

Effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur le paysage hospi- talier et la garantie de l'approvi- sionnement en soins station- naires

Etude de concept et de faisabilité incluant un
premier état des lieux

Executive Summary

Reto Jörg
Regula Ruflin

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

15 juin 2016

Impressum

Numéro de contrat:	15.017019
Durée du projet	juillet 2015 – mai 2016
Période de relevé des données:	Relevés statistiques par des tiers: janvier 2010 – décembre 2014 Propres relevés: août 2015 à février 2016
Direction du projet d'évaluation à l'OFSP:	Gabriele Wiedenmayer / Markus Weber Service Evaluation et recherche (E+F)
Méta-évaluation:	L'élaboration du présent rapport a été confiée par l'OFSP à une institution externe afin d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP. Le projet a été commenté par l'OFSP et le groupe d'accompagnement et les commentaires ont été pris en compte dans le présent rapport.
Référence:	Service Evaluation et recherche (E+F), Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier
Traduction:	Executive summary à partir de la version originale par Sonja Funk-Schuler
Adresse de correspondance:	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Berne
Référence bibliographique:	Jörg R., Ruffin R. (2016). Effets de la révision de la LA-Mal dans le domaine du financement hospitalier sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins stationnaires: étude de concept et de faisabilité incluant un premier état des lieux – Executive summary. socialdesign ag sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), mai 2016, Berne.
Langage épïcène:	Toutes les désignations de personnes se réfèrent aux deux sexes; pour des raisons de lisibilité, les formes à la fois masculines et féminines ne sont pas toujours utilisées.

Résumé:

L'étude de concept et de faisabilité fait partie intégrante de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. L'objectif de l'étude était d'élaborer un concept applicable en vue des travaux scientifiques à réaliser au sein du domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“ et de dresser un premier état des lieux au sujet des questions d'évaluation spécifiques à ce domaine thématique.

L'état des lieux décrit d'une part la mise en œuvre cantonale des dispositions légales. Dans ce contexte, l'accent est mis sur (a) les systématiques des groupes de prestations utilisées à titre de base d'une planification liée aux prestations, de l'évaluation des besoins et des éventails de prestations, (b) les bases de données et méthodes de l'évaluation des besoins en tant qu'instruments pour la description qualitative et quantitative des besoins en soins, (c) l'intégration d'institutions privées au regard de l'abandon de la distinction entre hôpitaux privés et publics, (d) les formes de coordination et de coopération intercantionales et (e) la mise en œuvre concrète des critères fédéraux de planification (caractère économique, qualité et accessibilité). D'autre part, l'état des lieux analyse les tendances de l'évolution du paysage hospitalier. Les éléments étudiés sont à ce titre le nombre de fournisseurs de prestations, leur éventail de prestations, les flux de patients intercantonaux, les parts de marché y compris les tendances à la concentration possibles ainsi que d'éventuelles tendances à la spécialisation, au niveau des différents fournisseurs de prestations.

Le concept pour les futurs travaux d'évaluation est ensuite élaboré sur la base de l'état des lieux. Dans la perspective des réponses aux questions de l'évaluation, les modules suivants sont formulés: l'analyse des changements observés dans le paysage hospitalier sur la base des données de la Statistique médicale (i), une enquête auprès des cantons (ii) et des fournisseurs de prestations (iii), (iv) la mise à jour d'une étude existante des conditions cadres cantonales entre concurrence et planification, (v) l'analyse des flux de patients à l'aide de la Statistique médicale, ainsi (vi) qu'une analyse d'accessibilité relative à l'évaluation de l'influence de la révision de la LAMal sur l'accès aux soins médicaux. La priorisation des modules mentionnés par le groupe d'accompagnement sert à cet effet de base à la planification des travaux d'évaluation ultérieurs entrepris par l'Office fédéral de la santé publique.

Executive summary

Introduction

La présente étude de concept et de faisabilité fait partie intégrante de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier¹ et constitue le point de départ du domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“. L'objectif principal de l'étude était d'élaborer un concept applicable pour les futurs travaux d'évaluation à réaliser de 2016 à 2018/19 au sein dudit domaine thématique et de mettre en évidence la disponibilité des données requises, ainsi que l'éventuelle absence de données. Dans la mesure où la démarche se révèle utile et réalisable, l'étude de concept et de faisabilité comprend déjà un premier état des lieux.

Questions

Les questions prioritaires du domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“ sont les suivantes:

- Q1** La révision exerce-t-elle une influence sur l'évolution des planifications hospitalières cantonales?
- Q2** Quelle est l'évolution des conditions cadres cantonales pour les hôpitaux à l'interface entre concurrence et planification (pilotage des capacités)?
- Q3** Comment le paysage hospitalier évolue-t-il? Quelle influence la révision exerce-t-elle sur l'éventail de prestations et le volume respectif des prestations des hôpitaux? Comment ces dernières, ainsi que les prestations effectivement fournies, évoluent-elles? La révision influe-t-elle sur les éventuels processus de concentration au sein du paysage hospitalier?
- Q4** Quels changements la révision entraîne-t-elle dans le domaine de la garantie de l'approvisionnement en soins?

Cette étude de concept se fonde sur à les questions prioritaires du domaine thématique resp. à leur concrétisation dans les cahiers des charges de base. L'état des lieux se concentre à ce titre essentiellement sur les questions 1 et 3 ; il englobe tous les domaines des soins, notamment la médecine somatique aiguë, ainsi que la réadaptation stationnaire et la psychiatrie.

Méthodologie

Afin de répondre aux différentes questions, plusieurs méthodes et sources de données ont été utilisées dans le cadre de l'étude de concept et de faisabilité. En font partie l'analyse descriptive des données de la Statistique médicale des années 2010 à 2014, une analyse exhaustive des documents cantonaux de planification disponibles, ainsi que divers groupes de réflexion et interviews individuels. Des études existantes ont également été prises en compte de manière à ce que les travaux d'évaluation prévus dans le domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“ soient parfaitement intégrés dans les autres activités d'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ainsi que dans les recherches parallèles de tiers.

Résultats de l'état des lieux

Influence de la révision sur l'évolution des planifications hospitalières cantonales

Quant à l'influence de la révision sur l'évolution des planifications hospitalières cantonales (**Q1**), une première analyse de la mise en œuvre cantonale d'une sélection d'aspects des dispositions formulées dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) a été réalisée. Les documents cantonaux de planification disponibles constituaient à cet effet la base principale.

¹ Cf. <http://www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier>.

Systématique des groupes de prestations

A l'exception des cantons d'Obwald et de Genève, tous les cantons se basent sur les groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) pour réaliser la planification de soins aigus stationnaires ou s'emploient à adapter leur planification en conséquence. En ce qui concerne la réadaptation stationnaire et la psychiatrie, la grande majorité des cantons présente une différenciation des listes hospitalières par groupes de prestations; quant aux groupes de prestations concrets, les systématiques de base se distinguent plus fortement que dans le secteur de la médecine somatique aiguë. Au regard de l'introduction des structures tarifaires uniformes à l'échelle suisse (ST Reha resp. TARPSY), il est probable qu'une convergence puisse également être observée dans ces domaines de soins au cours des années à venir.

Evaluation des besoins en soins

Pour 24 cantons, la procédure d'évaluation des besoins en soins somatiques aigus a pu être retracée à l'aide des documents de planification disponibles. Les cantons se basent à cet égard sur le modèle du canton de Zurich (15 cantons), le modèle de l'Obsan resp. de Statistique Vaud (6) ou le modèle de l'Observatoire valaisan de la santé (3). L'évaluation et le pronostic des besoins en réadaptation et psychiatrie s'orientent principalement aux modèles utilisés en médecine somatique aiguë; toutefois la disparité des définitions des prestations ou bases de données compliquent la réalisation. Les documents de planification montrent ainsi l'intégration croissante d'évaluations qualitatives en psychiatrie et en réadaptation, en sus des bases de données statistiques.

Intégration d'institutions privées

La grande majorité des hôpitaux privés figure sur les listes hospitalières des cantons concernés. Les hôpitaux (strictement) conventionnés au sens de l'art. 49a, LAMal, ont une importance secondaire dans le paysage hospitalier. En relation avec l'intégration d'institutions privées, l'analyse s'est également intéressée aux cantons dans lesquels l'achat de prestations avait été effectué par le biais d'une procédure d'appel d'offres publique. A l'aide des documents de planification disponibles, une telle procédure a pu être identifiée dans 13 (médecine somatique aiguë) resp. 9 (réadaptation et psychiatrie) cantons.

Coordination intercantonale

Au regard de l'obligation relative à la coordination intercantonale au sens des art. 39, al. 2, LAMal et 58d, OAMal, les cantons collaborent sous diverses formes. Le spectre s'étend de la concertation à l'échange (surtout par les canaux de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), de la planification commune des besoins (cf. p.ex. les rapports sur les soins des cantons du nord-ouest de la Suisse) à l'application de recommandations communes (cf. CDS-est), ou encore des obligations formelles telles que l'accord intercantonal sur la médecine hautement spécialisée (CIMHS) à la création de régions de soins supracantonales (cf. à ce sujet la liberté de circulation totale s'appliquant aux hôpitaux figurant sur les listes hospitalières des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne).

Mise en œuvre des critères de planification

En lien avec la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les critères du caractère économique et de la qualité de la fourniture des prestations (y.c. nombre minimum de cas), ainsi que de l'accès du patient au traitement dans un délai utile revêtent une importance particulière. L'état des lieux décrit la prise en compte cantonale de ces critères dans le cadre de la planification hospitalière, pour autant que cette démarche ait été possible à l'aide des documents de planification disponibles. En complément aux critères précités, la pertinence en termes d'approvisionnement a également été relevée, un critère qui – surtout dans les petits cantons – joue un rôle prépondérant en lien avec la prise en compte d'hôpitaux extracantonaux. En ce qui concerne la pertinence en termes d'approvisionnement, des seuils de part de marché des fournisseurs de prestations sont fixés – par rapport à la part des patients domiciliés dans le canton concerné – qui doivent être atteints pour la prise en compte du fournisseur de prestations dans la liste hospitalière cantonale. La pertinence en termes d'approvisionnement fait en règle générale l'objet d'un contrôle par groupe resp. domaine de prestations.

Limites de l'état des lieux et implications pour les futurs travaux d'évaluation

L'état des lieux dressé dans le cadre de la présente étude de concept se basait sur les documents de planification cantonaux disponibles. Les documents se prêtent certes à une analyse de la situation. Pour diverses raisons, il n'est cependant guère possible de revendiquer son intégralité. D'une part, les résultats ne reflètent que la situation "instantanée" et ne permettent qu'un relevé restreint de l'évolution dynamique future au sein des cantons. Pour tous les cantons, la mise en œuvre concrète n'est en outre pas retraceable dans sa totalité à partir de ces documents. Finalement, divers aspects ne peuvent pas être évalués à partir des documents de planification mais s'avèrent pertinents pour répondre aux questions de l'évaluation. Les aspects ci-après en font notamment partie.

La *pertinence pratique des critères d'évaluation généraux et spécifiques* lors de l'élaboration et de la révision des listes cantonales des hôpitaux. Il s'agit ainsi d'aborder la question des critères (souvent) déterminants dans le cadre de la planification hospitalière pour la (non-)attribution de mandats de prestations. Dans ce contexte, la question de savoir quels critères doivent être vérifiés en permanence – et le cas échéant, en se fondant sur quelles bases de données – dans le cadre d'un monitoring de la qualité resp. des coûts se pose également. Il convient par ailleurs de s'interroger si et à l'aide de quelles bases de données ou informations, le respect de l'obligation d'admission peut être contrôlé dans les listes hospitalières. Un autre aspect concerne les *motifs de la prise en compte d'hôpitaux extracantonaux* dans la liste, c.-à-d. quelles sont les réflexions déterminantes pour l'intégration d'hôpitaux extracantonaux dans la liste hospitalière. Les potentielles raisons résident surtout dans la meilleure accessibilité des offres de soins pour certains groupes de population, la suppression des lacunes en matière d'offres spécifiques, la garantie des capacités nécessaires et la promotion de la concurrence, lorsque des hôpitaux extracantonaux sont pris en compte dans les groupes de prestations présentant des offres intracantonales aux capacités suffisantes. L'interprétation de la notion d'hôpital conventionné est également intéressante, avec une distinction à effectuer entre la définition liée à l'institution et à la prestation. Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quelle mesure les planifications hospitalières cantonales prévoient la possibilité pour les hôpitaux *répertoriés* de conclure, en dehors de leurs mandats de prestations, des conventions avec les assureurs-maladie relatifs au remboursement de prestations par l'AOS. A l'exception du canton de Vaud, il n'a pas été possible de procéder à une analyse exhaustive de cet aspect sur la base des documents de planification. Finalement, il y a lieu de contrôler l'intégration d'*interfaces avec les soins ambulatoires resp. les domaines en amont et en aval* dans le processus de planification cantonal et les défis qui y sont liés.

Influence de la révision sur le paysage hospitalier

En ce qui concerne l'influence de la révision sur le paysage hospitalier (Q3), l'état des lieux se base principalement sur l'analyse des données selon la Statistique médicale pour les années 2010 à 2014. Différents indicateurs ont été analysés pour répondre aux questions.

Médecine somatique aiguë

En ce qui concerne le nombre de fournisseurs de prestations, une réduction de 203 à 187 établissements est constatée entre 2011 et 2014 pour le domaine des soins somatiques aigus. Quant aux hôpitaux de soins généraux, une hausse de la part de marché au sein des soins stationnaires aigus est observée entre 2012 et 2014. Cette tendance ne se limite pas à des domaines de prestations spécifiques mais s'applique à la plupart des domaines de prestations. Se référant à Pellegrini et Roth (2016, p. 3), il convient également de partir du principe d'une croissance de la part de marché des hôpitaux privés. Sur la base de l'étude de Huber (2015), une hausse des flux de patients intercantonaux est dénotée. Par rapport à la moyenne suisse, la proportion des hospitalisations extracantonales est passée de 13% en 2010 à 14.9% en 2013. En recourant à l'indice de Herfindahl-Hirschmann (IHH), aucune spécialisation systématique des fournisseurs de prestations ne peut être identifiée entre 2012 et 2014. Dans deux tiers des domaines de prestations, une légère tendance à la concentration est constatée au niveau des différentes institutions, cette dernière relève toutefois principalement de la réduction du nombre total d'établissements et non pas du transfert des parts de marché vers des fournisseurs de prestations présentant un nombre de cas élevé dans les groupes de prestations concernés. Pour ce qui est des groupes de prestations avec des nombres minimums de cas définis, une tendance à la baisse de la proportion des

interventions est observée entre 2012 et 2014 dans les hôpitaux présentant des nombres de cas inférieurs au nombre minimum de cas.

Réadaptation

En réadaptation stationnaire, le nombre d'institutions est resté dans l'ensemble constant entre 2010 et 2014. Les éventails de prestations de réadaptation ont été analysés à l'aide du centre de coûts principal et du diagnostic principal, l'attribution des diagnostics principaux ayant été réalisée sur la base de la systématique de la Direction de la santé du canton de Zurich. Les parts de marché et spectres de prestations mettent en exergue les différentes priorités par type d'hôpital. Dans les cliniques de réadaptation, la plupart des sorties reviennent à la réadaptation musculo-squelettique, suivie par la réadaptation neurologique. Dans les hôpitaux universitaires, centres hospitaliers, hôpitaux de soins généraux, ainsi que cliniques gériatriques, les patients admis en gériatrie représentent la majorité des prestations délivrées. Dans les autres cliniques spécialisées, ce sont en particulier les cas dans les domaines de prestations de la réadaptation pulmonaire et cardiovasculaire, la réadaptation neurologique et les autres réadaptations qui s'avèrent surreprésentés. Cependant, 64% des fournisseurs de prestations présentent des patients admis dans sept domaines de prestations ou davantage. A l'échelle individuelle, une tendance contraire à la spécialisation est observée au niveau des hôpitaux universitaires, centres hospitaliers, hôpitaux de soins généraux, ainsi que cliniques gériatriques. Il en va de même du IHH qui révèle une tendance générale à la dispersion croissante des sorties, par-delà différents domaines de prestations. A l'exception de la gériatrie, l'IHH relève une déconcentration entre 2012 et 2014 pour tous les domaines de prestations. Elle résulte soit d'une hausse du nombre de fournisseurs de prestations soit d'un transfert des parts de marché au profit de fournisseurs avec des parts de marché inférieures.

Psychiatrie

Le nombre d'institutions de la psychiatrie stationnaire est resté dans l'ensemble stable entre 2010 et 2012. La proportion relative de cas dans les cliniques psychiatriques a augmenté durant cette même période de 73.7% à 77%, tandis que la proportion relative de patients traités dans les hôpitaux universitaires présente une tendance à la baisse dans une mesure comparable. De l'état des lieux, il ne ressort ni une spécialisation des fournisseurs de prestations ni une concentration au sein de domaines de prestations spécifiques.

Limites de l'état des lieux et implications pour les futurs travaux d'évaluation

Un objectif prioritaire de l'état des lieux consistait à illustrer les limites des bases de données existantes et les défis qui y sont liés. Dans ce contexte, les aspects spécifiques suivants sont à relever:

Dans l'ensemble, les tendances observées relèvent davantage de changements continus que d'évolutions soudaines. Par conséquent, les déclarations au sujet de la causalité entre la révision de la LAMal et les tendances observées ne sont pas possibles à l'heure actuelle. Sur la base de la Statistique médicale, il est en principe possible de retracer les évolutions au sein du paysage hospitalier à partir de 2010. Les évaluations s'appliquant aux domaines et groupes de prestations ne sont possibles qu'à partir de 2012. Il est donc difficile de faire une déclaration au sujet de la causalité entre la révision de la LAMal et les tendances observées.

En raison de la pratique de relevé de la Statistique des hôpitaux et de la Statistique médicale, il est difficile de clairement distinguer les effets au niveau des entités juridiques et des sites géographiques. Sans les variables du site, il n'est par ailleurs pas possible d'évaluer les implications géographiques d'éventuels processus de concentration. Les évolutions au niveau de fournisseurs de prestations individuels – dont font partie les éventuelles tendances à la spécialisation – ne sont retraçables que de manière restreinte à l'aide de la Statistique médicale et ce, malgré une interconnexion des sets de données par-delà les années. Une interconnexion à l'aide du numéro REE est certes possible pour plus de 80% des institutions. Toutefois, il convient de partir du principe que certaines institutions ayant connu des changements structurels puissent être exclues de l'analyse. La raison réside dans le fait que les changements structurels vont souvent de pair avec l'attribution d'un nouveau numéro REE.

Une analyse des parts de marché des hôpitaux privés et publics et de leur évolution suite à la révision de la LAMal n'est pas possible sur la seule base de la Statistique médicale. Il en va de

même en cas d'interconnexion avec les données de la Statistique des hôpitaux, puisque la variable relative au *statut économique-légal* ne fait plus partie de la Statistique des hôpitaux. En effet, les éléments nécessaires à l'identification du *statut économique-légal* (subventions resp. garanties financières par l'Etat) sont obsolètes suite à la nouvelle réglementation du financement induite par la révision de la LAMal.

Dans l'état des lieux, l'IHH fait office de valeur indicative par rapport à la spécialisation de fournisseurs de prestations. L'IHH s'est imposé puisqu'il permet d'analyser à la fois les tendances à la spécialisation à l'échelle individuelle et les tendances à la concentration au niveau des domaines et groupes de prestations. Un désavantage de l'IHH réside dans le fait que l'évolution de la composition du collectif de patients national n'est pas prise en compte. Par composition du collectif de patients national, on entend la répartition relative de toutes les sorties de patients sur les domaines de prestations et leur évolution. En raison de cette circonstance, il est difficile d'interpréter les changements sur la durée. Face à ce constat, il est recommandé de remplacer l'IHH par l'Information Theory Index (ITI) pour les futurs travaux d'évaluation, ce dernier tenant compte des changements dans la composition du collectif de patients national.

Pour ce qui est des limites de l'état des lieux, il y a lieu de citer les questions qui n'ont pas pu être traitées dans le cadre de la présente étude de concept:

- Comment s'organise et évolue la collaboration entre les hôpitaux, au sein des cantons et par-delà les frontières cantonales?
- Comment s'organise et évolue la collaboration au sein des soins psychiatriques entre les hôpitaux et les institutions de suivi pré- et post-traitement (ambulatoire, stationnaire p.ex. soins de longue durée)?
- Les hôpitaux se préparent-ils à l'introduction de forfaits liés aux prestations en psychiatrie et réadaptation? Quels sont les potentielles répercussions des forfaits liés aux prestations sur la future offre stationnaire et ambulatoire et le paysage hospitalier dans le domaine de la psychiatrie?

Il n'est pas possible de répondre à ces questions à l'aide des données de routine disponibles. Le concept relatif aux futurs travaux d'évaluation prévoit à cet effet la réalisation d'une enquête en ligne auprès des hôpitaux et cliniques.

Concept pour les futurs travaux d'évaluation

Le concept pour les futurs travaux d'évaluation dans le domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“ est par principe formulée sous forme de modules indépendants. Le tableau ci-après fournit un aperçu des différents modules, dont une priorisation par le groupe d'accompagnement, ainsi que l'estimation budgétaire de sa réalisation.

Module	Début	Priorisation	Budget
	Trim./an	% des points	CHF
Module 1: Analyse des changements au sein du paysage hospitalier (variante 2)	T4/2016	27%	105'000-115'000
Module 2: Enquête auprès des cantons	T4/2016	24%	80'000-90'000
Module 3: Enquête en ligne auprès des hôpitaux et cliniques	T4/2016	9%	50'000-60'000
Module 4: Mise à jour de l'étude relative aux conditions-cadres	T4/2016	12%	---
Module 5: Analyse des flux de patients intercantonaux (variante 2)	T1/2018	16%	40'000-50'000
Module 6: Analyse de l'accessibilité aux soins stationnaires	T1/2018	11%	50'000-70'000
Module 7: Synthèse	T3/2018	---	15'000-25'000

Module 1: Analyse des changements au sein du paysage hospitalier

Le module 1 comprend l'analyse des changements au sein du paysage hospitalier à l'aide des indicateurs résultant de l'état des lieux (nombre de fournisseurs de prestations, éventails de prestations, parts de marché, spécialisation, concentration). Les sets de données de la Statistique médicale pour la période 2010 à 2016 constituent à ce titre la base de données centrale. Afin de permettre une distinction entre les hôpitaux privés et publics, les données sont interconnectées avec celles de la Statistique des hôpitaux. A des fins d'analyse au niveau du site hospitalier, les variables adéquates de la Statistique médicale sont requises. Afin de pouvoir retracer les changements dans le paysage hospitalier, une historisation est en outre prévue au niveau des entités juridiques et sites géographiques. Pour le module 1, deux variantes sont formulées, dans la variante 1 les évaluations se limitent aux soins stationnaires aigus, la variante 2 englobe tous les domaines de soins stationnaires.

Module 2: Enquête auprès des cantons

Sur la base de l'analyse des documents de planification cantonaux réalisée dans le cadre de l'état des lieux, l'étude de concept pour les futurs travaux d'évaluation prévoit une enquête écrite auprès des cantons. L'objectif de cette enquête est d'une part de valider et d'actualiser les résultats de l'état des lieux et d'autre part de relever systématiquement auprès des cantons les contenus qualitatifs traités dans l'état des lieux. Finalement, des aspects supplémentaires doivent également être relevés au cours de l'enquête, ces derniers n'ayant pas pu être traités dans l'état des lieux sur la base des documents de planification. Il s'agit des thèmes suivants:

- Pertinence des critères de sélection lors de l'élaboration et de la révision de la liste hospitalière
- Monitoring des critères de planification pertinents: monitoring des coûts et de la qualité ainsi que de la conformité des exigences qualitatives (spécifiques à des groupes de prestations) ou autres exigences, y.c. respect de l'obligation d'admission
- Révision de la planification: périodicité et ampleur de la révision
- Motifs de prise en compte d'hôpitaux extra-cantonaux
- Intégration des interfaces avec les soins ambulatoires resp. domaines en amont et en aval dans le processus de planification, y.c. les effets observés de la révision sur l'offre des soins ambulatoires au sein du canton
- Conditions-cadres explicites et implicites pour la conclusion de conventions entre les hôpitaux répertoriés et les assureurs-maladies relatives au remboursement des prestations de l'AOS en dehors du mandat de prestations conformément à la liste hospitalière

Module 3: Enquête en ligne auprès des hôpitaux et cliniques

En complément au module 1, la présente étude de concept prévoit une enquête en ligne auprès des hôpitaux et cliniques, tous domaines de soins confondus. L'enquête en ligne permet d'analyser des aspects impossibles à traiter dans le cadre de l'étude des données statistiques de routine. Par ailleurs, cette perspective supplémentaire permet une meilleure analyse de la causalité entre la révision et les éventuelles tendances à la spécialisation et à la concentration. Au premier plan du module 3, figurent des questions relatives aux potentielles tendances à la spécialisation au sein des hôpitaux, aux formes et domaines de collaboration entre les fournisseurs de prestations ainsi qu'à leur rapport avec la révision de la LAMal.

Module 4: Mise à jour de l'étude relative aux conditions-cadres

Quant à la question prioritaire de savoir dans quelle mesure les conditions-cadres évoluent à l'interface entre la concurrence et le pilotage cantonal pour les hôpitaux suite à la révision (Q2), cette étude de concept renvoie à l'étude „Les soins hospitaliers à l'interface de la politique hospitalière cantonale“ (Polynomics 2013). Un indice de régulation permet d'opérationnaliser de nombreux aspects pertinents du *niveau de concurrence*. Ces derniers décrivent l'organisation cantonale des conditions-cadres en rapport avec le rôle multiple du canton qui œuvre comme planificateur hospitalier, acquéreur de prestations, approuvateur de tarifs et exploitant d'hôpitaux. En

prévision des futurs travaux d'évaluation dans le domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“, cette étude de concept prévoit une réplique de l'indice de régulation avec des données actuelles.

Module 5: Analyse des flux de patients intercantonaux

Au sujet des questions relatives à l'évolution des flux de patients intercantonaux, cette étude de concept s'est référée à l'étude de Huber (2015) qui englobe une analyse exhaustive des flux de patients intercantonaux au sein de la médecine somatique aiguë. Dans le contexte du domaine thématique „Paysage hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins“, une sélection d'indicateurs (flux sortant, market share index) de l'étude précitée suffisent. Pour le module 5, des variantes ont néanmoins été formulées. La variante 1 prévoit uniquement l'analyse des indicateurs clés pour les domaines de soins stationnaires, tandis que la variante 2 comprend une réplique exhaustive de l'étude originale portant sur tous les domaines de soins stationnaires. A l'aide du set de données supplémentaires de la psychiatrie, la variante 2 prévoit en sus l'analyse des flux de patients entre les offres de suivi pré- et post-traitement au sein des soins psychiatriques.

Module 6: Analyse de l'accessibilité aux soins stationnaires

L'état des lieux ne traite pas la question prioritaire des effets de la révision sur la garantie de l'approvisionnement en soins. En prévision des éventuels changements de la révision sur la garantie de l'approvisionnement en soins, trois hypothèses peuvent être retenues:

- 1) La mutation du paysage hospitalier entraîne d'une part un changement des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire. P.ex. une baisse des coûts devrait résulter d'un épurement du paysage hospitalier;
- 2) De surcroît, la mutation du paysage hospitalier en matière de spécialisation des hôpitaux engendre une mutation de la qualité des prestations hospitalières;
- 3) La mutation du paysage hospitalier entraîne également un changement de l'accès aux prestations stationnaires, à la fois géographique (en lien avec la proximité d'un hôpital resp. accessibilité) et médical (au sens d'une qualité des soins).

Dans les deux premières hypothèses, les éventuelles tendances à la concentration ou à la spécialisation sont considérées comme des facteurs explicatifs de l'évolution des coûts et de la qualité. L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier comprend spécialement un domaine thématique qui traite des coûts et du financement des hôpitaux et un qui traite de la qualité des soins médicaux. Par conséquent, il convient de vérifier au sein des domaines thématiques respectifs dans quelle mesure les mutations du paysage hospitalier observées doivent être prises en compte comme facteurs explicatifs dans les études prévues. La troisième hypothèse se réfère à l'accès aux soins médicaux. Il s'agit d'une part d'une accessibilité géographique et d'une éventuelle restriction de l'accès aux soins médicaux en raison de la concentration des offres. D'autre part, l'hypothèse 3 met en exergue les éventuels effets d'une mutation du paysage hospitalier sur la qualité des soins, à savoir l'accès à des prestations de soins spécifiques dans un contexte d'éventuelles tendances à la concentration et à la spécialisation, (disponibilité régionale d'offres au sein de groupes de prestations spécifiques). Afin d'étudier cette hypothèse, une analyse d'accessibilité relative à la disponibilité régionale d'offres de soins spécifiques est ébauchée dans le module 6. Pour ce faire, l'accessibilité d'offres de soins est opérationnalisée à l'aide du temps de parcours moyen jusqu'à l'hôpital le plus proche. Afin de tenir compte de la dimension qualitative, il est à la fois possible de distinguer plusieurs types d'hôpitaux ou d'entreprendre des évaluations spécifiques pour une sélection de groupes de prestations.

Module 7: Synthèse

Le module 7 décrit la synthèse des modules détaillés ci-dessus, ainsi que l'intégration des recherches parallèles de tiers en prévision des questions prioritaires de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Idéalement, la synthèse est réalisée dans le contexte global de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et

en coordination avec les travaux d'évaluation au sein des autres domaines thématiques (coûts et financement, qualité et comportement des hôpitaux).