre de questions d'évaluation traitées
- Démarche prévisible : nécessité d'une étude préalable, nombre de périodes d'observations, répétition de l'étude à différents moments dans le temps
- Disponibilité de travaux préparatoires et de données, nécessité d'une collecte de donnée supplémentaire.
- Estimation du nombre d'études de cas, de cantons, d'indicateurs nécessaires, etc., selon l'approche choisie. Un nombre plus élevé serait à chaque fois possible, mais un nombre raisonnable a été retenu sur la base des deux critères de pondération suivants:
 - o Importance des questions d'évaluation dans les modèles des effets
 - o Pondération des questions d'évaluation par le groupe d'accompagnement.
- Lorsque plusieurs méthodes ont été envisagées, ce sont plutôt les coûts de la méthode la plus chère qui ont été retenus, de manière à ce que le budget ne limite pas trop le choix de la méthode. Il est cependant possible qu'avec certaines méthodes les équipes de recherche parviennent à soumettre une offre moins coûteuse.

Les estimations de coûts sont à comprendre comme des plafonds pour une éventuelle mise au concours de l'étude. Pour certaines études, qui comprennent plusieurs dimensions ou qui peuvent être réalisées par étapes, l'attribution de plusieurs mandats peut parfois s'avérer judicieuse. Le plafond de coûts pour la mise au concours peut être affiné et adapté en fonction des exigences formulées dans le cahier des charges.

En plus des coûts de réalisation des études, le plan de financement comprend des coûts de fonctionnement liés à la réalisation du programme d'évaluation, en particulier les dépenses à consentir pour l'assurance de la qualité des projets, le(s) groupe(s) d'accompagnement et les travaux de valorisation des résultats. Le budget de valorisation comprend la rédaction d'un rapport de synthèse au terme du programme d'évaluation ainsi qu'un rapport de synthèse intermédiaire à mi-parcours. Le Tableau 10 ci-après présente les estimations de coûts pour chacune des études ainsi que les coûts estimés par variante.



Tableau 10 : Coûts estimés pour les variantes minimale, standard et complète du programme d'évaluation

No.	Thème	Variante minimale	Variante standard	Variante complète
Etude 1	Degré d'utilisation des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 2	Influence de la révision sur les coûts, l'organisation et le financement du système suisse de soins	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 3	Nouveau mode de financement des investissements et qualité des infrastructures hospitalières suisses		xxx.-	xxx.-
Etude 4a	Influence de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 4b	Influence de la révision sur la qualité des soins dans le domaine ambulatoire et stationnaire non aigu			xxx.-
Etude 5	Transparence des coûts et du financement des hôpitaux			xxx.-
Etude 6	Contribution des cantons à l'efficacité et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers		xxx.-	xxx.-
Etude 7	Evolution de la structure de marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 8	Le système suisse de rémunération par forfaits : augmentation de l'efficacité ou apparition de comportements stratégiques chez les prestataires de soins ?	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 9	Sélection des risques par les hôpitaux : un risque pour l'équité de l'accès aux soins ?		xxx.-	xxx.-
Etude 10	Echange et protection des données			xxx.-
Etude 11	Prestations de soins aigus stationnaires : Evolution des coûts, de l'efficacité et de la rentabilité		xxx.-	xxx.-
Etude 12	Influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG			xxx.-
Etude 13	Intensité de la sélection des risques après l'introduction de la nouvelle compensation des risques et de la rémunération par forfaits	xxx.-	xxx.-	xxx.-
Etude 14	Evolution de la stratégie économique et commerciale des assureurs-maladie AOS			xxx.-
Etude 15	Accès aux soins : impact de la réorientation de la concurrence entre assureurs-maladie AOS		xxx.-	xxx.-
	Coût total des études	1'550'000.-	2'800'000.-	3'850'000.-
	Groupe(s) d'accompagnement	25'000.-	50'000.-	75'000.-
	Assurance de la qualité	100'000.-	150'000.-	200'000.-
	Valorisation	75'000.-	100'000.-	125'000.-
	Coûts de fonctionnement	200'000.-	300'000.-	400'000.-
	Coût total du programme d'évaluation	1'750'000.-	3'100'000.-	4'250'000.-



8.6 Calendrier

Ce chapitre fournit des indications sur le calendrier de réalisation des études. Il est à comprendre comme une aide à la planification du programme d'évaluation, sans caractère exhaustif. Le programme d'évaluation proposé s'étend sur la période 2010-2019, avec une phase de préparation en 2010-11, une phase d'évaluation active entre 2012 et 2018 et une phase de valorisation en 2019. Quelques études devraient démarrer relativement rapidement, notamment celles qui nécessitent une étude de faisabilité préalable, par exemple les études 3, 4a et 4b, ou l'étude 1 dont les résultats sont nécessaires aux autres études d'évaluation. La plupart des autres travaux ne devraient être envisagés qu'à partir de 2014 en raison du délai d'obtention des données.

Distinguer calendrier de l'étude et période d'observation

Dans la planification des études, il faut distinguer le calendrier de l'étude de la période d'observation. Le premier indique le moment approximatif du lancement et la durée de l'étude; le second quelles périodes devraient être observés. Deux cas de figures différents sont possibles en ce qui concerne les périodes d'observation. Soit les analyses se basent sur des données secondaires, auquel cas les chiffres pour la période d'observation souhaitée sont disponibles pour analyse avec un retard de un à deux ans. Le démarrage de l'étude n'est alors possible qu'avec un certain décalage temporel. Soit les données sont obtenues par collecte de données primaires, auquel cas le travail de collecte des données peut commencer déjà durant la période d'observation ou immédiatement après.

Des indications sur la ou les périodes d'observations souhaitables figurent dans la description des études (chapitre 8.3). Le calendrier ci-dessous indique quant à lui les phases de travail actives, soit la période approximative de lancement de l'étude, sa durée et son découpage dans le temps. Les évaluations s'étendent souvent sur plusieurs années. Il est toutefois aisément concevable de prévoir des rapports intermédiaires livrant déjà de premières analyses et résultats, fournissant ainsi des informations soutenant la mise-en-œuvre de la loi. A noter qu'un intervalle d'une année (ou au minimum six mois) a été prévu entre les études de faisabilité et le lancement de l'étude principal pour permettre l'évaluation des résultats et la préparation éventuelle d'une nouvelle mise-au-concours de l'étude principale.

Clarifier au préalable l'accès aux données

Pour les études où il y a des incertitudes sur la disponibilité des données (voir chapitre 7.2.12), il s'agira – avant la mise au concours de l'étude – de s'assurer de l'accès aux données et le cas échéant, d'adapter la méthode et les budgets en conséquence. L'OFSP a un rôle actif à jouer dans ce processus, dans la mesure où il serait plus efficient que l'accès aux données soit négocié de manière centralisée plutôt que chaque équipe soumettant une offre n'entreprene les démarches auprès des producteurs de données concernés.



Tableau 11 : Calendrier de réalisation du programme d'évaluation

No.	Thème	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
–	Durée du programme d'évaluation		Travaux préparatoires					Rapport intermédiaire			Rapport de synthèse	
Etude 1	Degré d'utilisation des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012											
Etude 2	Influence de la révision sur les coûts, l'organisation et le financement du système suisse de soins											
Etude 3	Nouveau mode de financement des investissements et qualité des infrastructures hospitalières suisses				p	p						
Etude 4a	Influence de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)			p	p							
Etude 4b	Influence de la révision sur la qualité des soins dans le domaine ambulatoire et stationnaire non aigu ³⁷				p	p						
Etude 5	Transparence des coûts et du financement des hôpitaux											
Etude 6	Contribution des cantons à l'efficacité et à la qualité de l'offre de soins hospitaliers											
Etude 7	Evolution de la structure du marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins											
Etude 8	Le système suisse de rémunération par forfaits : augmentation de l'efficacité ou apparition de comportements stratégiques chez les prestataires de soins ?											
Etude 9	Sélection des risques par les hôpitaux : un risque pour l'équité de l'accès aux soins ?						p					
Etude 10	Echange et protection des données											
Etude 11	Prestations de soins aigus stationnaires : Evolution des coûts, de l'efficacité et de la rentabilité					p	p					
Etude 12	Influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG						p	p				
Etude 13	Intensité de la sélection des risques après l'introduction de la nouvelle compensation des risques et de la rémunération par forfaits					p						
Etude 14	Evolution de la stratégie économique et commerciale des assureurs-maladie AOS											
Etude 15	Accès aux soins : impact de la réorientation de la concurrence entre assureurs-maladie AOS											

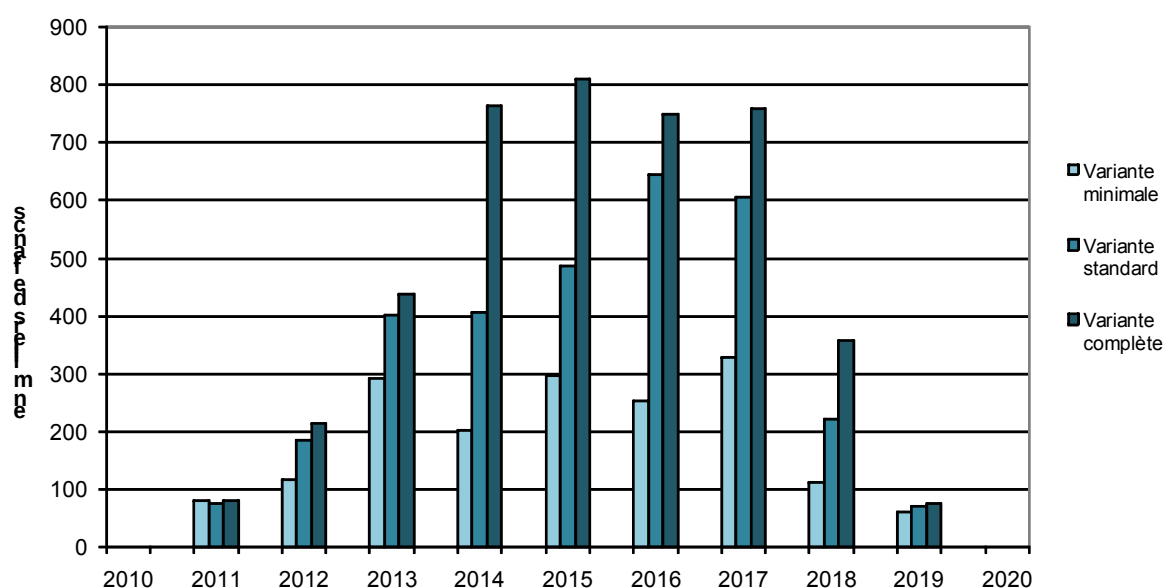
p= étude préalable de faisabilité

³⁷ Secteurs de soins vers lesquels on observe des transferts de patients.



La Figure 5 présente les coûts annuels estimés du programme en fonction du calendrier proposé. Pour la variante standard, les dépenses les plus élevées sont à prévoir au cours des années 2016 et 2017, où elles atteignent quelque CHF 600'000.-. La réalisation de tout ou partie des études de la variante complète accroît les coûts en 2014 et 2015 en les amenant à des niveaux similaires à ceux des deux années suivantes. Les phases de préparation et de synthèse du programme engendrent par contre des coûts annuels modestes, de l'ordre de CHF 75-80'000.- par année, principalement sous forme de jours de travail pour l'OFSP. Si des considérations budgétaires l'exigent, une marge discrétionnaire demeure dans la planification des études et des dépenses³⁸.

Figure 5: Coûts annuels estimés du programme d'évaluation, par variante



³⁸ Par exemple en décalant d'un semestre le lancement d'une étude ou jouant sur les modalités de paiement.



Littérature

AHRQ (2006), Patient Safety Indicators, Agency for Healthcare Research and Quality, USA, <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/2006-Feb-PatientSafetyIndicators.pdf>

Bovier, P., Burnand, B., Guillaumin, H., Paccaud, F., Vader, J.P., Locher, H., Meyer B. (2009). Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2008): Statistique de l'assurance-maladie. Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2006. Berne.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2009a). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2009b). Kommentar zur Änderung der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA/OCOR). Änderungen vorgesehen für den 1. Januar 2012, Absatz 2 der Übergangsbestimmungen für den 1. Januar 2010. Kommentar und Inhalt der Änderungen, Bern 27.8.2009.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2009c): Statistiques de l'assurance-maladie. Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2006. Rapport de l'étude pilote. Résultats livrés sur une base volontaire par 29 hôpitaux. Berne.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2009d): Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007. Berne.

Bundesamt für Statistik (BFS, 2009): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007. Neuchâtel.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juni 2009).

Chen, H-T. (2005): Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks: Sage.

Donaldson, S. I. (2003): Theory-driven program evaluation in the new millennium. In: Donaldson, Stewart I./Scriven, Michael (eds): Evaluating social programs and problems. Mahwah: Lawrence Erlbaum, pp. 109-141.

Dubach, P. und Künzi, K. (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit-Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Büro BASS, Bern.

Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV, 2009): Öffentliche Finanzen der Schweiz 2007. Bern.

FMH (2009), "Projet pilote Monitorage de la qualité", FMH, Berne.

Gilardi, F., Fuglister, K. and Luyet, St. (2009). Reforms in OECD Countries. Learning From Others: The Diffusion of Hospital Financing. Comparative Political Studies, 42 (4), 549-573.

H+ (2008): Rapport sur la qualité 2007. Hôpitaux, cliniques et institutions de réadaptation et de soins de longue durée suisses : résultats de l'enquête 2007. Berne.

Habermas, J. (1992): Faktizität und Geltung. Frankfurt: Suhrkamp.

Holly, A., Gardiol, L., Egli, Y., Yalcin, T. & Ribeiro, T. (2004). *Health-Based Risk Adjustment in*



Switzerland: An Exploration Using Medical Information From Prior Hospitalisation. Bericht im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 "Probleme des Sozialstaats". Lausanne: Institut d'économie et management de la santé (IEMS).

Millar J, Soeren M et alii (2004), Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD Health Technical Papers no 18, Paris: OECD.

Meyer B., Locher H. & Paccaud F. (2009). Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG. SwissDRG: Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich. Schweizerische Ärztezeitung, 90 (40), 1533-1538.

Mohr, L. B. (1995): Impact analysis for program evaluation. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

Patton, M. Q. (2000): Utilization-focused evaluation. In: Stufflebeam, Daniel L./Madaus, George F./Kellaghan, Thomas (eds): Evaluation models. Boston: Kluwer, p. 425

Rogers, P. J. (2000): Program theory: Not whether programs work, but how they work. In: Stufflebeam, Daniel L./Madaus, George F./Kellaghan, Thomas (eds): Evaluation models. Viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Boston: Kluwer, pp. 209-232.

Rossel R. et Gerber Y.-A. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries. Country Studies, Switzerland, National Health Accounts 2001. OECD Health Technical Papers No. 12.

Scharpf, Fritz W. (1993): Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Héritier, Adrienne (Hrsg.): Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung. PVS Sonderheft 24. Opladen: Westdeutsche Verlag, S. 57-83.

Schweizerischer Bundesrat. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte). 26. Mai 2004.

Schweizerischer Bundesrat. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung). 15. September 2004.

Strub S. et Roth M. (2006) : Inventaire d'une sélection des banques de données sur la santé en Suisse 2006. Document de travail 20. Observatoire suisse de la santé (Obsan). Neuchâtel.

SwissDRG. Convention relative à l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie AOS/OKP. 2009. Berne.

SwissDRG. Estimations sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations et les coûts. Version 1.1, 12.06.09. Berne.

SwissDRG. Instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations. Version 1.1, 12.06.09. Berne.

SwissDRG. Instruments et mesures d'assurance qualité pour l'application du système de forfaits par cas SwissDRG en Suisse. Version 1.1, 12.06.09. Berne.

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA/OCOR) vom 12. April 1995 (Stand am 1. Januar 2008).

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA/OCOR) Änderung vom 21. Dezember 2007.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Oktober 2009).



Weaver F, Cerboni S, Oettli A, Andenmatten P, Widmer M (2009) : Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière. Document de travail 32. Observatoire suisse de la santé, (Obsan). Neuchâtel.

Widmer, T. (2005): Leitfaden für Wirksamkeitsüberprüfungen beim Bund. Instrument zur Qualitätssicherung gestützt auf die Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Bern: Bundesamt für Justiz, S. 18.

Wild, V., Pfister, E. und Biller-Andorno, N. (2009). Kriterien für die DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive. Schweizerische Ärztezeitung, 90 (40), 1553-1556.



Annexes

Anhang 1 : Adressaten der Befragung

Stakeholder

Bund

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan, Herr Paul Camenzind)

Kantone

- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –gesundheitsdirektoren (GDK/CDS, Frau Semya Ayoubi)

Leistungserbringer

- H+ Die Schweizer Spitäler (Herr Bernhard Wegmüller)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH, Frau Beatrix Meyer)

Versicherer

- Santésuisse (Herr Beat Knuchel)

Versicherte

- Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen (DVSP, Frau Erika Ziltener)

Universitäten und Fachhochschulen

Universität Zürich

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin Uni Zürich (Prof. Thomas Szucs)
- Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie (Prof. Rainer Hornung)
- Institut für Politikwissenschaft (Prof. Daniel Kübler, Frau Katharina Füglistner, M.A.)
- Sozialökonomisches Institut (Prof. Peter Zweifel)
- Soziologisches Institut (Herr Klaus Haberkern)

Universität Bern

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Prof. Thomas Abel)
- Departement Volkswirtschaftslehre (Prof. Robert E. Leu)

Universität Basel

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin (allgemeine Mailadresse)
- Institut für Pflegewissenschaft (Elisabeth Spichiger, PhD, RN)
- Abteilung für klinische Pflegewissenschaften des Universitätsspitals Basel (Prof. Rebecca Spirig)
- Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (allgemeine Mailadresse)
- Institut für Soziologie (Prof. Max Bergmann)

Universität Lausanne

- Institut d'études politiques et internationales (IEPI; Prof. Dietmar Braun)
- Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP; Prof. Françoise Dubois-Arber)
- Institut d'économie et management de la santé (IEMS; Prof. Alberto Holly)
- Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP; Prof. Nils Soguel)

Universität Genf

- Département de Sociologie (Prof. Sandro Cattacin)

Universität St. Gallen

- Swiss Institute for International Economics and Applied Economic Research (SIAW; Prof. Gebhard Kirchgässner)

Universität Tessin

- Istituto di Microeconomia e Economia Pubblica (sezione Economia pubblica; Prof. Luca Crivelli)

**ETH Zürich**

- Centre for Energy Politics and Economics (Prof. Massimo Filippini)

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

- Departement Gesundheit, Fachstelle Gesundheitswissenschaften (Prof. Peter C. Meyer, Dr. Peter Rüesch)
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Prof. Urs Brügger)

Weitere Forschungsinstitute und Einzelpersonen

- ISGF Institut für Sucht-und Gesundheitsforschung Zürich (allgemeine Mailadresse)
- Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht, ZH
- CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie (PD Dr. Konstantin Beck)
- SGGP Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (allgemeine Mailadresse)



Anhang 2 : Tabellarische Übersichten zu den Begleitforschungsaktivitäten

Tabelle 12 : Verzeichnis der Begleitforschungsaktivitäten

Lauf-Nr.	1
Titel der Aktivität	The Introduction of DRGs in Switzerland from an ethical perspective. An empirical examination of ethical implications.
ProjektleiterIn und Institution	lic. phil. Eliane Pfister (Project Leader); Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno Institut für biomedizinische Ethik, Universität Zürich.
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen
Zielsetzung / Fragestellung	The PhD project deals with the coming introduction of DRGs in Switzerland in 2012. Based on qualitative interviews with relevant DRG stakeholders such as physicians, politicians, scientists, hospital managers etc., the projects focuses on: - the usefulness and legitimation of establishing accompanying ethical researches on health policy reforms in Switzerland (e.g. on the implementation of DRGs in Switzerland) - ethical relevant criteria which should be considered within an accompanying research on the introductions of DRGs - the introduction of DRGs and its possible implications in the light of current conceptions of "good" medicine and of being and acting as a "good" physician - the role of ethics in society and politics
Projektstart/-ende	August 2009-August 2011; zudem Vorbereitung eines grösseren Forschungsprojektes zu den ethischen Implikationen der Einführung von SwissDRG.
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	ja



Lauf-Nr.	2
Titel der Aktivität	Einfluss des Spitalfinanzierungssystems insbesondere der Einführung der DRGs auf die Liegedauer und Rehospitalisationsraten in den Jahren 2002-2008.
ProjektleiterIn und Institution	Marcel Widmer, Obsan Zusätzlicher Auftragnehmer: Jean-Claude Rey , Dir. Institut de santé et d'économie (ISE), Chemin du Croset 7 1024 Ecublens
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen
Zielsetzung / Fragestellung	1. Erhebung der Tarifstrukturen in Schweizer Spitälern zwischen 2002-2008. 2. Deskriptive Analysen der Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationsraten. 3. Deskriptive Analysen der Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationsraten vor und nach der Einführung eines DRG Systems in einem Spital und zwischen Spitälern mit DRG und solchen ohne DRG-Abrechnung. 4. Statistische Modelle, die Einflussfaktoren auf Unterschiede (vor und nach Einführung DRG, Spitälern mit und ohne DRG) in Aufenthaltsdauer und Rehospitalisationen erklären. Fragestellungen: Führt die Einführung der DRG zu einer Verkürzung der Liegedauer (bloody exits)? Führt die Einführung von DRGs zu „unnötigen“ Rehospitalisationen (Drehtüreffekt)?
Projektstart/-ende	August 2009-1. Quartal 2011
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	ja
Lauf-Nr.	3
Titel der Aktivität	Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG
ProjektleiterIn und Institution	Beatrix Meyer, FMH Externe Auftragnehmer: Herr Dr. Heinz Locher, Management & Consulting Services, Bern; Herr Prof. Fred Paccaud, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Universität Lausanne
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen



Zielsetzung / Fragestellung	a) Welche Themenblöcke und Parameter soll eine Begleitforschung zur Einführung von SwissDRG untersuchen? Was soll aus Sicht der Ärzteschaft im Rahmen der Begleitforschung untersucht werden? Weitere Fragestellungen: b) Wie können die einzelnen Parameter gemessen werden? Welche bestehenden Datensätze von welchen Institutionen können dabei herangezogen werden und welche Daten müssen zusätzlich durch wen erhoben werden? c) Wie soll die Begleitforschung finanziert werden? Welche Themenblöcke sollen dabei wie finanziert werden? Welche Themenblöcke sollen durch wen umgesetzt werden? Welche Themenblöcke (z.B. im Bereich Qualität) sollen allenfalls durch bestehende Organisationen (z.B. AVQ) umgesetzt (und ev. auch finanziert?) werden? Auf welchem bestehenden Wissen kann aufgebaut werden? Wie wird sichergestellt, dass alle relevanten Themen untersucht werden, sofern einzelne Themenblöcke durch verschiedene Organisationen erarbeitet werden und wer soll diese Arbeiten koordinieren? d) Welches sind die Empfehlungen für das weitere Vorgehen, damit schliesslich eine glaubwürdige öffentliche Begleitforschung durchgeführt wird? Wie kann sichergestellt werden, dass eine Begleitforschung vor der SwissDRG-Einführung etabliert ist?
Projektstart/-ende	Abgeschlossen
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	ja, erfolgt

Lauf-Nr.	4
Titel der Aktivität	Monitoring the Impact of the DRG Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Hospitals
ProjektleiterIn und Institution	Spirig, Rebecca, Prof. PhD, RN, Leiterin Abteilung Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel und Extraordinaria Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen
Zielsetzung / Fragestellung	The overall purpose of the proposed investigation is to prepare for the systematic monitoring of the impact of the new DRG-payment system on nursing service context factors in acute care hospitals in the German speaking part of Switzerland and conduct it at University Hospital Basel. To monitor the nursing service context factors (turnover, workload, quality of care, job/work satisfaction, resources and autonomy, and patient outcome data i.e. hospital acquired infections in the pulmonary or urinary tract, and patient mortality) at University Hospital Basel. To further develop and test the conceptual model and instruments of the nursing service context factors for the monitoring in other acute care hospitals.
Projektstart/-ende	2007 wurde ein erstes Monitoring durchgeführt. 2011 wird ein zweites und ca. 2014 ein drittes durchgeführt



Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoaussgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	ja

Lauf-Nr.	5
Titel der Aktivität	Erhebung der Anlagenutzungskosten für stationäre Leistungen an Spitälern (inkl. Rehabilitation und Psychiatrie)
ProjektleiterIn und Institution	Hölzer, Simon, Geschäftsführer, SwissDRG AG Swiss DRG AG im Auftrag von GDK/CDS, H+, santésuisse
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen
Zielsetzung / Fragestellung	Ermittlung des Umfangs der Anlagenutzungskosten, welche künftig in die duale Finanzierung nach Art. 49 und 49a KVG integriert werden. Ermittlung der Anlagenutzungskosten pro Fall sowie allfälliger Schwierigkeiten bei der Quantifizierung gemäss den Vorschriften gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL/OCP).
Projektstart/-ende	Januar 2010-Ende April 2010
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoaussgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	unklar

Lauf-Nr.	6
Titel der Aktivität	Health-based risk adjustment in Switzerland: An exploration using medical information from prior hospitalisation
ProjektleiterIn und Institution	Alberto Holly, Lucien Gardiol, Yves Eggli, Tarik Yalcin & Tiago Ribeiro, Institute of Health Economics and Management (IEMS), University of Lausanne
Themenbereich	Neugestaltung des Risikoaussgleichs
Zielsetzung / Fragestellung	Das Ziel dieser Studie ist es, ein prospektives und gesundheitsbasiertes Risikoaussgleichsmodell für schweizerische Krankenkassen zu entwickeln, das neben Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten mitberücksichtigt.
Projektstart/-ende	Abgeschlossen August 2004 Eine Erweiterung der Arbeit ist gegenwärtig im Gange und sollte im Juli 2010 vorliegen.
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoaussgleich	nein
Veröffentlichung vorgesehen?	ja



Lauf-Nr.	7
Titel der Aktivität	
ProjektleiterIn und Institution	PD Dr. Konstantin Beck, CSS Forschungsinstitut
Themenbereich	Neugestaltung des Risikoausgleichs
Zielsetzung / Fragestellung	
Projektstart/-ende	Voraussichtlich ab 2011 wird das Thema Risikoausgleich wieder aktiviert werden. Es ist zudem möglich, dass ab 2011 ein europäisches Forschungsprojekt zum Risikoausgleich starten wird, an dem wir beteiligt sein werden. Die Bewilligung ist noch hängig und das Projekt bezieht sich nur vergleichend und nur teilweise auf die Schweiz.
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	nein
Veröffentlichung vorgesehen?	unklar

Lauf-Nr.	8
Titel der Aktivität	Learning From Others: The Diffusion of Hospital Financing Reforms in OECD Countries
ProjektleiterIn und Institution	Fabrizio Gilardi, Stéphane Luyet, Katharina Füglistner Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich
Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen
Zielsetzung / Fragestellung	Diffusion von Gesundheitsreformen in OECD Ländern (u.a. Einführung von Fallpauschalen (DRG)). Hierfür auch SwissDRG miteinbezogen. Hauptinteresse jedoch der internationale Vergleich und die Diffusion der Reform.
Projektstart/-ende	Abgeschlossen 2009
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	nein
Veröffentlichung vorgesehen?	ja, erfolgt

Lauf-Nr.	9
Titel der Aktivität	Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen auf die Qualität der Leistungen im Akutbereich
ProjektleiterIn und Institution	Dr. Petra Busch Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) Externe Auftragnehmer: SwissNOSO, SQLape s.à.r.l.



Themenbereich	Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen (unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätsentwicklung)
Zielsetzung / Fragestellung	Hat die Einführung von SwissDRG positive und/oder negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungen?
Projektstart/-ende	Gestaffelter Beginn 2009, 2010 und 2011 Ein Ende der Messungen ist bislang nicht vorgesehen
Direkter Zusammenhang mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoausgleich	ja
Veröffentlichung vorgesehen?	ja, fortlaufend



Tabelle 13 : Begleitforschungsaktivitäten nach Wirkungsebene

Wirkungsebene	Begleitforschungsaktivitäten							
	Biomedizinische Ethik, Uni Zürich³⁹	Obsan⁴⁰	FMH⁴¹	Pflegewissenschaften, Unispital BS⁴²	SwissDRG AG	IEMS, Uni Lausanne⁴³	Inst. Politikwissenschaft, Uni Zürich⁴⁴	ANQ⁴⁵
Massnahmen								
Leistungsbezogene Pauschalen	x	x	x	x	x		x	x
Einrechnung Investitionen in Pauschalen					x			
Neuer Berechnungsmodus Risikoausgleich						x		
Risikoausgleich: Prospektive Ausrichtung						x		
Outputs								
Transparenz der Spitalleistungen, Kostenmonitoring			x		x		x	
Qualitäts-Monitoring	x	x	x	x			x	x
Verändertes Investitionsverhalten der Spitäler					x			
Transparenz der Finanzflüsse			x		x		x	
Risikoausgleichszahlungen zwischen den Versicherern						x		

³⁹ Institut für biomedizinische Ethik der Universität Zürich

⁴⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

⁴¹ Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); (Bovier, Guillaud, Paccaud, Vader, Locher, Meyer, 2009).

⁴² Forschungsprojekt unter der Leitung von Frau Prof. Rebecca Spirig.

⁴³ Institut d'économie et management de la santé der Universität Lausanne (Holly, Gardiol, Egli, Yalcin, Ribeiro, 2004).

⁴⁴ Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich (Gilardi, Füglistner, Luyet, 2009).

⁴⁵ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken (ANQ).



Wirkungsebene	Begleitforschungsaktivitäten							
	Biomedizinische Ethik, Uni Zürich³⁹	Obsan⁴⁰	FMH⁴¹	Pflegewissenschaften, Unispital BS⁴²	SwissDRG AG	IEMS, Uni Lausanne⁴³	Inst. Politikwissenschaft, Uni Zürich⁴⁴	ANQ⁴⁵
Outcomes (beabsichtigt)								
Kostendruck in den Spitälern		x	x	x				
Qualitätsförderung und Risikomanagement			x	x				x
Veränderung der Spitallandschaft	x		x					
Verwaltungskosten der Krankenversicherer						x		
Angebot von Managed Care-Modellen						x		
Outcomes (unbeabsichtigt)								
Gestaltung der Prozesse der stationären Leistungserbringung	x		x	x				
Transfer Patienten auf andere Pflegebereiche	x		x					
Rationierungsverhalten, Aufkodierung, Leistungsmenge, Anzahl Fälle	x		x	x				
Selektionsverhalten, Überweisung in andere Spitäler			x					
Spital-Innovationen			x					
Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	x		x	x				
Investitionsniveau:					x			



Wirkungsebene	Begleitforschungsaktivitäten							
	Biomedizinische Ethik, Uni Zürich ³⁹	Obsan ⁴⁰	FMH ⁴¹	Pflegewissenschaften, Unispital BS ⁴²	SwissDRG AG	IEMS, Uni Lausanne ⁴³	Inst. Politikwissenschaft, Uni Zürich ⁴⁴	ANQ ⁴⁵
a) bei Übergang Sanierung alter Anlagen; b) bei Bewirtschaftung neuer Investitionen								
Risikoselektion durch die Krankenversicherer						x		
Impacts								
Gesamte Gesundheitskosten		x	x		x			
Qualität Leistungen	x	x	x	x				x
Zugang zu Leistungen, Versorgungssicherheit	x		x			x		
Finanzierung Gesundheitskosten			x		x			
Höhe der Krankenkassenprämien						x		



Tabelle 14: Vorgeschlagene Indikatoren zur Messung von Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung/Risikoaussgleich in verschiedenen Bereiche

Wirkungsbereich	Vorgeschlagene Indikatoren
Qualität der Leistungen	– Spitalmortalitätsrate für bestimmte stationär durchgeführte Eingriffe (3⁴⁶, 4) – Rate an übermässiger oder verminderter Anwendung bestimmter stationärer Eingriffe (3) – Rate bestimmter potenziell vermeidbarer iatrogener Ereignisse (3, 9) – Indikatoren, die sich auf die Qualität der ambulanten Versorgung und/oder den Zugang zum Spital beziehen (3) – Raten der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse im Zusammenhang mit einem Medikament oder einem Eingriff (3, 9) – Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten (3, 9) – Wartefristen für chirurgische Wahl- und Notfalleingriffe (3) – Einhaltung der Empfehlungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten wie akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Pneumonie (3) – Stabilität der Patientinnen und Patienten beim Austritt aus dem Akutspital (3) – Entwicklung der Kosten zu Lasten der Patientinnen und Patienten (3) – Qualität der Pflege (4, 9) – Im Spital entstandene Infektionen der Atemwege oder des Harntraktes (4) – Liegedauer vor und nach Einführung von DRGs (2, 3) – Vergleich Liegedauer zwischen Spitälern mit DRGs und Spitälern ohne DRGs (2) – Rehospitalisationsrate vor und nach Einführung von DRGs (2, 9) – Reoperationsrate vor und nach Einführung von DRGs (9) – Vergleich Rehospitalisationsrate zwischen Spitälern mit und Spitälern ohne DRGs (2) – Unterschiede in Behandlung von Patientengruppen aufgrund ihres Wohnortes (1) – Unterschiede in Behandlung von Patientengruppen aufgrund ihrer Erkrankungen (1) – Unterschiede in Behandlung von Patientengruppen aufgrund anderer Eigenschaften (Sozialstatus, Alter, Geschlecht etc.; 1) – Psychischer und physischer Zustand bei der Entlassung der Patienten (1) – Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt (Pflegeheim, ambulante/häusliche Pflege, hausärztliche Versorgung, Haushaltshilfe etc.; 1) – Authentizität/Integrität im Gespräch mit Patienten (z.B. kein Vorschützen von medizinischen Gründen für ökonomisch motivierte Entscheidungen; 1) – Zeit und Möglichkeit für Aufklärungsgespräche mit Patienten und für Gespräche mit Angehörigen (1) – Zeit und Möglichkeit für Entscheidung auf Patientenseite (z.B. für oder gegen eine Therapie; 1) – Aufbau eines Registers im Bereich Implantate und Verwendung der entsprechenden Daten (9)



Gesundheitspersonal	- Attraktivität der ärztlichen Spitalberufe (3) - Qualität der Weiterbildungsaktivitäten und der Fortbildungsmöglichkeiten (1, 3) - Entwicklung der Komplexität der Fälle (3) - Entwicklung der Behandlungsfreiheit (3) - Turnover (4) - Arbeitsvolumen (4) - Arbeitszufriedenheit (1, 3, 4) - Ressourcen (4) - Grundlage und Motivation für ärztliche oder pflegerische Entscheidungen (Patientenwille, medizinische Notwendigkeit, Zeitdruck, administrative Vorgaben, Wirtschaftlichkeit; 1) - Berufsethos von Ärzten und Pflegenden und ggf. erlebte Veränderungen (1) - Umsetzung von klinikinternen Leitbildern (1) - Physische und psychische Gesundheit des Spitalpersonals (1) - Verhältnis zwischen administrativer Arbeit und Patientenkontakt (1) - Entscheidungs- und Handlungsspielraum für ärztliches und pflegerisches Spitalpersonal (1, 3) - Kommunikationsflüsse im Spital (1) - Mitbestimmungsmöglichkeiten bei strukturellen Prozessen/Entscheidungen (1) - Umgang mit medizinischen, ethischen oder prozeduralen Problemen (Konfliktlösungsstrategien; 1) - Kollegialität, Teamarbeit (1) - Zeit und Möglichkeit für Teambesprechungen (1)
Zugang zu Leistungen	- Verlegung von Patientinnen und Patienten zwischen Akutspitälern, Langzeiteinrichtungen und dem ambulanten Sektor (3) - Fallselektion für bestimmte medizinisch-chirurgische Eingriffe (3) - Entwicklung der potenziell ambulant durchführbaren Eingriffe (3) - Spitaldichte (3) - Entwicklung der Spitzentechnologie im Gesundheitsbereich, der Forschung und der Innovation (3)
Entwicklung der stationären Gesundheitskosten	- Liegedauer vor und nach der Einführung von DRGs (2) - Ausgewiesene Kosten der akutstationären Einrichtungen (3)
Risikoausgleich	- Frühere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Diagnosen und Behandlungen in Spitälern; 6)



Anhang 3 : Liste der Gesprächspartner

Tabelle 15: Liste der Gesprächspartner

Gesprächspartner	Funktion und Institution
Ayoubi Semya	Projektleiterin Gesundheitsökonomie, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK/CDS
Kaufman Stefan	Direktor, santésuisse
Leu Robert	Professor, Departement Volkswirtschaftslehre, Universität Bern
Moser Markus	Juristischer Berater im Gesundheitswesen
Schneider Sandra	Abteilungsleiterin Leistung, Bundesamt für Gesundheit
Slembeck Tilman	Professor, Zentrum für Wirtschaftspolitik, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Wegmüller Bernhard	Direktor, H+ die Spitäler der Schweiz



Anhang 4 : Interview-Leitfaden

Informationen im Vorfeld

Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat mit Bezug auf Artikel 32 der KVV/OAMal ein Mandat zur Erstellung einer Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung und Risikoausgleich in Auftrag gegeben. Die Berner Fachhochschule und das Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich führen diesen Auftrag durch.

Sie haben sich freundlicherweise bereit erklärt, uns als Experte Auskunft zu geben und mit uns ein Gespräch zu führen. Dafür danken wir Ihnen ganz herzlich. Die Expertengespräche dienen uns im Rahmen des Auftrags erstens zur Erarbeitung eines Wirkungsmodells zur Revision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung und Risikoausgleich. Zweitens sollen die möglichen Fragestellungen der zukünftigen Begleitevaluation der KVG-Revision besprochen werden. Es werden einerseits Experten des BAG und aus der Forschung befragt, andererseits werden die Einschätzungen der wichtigsten Stakeholder eingeholt (santésuisse, H+, GDK/CDS).

Ein Wirkungsmodell ist in der Methode der Evaluationsforschung ein wichtiges Instrument zur Erfassung der Ziele und Wirkungen einer politischen Massnahme. Das Wirkungsmodell wird meist grafisch dargestellt in Form eines Flussdiagramms und enthält die wichtigsten Akteure, Bezüge und Informations- sowie Finanzflüsse. Nach den Gesprächen mit den Experten wird das Wirkungsmodell entworfen und es wird ein Katalog von Fragestellungen der Begleitevaluation aufgestellt, welcher nach Themenbereichen gegliedert wird. Anschliessend werden diese Zwischenprodukte mit der Begleitgruppe des BAG besprochen, in welcher auch die Stakeholder Einsitz haben.

Die Diskussion wird in der Form eines freien Gesprächs stattfinden. Uns interessiert, wie Sie die Ziele der verschiedenen Massnahmen dieser KVG-Revision verstehen, was Sie sich davon versprechen oder was Sie befürchten, wo Sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung erwarten. Die nachstehende Fragenliste dient zur Orientierung, damit Sie die Themen, die wir gerne ansprechen möchten, im Vorfeld zur Kenntnis nehmen können. Die Fragen werden nicht der Reihe nach durchgegangen.

Diese Revision im Bereich Spitalfinanzierung ist komplex und beinhaltet eine Reihe von Massnahmen. Um die Diskussion etwas zu strukturieren, haben wir versucht die verschiedenen Änderungen in drei Blöcke zu gruppieren. Die erste Gruppe beinhaltet die Massnahmen, die das Abgeltungssystem berühren; die zweite Gruppe betrifft die Änderungen in der Finanzträgerschaft und die dritte die Folgen für die kantonale und spitaleigene Planung der Spitalleistungen. Sie können aber je nach Ihrer Perspektive die Themen anders gruppieren oder im Gespräch Schwerpunkte setzen.

Wir danken Ihnen nochmals herzlich für Ihre Mitarbeit.



Zu Ihrer Person (3')

- 1) Kurze Vorstellung Ihrer Person (Position und Funktion, seit wann?)
- 2) Welchen Bezug haben sie zur Teilrevision des KVG in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich im speziellen?

Elemente der KVG Revision im Bereich Spitalfinanzierung (55')

Die KVG Revision im Bereich Spitalfinanzierung beinhaltet Gesetzesänderungen in den folgenden Bereichen:

- Einführung von Fallpauschalen nach einheitlicher Struktur (im akutstationären Bereich: SwissDRG) (Art. 47.2, 49, 50 KVG)
- Einschluss der Investitionen in die leistungsbezogenen Pauschalen (Art. 49 KVG)
- Einführung einer neuen Aufteilung der dual-fixen Finanzierung der Leistungen (Art. 42.2/3, 25.2e, 41.1bis, 49a, 51.1, 79a KVG)
- Einführung der freien Spitalwahl (Art. 41, 41a KVG)
- Neue Vorgaben zur kantonalen Spitalplanung (Art. 39.2/2bis/2ter, 41a.3 KVG)
- Verfeinerung des Risikoausgleichs (Art. 57.7, 84, 105 bzw. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21.12.07 KVG)
- Transparenz und Statistik (Art. 21.4, 21a.2, 22a, 23, 84, 84a.1f KVG)

A) KVG Revision im Allgemeinen (10')

- 3) Was ist das übergeordnete Ziel dieser Revision des KVG? Was soll aus Ihrer Sicht mit diesem Massnahmenpaket im Bereich Spitalfinanzierung erreicht werden?

Zur Erinnerung haben wir im folgenden die expliziten und impliziten Ziele des KVG aufgelistet (s. auch Botschaft zur KVG-Revision vom 26.5.2004, Strategie und dringliche Punkte, S. 4264)):

- Versorgungsziel (KVG Art. 3, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 39, 45)
- Solidarität zwischen Kranken und Gesunden (KVG Art. 3, 4, KVV Art. 91, 92) sowie zwischen Arm und Reich (KVG Art. 65)
- Kostendämpfungsziel (KVG Art. 22, 32, 39, 42, 54, 55, 55a, 56)
- Wahlfreiheit der KonsumentInnen (KVG Art. 4)
- Konsumentensicherheit und Qualitätssicherung (KVG Art. 32, 44, 58)
- Transparenz für die Marktteilnehmenden (KVG Art. 21, 23, 42)

B) Änderung im Abgeltungssystem der Spitäler: Fallbezogene Fallpauschale (DRG) (15')

- 4) Funktionieren des neuen Abgeltungssystems

Das neue Abgeltungssystem sieht vor, dass die Spitäler nicht mehr als ganze Betriebe finanziert werden, sondern dass sie für jede erbrachte Leistung entschädigt werden.

Für die Pflegeleistungen erhalten sie eine fallbezogene Pauschale.

- Die Leistungen werden nach Diagnose und Prozedur differenziert (1000 Diagnosecodes), nach einer auf Schweizerische Ebene einheitlichen Struktur.
- Die Abgeltung widerspiegelt die effektiven Kosten (kostendeckende Pauschale).
- Investitionskosten werden in die Fallkosten integriert.
- Abschaffung der Übernahme der Defizite durch den Kanton.
- Die öffentlichen und privaten Spitäler werden für die Leistungen gleichgestellt, indem sie gleich entschädigt werden für die Leistungen, die sie zulasten der obligatorischen



Krankenpflegeversicherung erbringen.

Die Kantone haben immer noch die Möglichkeit, den Spitälern zusätzliche Leistungsaufträge zu erteilen, für welche diese vergütet werden (z.B. Lehre und Forschung, Regionalpolitik).

Entspricht diese Beschreibung Ihrem Verständnis des neuen Abgeltungssystems?

- 5) Welche Ziele werden vom Gesetzgeber mit den Massnahmen verfolgt?
- 6) Welches sind die Chancen und Risiken dieser Veränderung im Abgeltungssystem der Spitäler? Welches sind die möglichen positiven und negativen Folgen?
- 7) Welche Probleme oder Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung dieses Systems?
- 8) Wie schätzen Sie den Anteil der Kosten der Spitäler ein, die in Zukunft nicht über Fallpauschalen abgewickelt werden? Aus welchen Gründen (Regionalpolitik, Forschung und Lehre, weitere Aufgaben)?
- 9) Evaluationsfragen: Welche Fragestellungen möchten Sie im Zusammenhang mit dem Fallpauschalsystem untersuchen (lassen)? Welches sind Ihres Erachtens die Elemente bzw. Folgen der Änderungen im Abgeltungssystem der Spitäler, die zu evaluieren wären?

C) Änderung im Finanzierungsmodus der Spitäler: Dual-fixe Finanzierung (15')

- 10) Funktionieren des Finanzierungssystems

Die Änderung des Finanzierungsmodus beinhaltet:

- Die Finanzierungsanteile der Kantone (55%) und Krankenversicherern (45%) sind neu fix und auf Schweizerischer Ebene harmonisiert. Die Kantone können aber mehr als 55% der Kosten der Leistungen übernehmen.
- Die Einschliessung der Investitionskosten in die Fallpauschalen impliziert, dass die Investitionskosten durch Kantone und (neu) durch Krankenversicherer finanziert werden.
- Einführung der freien Spitalwahl: Die Leistungen werden unabhängig vom Ort der Durchführung entschädigt, also alle Spitäler, die auf der kantonalen Spitalliste stehen, egal ob öffentliche oder private Spitäler, bekommen für ihre Leistungen durch Kantone und Krankenversicherer finanzierte Fallpauschale.

Entspricht diese Beschreibung Ihrem Verständnis der Veränderungen im Finanzierungssystem des Spitalwesens (im akutsomatischen Bereich)?

- 11) Welche Ziele werden vom Gesetzgeber mit den Massnahmen im Finanzierungsmodus der Spitäler verfolgt?
- 12) Welches sind die Chancen und Risiken dieser Veränderung im Finanzierungssystem des Gesundheitswesens? Also die möglichen positiven und negativen Folgen?
- 13) Erfolgt eine Umverteilung der Finanzierungsanteile zwischen den Kantonen und Versicherern aufgrund der neuen Finanzierungsregeln?
- 14) Welche Probleme oder Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung der neuen Finanzierungsregeln?
- 15) Welche Interessenkonflikte gibt es zwischen betroffenen Akteuren?
- 16) Evaluationsfragen: Welche Fragestellungen möchten Sie im Zusammenhang mit dem neuen Finanzierungsmodus der Spitäler untersuchen (lassen)? Welches sind Ihres Erachtens die Elemente bzw. Folgen der Änderung im Finanzierungsmodus der Spitäler, die zu evaluieren wären?



D) Änderung in der spitaleigenen und kantonalen Planung der Spitalleistungen: Spitalplanung, freie Spitalwahl, Investitionen (15')

17) Funktionieren des Systems der Planung:

Die Änderung bezüglich Planung beinhaltet:

- Erstellung neuer Spitallisten durch die Kantone.
- Die Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitäler.
- Einführung der freien Spitalwahl für Versicherte.
- Zusätzliche Autonomie der Spitäler bei der Investitionsplanung bzw. beim Umgang mit den Mitteln, welche für die Finanzierung von Investitionen zur Verfügung stehen.
- Notwendigkeit einer nationalen Koordination der Spitalplanungen.

Entspricht diese Beschreibung Ihrem Verständnis der Veränderungen im Finanzierungssystem des Spitalwesens (im akutsomatischen Bereich)?

18) Welche Ziele werden vom Gesetzgeber mit den Massnahmen in der Spitalplanung verfolgt?

19) Welches sind die Chancen und Risiken dieser Veränderung der Spitalplanung? Welches sind die möglichen positiven und negativen Folgen?

20) Welche Probleme oder Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung der neuen Planungsregeln?

21) Welche Interessenskonflikte gibt es zwischen den betroffenen Akteuren?

22) Evaluationsfragen: Welche Fragestellungen möchten Sie im Zusammenhang mit dem neuen Planung der Spitalleistungen untersuchen (lassen)? Welches sind Ihres Erachtens die Elemente bzw. Folgen der Änderung im Finanzierungsmodus der Spitäler, die zu evaluieren wären?

Elemente der KVG-Revision im Bereich Risikoausgleich (15')

23) Funktionieren des neuen Risikoausgleichs

- Ziel: Verminderung der Risikoselektion durch die Krankenversicherer.
- Beibehaltung der bisherigen drei Kriterien zur Berechnung des Risikoausgleichs: Kanton, Geschlecht, Alter.
- Neues Kriterium für die Berechnung des Risikoausgleichs: stationäre Behandlung als Proxy für den Gesundheitszustand der Versicherten (mehr als 3 Tage im Vorjahr).
- Retrospektive Berechnung des Risikoausgleichs

Entspricht diese Beschreibung Ihr Verständnis von den Veränderungen im Risikoausgleich?

24) Welche Ziele werden vom Gesetzgeber mit dieser Veränderung im Bereich Risikoausgleich?

25) Welches sind die Chancen und Risiken dieser Veränderung im Bereich Risikoausgleich? Welches sind die möglichen positiven und negativen Folgen?

26) Welche Probleme oder Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung?

27) Welche Interessenskonflikte gibt es zwischen den betroffenen Akteuren?

28) Evaluationsfragen: Wenn Sie unbeschränkt Ressourcen zur Verfügung hätten, welche Fragestellungen möchten Sie im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich untersuchen (lassen)? Welches sind Ihres Erachtens die Elemente bzw. Folgen der Änderung im Risikoausgleich, die zu evaluieren wären?



Koordination der verschiedenen Änderungen (7')

- 29) Inwiefern wird die Revision des Risikoausgleiches auf die Spitalfinanzierung Rückwirkung haben?
Wo sind die Berührungspunkte?
- 30) Unterstützen sich die Wirkungen der vier Massnahmenbereiche oder gibt es gegenläufige Wirkungen?

Gibt es einen weiteren Punkt, den Sie erwähnen mochten? (3')

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Optional: Fragen zu Evaluationsthemen (7')

Die Fragen des folgenden Abschnitts werden nur bei genügend Zeit angesprochen, evtl. nicht alle Fragen (Gewichtung der Reihe nach).

Sie haben in den vorhergehenden Frageblöcken einige Forschungs- bzw. Evaluationsfragen erwähnt, welche Sie im Zusammenhang mit der Revision des KVG in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich untersuchen (lassen) möchten. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Durchführung dieser konkreten Forschungs- und Evaluationsarbeiten.

- 31) Welche Methoden wären zur Untersuchung dieser Fragestellungen am besten geeignet?
- 32) Welche Datengrundlagen sind heute zur Bearbeitung dieser Fragestellungen vorhanden, welche Daten müssten zusätzlich erhoben werden, und bei wem?
- 33) Wer sollte die gewünschten Forschungsarbeiten finanzieren, aus welchen Gründen (Zuständigkeit, Eigeninteressen etc.)?

Wie sehen Sie die Möglichkeiten zur Realisierung der gewünschten Forschungsaktivitäten, welcher Teil davon wird sich am ehesten realisieren lassen?



Anhang 5 : Zusammensetzung der Begleitgruppe

Name Vorname	Institution, Funktion
Pius Gyger	Helsana, Leiter Gesundheitsökonomie/-politik
Wolfram Strüwe (Stv.)	Helsana, Gesundheitsökonomie/-politik
Semya Ayoubi	GDK-cds, Projektleiterin Gesundheitsökonomie und -information
Michael Jordi (Stv.)	GDK-cds, Stv. Zentralsekretär
Michael Rolaz	Santésuisse, Leiter Spital stationär
Beat Knuchel (Stv.)	Santésuisse, Projektleiter Spitalfinanzierung / DRG
Beatrix Meyer	FMH; Leiterin Tarifiedienst FMH und Bereich SwissDRG
Petra Ingenpass (Stv.)	FMH, Stv. Leiterin Bereich SwissDRG
Stefan von Rotz	Institut für emp. Gesundheitsökonomie CSS, Stv. Leiter
Ute Kunze (Stv.)	Institut für emp. Gesundheitsökonomie CSS, Mitarbeiterin Statistik
Barbara Ruf Heller	IGGH, Leitung Tarifstrukturgruppe / Geburtshaus Terra Alta
Gisela Burri (Stv.)	IGGH, Mitglied Tarifstrukturgruppe / Geburtshaus Zürcher Oberland
Pierre Théraulaz	SBK-ASI, Präsident
Lucien Portenier (Stv.)	SBK-ASI, Leiter Bereich Pflegequalität
Dr. Bernhard Wegmüller	H+, Direktor
Caroline Piana (Stv.)	H+, Leiterin Tarife und Verträge, Statistik, eHealth
Erika Ziltener	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, Präsidentin
Monika Sidler (Stv.)	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, Beraterin, Patientenstelle ZH
Paula Bezzola MBH	Stiftung für Patientensicherheit, Stv. Geschäftsführerin
Dr. Marc-Anton Hochreutener (Stv.)	Stiftung für Patientensicherheit, Geschäftsführer
Dr. Petra Busch	ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Geschäftsführerin
Thomas Straubhaar (Stv.)	ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Präsident ANQ
Dr. Jacque Huguenin	Bundesamt für Statistik, Sektion Grundlagen, Leitung Statistik der Leistungserbringer
Eveline Hüttner (Stv.)	Bundesamt für Statistik, Sektion Grundlagen, Projektleiterin



Anhang 6 : Wirkungsmodelle

Beschrieb Wirkungsmodell Revision Spitalfinanzierung (Abbildung 2 in Abschnitt 5.4)

Die Wirkungen werden nach der Ursache gruppiert aufgelistet, d.h. die Anfangskästchen der Pfeile sind verantwortlich für die Gruppierung der Wirkungen. Der Einfachheit halber werden z.T. Wirkungen innerhalb einer Spalte nicht separat aufgeführt, sondern als „Kette“ an eine der anderen Wirkungsgruppen angehängt.

Spalte „Massnahmen“

Innerhalb der Massnahmen finden folgende Wirkungen statt:

- a) Die **Abgeltung der Spitalleistungen** durch leistungsbezogene Pauschalen schliesst die Einrechnung der Investitionen mit ein bzw. zieht diese nach sich.
- b) Die in die Fallpauschalen eingerechneten Investitionskosten werden zudem über das **dual-fixe Finanzierungssystem** finanziert.
- c) Aus der Abgeltung der Spitalleistungen durch leistungsbezogene Pauschalen folgt zudem eine verstärkte Möglichkeit zur Betreibung von Risikoselektion durch die Versicherer. Diese Wirkung stellt die **Verbindung zum Wirkungsmodell des Risikoausgleichs** dar.

Spalte „Outputs“

- a) Aus der Abgeltung der Spitalleistungen durch **leistungsbezogene Pauschalen** folgen als direkte Outputs einerseits die Preisverhandlungen zwischen Leistungserbringern (Spitälern bzw. Pflegeheimen) und Versicherern,
- b) andererseits eine erhöhte Transparenz der Spitalleistungen. Der neu geschaffene Überblick über die Kosten der Leistungen wird über die Transparenz der Spitalbuchhaltungen u.a. die Form eines Kostenmonitorings annehmen.
- c) Die erhöhte Transparenz der Spitalleistungen und die neuen Preisverhandlungen stehen in einer Wechselwirkung. Einerseits ist die Transparenz der Spitalleistungen Grundlage für die Preisverhandlungen, andererseits führen die Preisverhandlungen zu erhöhten Anforderungen an die Transparenz bezüglich Kosten.
- d) Als dritter Output folgt aus der Abgeltung der Spitalleistungen durch leistungsbezogene Pauschalen eine Frage des Datenschutzes: inwiefern kann der Datenschutz der Versicherten bei der erhöhten Transparenz der Leistungsabrechnungen der Spitäler gegenüber den Versicherern gewährleistet werden? Konkret geht es um die Frage, ob Diagnosen und Behandlungen, die beiden Bestandteile welche eine DRG-Klassifizierung ermöglichen, für die Versicherer zugänglich sein werden.
- e) Die Spitalleistungen werden unabhängig vom Status des Spitaleigentümers abgegolten, was zur Gleichbehandlung von Privatspitälern und öffentlichen Spitälern führt.
- f) Aus der **Einrechnung der Investitionen** in die leistungsbezogenen Pauschalen folgt ein verändertes Investitionsverhalten der öffentlichen Spitäler, da diese nun neu ihre Mittel für Investitionen direkt aus der Vergütung der Leistungen erhalten und nicht mehr von den Kantonen. In der Systemlogik sollte daraus eine stärkere Autonomie der Spitäler über ihre Investitionsentscheidungen folgen.
- g) Die **neuen Kriterien des Bundesrates betreffend Spitalplanung** führen zu einer neuen Ausgestaltung der kantonalen Spitallisten. Neu ist dabei auch die Anforderung einer interkantonalen Koordination der Spitallisten.
- h) Die Anforderung an die interkantonale Koordination ist teilweise bedingt durch das veränderte Wahlverhalten der Versicherten (vgl. Wirkung Freie Spitalwahl unter „Outcomes 1“).



- i) Die Aufhebung der Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitälern führt zu einer Veränderung der Spitallisten bezüglich Aufführung von privaten und öffentlichen Spitälern.
- j) Andererseits wird durch die Spitallisten eine neue Unterscheidung von Spitälern umgesetzt. Die Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitälern wird aufgehoben und ersetzt durch eine Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitälern.
- k) Die neuen Kriterien des Bundes betreffend Spitalplanung führen dazu, dass die Qualität der Spitalleistungen erfasst wird und damit ein Qualitätsmonitoring ermöglicht wird.
- l) Die neuen Spitallisten werden die Resultate des Qualitätsmonitorings berücksichtigen.
- m) Das Qualitätsmonitoring steht wiederum in einer Wechselwirkung mit der Transparenz der Spitalleistungen und dem damit entstehenden Kostenmonitoring. Ohne Qualitätsvergleiche ist das Kostenmonitoring ohne grosse Aussage, da klar werden muss, welche Qualitäten von Leistungen zu welchem Preis verglichen werden.
- n) Die neue Aufteilung der **dual-fixen Finanzierung** führt dazu, dass die Transparenz der Finanzflüsse in der Spitalfinanzierung erhöht wird. Es wird klarer, welche Anteile der leistungsbezogenen Pauschalen in welcher Höhe von wem finanziert werden.
- o) Zudem führt die dual-fixe Finanzierung zu einer Harmonisierung der Kostenaufteilung für die stationären Leistungen. Die Kantone können zwar weiterhin einen grösseren Anteil als das gesetzliche Minimum von 55% der Leistungskosten übernehmen. Heute liegt der Finanzierungsanteil einiger Kantone aber, die Investitionskosten eingerechnet, unter 55%. Die mögliche Spannbreite von Finanzierungsanteilen zwischen Kantonen nimmt also ab.

Spalte „Outcomes 1“

- a) Aus den **Preisverhandlungen** über die Tarife für stationäre Leistungen folgt ein höherer Kostendruck in den Spitälern. Der Gegenstand der Preisverhandlungen im DRG-System ist die „base rate“ eines Spitals.
- b) Der Kostendruck wird unter anderem auch dadurch erhöht, dass eine Interessenkonvergenz zwischen Kantonen und Versicherern stattfindet (vgl. Wirkung „Harmonisierung der Kostenaufteilung“ unter „Outcomes1“)
- c) Der Kostendruck seinerseits hat wiederum zur Folge, dass das Risikomanagement verstärkt werden muss.
- d) Zudem fördern die Preisverhandlungen mit den Versicherern den Wettbewerb unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung.
- e) Der Wettbewerb unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung hat einen zusätzlichen Kostendruck zur Folge
- f) sowie Implikationen für die Anstrengungen der Spitäler in der Qualitätsförderung. Dies weil der Wettbewerb der Spitäler nebst über die Preise einerseits über die Kosten, aber auch über die Qualität stattfindet.
- g) Der Wettbewerb unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung führt auch zu einer Veränderung der Spitallandschaft. Weniger wettbewerbsfähige Spitäler werden tendenziell vom Markt verschwinden, während sich die wettbewerbsfähigeren Spitäler auf dem Markt durchsetzen werden. Es wird zudem teilweise zu Spezialisierungen der Spitäler kommen, indem sie sich im Bereich der stationären Leistungserbringung auf ihre Kernkompetenzen besinnen werden.
- h) Das **Kostenmonitoring** führt ebenfalls zu einem erhöhten Kostendruck in den Spitälern, da die Vergleichbarkeit der Leistungen der Spitäler zunimmt.
- i) Aus dem **Qualitätsmonitoring** folgt ein verstärktes Engagement der Spitäler bei der Qualitätsförderung und dem Risikomanagement im Bereich der stationären Leistungen. Letzteres bedeutet, dass die mit einer Leistung verbundenen (Qualitäts-)Risiken stärker abgeschätzt werden.
- j) Das Qualitätsmonitoring beeinflusst das Wahlverhalten der Versicherten bezüglich des



Leistungserbringers für stationäre Leistungen. Die Versicherten können neu die Qualität der Leistungen der verschiedenen Spitäler vergleichen.

- k) Die Ablösung der **Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitälern** durch die Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern hat eine Veränderung der Spitallandschaft zur Folge. Die Marktanteile von privaten, öffentlichen und Vertragsspitälern werden sich verändern.
- l) Die Verstärkung der **freien Spitalwahl** führt bei den Versicherten zu einem veränderten Wahlverhalten bezüglich der Leistungserbringer im stationären Spitalbereich. Dies betrifft insbesondere die verstärkte Möglichkeit zur Auswahl von Privatspitälern und ausserkantonalen Spitälern, welche sich auf einer Spitalliste eines Kantons befinden.
- m) Das veränderte Wahlverhalten der Versicherten seinerseits führt zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung. Dieser Aspekt des Wettbewerbs läuft im Bereich OKP/AOS primär über die Qualität der Leistungen.
- n) Das veränderte Wahlverhalten der Versicherten führt ebenfalls zu einer Veränderung der Spitallandschaft, indem weniger stark frequentierte Spitäler bzw. Teile von Spitälern geschlossen werden können, während stärker frequentierte ausgebaut werden.
- o) Die **neuen Spitallisten** setzen dem Wettbewerb der Spitäler in der stationären Leistungserbringung klare Grenzen. Der Wettbewerb findet hauptsächlich zwischen den Leistungserbringern auf den Spitallisten statt.
- p) Die neuen Spitallisten führen einerseits zu einer Umverteilung von Kosten von der Zusatzversicherung zu den Kantonen. Dies in dem Masse, als heute subventionierte Privatspitäler bzw. Teile davon auf den kantonalen Listen aufgeführt werden und somit von den Kantonen mitfinanziert werden.
- q) Die vergrösserte Kostentransparenz führt zu einer Verschiebung von Kosten von der Zusatzversicherung zu den Versicherern in der Obligatorischen Krankenversicherung.
- r) Durch die **erhöhte Transparenz** der Finanzflüsse wird keine Quersubventionierung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen (z.B. zwischen Forschung und stationären Leistungen) mehr möglich, wodurch sich der Kostendruck in den Spitälern weiter erhöhen wird.
- s) Die neue **Finanzierungsform der Investitionen** hat auch eine Verteilungswirkung, indem nämlich die Investitionen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler neu nicht mehr nur von den Kantonen finanziert werden, sondern im Rahmen der leistungsbezogenen Pauschalen von den Kantonen (zu 55%) und Versicherern (zu 45%) gemeinsam abgegolten werden.

Spalte „Outcomes 2“

- a) Die **Abgeltung der Spitalleistungen** durch leistungsbezogene Pauschalen führt zu einer Umgestaltung der administrativen Prozesse im Spital, indem das Abrechnungssystem auf das neue Abgeltungssystem ausgerichtet werden muss. Dies ist je nachdem mit erhöhtem Verwaltungsaufwand verbunden.
- b) Der **Kostendruck** setzt Anreize, die Prozesse in den Spitälern effizienter zu gestalten.
- c) Der Kostendruck kann auch dazu führen, dass ein Transfer von Patienten vom stationären Bereich der Spitäler auf andere stationäre Bereiche (z.B. Pflegeheim) und den ambulanten Bereich stattfindet, also in vor- und nachgelagerte Bereiche. Dies kann bedeuten, dass Patient/innen auf wirtschaftlichere Weise behandelt werden, aber auch dass Patient/innen zu früh aus dem Spital entlassen werden (Stichwort „bloody exits“). Die Spitäler müssen im Rahmen ihres Leistungsauftrags die Leistungen erbringen, die dem medizinisch notwendigen Standard entsprechen. Falls sie dies nicht tun, haben sie mit Wiedereintritten innert kurzer Zeit zu rechnen, für die sie keine zweite Fallpauschale verrechnen können. Mit einer Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist indessen zu rechnen.



- d) Der Kostendruck kann auch zu (unerwünschtem) strategischem Verhalten der Spitäler bezüglich der Fallstruktur und Fallabrechnung führen, indem Fälle aufkodierte werden, die Anzahl Fälle maximiert wird und eine Rationierung der Leistungen für den einzelnen Fall stattfindet, d.h. die Menge der Leistungen in einem zu starken Ausmass reduziert wird.
- e) Der Kostendruck kann auch dazu führen, dass Spitäler Risikoselektion betreiben und verstärkt Fälle an andere Spitäler weiter überweisen.
- f) Der **Qualitätswettbewerb** soll über geeignete Qualitätsindikatoren gefördert und eine Verminderung der Leistungsqualität vermieden werden.
- g) Der Qualitätswettbewerb und das Engagement in Risikomanagement sollen auch bei der Umgestaltung der Prozesse hilfreich sein.
- h) Das **Qualitätsmonitoring** soll dazu beitragen, die Leistungsqualität der Spitäler aufrecht zu erhalten.
- i) Die **Veränderung der Spitallandschaft** hat einen Einfluss auf die Gestaltung der Prozesse in der stationären Leistungserbringung. Insbesondere durch die Spezialisierung von Spitälern sollen Ineffizienzen ausgeschaltet werden.
- j) Die **Gestaltung der Prozesse** in der stationären Leistungserbringung ihrerseits hat konkrete Auswirkungen auf das Innovationsverhalten im Spitalbetrieb.
- k) Von der Gestaltung der Prozesse geht ebenfalls eine Wirkung auf den Arbeitsmarkt aus. Je nach neuem Skill-Mix bei der Leistungserbringung und Administration sind mehr oder weniger Arbeitskräfte eines bestimmten Anforderungsprofils notwendig, wodurch eine Knappheit bzw. ein Überschuss an Arbeitskräften mit bestimmten Anforderungsprofilen entstehen kann.
- l) Das **veränderte Investitionsverhalten** der Spitäler hat einen Einfluss auf das Investitionsniveau der Spitäler. Erwünscht wäre, dass die Abgeltung zu einer gezielteren Platzierung der Investitionen führt. Es können aber auch unerwünschte Wirkungen eintreten: Beim Übergang vom alten Finanzierungssystem in das neue System der Einrechnung der Investitionen in die Fallpauschalen kann es zu einer Überinvestition durch die Sanierung der alten Anlagen kommen.
- m) Der vermehrte **Wettbewerb** unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung kann zu verstärkten Marketingaktivitäten der Spitäler führen. Dies ist eine unerwünschte Wirkung, da sie mit zusätzlichen Kosten verbunden ist.
- n) Das **veränderte Wahlverhalten** der Versicherten beeinflusst das Verhalten der Spitäler bezüglich Leistungen pro einzelnen Fall, indem bei starker Nachfrage nach einer Leistung in einem Spital evtl. weniger Leistungen pro Fall erbracht werden.
- o) Zudem hat das veränderte Wahlverhalten einen Einfluss auf das Selektionsverhalten der Spitäler und die Überweisung in andere Spitäler, z.B. im Zusammenhang mit längeren Wartelisten.
- p) Die **Harmonisierung der Kostenaufteilung** für stationäre Leistungen soll dazu führen, dass die Interessen der Kantone und der Versicherer konvergieren. Da Kanton und Versicherer neu zu einem fixen Teil die leistungsbezogenen Pauschalen finanzieren, sollen sie neu bei der Tarifverhandlung beide Interesse haben, möglichst tiefe Tarife zu vereinbaren.

Spalte „Impacts“

- a) Die **Umgestaltung der Prozesse** in der stationären Leistungserbringung beeinflusst die Kosten im stationären Spitalbereich.
- b) Die Gestaltung der Prozesse beeinflusst zudem auch die Qualität der Leistungen in den Spitälern.
- c) Der **Transfer von Patienten** auf andere Pflegebereiche bewirkt eine Verschiebung von Kosten vom stationären Spitalbereich auf andere Bereiche und hat evtl. eine Auswirkung auf die Summe der Gesundheitskosten.



- d) Das mögliche **strategische Verhalten** der Spitäler bezüglich Rationierung, Aufkodierung und Steigerung der Fallzahlen erhöht die Kosten im stationären Spitalbereich.
- e) Solches Verhalten beeinflusst auch die Qualität der Leistungserbringung, primär im stationären Bereich, aber mittelbar eventuell auch im ambulanten Bereich.
- f) Das **Selektionsverhalten** sowie die Überweisung in andere Spitäler beeinflusst die Kosten im stationären Spitalbereich ebenfalls, das Vorzeichen der Wirkung ist hier unklar. Eine Überweisung kann effizient sein (Spezialisierung der Spitäler), aber auch grössere Kosten verursachen (Mehrfachuntersuchungen).
- g) Durch das Selektionsverhalten findet auch eine Veränderung der Qualität der Leistungen statt.
- h) Zudem führt das Selektionsverhalten dazu, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen geografisch verändert wird (die Versicherten müssen evtl. weitere Wege in Kauf nehmen) und dass die Versorgungsqualität evtl. steigt durch die Überweisung in spezialisierte Spitäler.
- i) Die verstärkten **Marketingaktivitäten** der Spitäler führen zu höheren Verwaltungskosten der Spitäler.
- j) Die Veränderung der **Spital-Innovationen** führt zu einer Veränderung der Qualität der Leistungen.
- k) Die Verfügbarkeit von **qualifiziertem Personal** für die Spitäler hat einen Einfluss auf die Qualität der Leistungen im Spitalbereich. Bei Knappheiten auf dem lokalen Arbeitsmarkt muss die gleiche Leistung mit weniger qualifiziertem oder ausländischem Personal erbracht werden.
- l) Die **Veränderung der Spitallandschaft** führt einerseits zu einer Veränderung der Kosten im stationären Spitalbereich. Z.B. durch eine Bereinigung der Spitallandschaft sollte hier eine Senkung der Kosten eintreten.
- m) Zudem führt die Veränderung der Spitallandschaft im Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler zu einer Veränderung der Qualität der Spitalleistungen.
- n) Ausserdem bringt die Veränderung der Spitallandschaft auch eine Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen mit sich, dies sowohl geografisch (in Bezug auf die Nähe eines Spitals bzw. Erreichbarkeit) als auch medizinisch (im Sinn der Versorgungsqualität).
- o) Der **Wettbewerb unter den Spitalern** in der stationären Leistungserbringung hat einen gewissen Einfluss auf die Qualität der Leistungen. Je nachdem, ob der Wettbewerb stärker über die Preise und Kosten oder aber über die Qualität geführt wird, stellt sich eine tendenziell negative bzw. positive Wirkung auf die Qualität der Leistungen ein.
- p) Die Qualität der Leistungen ihrerseits hat wiederum einen Einfluss auf die gesamten Gesundheitskosten.
- q) Das **Investitionsniveau** der Spitäler im stationären Bereich hat einen Einfluss auf die medizinische Versorgungsqualität.
- r) Die Versorgungsqualität ihrerseits hat wiederum eine Auswirkung auf die Gesundheitskosten insgesamt (ambulant und stationär).
- s) Die verschiedenen **Umverteilungen von Kosten** zwischen Zusatzversicherungen, Versicherern in der obligatorischen Krankenversicherung und Kantonen führen zu einer Veränderung der Finanzierung der gesamten Gesundheitskosten über die verschiedenen Anteile des Verbrauchs an Steuergeldern, der Prämien der OKP/AOS, der Prämien der Zusatzversicherungen und der Out-of-pocket Ausgaben der Versicherten.
- t) Die gesamten Gesundheitskosten werden über die aufgeführten Kanäle finanziert: Steuergelder OKP/AOS-Prämien, Zusatzversicherungen und andere Versicherungen sowie out-of-pocket Ausgaben der Versicherten.

Beschrieb Wirkungsmodell Revision Risikoausgleich

Ausgehend von den beiden Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Risikoausgleich erfolgt die Besprechung der Wirkungen nun von einer Spalte zur anderen von links nach rechts sowie von oben



nach unten (vgl. Wirkungsmodell Risikoausgleich, in Abschnitt 5.5). Zwischen den beiden Massnahmen besteht keine Wechselwirkung.

Spalte „Outputs“

- a) Durch das **neue Element** in der Berechnung des Risikoausgleichs werden die Risikoausgleichszahlungen zwischen den Versicherern tendenziell grösser im Betrag. Dadurch soll die Solidarität im System der obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung gesteigert werden.
- b) Die **prospektive Ausrichtung** des Risikoausgleichs führt dazu, dass bei Versicherungswechseln die Daten bezüglich stationärem Aufenthalt zwischen den Versicherern übergeben werden müssen, damit die Wechsler/innen ebenfalls in die Berechnung des Risikoausgleichs einbezogen werden können.

Spalte „Outcomes“

- a) Die **gesteigerte Solidarität** im System bzw. der erhöhte Risikoausgleich im Bereich der Morbidität der Versicherten führt zu einer Verringerung des Anreizes der Versicherer, Risikoselektion im Bereich Morbidität zu betreiben. Dadurch sinkt die Ressourcenverwendung für Risikoselektion bei den Versicherern.
- b) Durch das neue Abgeltungssystem mit leistungsbezogenen Fallpauschalen in der **Spitalfinanzierung** kann auf der anderen Seite der Anreiz zur Risikoselektion grösser werden, bzw. es werden neue Möglichkeiten geschaffen. Dieser Bezug zum Wirkungsmodell Spitalfinanzierung ist gewollt, indem durch die Verbesserung des Risikoausgleichs eben diese negative Auswirkung des neuen Abgeltungssystems in der Spitalfinanzierung ausgeglichen bzw. überkompensiert werden soll. .
- c) Die **prospektive Ausrichtung** des Risikoausgleichs führt tendenziell zu einer stärkeren Kontrolle der Kosten für die Leistungen bei den Leistungserbringern. Dies weil für die Versicherungen ein Anreiz besteht, diese Kosten für die einzelnen Risikogruppen während des Ausgleichsjahrs zu senken, da für die Berechnung des Risikoausgleichs die Kostensätze des Vorjahrs verwendet werden.
- d) Die verminderte **Ressourcenverwendung für Risikoselektion** durch die Krankenversicherer hat einen verminderten Einfluss auf die Verwaltungskosten der Versicherer.
- e) Auf der anderen Seite können aufgrund der verminderten Ressourcenverwendung für Risikoselektion neu mehr Ressourcen der Versicherer aufgewendet werden für die Leistungskontrolle bei den Leistungen, da neu Vorteile im Preiswettbewerb über Unterschiede bei den Leistungskosten generiert werden können.
- f) Dadurch, dass weniger Risikoselektion betrieben wird durch die Versicherer, wird das Angebot von Managed Care-Modellen für die Versicherer attraktiver.
- g) Bei diesen Angebotsmodellen kann die Risikoselektion durch die Leistungserbringer übernommen werden, da keine Aufnahmepflicht besteht. Der Anreiz für die Leistungserbringer zu solchen Zugangs- oder Leistungsbeschränkungen besteht durch die Erfolgsorientierung der Managed-Care-Modelle. Dies ist allerdings eine unerwünschte Wirkung.
- h) Die **Ressourcenverwendung für die Leistungskontrolle** durch die Versicherer hat wiederum einen erhöhenden Einfluss auf die Verwaltungskosten der Versicherer.
- i) Durch die verstärkte Leistungskontrolle wird ebenfalls das Angebot von Managed Care-Modellen interessanter, da in diesen Angebotsmodellen die Durchschnittskosten pro Versicherte/n über Anreize gesenkt werden.



Spalte „Impacts“

- a) Die Veränderung der **Höhe der Risikoausgleichszahlungen** zieht eine Veränderung der Unterschiede bei den OKP/AOS-Prämien nach sich. Werden höhere Ausgleichszahlungen gemacht, so werden die Unterschiede in den OKP/AOS-Prämien der einzelnen Versicherer kleiner.
- b) Die **Verringerung der Risikoselektion** bei den Versicherern wirkt sich ebenfalls ausgleichend auf die Unterschiede bei den Krankenkassenprämien aus, da die Unterschiede im Risikobestand zwischen den Versicherern abnehmen werden.
- c) Durch die Verringerung der Risikoselektion wird die Gründung von Tochterkassen mit optimiertem Risikobestand weniger attraktiv, die Anzahl der Kassen wird damit sinken.
- d) Durch die Verringerung der Risikoselektion sollte die Servicequalität im Durchschnitt, aber insbesondere für Risikogruppen, steigen, da neu der Qualitätswettbewerb mehr Gewicht erhalten wird gegenüber dem verringerten Preiswettbewerb.
- e) Die **Höhe der Verwaltungskosten** wird neu im Preiswettbewerb unter den Versicherern wichtiger werden und damit die Unterschiede zwischen den OKP/AOS-Prämien beeinflussen.
- f) Die Höhe der OKP/AOS-Prämien wird ebenfalls von der Höhe der Verwaltungskosten beeinflusst.
- g) Die **Ressourcenverwendung für die Leistungskontrolle** wirkt sich einerseits auf die Unterschiede bei den OKP/AOS-Prämien aus, weil neu die Unterschiede der Leistungskosten ein wichtiger Bestandteil im Preiswettbewerb werden.
- h) Gleichzeitig können durch die erhöhte Leistungskontrolle die Kosten im OKP/AOS-Bereich insgesamt gesenkt werden und damit auch die Höhen der OKP/AOS-Prämien.
- i) Es kann allerdings aus der verstärkten Leistungskontrolle auch eine Verminderung der Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen eintreten.
- j) Zudem kann es sein, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen durch die verstärkte Leistungskontrolle eingeschränkt wird.
- k) Durch das erhöhte Angebot von **Managed-Care-Modellen** können in der OKP/AOS ebenfalls Kosten gespart werden.
- l) Das erhöhte Angebot von **Managed-Care-Modellen** sollte zu einer Steigerung der Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen führen.
- m) Durch die mit den Managed-Care-Modellen verbundene **Risikoselektion** bei den Leistungserbringern wird eventuell der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Versicherte mit erhöhtem Krankheitsrisiko eingeschränkt. Dies ist eine unerwünschte Wirkung.



Annexe 7 : Questions d'évaluation

No.	Groupes de questions	Catalogue de questions
1.	Quelle est l'influence de la révision sur les coûts de la santé?	Coûts hospitaliers stationnaires a) Quelle est l'influence de la rémunération par forfaits sur les coûts hospitaliers stationnaires ? b) Quelle est l'influence de la rémunération par forfaits sur les différences de coûts des prestations stationnaires entre les hôpitaux? c) Comment évolue la structure des coûts hospitaliers, notamment les coûts des différentes catégories de prestations offertes en hôpital (p. ex., outre les différents types de prestations de soins, prestations de prévention et promotion de la santé, prestations de formation et formation continue au personnel)? d) Dans quelle mesure la pression sur les coûts engendre-t-elle des comportements stratégiques chez les prestataires de soins hospitaliers (p.ex. upcoding, admissions répétées d'un même patient, sélection des risques, sorties prématurées, etc). e) Quelle est l'influence du système de forfaits sur la rentabilité (rapport prix – coûts) des différents groupes de prestations ? Y a-t-il, avec les nouveaux tarifs, des groupes de prestations qui deviennent particulièrement rentables ou non rentables ? f) La transparence des coûts des prestations hospitalières s'est-elle améliorée ? En particulier, a-t-on une meilleure information quant aux coûts effectifs des différentes prestations fournies par un hôpital (soins, formation et recherche, service d'urgence, maintien des capacités pour motif de politique régionale, etc.) et leur financement a-t-il pu être désenchevêtré? Coûts de la santé (coûts totaux) g) La révision induit-elle des transferts de coûts du secteur hospitalier stationnaire vers les autres formes de prestations (vers le secteur ambulatoire, la réadaptation, les EMS, l'aide informelle, etc.) ? h) Quelle est l'influence de la révision sur les coûts totaux du système de santé ?
2.	Quelle est l'influence de la révision sur la qualité des prestations de soins?	a) Comment évolue la qualité des soins dans le domaine stationnaire et dans le domaine ambulatoire ? b) Quel est le rôle des différentes mesures (rémunération par forfaits, libre choix des hôpitaux, mesures d'accompagnement définies par les partenaires tarifaires, critères et prescriptions de la Confédération concernant la qualité) dans l'évolution de la qualité ?
3.	Quelle est l'influence de la révision sur l' accès de la population aux soins ?	a) L'approvisionnement en soins est-il garanti, autrement dit l'offre de soins (hospitaliers et non hospitaliers) est-elle quantitativement, qualitativement suffisante, et ce sur l'ensemble du territoire? b) L'obligation d'admission est-elle respectée ou les hôpitaux pratiquent-ils une sélection des risques? c) Quelle est l'influence de la révision sur l'égalité des chances concernant l'accès aux soins hospitaliers (extracantonaux)?



4.	Comment les modifications de la politique d'investissement des hôpitaux influence-t-elle la qualité des infrastructures hospitalières et le niveau de développement technico-médical ?	a) Quelles sont les incitations données par le système choisi pour la rémunération des investissements ? b) Les difficultés liées à la délimitation des coûts d'exploitation et d'investissement conduit-elle à des problèmes ? c) Les effets conjugués des différentes mesures conduisent-ils à un comportement en matière d'investissements plus rationnel (diminution des dépenses d'investissement sans baisse de la qualité des prestations), induisent-ils une politique de sous-investissement ou observe-t-on une tendance au sur- investissement (par ex. pour des raisons de marketing liées au libre choix des hôpitaux). Quels sont les effets à moyen-long terme, mais aussi durant la phase de transition et au cours des cinq ans précédent l'entrée en vigueur des changements législatifs ? d) Quelle est l'influence de la révision sur la politique d'innovation des hôpitaux ? Comment évolue le niveau de développement technico-médical des hôpitaux suisses ? Comment évoluent les hôpitaux publics en comparaison avec les hôpitaux privés ?
5.	Comment la révision modifie-t-elle l'organisation et le mode de fourniture des soins ? (toutes les modifications de l'offre)	Structure du marché des prestations hospitalières stationnaires a) Le nombre d'hôpitaux diminue-t-il et ces phénomènes de concentration sont-ils strictement administratifs ou ont-ils un impact géographique? b) Quels sont les hôpitaux qui subsistent du point de vue de l'efficacité de leur organisation et de la qualité de leurs prestations? c) Comment évolue l'offre totale de prestations de soins hospitaliers du point du vue quantitatif ? d) Comment le marché des prestations hospitalières se réorganise-t-il ? La spécialisation des hôpitaux augmente-t-elle ? Y a-t-il une réorganisation des flux de patients, et notamment un accroissement des transferts de patients par exemple des hôpitaux régionaux vers les hôpitaux spécialisés ? e) Comment évoluent les parts de marché des hôpitaux privés, publics et subventionnés par les pouvoirs publics suite à la révision ? f) Quelle est la position occupée par les hôpitaux conventionnés sur le marché des prestations hospitalières ? (par exemple, les assurances travaillent-ils avec les hôpitaux hors liste, quels segments du marché occupent-ils, promeuvent-ils une médecine à deux vitesses ?). g) Les patients font-ils usage du libre choix de l'hôpital pour choisir plus souvent un établissement hors de leur canton de domicile ? h) Quelle influence a le système de rémunération par forfaits sur la disponibilité de personnel qualifié ? Organisation générale des soins i) Le secteur des soins hospitaliers stationnaires décroît-il au profit d'autres formes de soins (secteur ambulatoire, réadaptation, psychiatrie, EMS, soins aigus et de transition à domicile ou en EMS, aide informelle, etc) ?



6.	Comment la mise-en-œuvre du système de forfaits influence-t-elle l'atteinte des objectifs de la révision?	a) Dans quelle mesure des systèmes de rémunération forfaitaire étaient déjà introduits avant 2012 (mesure baseline)? b) Quelles sont les effets déployés par le système de surveillance et d'adaptation des tarifs prévus dans le système de forfaits ? c) Pendant la phase de transition, quelle influence ont les écarts au système sur l'efficacité du système de rémunération forfaitaire ? d) Quelle est l'influence d'une rémunération orientée sur les prestations sur les coûts et la qualité des secteurs de soins non concernés par le système de forfaits SwissDRG (réadaptation, psychiatrie, soins palliatifs, etc.) ? e) Quelles difficultés posent la transmission des diagnostics aux assureurs en termes de protection des données et comment celles-ci sont-elles résolues ?
7.	Quels sont les effets distributifs de la révision du mode de financement ?	a) Quelle est l'évolution de la répartition des coûts entre agents-payeurs : cantons, assurances-maladie obligatoire, ménages (out-of-pocket), assurances-maladie complémentaires, autres assurances sociales. b) Quelles sont les répercussions de ces transferts de coûts sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire, sur les primes de l'assurance-maladie complémentaire (Les assureurs privés répercutent-ils la baisse des coûts à leur charge sur les primes des assurances complémentaires ?) et sur les impôts ? Quels sont les effets sociaux de ces redistributions? c) Assiste-t-on à l'émergence de la convergence d'intérêts souhaitée entre assureurs et cantons dans le cadre des négociations tarifaires ? d) Dans quelle mesure les contributions cantonales au financement des soins sont-elles plus hautes que le minimum légal ? e) Dans quelle mesure les cantons doivent-ils/veulent-ils prendre à leur charge le déficit lorsqu'un hôpital ne parvient pas à couvrir ses coûts par le biais des forfaits ?
8.	Quelle est l'influence des nouvelles planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins ?	a) Comment se présentent les planifications cantonales avant 2012, par exemple en termes de couverture du besoin en soins? (mesure baseline) b) Comment les planifications cantonales se sont transformées ? c) Dans quelle mesure hôpitaux privés et publics sont-ils traités de manière égale dans le processus de planification hospitalière? d) Des problèmes sont-ils apparus du fait que les cantons ont fait / dû faire leur planification avant de disposer des indicateurs sur la qualité des hôpitaux ? e) Les prescriptions fédérales concernant la planification cantonales sont-elles respectées, en particulier en ce qui concerne les critères de qualité et d'économicité ? f) Dans quelle mesure les cantons parviennent-ils à imposer leur planification ? g) Quelle est l'influence des planifications cantonales sur la structure de l'offre de soins ? En particulier, les nouvelles planifications cantonales apportent-elles une contribution à la rationalisation de l'offre? h) La coordination intercantonale a-t-elle été renforcée et les synergies potentielles réalisées?



9.	Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur le comportement des assureurs ?	Sélection des risques a) Entre quels groupes de risques ont lieu les plus grands volumes de transferts et dans quelle mesure le caractère solidaire du système a-t-il été renforcé ? b) Quels sont les effets de la nouvelle formule de compensation des risques sur l'intensité de la sélection des risques effectuée par les assureurs? c) Quels sont les effets de la rémunération par forfaits et les modifications du prix relatif des prestations sur le comportement de sélection des risques des assureurs? d) Quelle est l'influence de la révision de la compensation des risques sur les différences de primes entre assureurs? Est-ce que les différences de primes reflètent dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui la composition du portefeuille d'assurés ou davantage les différences dans les coûts de gestion ? Activités d'assurance e) La baisse d'attractivité de la sélection des risques est-elle suffisante pour que les assureurs se concentrent sur leurs autres activités, à savoir sur la gestion des prestations, sur la qualité de services à leurs clients et/ou ne développent de nouveaux modèles d'assurances, en particulier pour les malades chroniques (modèles de managed care) ? f) Quelle influence a la nouvelle compensation des risques sur les coûts d'administration des caisses-maladies ? g) La concurrence entre assureurs s'accroît-elle, notamment au point de pouvoir observer un phénomène de concentration de l'offre (p.ex. au détriment des caisses bon marché) ? Conséquences pour les primes, la qualité et l'accès aux soins h) Quelles sont les conséquences des changements dans l'activité des assurances sur le niveau des primes d'assurance-maladie ? i) Est-ce que la gestion renforcée des prestations a un effet négatif sur l'accès des patients aux soins et/ou la qualité des soins fournis aux assurés ? j) Le développement de modèles de managed care a-t-il une influence sur l'accès des patients aux soins et/ou sur la qualité des soins fournis aux assurés ? Favorise-t-il la sélection des risques par les prestataires de soins ? Mise-en-œuvre k) Les échanges de données nécessaires au calcul de la compensation des risques (entre prestataires de soins et assureurs, entre assureurs lorsqu'un assuré change de caisse-maladie) fonctionne-t-il correctement ?
----	---	--



Annexe 8 : Descriptif des bases de données utiles pour répondre aux questions d'évaluation

(A) Statistique administrative des hôpitaux

But	Décrire l'infrastructure et les activités des hôpitaux suisses.
Groupes de variables	Type d'établissement, forme juridique, lits, cas, journées d'hospitalisation, flux de patients entre canton, effectif et structure du personnel, salaires, comptes d'exploitation et d'immobilisations/investissements.
Type d'enquête	Enquête exhaustive incluant l'ensemble des hôpitaux suisses.
Unité d'observation	Hôpital
Périodicité	Annuelle (révisée dès 2010)
Années disponibles	Dès 1997, mais les données sont jugées de qualité dès 2001. Questionnaire révisé dès 2010.
Conditions d'accès	Tableaux standards accessibles au public sur site de l'OFS/BFS Accès possible à la base de données entière selon les conditions de l'OFS/BFS.
Qualité générale	Bonne dès 2001. Les données nouvellement collectées à partir de 2010 doivent être validées.
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Anthony Francis, 032 713 61 94, anthony.francis@bfs.admin.ch

(B) Statistique médicale des hôpitaux

But	Recenser les hospitalisations et semi-hospitalisations en Suisse.
Groupes de variables	Informations socio-démographiques des patients telles que l'âge, le sexe, la région de domicile et la nationalité. Données administratives comme le type d'assurance et le séjour avant l'admission. Informations médicales constituées des diagnostics posés (jusqu'à 8) et des traitements (jusqu'à 9), date d'admission et type d'admission, date de sortie.
Type d'enquête	Enquête exhaustive incluant presque la totalité des hôpitaux suisses.
Unité d'observation	Cas d'hospitalisation
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1998, mais données de qualité dès 2001. Modification du questionnaire dès 2009 pour répondre à l'introduction des SwissDRG.
Conditions d'accès	Tableaux standards accessibles au public sur site de l'OFS/BFS Accès possible à la base de données entière selon les conditions de l'OFS/BFS.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Patrick Schwab, 032 713 64 28, patrick.schwab@bfs.admin.ch



(C) Statistique des établissements non hospitaliers (somed)

But	Décrire l'infrastructure et les activités des institutions accueillant des personnes âgées, établissements médico-sociaux, institutions pour handicapés et pour personnes dépendantes, établissements pour personnes avec troubles psycho-sociaux.
Groupes de variables	Données générales sur l'établissements selon la forme juridique et le statut économique, l'offre de prestations, le nombre et données structurelles des employés, l'hébergement et la prise en charge des patients avec les lits, journées d'hébergement, classe d'âge, sexe. Degré de prise en charge requise des patients. Compte d'exploitation et d'investissement, participations au déficit.
Type d'enquête	Statistique administrative.
Unité d'observation	Institution, employé ou patient. Deux questionnaires distincts par type d'établissements (personnes âgées versus autres).
Périodicité	Annuelle.
Années disponibles	Depuis 1997, mais questionnaire révisé en 2006. Données difficilement comparable avant et après 2006.
Conditions d'accès	Tableaux standards accessibles au public sur site de l'OFS/BFS Accès possible à la base de données entière selon les conditions de l'OFS/BFS.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Anthony Francis, 032 713 61 94, anthony.francis@bfs.admin.ch

(D) Données des salaires de H+

But	Données salariales dans les hôpitaux suisses.
Groupe de variables	Données salariales d'environ 110 fonctions du milieu hospitalier.
Type d'enquête	Echantillon d'hôpitaux (35 en 2007)
Unité d'observation	Résultats agrégés sont publiés. Données plus détaillées sur commande à Perinnova.
Périodicité	Tous les deux ans
Années disponibles	2007 (actuellement collecte les données 2009).
Conditions d'accès	Relevés de toutes les fonctions recensées sous la forme de tableaux synoptiques. Perinnova offre des analyses plus détaillées.
Qualité générale	Inconnue car pas d'accès externe au-delà des résultats publiés agrégés
Gestion des données	H+ en collaboration avec Perinnova
Personne responsable	Janina Linder ou Hans-Peter Koch de Perinnova au 062 836 95 40 http://www.spitalloehne.ch/index_f.htm



(E) Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex)

But	Procure une vue d'ensemble des organisations fournissant des services d'aide et de soins à domicile.
Groupes de variables	Forme juridique, offre de prestations et domaine d'activité, personnel, niveau de formation, clients, heures de travail, finances et compte d'exploitation. Quelques résultats par groupe d'âge et sexe.
Type d'enquête	Enquête exhaustive.
Unité d'observation	Organisation d'aide et de soins à domicile. Aucune donnée individuelle. Certains résultats par canton.
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Enquête préalable réduite depuis 1992/1993. Enquête courante depuis 1997. Données 1997 peu fiables. Relevé complémentaire dès 2009.
Conditions d'accès	Accessible sur site OFS/BFS pour données depuis 2000 ou 2001.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFAS jusqu'en 2007 et OFS/BFS depuis 2008.
Personne responsable	Katharina Weiss Zbinden, 032 713 61 01, katharina.weiss@bfs.admin.ch

(F) Statistique de l'assurance-maladie obligatoire

But	Donner une vue d'ensemble des assureurs reconnus par la Confédération. L'assurance obligatoire des soins (AOS/OKP) constitue l'élément central de ces données.
Groupes de variables	AOS/OKP : Finances et assurance obligatoire des soins, Prestations et participation aux frais, Primes, Réduction des primes, Données individuelles par assureur, Assurance facultative d'indemnités journalières, Autres assurances des assureurs-maladie reconnus, Ensemble des activités des assureurs-maladie reconnus, Compensation des risques, Assurés, Régions de primes, Mutations des régions de primes entre 2008 et 2009, Evolution des franchises, des rabais et de la quote-part, Dépense totale des assurés selon la franchise, Estimations issues de la procédure d'approbation des primes 2000-2009, Valeurs principale, Groupes de coûts principaux. Inclus aussi des informations sur les assurances complémentaires.
Type d'enquête	Enquête exhaustive.
Unité d'observation	Assurance-maladie AOS/OKP
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1997
Conditions d'accès	Publication annuelle sur le site de l'OFSP avec tableaux Excel
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFSP/BAG
Personne responsable	Nicolas Siffert, tél. +41 (0)31 323 27 68, nicolas.siffert@bag.admin.ch (français) Herbert Käenzig, tél. +41 (0)31 322 91 48, herbert.kaenzig@bag.admin.ch (allemand)



(G) Données des assurances privées

But	Présente les chiffres de toutes les entreprises d'assurance surveillées par l'Office fédéral des assurances privées OFA, y compris l'assurance-maladie complémentaire.
Groupes de variables	Primes brutes émises, variation du report de primes brutes, primes brutes acquises, montants bruts payés pour sinistres, variation de la provision pour sinistres survenus mais non encore liquidés, autres informations. Par année ou par assurance.
Type d'enquête	Entreprises surveillées par l'OFAP/BPV
Unité d'observation	Assurance
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1996 ou 1997 ?
Conditions d'accès	Sur le site de l'OFAP/BPV, des fichiers Excel.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFAP/BPV
Personne responsable	Reto Januth, tél. 031 324 13 26 ou Groux Denis, tél. 031 324 16 88

(H) Pool de données de santésuisse

But	Décrire les prestations couvertes, les primes et les coûts des assurés AOS/OKP. Sert principalement aux assureurs, mais aussi mis à disposition externe.
Groupes de variables	Prestations brutes, assurés par groupe d'âge, sexe, franchises, genre de couverture, prestations selon les genres de prestations et les tarifs.
Type d'enquête	Données administrative de santésuisse (dès 2008, sans Assura). Quelques petites assurances ne sont pas membres.
Unité d'observation	Les assurés, mais accès uniquement à des données agrégées.
Périodicité	Annuelle et mensuelle
Années disponibles	Dès 2001
Conditions d'accès	Payant pour les non-membres de santésuisse. L'OFSP et l'Obsan ont accès à ces données.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	Santésuisse, accès possible par l'Obsan et l'OFSP.
Personne responsable	--



(I) Pool tarifaire Tarmed

But	Suivre l'évolution des fournisseurs de prestations médicales ambulatoires selon la position tarifaire TARMED (hôpital ambulatoire, médecins en cabinet, physiothérapeute, médicaments, laboratoires, prestations LCA).
Groupes de variables	Détail des factures avec position Tarmed pour tous les services ambulatoires.
Type d'enquête	Relevé administratif incluant actuellement 60% des coûts AOS des prestataires ambulatoires
Unité d'observation	Facture avec position tarifaire
Périodicité	Annuelle, voir trimestrielle
Années disponibles	Dès 2004
Conditions d'accès	OFSP/BAG y a accès tout comme l'Obsan
Qualité générale	Inconnue car peu d'analyses externes publiées, à valider
Gestion des données	Santésuisse.
Personne responsable	--

(J) Données de la compensation des risques

But	Obtenir les données de l'ensemble des assurés AOS/OKP afin de déterminer la compensation des risques entre assureurs.
Groupes de variables	- le nombre de mois assurés - les coûts - les participations aux coûts classifiées par canton, sexe et groupe d'âge et si les assurés ont effectué l'année précédente un séjour de plus de trois jours en hôpital ou en EMS.
Type d'enquête	Enquête exhaustive
Unité d'observation	Assurance
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1993
Conditions d'accès	Données publiées dans le rapport sur la Statistique de l'Assurance-maladie obligatoire de l'OFSP/BAG Fichiers Excel accessible online.
Qualité générale	Inconnue car les données vont changer donc à valider
Gestion des données	Institution commune LAMal/KVG
Personne responsable	Urs Wunderlin, 032 625 30 25, urs.wunderlin@kvg.org .



(K) Newindex

But	Coupler les données de patients et de médecins, principalement pour assister les médecins
Groupes de variables	Ensemble des actes facturés par les cabinets médicaux y compris hors AOS (comprend les actes couverts par les franchises, les assurances-maladie complémentaire, les assurances-accident).
Type d'enquête	Echantillon volontaire de médecins en cabinet. Couverture des médecins généralistes est bonne, celle des spécialistes est partielle. Trustcenter du canton de Vaud ne participe pas à NewIndex.
Unité d'observation	Médecin en cabinet
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 2006, données d'une qualité suffisante.
Conditions d'accès	A négocier avec NewIndex, projet par projet car les TrustCenters doivent donner leur accord. L'Obsan est actuellement en négociation avec NewIndex pour accéder à certaines données.
Qualité générale	Inconnue car pas d'accès externe pour l'instant
Gestion des données	Les trustcenters pour NewIndex
Personne responsable	Philippe Moline pour les données. info@newindex.ch

(L) Archives des primes d'assurance-maladie

But	Inventorier l'ensemble des primes AOS/OKP en Suisse
Groupes de variables	Primes par groupe d'âge, type de contrat, couverture accident et lieu de résidence
Type d'enquête	Relevé administratif
Unité d'observation	Assurance-maladie
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Depuis 1996
Conditions d'accès	Libre par internet
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFSP/BAG
Personne responsable	--

**(M) Répartition des subsides fédéraux entre cantons pour la réduction des primes**

But	Lister le montant des subsides fédéraux à chaque canton
Groupes de variables	Subsides en francs (et taille de la population résidente moyenne par canton)
Type d'enquête	Relevé administratif
Unité d'observation	Canton
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Pas connues
Conditions d'accès	Année la plus récente : libre sur internet
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFSP/BAG
Personne responsable	--

(N) Statistique du coût et du financement du système de santé

But	Statistique de synthèse regroupant les données disponibles pour estimer les flux monétaires de production, de dépense et de financement des biens et services de santé en Suisse.
Groupes de variables	Coûts ventilés selon trois optiques : par fournisseur de biens et services, par prestation et par agent payeur. Le financement est aussi analysé sous l'angle de la protection sociale et dans une perspective économique. Egalement par tranche d'âge et sexe.
Type d'enquête	Statistique de synthèse découlant principalement de la Statistique administrative des hôpitaux et des établissements non hospitaliers (OFS/BFS), du Recensement des entreprises (OFS/BFS), de la Statistique des finances publiques (AFF/EFV), de la Statistique de l'assurance maladie (OFSP/BAG), de la Statistique des soins à domicile (Spitex) (OFS/BFS), de la Statistique des assurances privées (OFAP/BPV), de diverses statistiques et informations financières des assurances sociales, et divers rapports annuels et comptes d'exploitation d'organismes.
Unité d'observation	La Suisse
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1995
Conditions d'accès	Rapport publié annuellement et certains résultats depuis 1995 accessibles en ligne sur le site de l'OFS/BFS.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFS/BFS pour la consolidation de ces résultats.
Personne responsable	Raymond Rossel raymond.rossel@bfs.admin.ch

**(O) Statistique des finances publiques de l'administration fédérale des finances**

But	Fournir une vue d'ensemble de la situation budgétaire des administrations publiques.
Groupes de variables	Contient certaines informations sur les recettes, dépenses, charges et revenus des administrations publiques liées aux hôpitaux, homes, cliniques psychiatriques, soins ambulatoires et autres. Données séparées pour la Confédération, les cantons et les communes. Comptes de fonctionnement et d'investissement, y compris les subventions.
Type d'enquête	Synthétisation de données des administrations publiques.
Unité d'observation	Confédération, cantons et communes. Les entreprises publiques et assurances sociales de droit public sont exclues.
Périodicité	Annuelle.
Années disponibles	Certains chiffres depuis 2000, d'autres depuis 1995.
Conditions d'accès	Sur le site de l'AFF/EFV pour les données des dernières années.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	AFF/EFV
Personne responsable	Elsbeth Etter, 031 322 60 21, Elsbeth.Etter@efv.admin.ch

(P) Statistique des données économiques par cas

But	Décrire les coûts par cas pour les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers dans les hôpitaux suisses de soins somatiques aigus afin de pouvoir déterminer les cost-weights pour les DRG (d'abord APDRG et maintenant SwissDRG).
Groupes de variables	Selon le code DRG et le type d'hôpital: nombre de cas, durée de séjour, coûts par cas, nombre de diagnostics et de traitement. Ceci pour tous les cas, ceux inliers et outliers.
Type d'enquête	Echantillon d'hôpitaux
Unité d'observation	Données collectées: par cas Résultats publiés par l'OFS/BFS: par DRG et type d'hôpital
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 2005/2006
Conditions d'accès	Données remise à l'OFS/BFS. Certains résultats sont publiés sur le site de l'OFS/BFS. Contre rémunération, l'OFS/BFS peut effectuer d'autres exploitations. Actuellement, négociation entre SwissDRG et l'OFS/BFS concernant l'utilisation de ces données par des tiers.
Qualité générale	Inconnue, donc à valider
Gestion des données	Dès 2008 par SwissDRG, avant l'OFS/BFS
Personne responsable	OFS/BFS: Adrian Füglistner, 032 713 69 40, adrian.fueglistner@bfs.admin.ch SwissDRG: Mathieu Vuilleumier, 031 310 05 54, mathieu.vuilleumier@swissdr.org

**(Q) Enquête suisse sur la population active (ESPA/SAKE)**

But	Fournir des données sur la structure de la population active et sur les comportements en matière d'activité professionnelle.
Groupes de variables	Activité professionnelle (actuelle ou passée), Raisons de la non-activité, profession apprise et exercée, lieu et volume de travail, conditions de travail, branches économiques, revenus, recherche d'un emploi, mobilité professionnelle et géographique, formation. Module sur le travail non rémunéré: tâches domestiques et familiales, activités honorifiques et bénévoles, aide à la parenté.
Type d'enquête	Echantillon de personnes.
Unité d'observation	Individus résidents permanents âgés de 15 ans et plus.
Périodicité	Annuelle de 1991 à 2009 et trimestrielle dès 2010.
Années disponibles	Depuis 1991. Le module supplémentaire sur le travail non rémunéré : en 2000, 2004, et 2007.
Conditions d'accès	Contrat de protection des données
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Sylvie Regli Greub, 032 713 62 92, sylvie.regli@bfs.admin.ch

(R) Enquête suisse sur la santé

But	Livrer des informations sur l'état de santé de la population, ses déterminants, l'utilisation des services de santé et les assurances.
Groupes de variables	Bien-être corporel et santé, conditions de vie, soutien social, autonomie, expériences de vie, mode de vie et comportements en matière de santé, médicaments, assurance-maladie et recours aux soins.
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage auprès des ménages privés. Interviews téléphoniques et interviews par écrit.
Unité d'observation	Individus résidents permanents âgés de 15 ans et plus.
Périodicité	Tous les 5 ans
Années disponibles	1992, 1997, 2002, 2007
Conditions d'accès	Libre. Contrat de protection de données.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Marilina Galati-Petrecca, 032 713 65 62, marilina.galati@bfs.admin.ch



(S) Indice des prix 'santé et des primes d'assurance-maladie

But	Suivre l'évolution des prix des marchandises et des services représentatifs de la consommation des ménages privés, basée sur un "panier-type". Il est subdivisé en 12 domaines de dépenses («groupes principaux»), dont la santé.
Groupes de variables	Indice des prix à la consommation (IPC) 'santé' : les médicaments et les services hospitaliers. Indice séparé pour les primes d'assurance-maladie (IPAM) car pas inclus dans l'IPC.
Type d'enquête	50'000 prix de biens et services.
Unité d'observation	Prix des marchandises et des services dans le panier-type.
Périodicité	Mensuel
Années disponibles	IPC : dès 1914, révisions avec la nouvelle base d'indice: 1939, 1966, 1977, 1982, 1993, 2000 et 2005. IPAM : dès 2000.
Conditions d'accès	Données par groupes et années dès 1996: sur le site internet de l'OFS/BFS Données détaillées sur abonnement (CHF 50.-)
Qualité générale	Bonne pour l'indice des primes d'assurance-maladie. Débattue pour les autres composants.
Gestion des données	OFS/BFS
Personne responsable	Bernard Buchenel, 032 713 69 00, bernard.buchenel@bfs.admin.ch

(T) Panel suisse des ménages

But	Observer les changements sociaux, en particulier les conditions de vie de la population Suisse.
Groupes de variables	Quelques variables liées à la santé : état de santé, limitations à long-terme, hospitalisation et durée d'hospitalisation, visites chez le médecin.
Type d'enquête	Echantillon avec suivi longitudinal.
Unité d'observation	Ménages suisses.
Périodicité	Annuelle.
Années disponibles	Panel I : dès 1999. Panel II : dès 2004.
Conditions d'accès	Libre. Contrat de protection des données.
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	Swiss foundation for research in social sciences (FORS)
Personne responsable	Robin Tillmann, 021 692 37 21, robin.tillmann@fors.unil.ch

**(V) Indicateurs de qualité de H+ et ANQ**

But	Avoir des mesures de qualité identiques dans les hôpitaux suisses
Groupes de variables	Indice Case-Mix, nombre de traitements par médecin, nombre d'infections des plaies, réopérations non planifiées, réhospitalisations non planifiées, complications les plus fréquentes, existence d'un système CIRS de déclaration d'incidents indésirables, nombre de postes liés à la gestion de la qualité, établissement d'un rapport de qualité, utilisation des directives GSASA ou GOP.
Type d'enquête	Echantillon des membres actifs de H+
Unité d'observation	Hôpital (231 établissements ont participé pour 2007).
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 2007 pour le rapport de synthèse.
Conditions d'accès	Données par hôpital pas accessible pour l'instant. Prévu pour 2010.
Qualité générale	Inconnue
Gestion des données	H+ et ANQ
Personne responsable	Stefan Steccanella, 031 335 11 55, stefan.steccanella@hplus.ch

(W) Données sur la qualité dans le rapport de l'OFSP/BAG (2006)

But	Etablir un monitoring d'indicateurs indirects de qualité dans les hôpitaux suisses
Groupes de variables	Cas et taux de mortalité par maladie sélectionnée et groupes d'âge
Type d'enquête	Echantillon de 29 hôpitaux
Unité d'observation	Hôpital
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	2004 à 2006
Conditions d'accès	Publication
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	OFSP/BAG
Personne responsable	--

(X) Statistique FMH des médecins en cabinet

But	Recensement des médecins exerçant en Suisse, titulaires d'un titre reconnu
Groupes de variables	Titre de spécialisation, EPT/VZÄ
Type d'enquête	Relevé administratif
Unité d'observation	Médecin
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 1930
Conditions d'accès	Inconnue
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	FMH
Personne responsable	--

**AS) Données de certaines assurances, telles que Helsana ou la CSS**

Pas de fiche descriptive, car le contenu de ces données n'est pas connu, leur accès probablement limité et leur qualité reste à déterminer même s'il est probable qu'elles sont bonnes.

Y) Données de qualité des EMS et services Spitex

Pas de fiche descriptive, car les sources de données sont multiples : PLAISIR, BESA, RAI/RUG et RAI/HC pour Spitex. Qualité inconnue.

(Z) Tarifs stationnaires dans les hôpitaux par santésuisse

But	Inventaire des tarifs entre les hôpitaux et les assureurs
Groupes de variables	Niveau des tarifs et mode de financement (DRG, par acte, etc)
Type d'enquête	Relevé administratif
Unité d'observation	Hôpital
Périodicité	Annuelle
Années disponibles	Dès 2001
Conditions d'accès	Document pdf fourni par santésuisse
Qualité générale	Bonne
Gestion des données	Santésuisse
Personne responsable	--

(SD) Relevé SwissDRG sur les investissements des hôpitaux

But	Estimer les investissements et immobilisation dans les hôpitaux suisses en 2009 et mettre en évidence certaines difficultés de recensement de cette information
Groupes de variables	Investissements et immobilisations
Type d'enquête	Echantillon d'hôpitaux.
Unité d'observation	Hôpital
Périodicité	Un seul relevé est prévu
Années disponibles	2009
Conditions d'accès	Inconnues
Qualité générale	Inconnue
Gestion des données	SwissDRG
Personne responsable	--

(CA) Comptabilité analytique des hôpitaux

Pas de fiche car information décentralisée dans chaque établissement. Accès et qualité devront être établis par les équipes de recherche souhaitant utiliser ces données.



Annexe 9 : Questions d'évaluation, indicateurs et bases de données utiles

Groupe de questions d'évaluation (1) sur les coûts

	Coûts hospitaliers stationnaires				Coûts totaux de la santé			
	a) Coûts hospitaliers stationnaires	b) Différences de coûts entre hôpitaux	c) Structure des coûts hospitaliers	d) Comportements stratégiques	e) Rentabilité	f) Transparence des coûts	g) Transferts de coûts	h) Coûts totaux
Coûts hospitaliers stationnaires totaux	H, N, P	H, N, P					H, N, P	
Coûts hospitaliers stationnaires par cas	N, P	N, P			B, N, P		N, P	
Coûts hospitaliers totaux par types de prestation (soins, formation, service d'urgence, etc.)			A, CA			A, CA		
Cas totaux et par groupe de diagnostics				B, P				
Réadmissions à 30 jours (totales et par groupe de diagnostics)				B				
Nombre de cas hospitaliers par hôpital (total et par groupe de diagnostics)				B				
Durée de séjour moyenne et médiane (totale et par groupe de diagnostics)				B, P				
Transferts de patients entre hôpitaux (totaux et par groupe de diagnostics)				A, B				
Lits par centre de prestations				A				
Cas par centre de prestations				A, B				
Cas par type de traitements au sein d'un groupe de diagnostics				B				
Coûts par groupes de diagnostics				P	P			
Costs weights					données de SwissDRG			
Prix forfaitaires					P			
Indice des prix 'santé'				S				
Qualité de la comptabilité analytique (par ex. degré de respect des règles de la comptabilité analytique)						CA		
Coûts totaux et par cas pour autres prestations de soins (ambulatoire, EMS, réadaptation, psychiatrie, etc.)							C, E, H, Q, R	
Coûts totaux du système de santé								H



Groupe de questions d'évaluation (2) sur la qualité

	a) Qualité des soins stationnaires et ambulatoires	b) Rôle des différentes mesures
Hôpitaux		
Patient safety indicators	B, P	B, P
Durée moyenne et médiane de séjour des inliers	B, P	B, P
Proportion d'outliers en termes de durées de séjour (globalement, par groupe de diagnostics)	B, P	B, P
Nombre d'hospitalisations par patient	B	B
Proportion d'outliers en termes de nombre d'hospitalisations (globalement, par groupe de diagnostics)	B, P	B, P
Cas par groupe de diagnostics	B, P	B, P
Cas par discipline médicale	B, P	B, P
Taux d'occupation des lits	A	A
Nombre de cas par EPT/VZÄ (ensemble du personnel soignant, pour les médecins)	A	A
Case-mix	B, P	B, P
Réadmission évitables à 30 jours	B, V	B, V
Ré-opérations non planifiées	B, V	B, V
Transferts de patients entre secteurs de soins	B	B
Taux de mortalité intra-hospitalière (par diagnostic, par groupe de diagnostics ou par âge)	W	W
Infections nosocomiales	V	V
Infections de plaies	V	V
Cas d'escarre	V	V
Satisfaction des patients	V	V
Remise de contre-douleur et de sédatifs	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives
Système de déclaration d'erreurs	V	V
Rapport de qualité par l'hôpital	V	V
EMS et Spitex		
Soins infirmiers de mobilisation ou de réadaptation	Y	Y
Infections nosocomiales	Y	Y
Infections de plaies	Y	Y
Cas d'escarre	Y	Y
Chutes	Y	Y
Fractures du col du fémur	Y	Y
Remise de contre-douleur et de sédatifs	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives



	a) Qualité des soins stationnaires et ambulatoires	b) Rôle des différentes mesures
Médecins en cabinet		
Suivi des patients avec maladie chronique (par ex. diabète, 'hypertension chronique,...)	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives
Suivi des recommandations en matière de traitement des patients avec pathologie spécifique (par ex. infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque ou pneumonie)	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives
Satisfaction des patients	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives
Nombre de patients par diagnostic	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives
Type de prestations médicales par diagnostic	K	K
Liste des analyses	K	K



Groupe de questions d'évaluation (3) sur l'accès aux soins

	a) Offre de soins	b) Obligation d'admission	c) Egalité des chances d'accès
Hôpitaux (en distinguant soins somatiques aigus et soins de longue durée)			
Lits (par cas ou par habitant)	A		
Equivalents plein-temps (EPT/VZÄ) (par cas, par habitant, par lit)	A		
Taux d'occupation des lits	A		
Durée d'attente moyenne pour traitements électifs	pas de données quantitatives		
Case-mix (par hôpital, canton)		B, P	
Patients selon diverses caractéristiques sociodémographiques		B, H	B, H
Durée moyenne de séjour		B, P	
Transferts de cas vers d'autres établissements		B, H	B, H
Transferts de journées d'hospitalisation vers d'autres établissements (en particulier des cas complexes, des outliers)		B, H	B, H
Flux de patients entre cantons		B, H	B, H
Flux de journées d'hospitalisation entre cantons		B, H	B, H
Distance moyenne entre lieu de résidence et lieu d'hospitalisation		B	B
Etablissements médico-sociaux			
Places en service pour longs séjours (par cas, par habitant de 65+ ans)	C		
Places en service pour courts séjours (par cas, par habitant de 65+ ans)	C		
Durée d'attente moyenne pour une place en EMS	pas de données quantitatives		
EPT/VZÄ (par cas, par habitant de 65+ ans, par lit)	C		
Spitex			
EPT/VZÄ pour soins à domicile (médical) (par cas, habitant)	E		
EPT/VZÄ pour aide à domicile (aide avec ADL et IADL) (par cas, habitant)	E		
Médecins en cabinet			
Médecins de premier recours (par patient, par habitant) en EPT/VZA	H, X		
Médecins spécialistes (par patient, par habitant) en EPT/VZA	H, X		
Autres prestataires ambulatoires			
Nombre d'infirmiers et d'infirmières indépendants (par patient, habitant) en EPT/VZA	pas de données quantitatives		
Nombre de physiothérapeute ou ergothérapeutes indépendants (par patient, habitant) en EPT/VZA	pas de données quantitatives		



Groupe de questions d'évaluation (4) sur les investissements dans les hôpitaux

	a) Incitations de la rémunération des investissements	b) Délimitation des coûts d'exploitation et d'investissement	c) Evolution des investissements	d) Innovation et développement technico-médical
Part des forfaits attribuables au financement des investissements	Données de SwissDRG			
Qui financent les investissements (hôpitaux, cantons)	pas de données quantitatives			
Qui décide du financement des investissements (hôpitaux, cantons)	pas de données quantitatives			
Ecart entre forfaits et coûts des hôpitaux ('benchmarking' de l'hôpital)	P, CA			
Investissements et immobilisations totaux (Suisse, par canton, hôpital)	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Investissements et immobilisations (par cas, jour d'hospitalisation, habitant)	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Investissements et immobilisations par EPT/ VZÄ	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Investissements et immobilisations par centre de prestations ou type d'équipements (salles d'opération, IRM, cabinets de consultations, recherche, formation)	A, CA	A, CA	A, CA	A, CA
Intérêts payés sur le financement des immobilisations	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Volume des amortissements	A, SD, CA		A, SD, CA	A, SD, CA
Volume de l'accumulation des fonds pour de futurs investissements	A, SD, CA		A, SD, CA	A, SD, CA
Délais dans lesquels les investissements sont amortis, globalement et par type d'investissement (bâtiments, équipements médico-techniques,...)	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Part des investissements propres et des immobilisations louées	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA	A, SD, CA
Charges d'exploitation	A, CA	A, CA		
Volume relatif des équipements de pointe (par hôpital, type d'hôpitaux, région)				A, SD, CA
Amortissement des équipements de pointe (par hôpital, type d'hôpitaux, région)				A, SD, CA
Acquisition d'équipements de pointe (par canton, hôpital, centre de prise en charge)				A, SD, CA
Vitesse de renouvellement des équipements (par hôpital, type d'hôpitaux, région)				A, SD, CA



Groupe de questions d'évaluation (5) sur l'offre de soins

	a) Concentration des hôpitaux	b) Efficacité et qualité des hôpitaux	c) Offre totale de soins hospitaliers	d) Spécialisation des hôpitaux et flux de patients	e) Parts de marché par type d'hôpital	f) Hôpitaux sur liste et hors liste	g) Libre choix de l'hôpital par patients	h) Part de marché autres soins
Nombre total d'hôpitaux et de centre de prestations en Suisse et par région	A							
Nombre de sites par entité administrative	A							
Nombre de cas par centre de prestations par canton ou région (spécialisation géographique)	B							
Nombre de réorganisations administratives et types	A							
Groupe de questions d'évaluation (2) sur la qualité: indicateurs pour les hôpitaux		A, B, P, V, W						
Coûts hospitaliers stationnaires par cas		B, N, P						
Coûts par groupes de diagnostics		P						
Costs weights		données de SwissDRG						
Prix forfaitaires		P						
EPT/VZÄ (par hôpital, centre de prestations, niveau de formation)			A					
Nombre total de lits en Suisse et par canton / région			A					
EPT/VZÄ par type de prestations de santé (hôpital, EMS, Spitex, médecins en cabinet, etc)								A, C, E, H, X
Lits (par cas ou par habitant)			A					
Equivalents plein-temps (EPT/VZÄ) (par cas, par habitant, par lit)			A					
Taux d'occupation des lits			A					
Cas par centre de prestations (par hôpital)				B				
Nombre d'hôpitaux par type (régional, spécialisé, universitaire, etc.)				A				



	a) Concentration des hôpitaux	b) Efficacité et qualité des hôpitaux	c) Offre totale de soins hospitaliers	d) Spécialisation des hôpitaux et flux de patients	e) Parts de marché par type d'hôpital	f) Hôpitaux sur liste et hors liste	g) Libre choix de l'hôpital par les patients	h) Part de marché autres soins
Proportion du total des cas traités par chaque hôpital, par canton ou par région				B	B	B		
Proportion de cas par groupe de diagnostics entre hôpitaux				B	B	B		
Flux de patients entre hôpitaux à l'intérieur des cantons (globalement, entre type d'hôpitaux)				B, H	B, H	B, H	B, H	
Proportion du total des cas traités dans des hôpitaux publics ou subventionnés vs hôpitaux privés (globalement et par groupe de diagnostic)				B, H	B, H	B, H	B, H	
Case-mix des hôpitaux publics ou subventionnés vs hôpitaux privés						B, P		
Caractéristiques socioéconomiques des patients dans les hôpitaux publics ou subventionnés vs hôpitaux privés						B, H		
Distance moyenne entre lieu de résidence des patients et hôpital				A, B			A, B	
Flux des journées d'hospitalisation entre cantons (globalement et selon le type d'hôpital)				B, H	B, H		B, H	
Flux de patients entre cantons (globalement et selon le type d'hôpital)				B, H	B, H		B, H	
Part des cas extra-cantonaux par hôpital et centre de prestation (globalement, par groupe de diagnostics)					B, H		B, H	
Type d'accords entre assurances et hôpitaux						Z		
Groupe de questions d'évaluation (2) sur la qualité: indicateurs pour les hôpitaux sur liste et hors liste						A, B, D, P, V, W		
Nombre de cas et de journées d'hospitalisation en soins non aigus (réadaptation, gériatrie et psychiatrie)								B, H
Nombre de cas de visites ambulatoires à l'hôpital								H
Nombre de cas par type de prestations non hospitalières (EMS, Spitex, aide informelle, visites chez le médecin, etc)								C, E, H, K, Q, R, T
EPT/VZÄ par type de prestations de santé (hôpital, EMS, Spitex, aide informelle, etc)								A, B, C, E, H, X



Groupe de questions d'évaluation (6) sur les forfaits

	a) Rémunération avant 2012	b) Effets de la surveillance des tarifs	c) Ecart au système et efficacité	d) Coûts et qualité des secteurs non concernés	e) Protection des données	f) Personnel qualifié
Mode de financement des hôpitaux avant l'introduction des forfaits SwissDRG	Z					
Cost-weights		données de SwissDRG				
Forfaits		P				
Périodicité d'adaptation des cost-weights et forfaits		données de SwissDRG				
Indicateurs des domaines d'évaluation (1) sur les coûts estimés pour la réadaptation, gériatrie et psychiatrie				H, N		
Indicateurs des domaines d'évaluation (2) sur la qualité dans les hôpitaux mais appliqués à la réadaptation, gériatrie et psychiatrie				A, B, V		
Indicateurs des domaines d'évaluation (2) sur la qualité dans les EMS, Spitex, médecins en cabinet				Y, pas de données quantitatives		
Lieu du décès				pas de données quantitatives		
Lieux des soins durant les six derniers mois de vie				pas de données quantitatives		
Médicaments palliatifs contre la douleur				pas de données quantitatives		
Traitements life-sustaining (respirateur artificiel, tube feeding, etc)				pas de données quantitatives		
Skill-mix (par hôpital, centre de prestations)						A
Proportion de personnel formé à l'étranger par formation						A
EPT/VZÄ (globalement, par lit, cas, diagnostics)						A
Equivalent-plein-temps (EPT/VZÄ) (par niveau de formation, spécialisation, centre de prestations)						A
Turnover (par établissement, centre de prestations)						A
Turnover par niveau de formation (par établissements et centre de prestations)						A



Groupe de questions d'évaluation (7) sur les effets distributifs

	a) Coûts par agent-payeur	b) Effets redistributifs	c) Transparence du financement	d) Convergence d'intérêts	e) Contributions cantonales	f) Couverture des déficits
Coûts par agent-payeur	N					
Primes AOS par niveau de franchise et type de contrat (gatekeeping, managed care, etc)		L				
Primes des assurances complémentaires par type de contrat		pas de données quantitatives				
Part des budgets cantonaux dédiée au financement des hôpitaux		O et comptes des cantons			O et comptes des cantons	
Répartition des subsides fédéraux aux cantons pour la réduction des primes		M				
Type de comptabilité analytique des hôpitaux			CA			
Coûts et recettes par types de prestations (formation, soins, services d'urgence, etc.)			A, CA			
Type de comptabilité des investissements dans les hôpitaux (financière ou analytique)			SD, CA			
Subventionnement cantonal par établissement			A, CA		A, CA	A, CA
Prise de position de santésuisse, cantons, H+, FMH				pas de données quantitatives		
Catégorisation des stratégies de subventionnement des cantons			pas de données quantitatives			



Groupe de questions d'évaluation (8) sur la planification hospitalière

	a) Planifications cantonales avant 2012	b) Transformation des planifications cantonales	c) Traitements des hôpitaux privés et publics	d) Absence d'indicateurs de qualité lors de la planification	e) Prescriptions fédérales en matière de qualité et économicité	f) Cantons imposant leur planification	g) Cantons et volume /structure de l'offre de soins	h) Coordination intercantonale
Types de planifications hospitalières cantonales	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK					information dans chaque canton ou CDS/GDK	
Données utilisées pour la prévision des besoins	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK						
Modèle de prévision utilisé (Obsan, ZH,...)	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK						
Types d'hôpitaux inclus dans la planification et se trouvant sur la liste des hôpitaux	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK				
Cantons ayant une planification jointe	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK						information dans chaque canton ou CDS/GDK
Raisons de cette planification jointe (par ex. tenir compte des flux de patients entre cantons, hôpital appartenant à plusieurs cantons)	information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK						information dans chaque canton ou CDS/GDK
Cantons ayant une collaboration dans le domaine hospitalier								information dans chaque canton ou CDS/GDK
Types de collaborations entre les cantons (Contrats de prestations entre cantons)								information dans chaque canton ou CDS/GDK
Respect des décisions de planification des lits par les hôpitaux						information dans chaque canton ou CDS/GDK		
Existence de mesures d'accompagnement pour vérifier la qualité des prestations hospitalières selon monitoring qualité et l'économicité des prestations				information dans chaque canton ou CDS/GDK	information dans chaque canton ou CDS/GDK			
Domaine d'évaluation (1) sur les coûts hospitaliers stationnaires					H, N, P			
Domaine d'évaluation (2) sur la qualité dans les hôpitaux					A, B, D, P, V, W			
EPT/VZÄ par canton et par hôpital							A	



	a) Planifications cantonales avant 2012	b) Transformation des planifications cantonales	c) Traitements des hôpitaux privés et publics	d) Absence d'indicateurs de qualité lors de la planification	e) Prescriptions fédérales en matière de qualité et économicité	f) Cantons imposant leur planification	g) Cantons et volume /structure de l'offre de soins	h) Coordination intercantonale
Equivalents plein-temps (EPT/VZÄ) (par cas, habitant, lit)							A	
Nombre total de lits par canton / région							A	
Lits par cas ou par habitant							A	
Taux d'occupation des lits							A	
Cas par centre de prestations (par hôpital)							B	
Proportion du total des cas traités par chaque hôpital, par canton ou par région								B
Proportion de cas par groupe de diagnostics entre hôpitaux								B



Groupe de questions d'évaluation (9) sur la compensation des risques

	a) Transferts financiers entre assureurs	b) Effets sur la sélection des risques	c) Effets des forfaits sur la sélection des risques	d) Evolution et causes des différences de primes	e) Activité des assureurs	f) Evolution des coûts administratifs	g) Concentration de l'offre d'assurance	h) Effets sur le niveau des primes	i) Gestion renforcée, accès, qualité	j) Effet du 'managed care'	k) Echange de données entre prestataires et assureurs
Evolution du volume financier redistribué entre les assureurs-maladie	J										
Evolution du volume financier redistribué entre groupes d'assurés (par sexe, âge et présence d'un séjour hospitalier)	J										
Evolution du portefeuille d'assurés (selon sexe, âge, séjour hospitalier)	F, J	F, J	F, J	F, J	F, J					F, J	
Evolution du portefeuille d'assurés AOS selon l'état de santé		pas de données quantitatives	pas de données quantitatives	pas de données quantitatives							
Evolution du portefeuille d'assurés AOS selon le recours aux soins		AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives							
Niveau des primes d'assurance-maladie par caisses et par région		L	L	L	L			L			
Primes par niveau de franchise et type de contrat (gatekeeping, managed care, ...), selon l'assureur-maladie				AS, L			AS, L	AS, L			
Coûts par assuré par critères de la compensation des risques, (âge, sexe, canton, d'hospitalisation)				F, J							
Coûts administratifs par assurance AOS				F		F					
Coûts administratifs par type d'assuré (par niveau de franchise et caractéristique)				pas de données quantitatives		pas de données quantitatives					



Groupe de questions d'évaluation (9) sur la compensation des risques

	a) Transferts financiers entre assureurs	b) Effets sur la sélection des risques	c) Effets des forfaits sur la sélection des risques	d) Evolution et causes des différences de primes	e) Activité des assureurs	f) Evolution des coûts administratifs	g) Concentration de l'offre d'assurance	h) Effets sur le niveau des primes	i) Gestion renforcée, accès, qualité	j) Effet du 'managed care'	k) Echange de données entre prestataires et assureurs
sociodémographique)											
Association entre niveau des primes et celui des coûts par patient par assureur				L, F							
Assurance-maladie AOS qui disparaissent (globalement et par niveau des primes)							F				
Assurances-maladie AOS qui fusionnent (globalement et par niveau de primes)							F				
Nombre d'assurances offrant les modèles gatekeeping, managed care et différents types de contrats existants		F	F		F		F				
Proportion d'assurés par assurance ayant choisi les modèles gatekeeping, managed care ou autre		AS, F	AS, F		AS, F		AS, F				
Descriptif des assurés changeant d'assurance-maladie: caractéristiques sociodémographiques, niveau de primes, type de contrat		AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives								
Descriptif des assurés ne changeant pas d'assurance-maladie mais de niveau de franchise ou de type de		AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives								



	a) Transferts financiers entre assureurs	b) Effets sur la sélection des risques	c) Effets des forfaits sur la sélection des risques	d) Evolution et causes des différences de primes	e) Activité des assureurs	f) Evolution des coûts administratifs	g) Concentration de l'offre d'assurance	h) Effets sur le niveau des primes	i) Gestion renforcée, accès, qualité	j) Effet du 'managed care'	k) Echange de données entre prestataires et assureurs
contrat											
Stratégie publicitaire des assurances (Public cible)		AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives								
Coût de la publicité (part du budget de l'assureur).		AS, pas de données quantitatives	AS, pas de données quantitatives								
Stratégies de sélection des clients (procédures administratives, durées d'attente pour joindre une assurance, accès téléphonique, internet)		pas de données quantitatives	pas de données quantitatives		pas de données quantitatives						
Délai de paiement par les assurances					pas de données quantitatives						
Proportion de factures contestées par les assurances maladie					pas de données quantitatives						
Proportion de traitements soumis à approbation refusés par les assurances-maladie					pas de données quantitatives						
Programmes de prévention des assurances-maladie (selon le public-cible)					AS, pas de données quantitatives		AS, pas de données quantitatives				
Evolution des activités des assurances complémentaires							pas de données quantitatives				
Qualité de la collaboration entre assureurs et prestataires de soins											pas de données quantitatives
Délai de transmission des informations, type et précision des informations transmises											pas de données quantitatives



	a) Transferts financiers entre assureurs	b) Effets sur la sélection des risques	c) Effets des forfaits sur la sélection des risques	d) Evolution et causes des différences de primes	e) Activité des assureurs	f) Evolution des coûts administratifs	g) Concentration de l'offre d'assurance	h) Effets sur le niveau des primes	i) Gestion renforcée, accès, qualité	j) Effet du 'managed care'	k) Echange de données entre prestataires et assureurs
Qualité de la collaboration entre assureurs											pas de données quantitatives
Groupe de question (2) sur la qualité									cf. groupe (2)	cf. groupe (2)	
Groupe de question(3) sur l'accès aux soins									cf. groupe (3)	cf. groupe (3)	