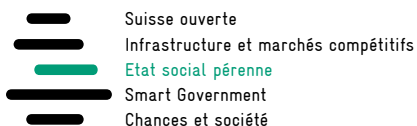


avenir débat

Une politique hospitalière saine

Plus de transparence, plus de souveraineté du patient, moins de cantonalisme
Jérôme Cosandey, Noémie Roten, Samuel Rutz



Remerciements

Les auteurs remercient Romain Boichat et Harry Telser, ainsi que les membres de la Commission de programme d'Avenir Suisse, le professeur Giorgio Behr et le professeur Jean-Pierre Roth, pour la relecture externe. Nous tenons également à remercier les 38 personnes interviewées – directeurs d'hôpitaux publics et privés, représentants des assureurs-maladie et fournisseurs de prestations, économistes de la santé et conseillers d'Etat – qui ont apporté une contribution précieuse aux analyses et aux propositions de la présente étude. La responsabilité du contenu incombe seule aux auteurs, ainsi qu'à Peter Grünfelder, directeur d'Avenir Suisse.

Auteurs	Jérôme Cosandey, www.avenir-suisse.ch/fr/team/jerome-cosandey-2/ Noémie Roten, www.avenir-suisse.ch/fr/team/noemie-roten/ Samuel Rutz, www.avenir-suisse.ch/fr/team/rutz-samuel-2/
Lectorat interne	Nicole Pomezny, www.avenir-suisse.ch/fr/team/nicole-pomezny-2/ Jérôme Cosandey, www.avenir-suisse.ch/fr/team/jerome-cosandey-2/ Noémie Roten, www.avenir-suisse.ch/fr/team/noemie-roten/
Traduction	Anne Payot, www.annepayot.ch Gian Pozzy
Editeur	Avenir Suisse, www.avenir-suisse.ch
Conception	Rahel Hediger, www.avenir-suisse.ch/fr/team/rahel-hediger-3/
Impression	Staffel Medien AG, www.staffelmedien.ch

© février 2018 Avenir Suisse, Zurich (Edition mise à jour, mars 2018)

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur. Avenir Suisse étant intéressé à la diffusion des idées présentées ici, l'utilisation par des tiers des conclusions, des données et des graphiques de cette œuvre est expressément souhaitée à condition que la source soit indiquée de façon précise et bien visible et que les dispositions légales en matière de droits d'auteur soient respectées.

Commander assistent@avenir-suisse.ch, Tel. 044 445 90 00
Télécharger www.avenir-suisse.ch/fr/publication/une-politique-hospitaliere-saine/

Préface

La population a de hautes exigences envers le système de santé helvétique. Les ménages dépensent ainsi beaucoup pour leur santé, soit de leur propre poche, soit par le biais des impôts et des primes d'assurance-maladie. Face à l'importante augmentation des dépenses observée ces dernières années, la question de savoir si une adaptation des structures et des mécanismes de la concurrence permettrait d'endiguer la hausse des coûts gagne en pertinence. En 2015, les dépenses annuelles pour le système de santé suisse s'élevaient à 78 milliards de francs, presque 800 francs par tête et par mois. Quelque 35% de ce montant incombaient aux hôpitaux. Ces derniers constituent ainsi de loin le plus grand poste de dépenses du système de santé. Or, les processus de financement et la qualité des hôpitaux suisses – 188 hôpitaux et cliniques de soins aigus, dont bon nombre en main publique – restent peu transparents pour la grande majorité de la population.

Le Nouveau financement hospitalier introduit en 2012 par le législateur fédéral visait une concurrence accrue par le biais de forfaits par cas et du libre choix de l'hôpital. Il est réjouissant de constater que la qualité des prestations a été maintenue – voire même légèrement augmentée – sous ce nouveau régime. En revanche, la stabilisation durable des coûts tant espérée ne s'est pas produite. C'est pourquoi, cinq ans après son introduction, le Nouveau financement hospitalier et ses effets sont soumis à un diagnostic critique dans cette étude. L'objectif est d'amener de la transparence, de dénoncer des incitations erronées dans le système et de proposer des thérapies concrètes pour améliorer notablement le rapport qualité/prix des prestations. Nous en profitons tous : en tant que contribuables, en tant que payeurs de primes et, surtout, en tant que patients.

Cette publication se focalise délibérément sur les effets du Nouveau financement hospitalier liés à la concurrence qui ne se sont pas produits, du moins pas dans la mesure escomptée. Le système hospitalier fait aujourd'hui l'objet de vastes débats publics. L'EFAS (financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires), l'introduction de nouvelles formes de forfaits (Zero-Night-DRG) ou le transfert forcé des prestations stationnaires vers les services hospitaliers ambulatoires sont des exemples de thématiques qui s'inscrivent dans ces débats. Ces dernières sont certes importantes, mais elles n'affectent que peu la concurrence entre les fournisseurs de prestations. Fondamentalement, tous les hôpitaux en sont concernés dans la même mesure.

L'accent de cette publication est surtout mis sur le rôle des cantons dans l'agencement du paysage hospitalier helvétique. Dans un système de fédéralisme compétitif, les Etats membres assument un rôle décisif. Mais la question demeure : la mise en œuvre du Nouveau financement hospitalier par les cantons laisse-t-elle suffisamment jouer la concurrence

voulue au niveau fédéral ? Le libre choix de l'hôpital inscrit dans la loi stimule-t-il suffisamment les flux des patients au-delà des frontières cantonales ? Les hôpitaux – publics ou privés – se font-ils concurrence dans tout le pays pour attirer les patientes et patients ou certaines politiques cantonales octroient-elles encore à certains un traitement de faveur ? Ce sont ces questions parmi d'autres qu'explorent les chercheurs d'Avenir Suisse Jérôme Cosandey, Noémie Roten et Samuel Rutz.

Après le 7^e Monitoring des cantons sur le thème des soins aux personnes âgées (Cosandey 2016), ce papier stratégique est une nouvelle contribution d'Avenir Suisse visant à apporter des solutions concrètes aux défis dans le secteur de la santé. Les propositions de thérapie comportent des mesures pouvant être mises en œuvre à court terme sans adaptations législatives, ainsi que des modifications plus conséquentes redéfinissant le rôle des cantons, des assureurs et d'organisations nationales. Ces thérapies fixent des objectifs audacieux et définissent également des étapes intermédiaires pour garantir une concurrence saine dans le système hospitalier. Il s'agit d'un plaidoyer pour surmonter les obstacles que la politique a elle-même érigé dans le domaine des infrastructures hospitalières cantonales et qui empêchent aujourd'hui que la concurrence puisse pleinement déployer des effets positifs durables.

Peter Grünenfelder, directeur d'Avenir Suisse

Sommaire

Préface	_3
Executive Summary	_7
1 _ Anamnèse: les coûts hospitaliers ne cessent d'augmenter	_9
1.1 _ Pas d'amélioration en vue	9
1.2 _ Un phénomène international	11
1.3 _ Des réformes nécessaires – structure de la publication	13
2 _ Concurrence dans le secteur hospitalier	_14
2.1 _ Spécificités des marchés hospitaliers	14
2.2 _ Expériences internationales en matière de concurrence hospitalière	17
2.3 _ Nouveau financement hospitalier depuis 2012	20
3 _ Diagnostic: stabilisation, oui mais...	_24
3.1 _ Frein à la croissance des dépenses	24
3.2 _ Légère amélioration de la qualité	28
3.3 _ Listes hospitalières et subventions avec effets secondaires	30
3.4 _ Restriction du libre choix de l'hôpital	31
4 _ Trois thérapies pour le secteur hospitalier	_36
4.1 _ Dosage ciblé des subventions	37
4.2 _ Réanimation de la concurrence par les patients	42
4.3 _ Transplantation de compétences cantonales	46
5 _ Plus de mobilité pour les hôpitaux publics	_52
5.1 _ Stricte gouvernance d'entreprise	52
5.2 _ La forme juridique adéquate	53
5.3 _ Autonomisation échelonnée	53
Bibliographie	56
Index des abréviations	59
Annexe	60

Executive Summary

Dans le cadre du Nouveau financement hospitalier, deux éléments de concurrence importants ont été introduits en 2012: les forfaits par cas et le libre choix de l'hôpital dans tout le pays. Cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi, le bilan s'avère cependant mitigé. La tendance déjà observée à améliorer la qualité des prestations dans les hôpitaux s'est certes poursuivie et l'on constate une légère augmentation des flux de patients vers d'autres cantons. Dans l'ensemble, la stimulation de la concurrence espérée et la spécialisation des divers hôpitaux sur un nombre réduit de groupes de prestations, de même qu'une stabilisation durable des coûts dans le secteur hospitalier sont toutefois restés à la traîne. Les raisons en sont multiples.

Les politiques régionalistes des cantons freinent la concurrence

D'une part, le rôle multiple des cantons en tant que commanditaire de prestations, financeur, responsable de la surveillance et fournisseur de prestations hospitalières engendre toute sorte de conflits d'intérêts. Les cantons peuvent protéger leurs hôpitaux de la concurrence en fixant des critères d'admission restrictifs sur les listes hospitalières cantonales à l'intérieur du canton, mais aussi au-delà des frontières cantonales. Bon nombre de cantons recourent également de manière peu transparente à l'instrument des prestations d'intérêt général pour verser à leurs propres hôpitaux des subventions cachées. La pression financière induite par la concurrence («Yardstick Competition») recherchée avec l'introduction des forfaits par cas est ainsi contournée. D'autre part, les règles de financement restent complexes et les différences qualitatives entre les hôpitaux difficiles à saisir pour le citoyen. En dépit du nombre croissant de sites web de comparaison, la concurrence souhaitée n'est pas encore véritablement stimulée par les patients.

Le rôle multiple des cantons engendre toute sorte de conflits d'intérêts.

Relance de la concurrence à l'aide de trois thérapies

Premièrement, la concurrence au niveau des coûts entre les fournisseurs de prestations, à l'intérieur comme à l'extérieur du canton, doit être organisée de manière plus loyale et efficace. Dans cette optique, il faut rendre le processus d'attribution des prestations d'intérêt général plus transparent; en soumettant par exemple cette dernière à l'aval explicite du Parlement cantonal ou à un appel d'offres. Deuxièmement, grâce à de nouveaux modèles d'assurance, patients et médecins devraient être mieux sensibilisés aux différences de qualité et de coûts entre les fournisseurs de prestations. Le patient qui, à qualité égale, se fait traiter dans un hôpital meilleur marché devrait pouvoir en retirer un bénéfice financier. Les hôpitaux chers seraient ainsi contraints de travailler plus efficacement et d'aligner leur rapport qualité/prix à celui de la concurrence.

Troisièmement, l'introduction de critères de qualité uniformément valables dans toute la Suisse pour l'exploitation d'hôpitaux, en lieu et place des listes hospitalières cantonales, devrait contrer l'étroit cantonalisme si répandu et stimuler la concurrence et la mobilité du patient au-delà des frontières cantonales.

Flexibilité entrepreneuriale et saine gouvernance d'entreprise

Si les cantons perdent la possibilité de protéger leurs hôpitaux de la concurrence et si cette dernière se renforce grâce à une transparence accrue et à la prise de conscience des coûts par le patient, une autonomisation et, en fin de compte, une privatisation des hôpitaux publics s'imposent. Ces derniers ont besoin de plus de flexibilité pour pouvoir survivre dans un contexte toujours plus compétitif. Dans ce cas, l'autonomisation signifie avant tout la création de structures de gouvernance d'entreprise saines, assurant l'indépendance politique des organes de surveillance et de la direction. Le choix de la forme juridique peut contribuer à l'autonomisation, mais il n'est pas décisif pour éviter les conflits d'intérêts. Enfin, les hôpitaux doivent pouvoir disposer librement de leurs biens immobiliers et définir eux-mêmes leurs sites de fonctionnement.

Nouvelle répartition des rôles entre Confédération et cantons

En supprimant les distorsions de concurrence, en dépolitisant les directions des hôpitaux et en désenchevêtrant les tâches cantonales, la répartition des rôles entre Confédération, cantons et fournisseurs de prestations est redéfinie avec davantage de clarté:

- **Fixation des conditions-cadre de politique de la santé par la Confédération:** la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) définit les prestations sanitaires que les hôpitaux doivent fournir, désormais y compris les exigences de qualité, et règle leur financement.
- **Garantie de l'efficacité par la concurrence:** la spécialisation indispensable, notamment en matière de médecine spécialisée, et le besoin de coopération qui en résulte sont avant tout stimulés par la concurrence entre les fournisseurs de prestations.
- **Correction des défaillances de marché régionales par les cantons:** si le marché ne produit pas localement les prestations souhaitées, les cantons peuvent répondre de façon subsidiaire aux besoins régionaux par l'octroi de prestations d'intérêt général (PIG). Leur octroi doit être organisé de manière transparente et être soumis à des appels d'offres. Les PIG sont financées par les ressources fiscales du canton.

La répartition des rôles entre Confédération, cantons et fournisseurs de prestations doit être redéfinie.

1_ Anamnèse: les coûts hospitaliers ne cessent d'augmenter

«Si les promesses de l’Au-delà ne sont plus d’actualité, l’Ici-bas doit d’autant plus être savouré. Si la santé est ainsi notre religion, alors les hôpitaux sont nos cathédrales. Et comme il en va des cathédrales, ils sont chers.» Hudec (2016)

La nouvelle fait la une année après année: «Les coûts de la santé ne cessent d’augmenter.» A juste titre, la notion d’«explosion des coûts» est ainsi généralement associée au secteur de la santé. C’est un fait: les coûts de la santé, dans leur ensemble et en particulier dans le domaine hospitalier, augmentent depuis des années en Suisse, ainsi que dans d’autres pays occidentaux, et atteignent désormais un niveau record.

1.1_ Pas d’amélioration en vue

Depuis les années 1960, les coûts de la santé en Suisse ont été multipliés par un facteur 40, passant de près de 2 milliards de francs en 1960 à 77,7 milliards en 2015 (figure 1, échelle de droite). Ainsi, les dépenses de santé ont représenté un total de 213 millions en moyenne par jour en 2015, soit pas moins de 782 francs par mois et par habitant (OFS 2017a). Une fin à cette explosion des coûts n’est pas en vue. Köthenbürger et Sandqvist (2016) estiment que les coûts de la santé continueront de croître de 3 à 4% par an, de sorte que l’on devrait atteindre un montant de près de 82 milliards de francs en 2018.

En 2015, les dépenses de santé s’élevaient à 782 francs par mois et par habitant en Suisse.

Ces chiffres ne tiennent pas compte des coûts indirects, tels que les pertes de productivité ou les absences au travail des personnes concernées et des proches aidants suite à une maladie. Selon les estimations, ces charges sont deux fois plus élevées que les dépenses de santé directes (Telser et al. 2011). Rien que pour sept maladies non transmissibles sélectionnées, les coûts indirects ont été chiffrés à quelque 40 milliards de francs pour l’année 2011 (Wieser et al. 2014).

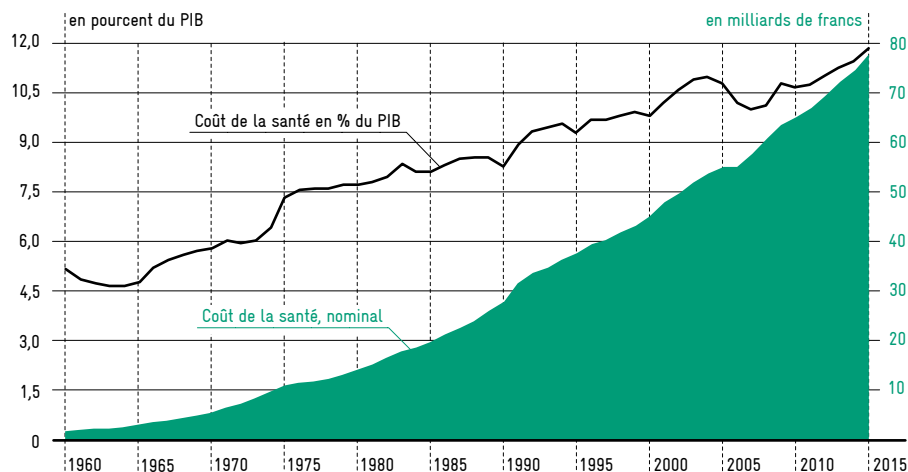
Les coûts de la santé augmentent plus vite que le PIB...

En moyenne, les coûts de la santé en Suisse augmentent plus vite que le produit intérieur brut (PIB). Si la part des dépenses de santé au PIB était encore inférieure à 5% dans les années 1960, elle s’établit aujourd’hui à 11,9% (figure 1, échelle de gauche). Depuis l’entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal) en 1996, les coûts de la santé ont grimpé de quelque 96%, tandis que le PIB a augmenté de 60% «seulement». A pouvoir d’achat équivalent, la Suisse s’offre actuellement le deuxième système de santé le plus cher au monde, juste derrière les Etats-Unis (cf. figure 3).

Figure 1

Les dépenses de santé augmentent sans cesse depuis 50 ans

En Suisse, les dépenses de santé ont été multipliées par un facteur 40 au cours des cinquante dernières années: de tout juste 2 milliards de francs en 1960 à près de 78 milliards en 2015 (échelle de droite). Rapportée au produit intérieur brut (PIB), la part des dépenses de santé a augmenté durant la période considérée de quelque 5% à près de 12% (échelle de gauche).



Source: OFS 2017a

...et pèsent de plus en plus lourd dans les budgets publics

Selon l'Administration fédérale des finances (AFF 2017), les dépenses de santé aux niveaux fédéral, cantonal et communal affectent une part croissante des dépenses publiques. C'est ainsi que les dépenses de santé publiques ont augmenté entre 1996 à 2015 de 119 %, pour se placer à 14 milliards de francs, tandis que l'ensemble des dépenses publiques n'a augmenté «que» de 60 %. A ces dépenses de santé au sens strict, il faut encore ajouter quelques 8 milliards de francs des assurances sociales pour leurs prestations relevant de la santé, par exemple l'allocation pour impotent de l'AVS, l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et les prestations complémentaires en EMS (OFS 2017a).

Les hôpitaux forment le plus grand bloc de coûts

Avec des coûts de quelque 27 milliards de francs, les hôpitaux ont engendré plus d'un tiers (35 %) des coûts globaux de santé en 2015 (cf. figure 2, colonne de gauche). Leurs coûts dépassent ainsi clairement ceux des autres fournisseurs de prestations: les dépenses dans le domaine ambulatoire s'élevaient à 24 milliards de francs, soit 31 % des dépenses de santé. Pour leur part, les institutions médico-sociales telles que les EMS (13 milliards de francs) représentaient 16 % de l'ensemble des dépenses de santé.

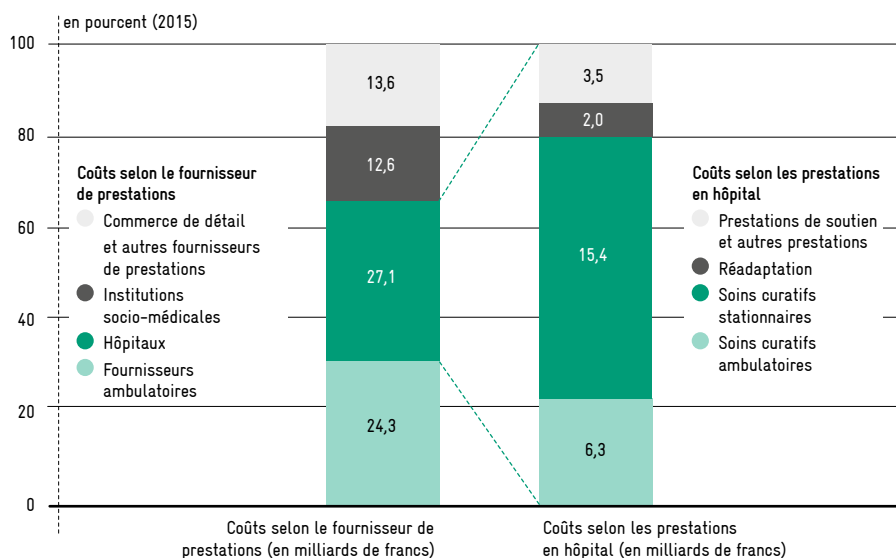
Un examen plus approfondi des coûts hospitaliers montre qu'en 2015, les soins curatifs stationnaires, soit les séjours hospitaliers d'au moins 24 heures, sont à l'origine de plus de la moitié des coûts hospitaliers, soit 15,4 milliards de francs (cf. figure 2, colonne de droite). Les coûts des soins curatifs

Les hôpitaux engendrent plus d'un tiers des coûts globaux de la santé.

Figure 2

Des dépenses de 15 milliards de francs pour les soins curatifs stationnaires en 2015

En 2015, les hôpitaux ont été à l'origine de 35% des coûts de la santé en Suisse avec un montant de 27 milliards de francs. Plus de la moitié des coûts hospitaliers (15 milliards de francs) revient aux soins curatifs stationnaires.



Source: OFS 2017a

ambulatoires, soit des séjours hospitaliers de moins de 24 heures, représentaient en revanche 6,3 milliards de francs en 2015. Enfin ceux des séjours en cliniques de réadaptation s'élevaient à 2 milliards de francs.

Les coûts des soins stationnaires hospitaliers peuvent encore être subdivisés : sur les 15,4 milliards de francs, 88 % concernaient des institutions de soins somatiques aigus (ci-après : «hôpitaux de soins aigus») et des maisons de naissance ainsi que 12 % des institutions psychiatriques stationnaires.¹ Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), on dénombrait 288 hôpitaux et cliniques en 2015, dont 188 hôpitaux de soins aigus et maisons de naissance (OFSP 2017a; voir aussi la figure A, page 35).

1.2_ Un phénomène international

La Suisse n'est pas la seule à lutter contre des coûts de santé élevés. Dans des pays tels que la Suède, la France et l'Allemagne, la part des dépenses de santé au PIB s'élevait à 11 % et plus en 2015, et même à près de 17 % aux Etats-Unis (cf. figure 3). Pour ce qui est de la part des hôpitaux aux coûts de

1 De manière générale, la notion d'«hôpital de soins aigus» décrit une structure de soins stationnaires pour l'examen de maux somatiques aigus, le traitement et les soins aux patients. En revanche, les cliniques de psychiatrie, réadaptation et autres cliniques spécialisées ne font pas partie des établissements de soins aigus.

la santé, le tableau est similaire : dans la plupart des pays de l'OCDE, un peu plus d'un tiers des coûts de la santé concerne le secteur hospitalier (cf. OCDE 2017).

Rationner les prestations de santé n'est pas une solution

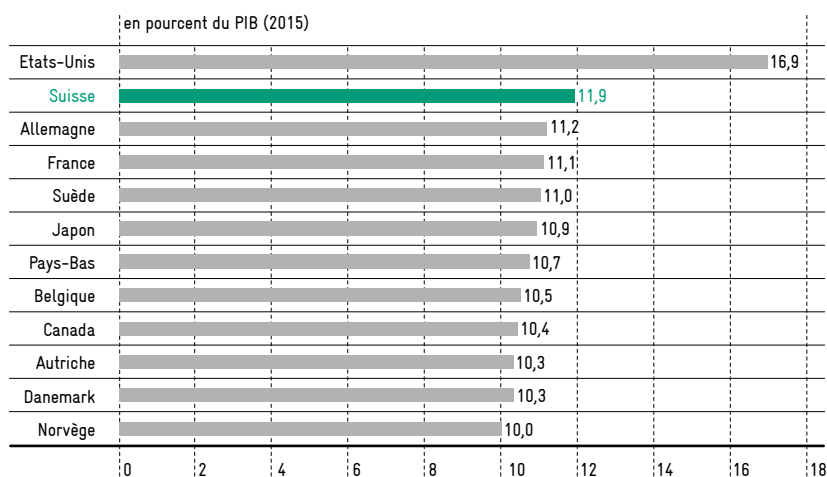
Rien d'étonnant à ce que, depuis des décennies, la question de la maîtrise de la hausse des coûts de la santé, surtout dans le secteur hospitalier, soit au centre de l'attention. Au fil des ans, l'approche politique a toutefois fondamentalement changé (Gaynor 2012) : dans les années 1970 et 1980, on a surtout cherché à contenir les coûts au travers de plus de réglementation. Les remèdes privilégiés correspondaient entre autres à des baisses de prix édictées par l'Etat aux fournisseurs de prestations et au rationnement de l'accès aux technologies nouvelles, coûteuses.

Mais les effets de telles mesures sur les coûts ne se sont pas avérés durables. Pour maîtriser la croissance des coûts, il aurait sans cesse fallu serrer davantage la vis de la réglementation et du rationnement, ce qui devenait de moins en moins politiquement acceptable. C'est pourquoi bien des pays, notamment la Grande-Bretagne, la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suède, ont commencé dès les années 1990 à introduire des éléments de concurrence dans le secteur hospitalier.

Les effets des mesures de rationnement sur les coûts de la santé ne sont pas durables.

Figure 3
12 pays de l'OCDE dépensent plus de 10 % du PIB pour la santé

Dans bien des pays de l'OCDE, les dépenses de santé atteignent désormais 10 % et plus du produit intérieur brut. Rapporté à son poids économique, la Suisse s'offre en 2015 le deuxième système de santé le plus cher du monde, derrière les Etats-Unis.



Source : OFS 2017a, OCDE 2017

1.3_ Des réformes nécessaires – structure de la publication

En Suisse aussi, des réformes misant sur des éléments de concurrence ont vu le jour dans le secteur hospitalier, dans l'espoir d'atténuer l'explosion des coûts. Le Nouveau financement hospitalier visait avant tout à augmenter l'efficacité et la qualité par la transparence dans le domaine des soins aigus, ainsi qu'à réduire les coûts des prestations somatiques aiguës.²

Mais au lieu de suivre cette voie de façon conséquente, on semble se rediriger en Suisse vers l'usage d'instruments de réglementation. En ce moment, le débat tourne surtout autour de l'introduction de budgets globaux pour la santé, tel que proposé par un groupe d'experts, donc autour d'une idée qui engendrerait une centralisation accrue des compétences – des cantons et des partenaires tarifaires vers la Confédération – et un rationnement des prestations (OFSP 2017b). Or pour augmenter la qualité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés, il ne faut pas moins, mais plus de concurrence. Et pour que cette dernière puisse fonctionner, il faut «dépolitiser» les décisions prises dans secteur de la santé.

Cette publication montre comment cette «dépolitisation» pourrait être réalisée et quelles réformes seraient nécessaires pour renforcer les atouts concurrentiels dans le secteur hospitalier.

La première partie se concentre sur les effets des éléments de concurrence introduits en 2012 dans le domaine des hôpitaux de soins aigus. A cette fin, le chapitre 2 montre quelles conditions doivent être remplies pour que la concurrence fonctionne dans le secteur hospitalier et pour permettre un meilleur rapport qualité/prix. En outre, les expériences étrangères en matière de concurrence sur le marché hospitalier y sont présentées et les principaux éléments du Nouveau financement hospitalier décrits. Le chapitre 3 dresse un bilan du Nouveau financement hospitalier à ce jour et montre comment le cantonalisme (nommé en allemand «Kantönlicheist») visant au maintien des structures hospitalières propres aux cantons constitue un obstacle à la concurrence.

Dans une seconde partie (à partir du chapitre 4), nous présentons de potentielles mesures et réformes – ayant des effets de plus en plus invasifs – qui pourraient relancer (davantage) la concurrence entre les hôpitaux. Finalement, la flexibilité et l'autonomie financière étant des conditions sine qua non pour survivre dans un système concurrentiel, le chapitre 5 énumère les conditions pour que les hôpitaux publics, en particulier, soient mieux à même d'affronter l'avenir.

Pour augmenter la qualité et l'efficacité des hôpitaux, il ne faut pas moins, mais plus de concurrence.

2 D'autres éléments de réforme sont prévus en 2018 avec l'introduction du financement forfaitaire lié aux prestations dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (TARPSY et ST Reha, OFSP 2015).

2_ Concurrence dans le secteur hospitalier

D'un point de vue individuel, la santé est un bien existentiel. Pour beaucoup, il va de soi que tout doit être mis en œuvre pour la préserver. Dans ce contexte, l'idée que les prestations médicales hospitalières doivent être soumises aux principes de l'économie peut créer un certain malaise.

Mais cela ne change rien au fait que, d'un point de vue sociétal, il faille trouver un équilibre entre les possibilités de la médecine et le moyen de les financer dans la qualité et l'équité. La concurrence et les mécanismes du marché dans le secteur hospitalier ne sont pas un but en soi, mais doivent contribuer à concilier ces exigences diverses. La concurrence doit surtout créer des incitations pour les hôpitaux à fournir des prestations de haute qualité avec un rapport coût/bénéfice sain.

2.1_ Spécificités des marchés hospitaliers

Hôpitaux et concurrence ne sont nullement des contraires inconciliables. Reste qu'en introduisant la concurrence dans le secteur hospitalier, il s'agit de tenir compte de quelques spécificités des marchés hospitaliers :

01_ Produits différenciés : les prestations hospitalières sont typiquement des produits différenciés. Les hôpitaux se distinguent par exemple de par leur localisation, mais aussi de par leur offre et la qualité de leurs prestations.

02_ Structures oligopolistiques : dans le secteur hospitalier, le nombre de fournisseurs de prestations est souvent relativement restreint et les marchés tendent de ce fait vers des structures oligopolistiques. Cela tient surtout aux barrières structurelles et réglementaires à l'entrée sur le marché qui existent dans le secteur hospitalier.

03_ Coûts de transaction : le secteur hospitalier se caractérise par des coûts de transaction élevés, qui se traduisent par exemple dans le fait que les prix résultent de négociations fastidieuses et coûteuses.

04_ Asymétries d'information : les marchés hospitaliers et le secteur de la santé en général sont caractérisés par des informations asymétriques. On entend par là que les informations entre le médecin, le financeur des prestations et le patient peuvent être réparties de façon très différenciée. Souvent, seul le médecin connaît l'état de santé réel du patient. Il existe également un grand fossé de connaissances entre le médecin et le patient en ce qui concerne la nécessité d'interventions et de thérapies, mais souvent aussi entre le médecin et le financeur des prestations.

05_ Produits de confiance : les prestations de santé sont des produits de confiance, car souvent, la qualité des prestations fournies n'est pas observable à posteriori ou uniquement de façon imprécise. Dans bien

Hôpitaux et concurrence ne sont nullement des contraires inconciliables.

des cas, le patient n'est pas en mesure de juger si une guérison relève d'une thérapie spécifique ou si elle est due à d'autres facteurs.

Les marchés hospitaliers sont particuliers, mais ne sont pas un cas spécial

Beaucoup des spécificités énumérées ne sont pas propres aux marchés hospitaliers et ne plaident pas fondamentalement contre l'introduction de concurrence entre les hôpitaux. D'ailleurs, dans le monde réel, les produits différenciés sont plutôt la règle que l'exception et bien des marchés sont caractérisés par un nombre limité d'acteurs et par de fortes barrières à l'entrée sur le marché. Les coûts de transaction, sous forme de coûts d'acquisition d'informations ou de négociation, sont eux aussi un phénomène très généralisé. Les asymétries d'information, enfin, n'existent de loin pas que sur les marchés hospitaliers.

Ces asymétries pourraient toutefois perturber le fonctionnement et l'efficacité des marchés. Dans le secteur de la santé, on est souvent confronté au problème suivant : l'écart d'information entre médecin et patient permet à ce dernier d'influencer le volume des prestations offertes. Autrement dit, le manque de connaissances du patient peut être exploité par le médecin pour fournir et facturer davantage de prestations que ce qui serait médicalement nécessaire. On parle alors de «demande induite par l'offre».

Il faut toutefois souligner que les asymétries d'information ne constituent pas un blanc-seing pour les interventions de l'Etat, car il est possible de les éliminer, ou du moins de les atténuer de diverses manières : un exemple typique est celui du vendeur de voitures d'occasion sérieux, qui propose une durée de garantie plus longue que ce qui est d'usage sur le marché et envoie ainsi un «signal de qualité» à ses clients. Un autre exemple est celui du label bio contrôlé de manière indépendante qui sert également à indiquer au consommateur que l'aliment acheté a bel et bien été produit selon des standards biologiques. Dans le secteur hospitalier, on travaille aussi avec des labels : ainsi le certificat «The Swiss Leading Hospitals» est un sceau de qualité que n'obtiennent que les hôpitaux qui satisfont certains standards.³ Par ailleurs, des intermédiaires tels que des courtiers permettent souvent de surmonter les asymétries d'information. Dans le secteur hospitalier, ce sont désormais surtout des sites web d'information et de comparaison qui assument cette tâche (cf. encadré 1).

Les asymétries d'information ne constituent pas un blanc-seing pour les interventions de l'Etat.

3 Cf. www.slh.ch (25.10.2017).

La transparence comme condition pour la concurrence sur le marché hospitalier

La transparence est une condition essentielle pour que la concurrence puisse jouer sur le marché hospitalier. Cela veut dire que la qualité des divers hôpitaux doit être mesurée le mieux possible et que les informations à ce sujet doivent être accessibles au public (patients, médecins traitants, assureurs, organisations de patients, collectivités publiques, etc.). C'est l'unique moyen d'assurer que les patients prennent des décisions fondées quant à l'hôpital où ils entendent être traités.

A l'ère numérique, les sites web d'information et de comparaison renforcent la transparence dans le secteur hospitalier. Depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier, divers sites ont vu le jour en Suisse, sur lesquels on trouve des informations sur le nombre de cas traités, la mortalité, les infections de plaies, les ré-opérations, les ré-hospitalisations, la satisfaction des patients, etc. pour les divers hôpitaux et types d'interventions. Alors que certains sites fournissent simplement ce genre d'informations par hôpital, d'autres permettent d'obtenir des classements des établissements. En outre, ces sites se différencient notablement par la prise en compte de divers indicateurs de qualité et par leur présentation, leur facilité d'utilisation, ainsi que la clarté et l'intelligibilité des résultats. Voici des exemples :

- Association indépendante Comparaison d'hôpitaux Suisse («quel-hopital.ch»)*
- Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques («ANQ.ch»)*
- Comparis («comparis.ch»)*
- CSS Qualicheck, comparaison des hôpitaux de soins aigus («css.ch»)*
- H+ Les Hôpitaux de Suisse («info-hopitaux.ch»)*
- Office fédéral de la santé publique («ofsp.admin.ch»)*
- SantéSuisse et Forum des consommateurs («hostofinder.ch/fr/»)*

Il tombe sous le sens que la valeur d'une comparaison entre les hôpitaux dépend largement de la qualité des données disponibles. Même si le secteur suisse de la santé ne s'est pas montré très enclin jusqu'ici à fournir des données, des progrès ont été réalisés ces dernières années dans le secteur stationnaire. Le fait qu'une certaine réserve s'impose dans l'interprétation des divers indicateurs de qualité – indépendamment de la spécialité et des méthodes d'analyse et de mesure – va donc de soi. Certains indicateurs de qualité pourraient en outre donner de mauvaises incitations à tel ou tel hôpital. La publication des taux de mortalité pourrait par exemple inciter les hôpitaux à transférer leurs patients mourant dans des établissements médico-sociaux pour enjoliver leurs statistiques.

Reste que, dans l'ensemble, la disponibilité de telles informations paraît déployer l'effet désiré : selon un sondage représentatif de Comparis.ch, 90% des Suisses se fient aux recommandations de leur médecin ou hôpital (Comparis.ch 2017). Mais plus de 60% d'entre eux cherchent toutefois des informations additionnelles pour choisir un hôpital. Les indicateurs de qualité publiés les plus souvent pris en considération sont les taux de complication ou d'infection. La transparence croissante dans le domaine hospitalier permet non seulement au patient de prendre des décisions fondées, mais sert aussi à ses «gatekeepers» (médecin traitant, assureur, organisation de patients, etc.). Enfin, cette transparence accrue sur les coûts et les prestations permet aux financeurs (cantons et caisses-maladie) de faire pression sur les hôpitaux qui s'avèrent au-dessous de la moyenne.

Les conditions d'une concurrence hospitalière fonctionnelle

Pour assurer la concurrence sur le marché hospitalier, diverses conditions doivent être remplies : d'une part, le nombre d'hôpitaux disponibles dans les régions doit être suffisamment important pour qu'il puisse y avoir concurrence. Dans notre pays qui compte au moins 188 établissements de soins aigus, cette condition devrait toujours être remplie dans la plupart des régions, même si l'un ou l'autre hôpital devait fermer ses portes. Par ailleurs, il faut qu'il y ait des incitations (financières) pour encourager les hôpitaux à prendre en charge davantage de patients.

D'autre part, les patients doivent pouvoir exercer un choix éclairé, c'est-à-dire avoir suffisamment d'informations pour prendre des décisions fondées. Cela implique que la qualité du fournisseur de prestations puisse – autant que possible – être mesurée et rendue transparente (cf. encadré 1). Il n'est toutefois pas nécessaire que le patient prenne sa décision seul. Le médecin traitant, l'assurance-maladie ou des organisations de patients peuvent le conseiller.

2.2_Expériences internationales en matière de concurrence hospitalière

En introduisant la concurrence dans le secteur hospitalier, il faut impérativement faire la distinction entre deux systèmes : avec ou sans prix administrés. Tandis qu'aux Etats-Unis principalement, la concurrence joue sur les prix dans certains secteurs hospitaliers, beaucoup de pays d'Europe ont introduit des forfaits par cas dans le domaine stationnaire comme dans l'ambulatoire ; autrement dit les prix sont administrés. Les forfaits par cas sont en général basés sur les DRG (Diagnosis related Groups). Un DRG représente un groupe de patients aux caractéristiques cliniques analogues et nécessitant des traitements comparables. Les DRG sont des systèmes de classification médico-économique des patients qui intègrent chaque patient dans un groupe de cas. Selon Hochuli et al. (2017), au moins 16 pays appliquent des forfaits par cas basés sur les DRG de nos jours. Et la Suisse le fait aussi depuis 2012.⁴ Comme on le voit sur la figure 4, ce système a été introduit plutôt tardivement dans notre pays en comparaison internationale.

Depuis 2012, on travaille avec des forfaits par cas basés sur les DRG en Suisse également.

Concurrence qualitative vs. concurrence par les prix

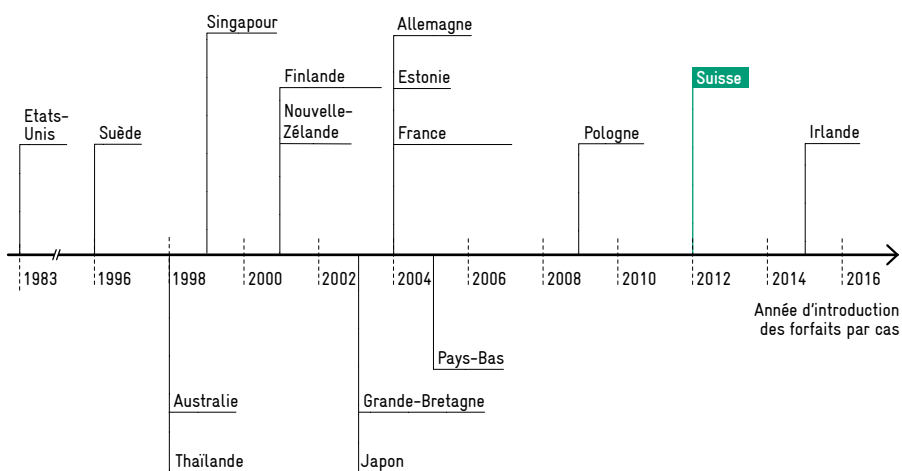
Les expériences avec des prix non administrés dans le secteur hospitalier ont surtout été réalisées aux Etats-Unis, aux Pays-Bas et, dans les années 1990, en Grande-Bretagne. Gaynor (2012) et Cooper (2012) arrivent à des conclusions analogues : en général, la concurrence par les prix entre les hôpitaux entraîne une baisse de prix et peut donc contribuer à réduire les dépenses de santé. Mais il arrive que la concurrence par les prix

4 Cf. à ce propos le chapitre 2.3.

Figure 4

Forfaits par cas en usage depuis longtemps dans bien des pays et en Suisse depuis 2012

Les premiers systèmes de forfaits par cas ont été introduits dans les années 1980 déjà. A ce jour, au moins 16 pays de l'OCDE ont opté pour les forfaits par cas basés sur les DRG. La Suisse n'a franchi le pas qu'en 2012.



Source: Hochuli et al. 2017, propre représentation

entraîne la péjoration des prestations de soins. La raison principale est à chercher dans les asymétries d'information, soit le manque de transparence en ce qui concerne la qualité et les coûts des hôpitaux. Autrement dit, tant que les prix et la qualité sur les marchés hospitaliers ne peuvent pas, ou pas assez, être observés, la prudence s'impose au moment d'introduire de la concurrence par les prix.

C'est notamment la raison pour laquelle bien des pays misent désormais sur les systèmes DRG, car ces derniers créent de la transparence quant à l'engagement de ressources et la rentabilité des divers groupes de prestations. Pour les fournisseurs de prestations, les forfaits par cas basés sur les DRG sont un instrument de gestion important pour une allocation optimale des ressources en personnel et financières. Et avec le système DRG, les financeurs de prestations obtiennent des informations essentielles pour pouvoir comparer la rentabilité des prestations et/ou des fournisseurs de prestations.

Coûts de traitement à la baisse sans perte de qualité

Les systèmes DRG poursuivent deux objectifs principaux. D'une part, ils constituent une incitation à l'amélioration constante de l'efficacité par le biais de la «Yardstick Competition»: si les coûts d'un hôpital sont au-dessous du forfait par cas remboursé, un excédent peut être réalisé. Dans la situation inverse, l'hôpital subit une perte. La responsabilité des gains et des pertes est ainsi transférée sur les hôpitaux. Etant donné que les forfaits par cas sont calculés en fonction de la dépense moyenne de

traitement de tous les hôpitaux, les gains d'efficacité réalisés devraient se refléter avec le temps dans des forfaits par cas à la baisse. Une «Yardstick Competition» fonctionnelle entraîne donc une baisse des coûts de traitement et un assainissement structurel: les hôpitaux inefficaces sont évincés du marché parce qu'ils ne peuvent couvrir leurs coûts avec les forfaits par cas en vigueur.

D'autre part, les forfaits par cas basés sur les DRG font que la concurrence entre hôpitaux ne se joue pas directement au niveau des prix. Cela évite que la concurrence par les prix ne nuise à la qualité des prestations. Au contraire même, puisque dans un système de forfaits par cas fixes, les hôpitaux ne peuvent attirer des patients par le biais du prix, ils doivent les convaincre par la qualité. Les systèmes DRG stimulent donc une concurrence sur la qualité entre les hôpitaux.

Il n'est pas facile de démontrer dans quelle mesure cet objectif est effectivement atteint. La preuve empirique – à nouveau relative aux Etats-Unis, aux Pays-Bas et à la Grande-Bretagne surtout – autorise toutefois l'optimisme.⁵ On constate en particulier que plus de concurrence entre hôpitaux a réduit le taux de mortalité ou de ré-hospitalisation aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne pour les cas d'infarctus du myocarde.⁶ La concurrence peut également agir positivement sur des paramètres qualitatifs tels que les délais d'attente: en Grande-Bretagne, la concurrence a raccourci les délais d'attente pour les opérations de la hanche sans toutefois influencer sur la durée de séjour des patients.⁷

Un rôle clé pour l'Etat

L'Etat a un rôle central à jouer pour que les effets politiques de la concurrence dans le secteur hospitalier puissent se déployer: il doit assurer les conditions de base d'une concurrence fonctionnelle. D'abord, à l'aide des institutions et de mécanismes appropriés, les forfaits par cas doivent être fixés de manière à ce que les coûts d'un hôpital efficace soient couverts. Ce n'est que dans de telles conditions financières que les hôpitaux vont briguer les faveurs de patients.

De plus, un rôle important revient au droit de la concurrence en général, et notamment au contrôle des fusions en particulier. En effet, on observe dans bien des pays des tendances à la concentration dans le secteur hospitalier suite à des fusions. Ces dernières peuvent avoir des effets contraires sur la concurrence. D'une part, elles peuvent entraîner des gains d'efficacité et de qualité, par exemple en raison d'un plus grand nombre de cas, ce qui serait à saluer en Suisse, au vu de la très haute densité d'hôpitaux.

L'Etat doit garantir une concurrence fonctionnelle dans le secteur hospitalier.

5 Un résumé des preuves empiriques sur ce sujet se trouve dans OCDE (2012).

6 Cf. p. ex. Kessler et McClellan (2000) ou Cooper et al. (2010a).

7 Cf. p. ex. Cooper et al. (2010b).

D'autre part, les fusions risquent de restreindre la concurrence, avec des conséquences négatives sur les prix et la qualité.⁸ Il faut donc qu'il y ait une possibilité, pour les autorités de la concurrence, d'empêcher les fusions nuisibles.

Par ailleurs, il s'agit aussi d'éviter qu'un acteur ne dispose d'une position trop dominante sur le marché. Cet objectif est en général assuré en garantissant aux patients le libre choix de l'hôpital et en n'imposant aux assurances-maladie aucune obligation de contracter avec les hôpitaux. Finalement, pour que les patients ou leurs représentants puissent prendre des décisions éclairées, l'Etat doit assurer la transparence quant à la qualité des prestations fournies.

2.3_Nouveau financement hospitalier depuis 2012

Le Nouveau financement hospitalier, entré en vigueur en 2009 et appliqué depuis 2012, constitue à ce jour la plus vaste et importante réforme de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Elle comporte les éléments clés énumérés ci-après.

Planification hospitalière

Les hôpitaux admis sur une liste hospitalière cantonale peuvent facturer leurs prestations aux caisses-maladie et aux cantons dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), selon l'art. 49a LAMal. La nouvelle planification hospitalière prévoit en outre (art. 39 LAMal) que les cantons doivent désormais intégrer de manière appropriée les hôpitaux privés dans leur planification. Les mêmes règles de financement s'appliquent concernant les prestations AOS pour tous les hôpitaux listés, qu'ils soient privés ou publics. Depuis 2012, l'efficacité et la qualité des prestations représentent également des critères pour être admis sur la liste hospitalière. Les hôpitaux ne figurant sur aucune liste mais ayant conclu un contrat avec une caisse-maladie (dénommés «hôpitaux conventionnés») ne peuvent en revanche facturer les prestations AOS qu'aux caisses-maladie, pas aux cantons.

Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse

Depuis 2012, selon l'art. 41 al. 1bis LAMal, les patients peuvent choisir librement parmi les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de leur canton de résidence. Avant 2012, cela était réservé aux patients au bénéfice d'une assurance complémentaire. Dans le cadre du Nouveau financement hospitalier, le libre choix de l'hôpital a de surcroît été étendu aux hôpitaux listés hors du canton de résidence. La nouvelle réglementation prévoit que le canton de résidence participe aux frais de l'hospitalisation extracantonale jusqu'à concurrence d'un «tarif de référence» déterminé par les autorités

Depuis 2012, les patients peuvent choisir librement parmi les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de leur canton de résidence.

⁸ Cf. par exemple Gaynor et Town (2012) et la littérature qui y est citée à propos des effets empiriques des fusions entre hôpitaux.

cantonales. Une éventuelle différence entre le tarif hospitalier (cf. chapitre suivant) pratiqué par l'hôpital fréquenté hors canton et le tarif de référence du canton de résidence est à la charge de l'assuré ou, le cas échéant, de son assurance complémentaire. |⁹

Forfaits par cas basés sur les DRG

Comme mentionné précédemment, la Suisse connaît également le système des DRG («SwissDRG») depuis 2012. On est ainsi passé d'un financement de l'objet au financement du sujet (de la personne): au lieu de financer les hôpitaux directement, les prestations stationnaires dans les domaines des soins somatiques aigus et des maisons de naissance sont désormais remboursées par le biais de forfaits par cas dépendant des prestations. Le financement «suit» donc le patient, indépendamment du lieu où il se fait traiter.

Les forfaits par cas englobent, outre les coûts des prestations de soins, ceux du séjour hospitalier (y compris l'hôtellerie) et les coûts d'investissements. Ils résultent de la multiplication du facteur de pondération des coûts (ou «cost weight»), qui reflète le prix moyen d'un groupe de cas (DRG), par le tarif hospitalier (cf. figure 5). Une organisation créée spécialement à cet effet, SwissDRG SA, met sur pied une structure de tarifs uniforme pour tout le pays et publie les facteurs de pondération des coûts par DRG.

Le tarif hospitalier (parfois aussi appelé tarif hospitalier LAMal, tarif de base, prix de base ou «baserate») est le montant payé pour un cas de traitement dans un hôpital donné avec un facteur de pondération des coûts de 1. Il est négocié entre les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie. |¹⁰ Le tarif négocié doit être approuvé par le canton concerné. A cet effet, le Surveillant des prix fournit aux cantons une recommandation de tarif. Cette recommandation se fonde sur une analyse de référence des coûts d'exploitation de tous les hôpitaux de soins aigus (Iseli et al. 2016). Si les parties ne se mettent pas d'accord sur un tarif, le canton est habilité à le fixer lui-même (art. 47 LAMal). |¹¹

Les forfaits par cas ont marqué le passage d'un financement de l'objet à celui du sujet.

9 Les traitements qui ne sont pas praticables dans le canton de résidence ainsi que les urgences sont exclus de cette réglementation.

10 Dans les négociations tarifaires, les caisses-maladie sont en général représentées par des organisations tarifaires telles que Tarifsuisse ou HSK. De même, les hôpitaux peuvent se faire représenter par des organisations faitières comme H+. Au bout du compte, il peut ainsi résulter des négociations des tarifs hospitaliers différents entre les hôpitaux, mais aussi par hôpital et assureur. C'est ainsi qu'en 2016, un tarif de 10 850 francs a été négocié pour les membres de Tarifsuisse et la CSS avec l'Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle. Pour la HSK, la communauté tarifaire d'Helsana, de Sanitas et de la CPT, le tarif hospitalier était en revanche de 11 800 francs (cf. annexe pp. 60-64).

11 Cette décision peut être contestée devant le Tribunal fédéral administratif (art. 53 LAMal).

Financement dual fixe et prestations d'intérêt général

Le Nouveau financement hospitalier prévoit que les cantons et les assurances-maladie prennent en charge les remboursements des prestations hospitalières stationnaires. En vertu de l'art. 49a LAMal, les cantons contribuent à hauteur de 55 % au moins aux coûts stationnaires. Les caisses-maladie assument 45 % des coûts au maximum.

En outre, les forfaits par cas ne doivent pas englober les coûts pour les prestations dites d'intérêt général (PIG). En font partie, selon l'art. 49 LAMal, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, de même que la recherche et la formation universitaire. Les cantons sont libres de confier et payer à leurs hôpitaux d'autres tâches : il n'y a pas de définition exhaustive des prestations d'intérêt général (von Stokar et al. 2016). Le financement des PIG est du seul ressort des cantons, les caisses-maladie n'y sont pas associées.

Les cantons contribuent à hauteur de 55 % au moins aux coûts stationnaires ; les caisses-maladie prennent en charge 45 % au maximum.

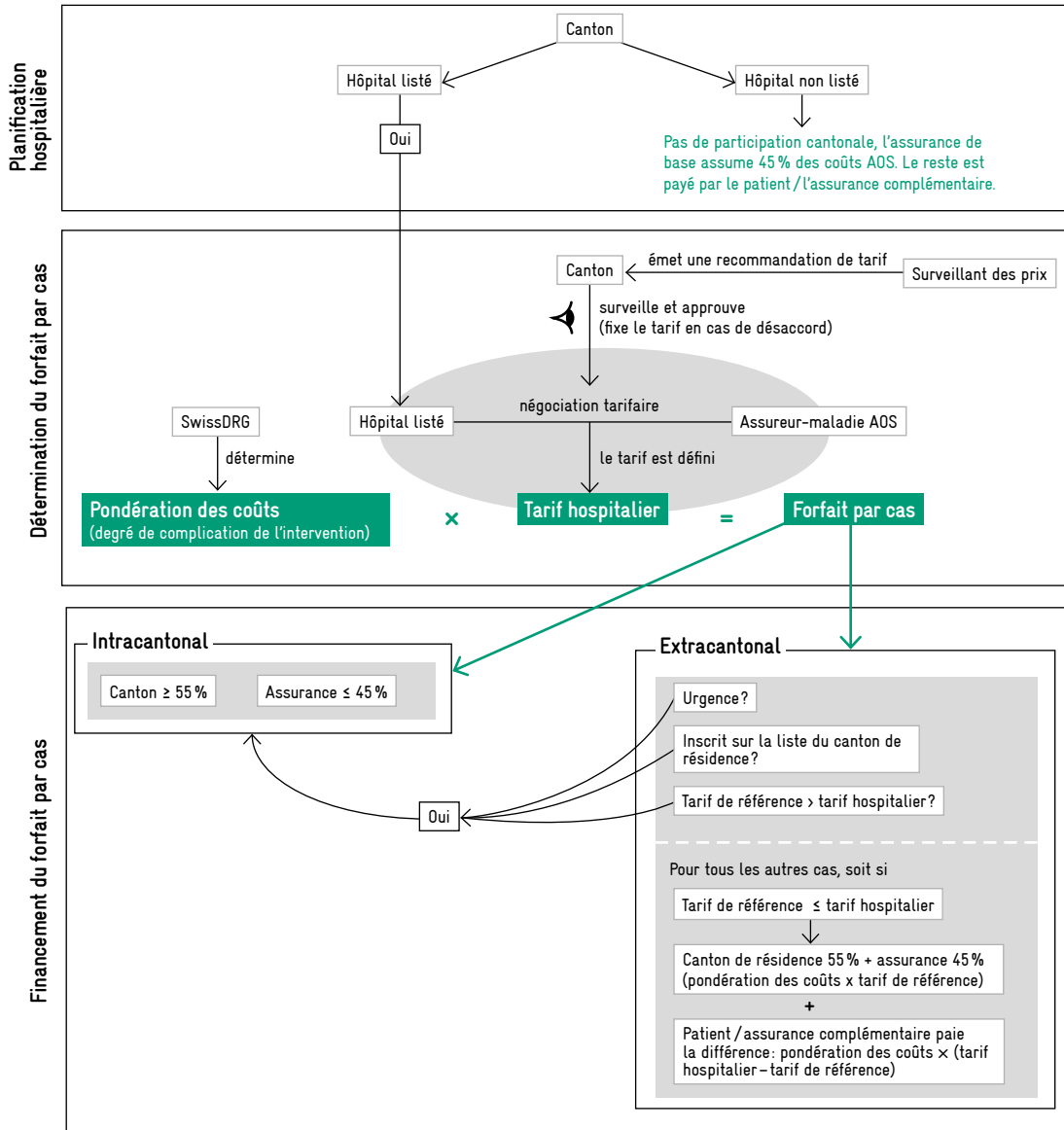
Obligation de transparence accrue

Avec l'introduction du Nouveau financement hospitalier, les fournisseurs de prestations ont été contraints à plus de transparence. Ils doivent fournir des données concernant le coût et la qualité de leurs prestations médicales (cf. art. 49 LAMal et art. 59a LAMal). Les hôpitaux doivent en outre tenir une comptabilité analytique et une statistique de leurs prestations selon une méthode uniforme. Les exigences précises quant aux données à saisir sont spécifiées dans l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et dans l'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 (OCP). Les coûts établis par les hôpitaux forment la base de comparaison pour la détermination des forfaits par cas. Pour accroître la transparence et renforcer la concurrence, les données relevées sont en outre publiées une fois par année par l'OFSP (art. 31 OAMal).

Figure 5

Aperçu du Nouveau financement hospitalier

Les hôpitaux listés négocient un tarif hospitalier avec les assurances-maladie. Ce tarif est multiplié par un facteur de pondération déterminé par SwissDRG qui représente la gravité d'un cas. Il en résulte le forfait par cas relatif aux prestations médicales qui est pris en charge à hauteur de minimum 55% par le canton et de maximum 45% par les assurances-maladie (financement dual fixe).



Source: propre représentation

3_ Diagnostic: stabilisation, oui mais...

Le secteur de la santé est en pleine mutation en Suisse, ainsi que dans de nombreux autres pays. Grâce au progrès technologique, les interventions deviennent toujours plus ciblées et moins invasives. Ainsi, la durée moyenne des séjours hospitaliers et les taux de mortalité diminuent. Simultanément, dans le contexte du vieillissement de la population, les cas se complexifient car les patients souffrent souvent de plusieurs maladies à la fois (multi-morbidité). Cela peut entraîner davantage de complications et des ré-hospitalisations.

Ces tendances sont de nature générale et orientées sur le long terme. On peut toutefois se demander si, et dans quelle mesure, de telles tendances sont ou ont été influencées par le Nouveau financement hospitalier. Ce dernier a en effet été introduit en 2012 avec l'objectif explicite d'endiguer la croissance des coûts dans le domaine stationnaire, sans entraver l'accès à un traitement médical de haut niveau (OFSP 2015). Dans ce qui suit, nous dressons un état des lieux de l'évolution des dépenses et de la qualité depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier et montrons dans quels domaines il existe un potentiel d'amélioration.

3.1_Frein à la croissance des dépenses

Quelle influence le Nouveau financement hospitalier a-t-il eu sur les dépenses? Au moment de la transition vers le nouveau système de financement, on a pu observer une hausse initiale des dépenses dans le secteur stationnaire. Dans les années 2011 et 2012, les dépenses ont grimpé d'un montant total de 2 milliards de francs, soit une augmentation de 14 % (Pellegrini et Roth 2017). Il s'agissait très vraisemblablement d'un effet d'anticipation du passage au nouveau système DRG. Depuis 2013, les dépenses n'ont plus grimpé «que» de 2,9 % en moyenne par an, ce qui traduit un ralentissement sensible de la croissance. En comparaison, entre 2000 et 2009, l'augmentation annuelle des dépenses se situait entre 4 et 5 %.

Depuis 2013, on observe un ralentissement de la croissance des dépenses.

Le recul observé du taux de croissance des dépenses dans le domaine des soins aigus a-t-il une relation de cause à effet avec le Nouveau financement hospitalier? Difficile de répondre. L'évolution des dépenses entre 2013 et 2015 dans le secteur ambulatoire (+6,7 % par an) et dans celui des soins à domicile (+5,7 % par an) pourrait livrer des indices dans ce sens. En effet, la hausse des dépenses dans ces secteurs – qui n'ont pas connu de réformes jusqu'à présent – est nettement plus forte que dans le domaine stationnaire (Pellegrini et Roth 2017).¹²

12 Seule la croissance des dépenses dans les EMS a enregistré une évolution analogue à celle du domaine des soins somatiques aigus (cf. Pellegrini et Roth 2017).

Croissance des dépenses, conséquence du nombre de cas en hausse

Les dépenses par cas ont sérieusement augmenté les deux premières années après l'introduction du Nouveau financement hospitalier (10,6 % dans les années 2011 et 2012). Ce bond est attribuable entre autres à des facturations retardées, consécutives au changement de système. En outre, les coûts d'utilisation des installations dans les forfaits par cas – qui n'étaient jusqu'alors, dans bien des hôpitaux, pas saisis en tant que coûts d'exploitation mais comme investissement unique – contribuent à cette croissance des coûts.

Depuis lors, les dépenses par cas ne croissent plus que modérément, en moyenne de 0,5 % par an (Pellegrini et Roth 2017). Selon les auteurs, la hausse des dépenses globales pour des dépenses par cas demeurées identiques donne à penser que l'augmentation des coûts à partir de 2013 est attribuable avant tout à l'augmentation du nombre de cas. Le fait est qu'entre 2013 et 2015 les cas stationnaires ont augmenté en moyenne de 2,4 % par an. En comparaison avec 2012, cela correspond en chiffres absolus à une hausse de près de 100 000 cas en 2015.

Reste que pour Pellegrini et Roth, la hausse du nombre de cas depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier ne s'est, contre toute attente, pas accélérée.¹³ Widmer et al. (2017) confirment une augmentation du nombre de cas mais constatent simultanément que ce phénomène peut être observé avant 2011 déjà et que 2012 ne constitue pas une rupture. Ainsi, l'expansion du volume ne peut être attribuée causalement à l'introduction du système DRG.

L'augmentation du nombre de cas ne peut être attribuée causalement à l'introduction du système DRG.

Légère correction des tarifs hospitaliers

L'affaiblissement observé de la croissance des dépenses et la stabilisation des dépenses par cas dans les années 2013 à 2015 sont partiellement attribuables à une légère diminution des tarifs hospitaliers.

Comme le montre la figure 6, les tarifs hospitaliers négociés ont légèrement diminué au cours des premières années consécutives à l'introduction du Nouveau financement hospitalier: alors que le tarif hospitalier moyen des hôpitaux de soins aigus non universitaires en Suisse était encore de 9589 francs en 2012, il s'est réduit de près de 200 francs, à 9411 francs en 2015. L'évolution concernant les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques (universitaires) a été analogue: le tarif moyen est passé de 11244 francs en 2012 à 11086 francs en 2015.¹⁴

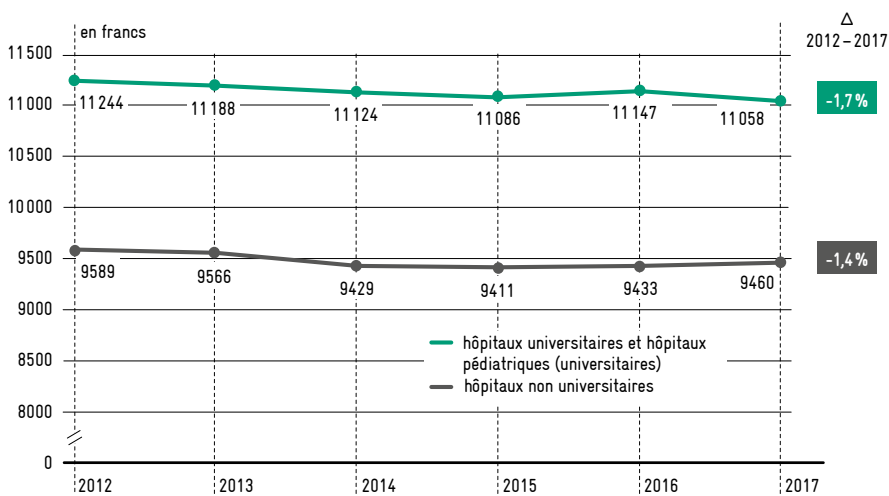
13 Etant donné que les forfaits par cas DRG doivent couvrir aussi les coûts d'utilisation des installations, on a craint entre autres que cela ne crée des incitations à augmenter le rendement. Vu que les coûts variables et les coûts fixes sont remboursés par le biais des forfaits par cas, chaque cas supplémentaire contribue au financement des coûts fixes (Widmer et al. 2017).

14 Les analyses de Felder et al. (2017) montrent une évolution des tarifs hospitaliers analogue jusqu'en 2015.

Figure 6

Léger recul des tarifs hospitaliers moyens entre 2012 et 2017

Les tarifs des hôpitaux universitaires ont baissé de 1,7% et ceux des autres hôpitaux de soins aigus de 1,4% entre 2012 et 2017. La différence entre les tarifs hospitaliers des deux types d'hôpitaux est restée constante à environ 1600 francs.



Moyenne arithmétique des tarifs hospitaliers des communautés d'achat Tarifsuisse, HSK, Assura/Supra, CSS et Sympany (état: décembre 2017, tarifs hospitaliers encore en partie provisoires)

Source: données cantonales (état: 18.12.2017), propres calculs

Mais si l'on examine les chiffres de 2016 et 2017, l'évolution observée ne semble pas durable. Dans les hôpitaux non universitaires, en tout cas, les tarifs hospitaliers ont recommencé à augmenter légèrement en 2016 et, avec 9460 francs en 2017, ils sont à nouveau 50 francs plus élevés qu'en 2015.

Pas de convergence des tarifs hospitaliers

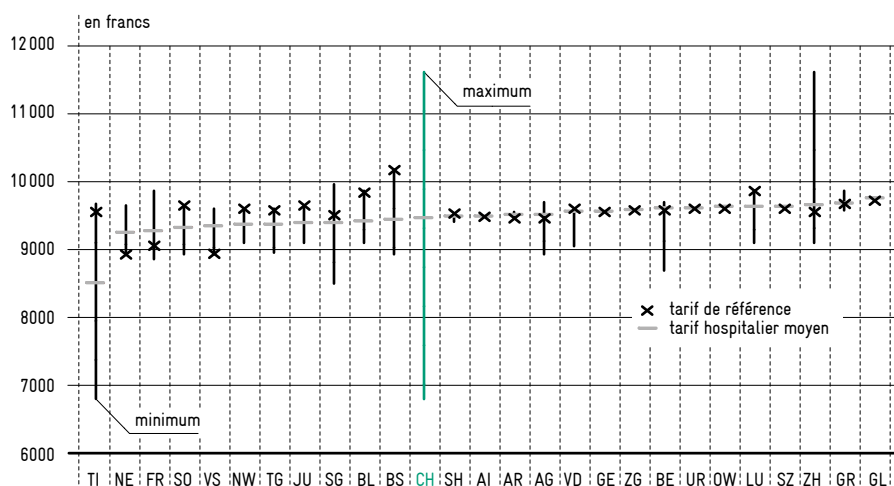
Avec l'introduction de la «Yardstick Competition» dans le secteur hospitalier, on se serait attendu à ce que les tarifs hospitaliers négociés convergent. Or les différences entre les tarifs hospitaliers cantonaux indiquent que ce n'est le cas ni au plan suisse ni au sein des cantons (cf. figure 7 et annexe). C'est ainsi que l'Ospedale Malcantonese, au Tessin, se prévaut d'un tarif hospitalier moyen de 6800 francs en 2017, tandis que celui de la Clinica Varini s'élève à 7000 francs et celui de la Klinik St. Georg à Saint-Gall à 8500 francs. Les trois hôpitaux non universitaires les plus chers du pays affichent des tarifs de 11 613 francs (Klinik Lengg à Zurich), 9950 francs (Hôpital cantonal de Saint-Gall) et 9850 francs (Hôpital cantonal de Lucerne). Entre les tarifs hospitaliers les plus bas et les plus élevés, il y a donc une différence de quelque 40%. Les hôpitaux universitaires travaillent en général à des tarifs hospitaliers plus élevés, d'au moins 10 650 francs. L'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich est le plus cher, avec un tarif de 12 400 francs.

Entre les tarifs hospitaliers les plus bas et les plus élevés, il y a une différence de quelque 40%.

Figure 7

Différences significatives des tarifs hospitaliers et de référence des cantons

Le tarif hospitalier moyen oscille entre 8484 francs (TI) et 9737 francs (GL). A quelques exceptions près (NE, FR et VS), les tarifs de référence des cantons pour les traitements extracantonaux correspondent à peu près au tarif hospitalier cantonal moyen ou le dépassent même.



Remarque: données excluant les tarifs hospitaliers et tarifs de référence des hôpitaux universitaires et des hôpitaux pédiatriques (universitaires).

Source: données cantonales, propres calculs

Les exemples des cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, Schaffhouse, Zoug et Genève prouvent qu'il est parfaitement possible d'opérer avec un tarif hospitalier uniforme. Cependant, la dispersion des tarifs hospitaliers au sein des cantons (mais également entre les cantons) indique en définitive que la convergence espérée des tarifs hospitaliers suite à une concurrence plus intense ne s'est pas encore produite dans toute la mesure escomptée.

Adaptation dynamique des tarifs DRG

Le système SwissDRG a été conçu dès le début comme un mécanisme de fixation des prix dynamique. Entre 2012 et 2017, il a déjà été révisé à sept reprises.¹⁵ D'une part, la pondération des coûts des divers traitements est régulièrement mise à jour. Pour les prestations courantes, il existe désormais une vaste base de données qui permet un ajustement précis permanent du système tarifaire. D'autre part, l'édifice réglementaire DRG

15 En revanche, le système tarifaire TARMED pour les prestations médicales ambulatoires en cabinet médical ou en hôpital ne prévoit pas de tels mécanismes d'adaptation. Les nouveaux tarifs doivent être renégociés et les adaptations stagnent depuis des années.

pour la facturation de traitements complexes (notamment dans le secteur des prestations plus rares et compliquées, appelées «cas à coût élevé») doit sans cesse être adapté, car de tels traitements sont difficiles à intégrer à des forfaits par cas.

Les dépenses liées aux cas à coût élevé sont aujourd'hui financées par des rétributions additionnelles, par des suppléments «high-outliers» (cas exceptionnels) et par un financement croisé via des tarifs hospitaliers excessifs pour les hôpitaux universitaires. Cette dernière forme de financement est une sorte de béquille dans la structure DRG. Alors que d'autres pays ont fait évoluer leurs systèmes DRG sur ce point, la Suisse en est encore à ses débuts (Hochuli et al. 2017).

A long terme en Suisse aussi, le remboursement des prestations pour cas à coût élevé devrait être assuré de façon transparente et devrait couvrir les coûts. En même temps, les prestations de base des hôpitaux universitaires devraient être remboursées selon les mêmes mécanismes que pour les hôpitaux régionaux. Le règlement correct des cas à coût élevé et la transparence des prix des prestations de base sont des conditions essentielles pour une concurrence loyale entre les divers types d'hôpitaux. En l'absence de telles adaptations, on s'expose à une sélection indésirable des «mauvais» risques par les hôpitaux ou d'un sous-financement d'institutions qui, en vertu de leur mandat de recherche ou de la présence d'un équipement particulier se sont spécialisées sur les cas à coût élevé (hôpitaux universitaires, cliniques spécialisées).

En l'absence d'adaptations, on s'expose à une sélection des «mauvais» risques par les hôpitaux.

3.2_Légère amélioration de la qualité

On notera aussi avec intérêt combien la qualité a évolué dans le domaine stationnaire aigu depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier. Dans ce contexte, Hedinger et al. (2017), de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), parviennent aux conclusions suivantes :

- **Durée de séjour hospitalier à la baisse :** depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier, la durée de séjour moyenne ne cesse de diminuer en Suisse. A relever qu'une diminution du temps de séjour ne signifie pas forcément une perte de qualité mais peut simplement être le résultat d'un système plus efficace. La durée de séjour pourrait aussi avoir diminué depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier suite à un transfert des patients – souvent souhaité – dans le secteur ambulatoire des hôpitaux ou dans des établissements médico-sociaux (EMS) (Widmer et al. 2017). Le recul de la durée de séjour moyenne se produit en outre avec une intensité analogue avant et après 2012, ce qui suggère qu'il n'y a pas forcément de relation de cause à effet avec le Nouveau financement hospitalier. Année après année, entre 2009 et 2015, la durée de séjour en hôpital a baissé de 1,9 % par an en moyenne, de 6,2 à 5,5 jours.
- **Taux de mortalité à la baisse :** il est réjouissant de constater que le taux de mortalité en hôpital a diminué de 1,8 % à 1,5 % entre 2011 et

2015.¹⁶ Cette évolution indique en premier lieu une amélioration de la qualité des processus et des résultats. Mais elle pourrait aussi être le résultat du transfert, mentionné à la page précédente, des patients en EMS.

- **Taux de ré-hospitalisation en légère hausse :** si l'on examine les taux de ré-hospitalisation, on observe en revanche une hausse légère mais statistiquement significative depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier. En 2011, le taux était de 1,9 % et il est passé à 2,5 % en 2015. Sur la base des données récoltées à ce jour, il n'est pas possible de déterminer de manière concluante si les taux de ré-hospitalisation¹⁷ en hausse découlent d'une augmentation des renvois prématurés de patients visant à économiser des coûts. On ne sait pas non plus si l'évolution observée est liée à la durée de séjour à la baisse (cf. page précédente) ou au Nouveau financement hospitalier.
- **Taux d'encadrement à la hausse :** dans le secteur des soins somatiques aigus, le taux d'encadrement, autrement dit le nombre de postes à plein temps par 1000 cas, a sans cesse augmenté entre 2010 et 2015, passant de 11,1 à 12,4 pour les médecins, et de 26,1 à 28,2 pour le personnel soignant doté d'une formation tertiaire (Hedinger et al. 2017). Cette évolution, avant et après la réforme, suggère à son tour une tendance à la hausse de la qualité.

De plus, les enquêtes de satisfaction subjective des patients, notamment celle de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), concluent que les patients sont de plus en plus satisfaits. Même constat, selon l'institut gfs.bern (2015) pour ce qui est de la satisfaction des médecins et de leur identification à la profession.

Pour résumer, sous réserve d'une période d'observation relativement courte depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier et du potentiel déplacement de prestations dans des secteurs situés en amont et en aval, aucun indice explicite ne semble démontrer à ce jour que la qualité se serait péjorée dans le domaine des soins somatiques aigus stationnaires suite à la réforme de la LAMal. Au contraire, vu l'évolution esquissée ci-dessus, les expériences de concurrence accrue majoritairement positives à l'étranger semblent se confirmer en Suisse également : dans l'ensemble, la qualité a légèrement augmenté ces dernières années dans le secteur somatique aigu.

La qualité ne semble pas s'être péjorée dans le domaine des soins stationnaires suite à la réforme de la LAMal.

¹⁶ Selon l'Obsan, la mortalité se définit par la proportion de patients décédés dans un hôpital dans les 30 jours par rapport à tous les cas hospitalisés. Reste que ces valeurs ne dépeignent pas un tableau de la mortalité globale, car elles ne se réfèrent qu'à la mortalité en hôpital et ne disent donc rien sur les taux de mortalité à 30 jours hors hôpital.

¹⁷ Selon Hedinger et al. (2017), la «ré-hospitalisation» désigne le retour dans les 18 jours après sa première entrée d'un patient dans le même hôpital pour le même cas ou pour cause de complications liées au même cas.

3.3_Listes hospitalières et subventions avec effets secondaires

Les premières expériences faites avec le Nouveau financement hospitalier sont donc plutôt encourageantes. Les craintes préalablement exprimées par certains milieux, selon lesquelles les incitations à la concurrence entraîneraient des pertes de qualité et l'accroissement du volume des prestations, ne semblent pas se confirmer jusqu'à présent. Les tarifs hospitaliers ont, eux aussi, grosso modo évolué dans la bonne direction : ils ont tendanciellement baissé depuis leur introduction.

Il serait toutefois prématuré de parler d'un tournant : on ne saurait juger aujourd'hui si les réformes dans le secteur stationnaire sont en mesure de stopper la croissance des coûts à moyen et long terme. Il faudra vérifier si la stabilisation des dépenses par cas est durable et dans quelle direction évoluent les tarifs hospitaliers. Ce qui est sûr, cependant, c'est que certaines pratiques persistent au sein des cantons qui empêchent le déploiement plein et entier des effets positifs du Nouveau financement hospitalier.

Les hôpitaux publics restent privilégiés

Dans ce contexte, un problème récurrent est la planification hospitalière qui demeure l'apanage des cantons et par laquelle sont établies les listes des hôpitaux mentionnées précédemment (cf. chapitre 2.3). Les listes hospitalières recensent des établissements cantonaux et extracantonaux et visent à couvrir le besoin en prestations médicales des habitants d'un canton.

Pour un hôpital, le fait de figurer ou non sur cette liste a des conséquences importantes : seuls les hôpitaux listés peuvent facturer des prestations au canton de résidence du patient et à l'assurance de base de ce dernier. En outre, les hôpitaux listés obtiennent un mandat de prestations qui fixe le périmètre des prestations à apporter, y compris un catalogue d'exigences. En revanche, un hôpital non listé dispose d'une large liberté quant à sa propre offre de prestations mais doit renoncer entièrement à la part de financement des cantons. Cela signifie que les hôpitaux non listés doivent se concentrer sur des patients assurés en privé pour pouvoir couvrir leurs coûts de fonctionnement.

Même si, pour certains hôpitaux, il peut y avoir une stratégie rationnelle à ne pas s'efforcer de figurer sur la liste, on notera qu'en 2015 il n'y a pas eu d'hôpital public ou subventionné à ne pas être inscrit sur la liste hospitalière, contrairement aux hôpitaux privés (cf. tableau 1). Les critères qui président à l'admission sur la liste ne sont certes pas fixés d'une manière ouvertement discriminatoire par les cantons mais, de facto, ils sont toujours choisis de façon à ce que les hôpitaux publics du canton remplissent les exigences posées. En revanche, l'attribution à des hôpitaux privés d'autres places sur la liste est souvent régie par des critères tels que volume minimal de cas, limites de volumes, preuve d'un équipement de base efficace, exclusion du système des médecins agréés ou obligation de reprendre les conventions collectives de travail des cantons.

Tableau 1

Les hôpitaux publics figurent toujours sur les listes hospitalières cantonales

	Nombre d'hôpitaux en Suisse	Dont sur la liste hospitalière 2015
Subventionné/public	85	85 (100 %)
Privé	103	82 (80 %)
Total	188	167 (89 %)

Source: Felder et al. 2017, données cantonales, propres calculs

Les PIG, subventions cachées

Au-delà des listes hospitalières, les cantons disposent d'autres instruments pour favoriser leurs propres hôpitaux. En premier lieu, on mentionnera le remboursement des prestations d'intérêt général qui reviennent avant tout aux hôpitaux publics ou subventionnés. Les hôpitaux privés se voient attribuer à peine 3% de l'ensemble des PIG distribuées dans tout le pays (Felder et al. 2017).

Les hôpitaux privés se voient attribuer à peine 3% de l'ensemble des PIG distribuées dans tout le pays.

Les cantons peuvent soutenir leurs propres hôpitaux par d'autres subventions (cachées), notamment des tarifs hospitaliers excessifs. Dans leur rôle d'exploitants d'hôpitaux, les cantons négocient en effet les tarifs hospitaliers avec les assureurs-maladie. En même temps, les cantons approuvent ces tarifs et, en cas de désaccord, peuvent même les fixer. Il résulte de cette multiplicité de rôles des tarifs hospitaliers souvent plus élevés pour leurs propres hôpitaux que pour la concurrence privée. Enfin, les subventions peuvent aussi se matérialiser sous la forme de prêts à des taux d'intérêt non-conformes à ceux du marché ou de locations au-dessous des prix du marché.

Selon Felder et al. (2017), la somme des subventions issues de ces trois canaux a représenté plus de 2 milliards de francs en 2015. Sur ce point, les différences entre les cantons sont notables: tandis que Genève soutient ses hôpitaux à hauteur de plus de 500 millions de francs (environ 1080 francs par habitant), les subventions thurgoviennes s'élèvent à 18,6 millions, soit 70 francs par habitant.

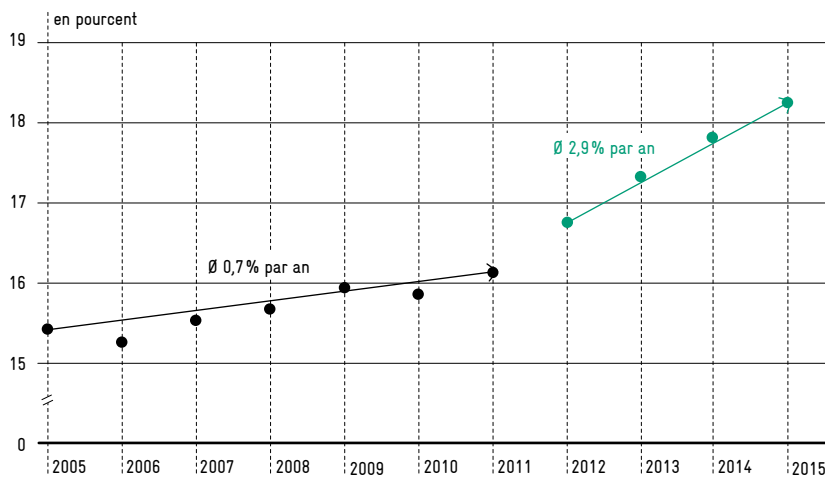
3.4_Restriktion du libre choix de l'hôpital

Comme mentionné, la Suisse connaît le principe du libre choix de l'hôpital depuis l'introduction du Nouveau financement hospitalier. Cette possibilité a déjà déployé des effets (cf. figure 8). La part des traitements hors canton augmente certes constamment depuis 2005 mais, l'augmentation annuelle moyenne a fortement accéléré depuis 2012. Alors que le taux de croissance était de 0,7% par an entre 2005 et 2011, il est passé à 2,9% par an de 2012 à 2015. En 2015, on a vu le nombre record de près de 200 000 patients se faire traiter dans un établissement de soins aigus hors de leur canton de domicile. Mais ces valeurs moyennes dissimulent de grandes différences régionales (cf. figure B, p. 34).

Figure 8

Depuis 2012, un plus grand nombre de patients se font traiter hors canton

Entre 2005 et 2011, les flux intercantonaux de patients n'ont que légèrement augmenté. Le tableau a changé avec l'introduction du Nouveau financement hospitalier: depuis 2012, l'augmentation moyenne a été de 2,9% par an, alors qu'elle était en moyenne de 0,7% par an entre 2005 et 2011.



Source: OFS 2017b

Contingement des cas et tarifs de référence discriminatoires

Le libre choix de l'hôpital n'est toujours pas entièrement garanti dans tous les cantons. Selon le «catalogue des péchés» d'economiesuisse (Marty 2017), les cantons de Genève et de Vaud ont, par exemple, introduit des budgets globaux qui ne s'appliquent qu'aux hôpitaux privés. En outre, dans ces deux cantons, le libre choix de l'hôpital est limité par des restrictions de volumes (contingement des cas) dans les mandats de prestations aux hôpitaux privés. Quand les contingents de cas prévus sont épuisés, le canton ne paie plus sa part et, de facto, le patient n'a pas d'autre choix que de se faire traiter dans un hôpital public. Mais la liberté de choix au sein du canton n'est pas seule à être ainsi restreinte: le canton de Vaud ne rembourse sa part des coûts pour les Vaudois qui vont se faire traiter dans une clinique privée genevoise que dans la mesure où le contingent des cas genevois n'est pas épuisé.

Le libre choix de l'hôpital hors du canton peut également être limité par le biais du tarif de référence. A Neuchâtel, par exemple, le tarif de référence pour les traitements hospitaliers extracantonaux a été abaissé en 2016 de 9650 à 9050 francs. Il existe certes de petites cliniques qui travaillent à des tarifs aussi modestes dans le canton, mais pas d'hôpitaux régionaux proposant tout l'éventail des prestations. Ainsi, les Neuchâtelois qui veulent être traités à l'extérieur de leur canton, mais n'ont pas d'assurance privée, devront assumer eux-mêmes une part substantielle de

Le libre choix de l'hôpital n'est toujours pas entièrement garanti dans tous les cantons.

la facture. Le fait que le plus grand hôpital du canton, l'Hôpital neuchâtelois (HNE), connaisse lui-même un tarif hospitalier de 9650 francs montre bien qu'il s'agit d'une mesure purement protectionniste visant simplement à limiter le libre choix de l'hôpital. Dans les cantons de Fribourg et du Valais, les tarifs de référence sont aussi fixés nettement au-dessous des tarifs cantonaux moyens, comme l'illustre la *figure 7*.

Les hôpitaux en compétition nationale?

Avec 288 hôpitaux et cliniques, la Suisse dispose d'une offre hospitalière très dense (figure A). En 2011, 99,8 % des habitants pouvaient atteindre un hôpital de soins généraux en 30 minutes en voiture de leur commune de résidence (Christen et al. 2013).

Depuis 2012, les patients peuvent choisir librement leur hôpital dans toute la Suisse, que ce soit une clinique privée ou un hôpital public, pour autant que ces derniers figurent sur les listes hospitalières cantonales. La majorité des patients choisit certes toujours un hôpital situé dans leur canton de résidence. Mais, les flux de patients au-delà des frontières cantonales divergent fortement selon les cantons (figure B).

Depuis 2012 également, les prestations dans les hôpitaux sont remboursées par des forfaits par cas. Ce financement uniforme dans toute la Suisse crée de la transparence et force les hôpitaux à être plus efficaces. Les cantons peuvent toutefois subventionner leurs hôpitaux par le biais de prestations d'intérêt général pour des raisons de politique régionale ou pour financer la recherche et la formation universitaire. La hauteur de ces subventions varie beaucoup entre les cantons (figure C).

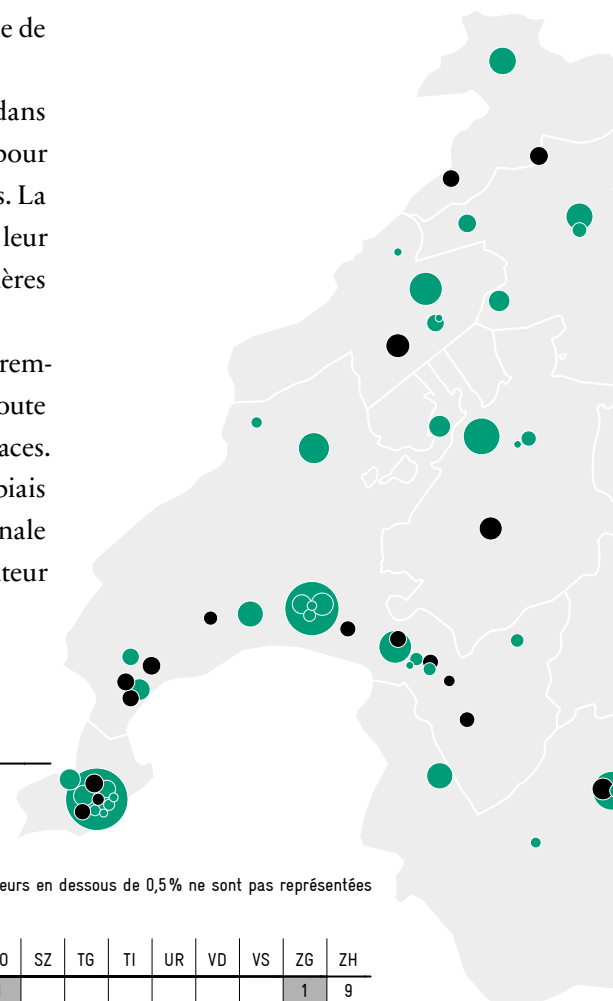


Figure B
La part de traitements hors canton varie fortement selon le canton

Proportion de cas
1% 100%

Les valeurs en dessous de 0,5% ne sont pas représentées

Canton d'origine	Canton de prise en charge																										
	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
AG	79			1	2	4				1		1						1							1	9	
AI		27	38							1						29			1								3
AR		2	59							1						32				2							3
BE	1			94							1							1								1	
BL	4			1	49	39												5								1	
BS	3			1	7	86												1								1	
FR				18			72	1															7	1			
GE								94															4	1			
GL	1		1						65	9						6			2	1							14
GR										82						4				1	4						7
JU				14	3	15		1			61		3										2	1			
LU	5			3						1		82		1					1						2	3	
NE				14				2			2		75										6	1			
NW	2			3		1						24		61	3										1	3	
OW	1			3		1						22		11	56										1	3	
SG			11							3						75				2						7	
SH	1		1							1						1	68			6						21	
SO	12			14	7	6						1						57								1	
SZ	1			1					1	1		7				2			56	1					6	23	
TG	1		4							1						14	1			72							7
TI				1								1									93						3
UR	1			1		1				1		14		2						2					5	8	
VD				1			1	3															93	1			
VS				6				2															5	84			
ZG	2			1						1		11								1	1				70	12	
ZH	2									1						1	1			2							91
INT	5		1	5	3	10		17		12		2				10	1	1		1	7		10	5		9	

Source: OFS 2017b

Figure A

La Suisse compte 288 hôpitaux et cliniques

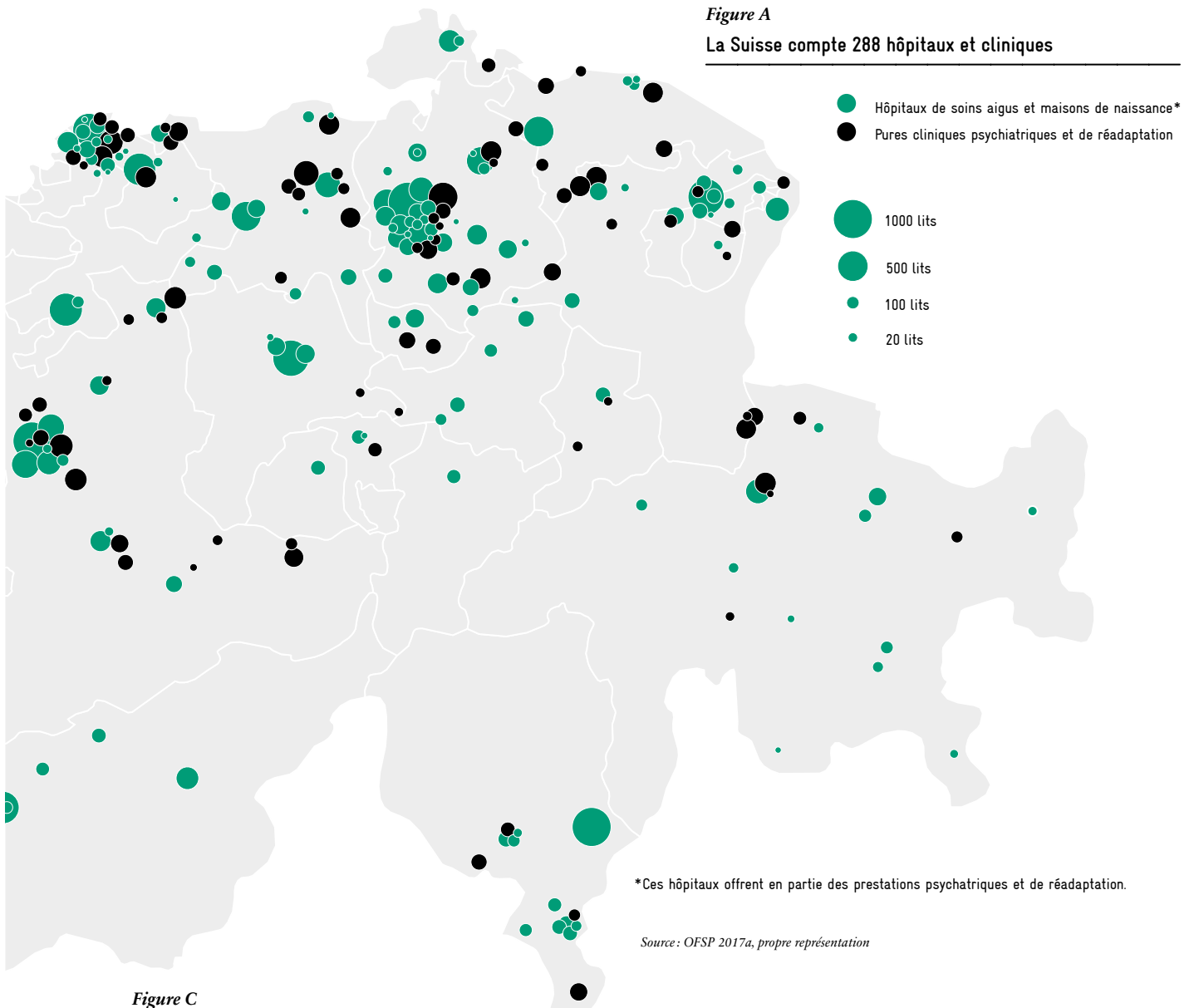
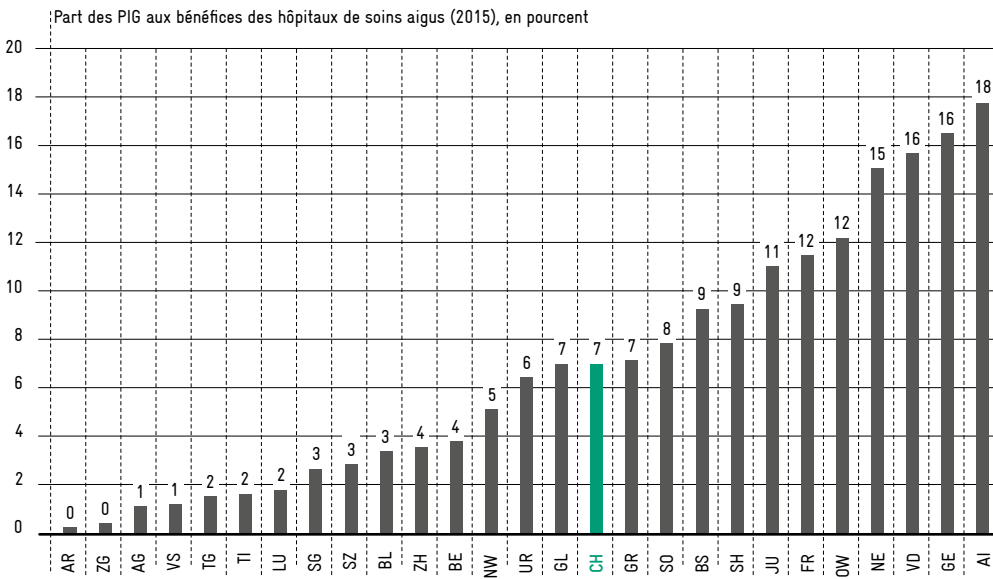


Figure C

Les cantons utilisent les subventions aux hôpitaux de manière différenciée



4_ Trois thérapies pour le secteur hospitalier

D'importants éléments de concurrence ont été introduits dans le secteur des soins somatiques aigus sous la forme du Nouveau financement hospitalier et du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Les premiers effets positifs des réformes de 2012 se font certes sentir, mais on observe pas (encore) un clair revirement de tendance : les patients font davantage usage de leur libre choix mais jusqu'ici que de manière modeste, les fournisseurs de prestations n'ont baissé leurs tarifs hospitaliers qu'en partie et certains cantons exploitent des failles législatives pour protéger leurs hôpitaux de la concurrence.

Pour atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité et de l'efficacité visés dans le secteur hospitalier stationnaire, des efforts supplémentaires sont nécessaires. Trois catégories de «thérapies» sont proposées (cf. figure 9). Les thérapies de la première catégorie sont plutôt douces et en grande partie applicables dans le cadre légal actuel. Les thérapies de la deuxième catégorie nécessitent des adaptations légales mineures, pour que les patients puissent mieux faire jouer la concurrence. La troisième catégorie implique de plus lourdes interventions dans le secteur de la santé publique avec des adaptations de la Constitution et un ajustement de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

Figure 9

Trois thérapies de plus en plus invasives

Plusieurs catégories de thérapies sont nécessaires pour stimuler la concurrence entre les hôpitaux. Certaines sont applicables dans le cadre légal actuel, d'autres nécessitent des adaptations de lois ou même de la Constitution fédérale.

1 Dosage ciblé des subventions	<ul style="list-style-type: none">- Plus de transparence dans l'octroi des prestations d'intérêt général (PIG) en exigeant leur description détaillée et leur aval par le parlement cantonal- Appel d'offres pour les PIG en décrivant l'objectif de la prestation et non pas la façon de l'atteindre (le quoi, pas le comment)
2 Réanimation de la concurrence par les patients	<ul style="list-style-type: none">- Avoirs crédités pour les patients qui choisissent un hôpital meilleur marché en cas d'opération planifiée (participation aux économies des assureurs/ de l'Etat)- Rabais de primes pour les assurés limitant à l'avance leur choix hospitalier («managed care» pour les fournisseurs de prestations stationnaires)
3 Transplantation de compétences cantonales	<ul style="list-style-type: none">- Suppression des listes hospitalières cantonales- Introduction au niveau suisse de critères de qualité uniformes relatifs à la politique de la santé (surtout en matière de qualité des résultats)- La Confédération ne fixe pas explicitement l'emplacement des hôpitaux

Rôle obsolète et risqué du canton comme exploitant d'hôpitaux

Source : propre représentation

4.1_Dosage ciblé des subventions

Les cantons peuvent financer des prestations d'intérêt général pour maintenir les capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et garantir la recherche et la formation universitaire (art. 49 LAMal). Comme déjà évoqué, le spectre des PIG allouées «pour des raisons de politique régionale» n'est pas précisé dans la loi. Dans la pratique, les PIG peuvent notamment couvrir le financement d'un service de secours local ou d'une centrale d'appels d'urgence, des prestations de base pour les urgences et les accouchements, des tâches spéciales comme la gestion de salles d'opération protégées, la coordination des transplantations ou l'organisation de services de traduction et de conseil de grossesse (KPMG et ZHAW 2015; Felder et al. 2016)

Distorsions par manque de transparence des subventions

Il existe une marge de manœuvre dans la définition de la recherche et de la formation universitaire. Les coûts de formation des médecins dans les hôpitaux sont gérés de manière très diverse. En 2015, le canton de Bâle-Ville a dépensé 24 000 francs par médecin par an, contre 16 000 francs pour le canton de Zurich et 10 000 francs pour celui de Berne. En tête du classement, le canton de Genève contribue même à hauteur de 90 000 francs par médecin aux coûts de formation (Balmer 2015). De plus, le manque de fiabilité des statistiques hospitalières complique une comparaison entre cantons concernant les PIG en matière de formation. Par exemple, seuls 55% des hôpitaux proposant de la recherche et de la formation universitaire mentionnent les PIG correspondants dans leurs statistiques (von Stokar et al. 2016).

Divergences flagrantes des PIG selon les cantons

Ces définitions variées entraînent de flagrantes divergences entre les pratiques d'attribution des PIG des cantons (cf. tableau 2, ainsi que figure C p. 35). Par définition, les PIG ne sont pas liées aux cas mais de nature générale. Pour faciliter la comparaison intercantonale des dépenses absolues, il faut les mettre en relation avec la taille de la population ou avec l'offre hospitalière. |¹⁸ Alors que les PIG s'élèvent en moyenne nationale à 214 francs par habitant, les PIG octroyées par neuf cantons ne représentent qu'un tiers de ce montant voire moins (p. ex. Appenzell Rhodes-Extérieures et Zoug avec 8 francs ou le Valais avec 23 francs). La pratique de ces cantons montre que les soins hospitaliers peuvent aussi être garantis sans utilisation extensive de PIG.

La fourniture de soins hospitaliers est également possible sans une utilisation extensive des PIG.

18 La population totale en tant que telle ne dit rien des structures socio-démographiques d'un canton et des taux d'hospitalisation qui en résultent. La comparaison des PIG par cas fournit par conséquent de manière simple une information complémentaire intéressante.

Tableau 2

Genève paie 947 francs de PIG par habitant, Zoug seulement 8 francs

Canton	Total de PIG en 2015 en francs	Par habitant en 2015 en francs	Par lit pour soins aigus en 2015 en francs	Par cas stationnaire (soins aigus) en 2015 en francs
AG	15 730 861	24	10 512	177
AI	2 304 818	144	128 045	2 418
AR	448 290	8	1 910	31
BE	130 110 405	128	42 656	726
BL	19 790 701	70	30 219	585
BS	150 359 071	784	128 172	2 359
FR	60 750 033	198	118 053	2 189
GE	459 015 829	947	348 796	6 692
GL	5 529 790	138	68 353	1 160
GR	39 426 961	201	63 326	1 184
JU	20 084 994	276	147 684	2 812
LU	20 018 639	50	19 736	369
NE	70 532 950	396	188 289	3 630
NW	3 751 000	88	48 714	696
OW	8 350 339	225	146 497	2 296
SG	38 637 093	77	23 641	485
SH	18 213 878	228	95 561	1 788
SO	49 293 423	185	90 298	1 579
SZ	6 283 856	41	23 606	395
TG	7 141 541	27	11 930	232
TI	15 243 315	43	10 742	251
UR	4 186 678	116	58 148	1 052
VD	460 433 226	595	200 607	4 147
VS	7 621 205	23	11 358	215
ZG	936 831	8	4 220	64
ZH	170 322 114	116	37 879	722
CH	1 784 517 841	214	76 814	1 445

■ Minimum par colonne ■ Maximum par colonne

Source: Felder et al. 2017, propres calculs

Par contre, dans les cantons de Vaud (595 francs), Bâle-Ville (784 francs) et Genève (947 francs), les PIG versées par habitant représentent plus du double de la moyenne nationale. Ces trois cantons disposent certes chacun d'un hôpital universitaire, ce qui pourrait aller de pair avec des dépenses supérieures pour la recherche et l'enseignement. Mais en observant les cantons de Berne et Zurich, qui exploitent eux aussi chacun leur hôpital universitaire, on s'aperçoit qu'il en va autrement: les PIG par habitant sont de 116 francs à Zurich et de 128 francs à Berne, nettement en dessous de la moyenne suisse.

Manque de transparence

Les différentes formes de compensation par les cantons ne sont pas problématiques en soi: «...si la compensation intervient selon des critères objectifs et transparents et que le canton achète explicitement les prestations. La compensation ne devient problématique que lorsque l'usage envisagé et le montant payé ne sont pas clairement identifiables...» (Polynomics dans Leutwyler 2014). Lorsque l'usage envisagé des PIG n'est pas clair, on ne peut pas exclure une subvention indirecte aux hôpitaux publics inefficaces. Le danger existe donc de maintenir des structures qui auraient dû devenir plus efficaces, ou être supprimées, dans le système des forfaits par cas.

La transparence et la comparabilité des PIG entre cantons n'est actuellement pas donnée. Le droit fédéral ne définit pas les prestations que les cantons peuvent couvrir par des prestations d'intérêt général. Une étude mandatée par l'OFSP (von Stokar et al. 2016) montre qu'il n'existe pas de définition uniforme des PIG, ni de délimitation claire entre prestations de l'AOS et les PIG. Les cantons octroient donc les prestations d'intérêt général de manière diverse. Même à l'intérieur d'un canton, la définition des PIG n'est pas toujours claire. En réponse à un postulat parlementaire, le Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel a dû publier un rapport sur l'utilisation des montants payés par le canton à l'Hôpital cantonal neuchâtelois (HNE) (Conseil d'Etat NE 2017). En 2017, seuls 42 des 64 millions de francs versés pour des PIG ont pu être clairement attribués. 22 millions de francs couvrent toutefois des – «contributions versées à l'HNE pour des prestations restant à identifier (sic.)» (Conseil d'Etat NE 2017).

Les PIG ont parfois pour conséquence de maintenir en vie des hôpitaux inefficaces.

Encadré 2

Les PIG peuvent éroder les incitations à l'efficacité

Le canton de Neuchâtel offre un exemple de la manière dont l'attribution de prestations d'intérêt général peut distordre la concurrence entre les hôpitaux. L'hôpital cantonal HNE est réparti sur trois sites: Neuchâtel, Val-de-Travers et La Chaux-de-Fonds. Chaque année, le HNE reçoit 15 millions de francs de PIG du canton en guise de compensation pour le maintien des trois sites (Conseil d'Etat NE 2017). Le canton a calculé les synergies possibles (p. ex. seulement une cuisine, seulement une réception, moins de gros appareils redondants, une meilleure occupation des lits) en cas de regroupement sur un seul site. Comme ces synergies ne peuvent être réalisées, elles devraient être soi-disant compensées par des PIG.

Dans le même canton, le groupe de cliniques Swiss Medical Network (SMN) gère une clinique sur deux sites, Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds. Des synergies échappent aussi au SMN à cause de sa présence sur deux sites, mais la clinique privée ne reçoit pas de PIG. Elle doit couvrir ses coûts seulement avec les forfaits par cas. Détail piquant: le tarif hospitalier des cliniques SMN de 2017 (8930 francs) est nettement inférieur à celui de l'HNE (9650 francs).

Cet exemple montre de façon saisissante les conséquences d'une définition peu précise des PIG. Au moins, les PIG attribuées pour le maintien de l'HNE sur plusieurs sites sont explicitement indiquées. Mais leur montant est-il approprié? Même si l'étendue des prestations diffère entre la clinique SMN et l'HNE, force est de constater que la clinique est en mesure d'opérer sans PIG et à un tarif hospitalier inférieur sur deux sites.

Obligation de divulguer l'usage visé par les PIG

Dans un système avec des prix régulés, la concurrence ne peut fonctionner correctement que lorsque les prestations couvertes sont comparables. Aujourd'hui cette condition n'est pas remplie, en raison de la gestion très divergente et en partie opaque des PIG. L'usage envisagé et les montants payés par le canton devraient être divulgués et rendus publics. Idéalement, le parlement devrait pouvoir statuer sur ces dépenses dans le cadre des débats budgétaires cantonaux. Ainsi, les citoyens et politiciens de chaque canton devraient pouvoir examiner et remettre en question la pertinence de ces dépenses.

L'usage envisagé et les montants payés des PIG devraient être rendus publics.

Les PIG sont surtout justifiées si elles compensent des externalités positives (par exemple la formation des médecins apporte des avantages à l'ensemble de la population et pas seulement au patient traité) ou si elles éliminent des défaillances du marché. Dans les centres urbains par exemple, les services d'urgence sont très utilisés et leurs coûts peuvent être couverts par les forfaits par cas. Dans les régions de montagne, par contre, le nombre d'urgences est soumis à de fortes fluctuations saisonnières. Les infrastructures nécessaires ne peuvent donc pas être financées de manière indépendante toute l'année.

Sans externalité ni défaillance du marché ou, pire encore, sans qu'une finalité précise ne puisse être démontrée, les PIG ne sont rien de plus que des subventions publiques cachées. Les supprimer est le seul moyen de garantir une concurrence loyale entre les hôpitaux. Et pas seulement à l'intérieur du canton de résidence, mais aussi au-delà de ses frontières. Si les tarifs hospitaliers sont maintenus artificiellement bas en raison de subventions occultes via les PIG, les tarifs de référence pour les traitements en dehors du canton finissent par baisser à leur tour, avec un effet négatif sur la mobilité des patients.

Les PIG doivent faire l'objet d'un appel d'offres

En 2015, la somme totale des PIG versées en Suisse se montait à 1,8 milliard de francs (Felder et al. 2017). De nombreuses PIG commandées par les cantons n'atteignent pas le seuil des appels d'offres de 230 000 francs de l'OMC (BKB 2017), mais certaines le dépassent aussi largement (cf. encadré 2). En principe, les PIG ne sont pas soumises à l'obligation de l'OMC de faire des appels d'offres publics.¹⁹

Mais les cantons sont libres de lancer des appels d'offres pour toutes (ou seulement certaines) prestations d'intérêt général, dans l'idéal à intervalles réguliers (p. ex. tous les cinq ans). Un processus qui définirait les prestations requises répondrait également à l'exigence de transparence.

19 Il ne s'agit pas de mandats publics avec lesquels les cantons se procurent des fonds sur le marché libre pour exécuter leurs tâches publiques. Il n'y a donc aucune obligation de faire un appel d'offres selon le droit des marchés publics.

En outre, les cantons peuvent recourir à des appels d'offres pour déterminer un prix (local) du marché pour la prestation commandée et réfuter ainsi d'éventuelles accusations concernant des subventions cachées à certains hôpitaux. De nouveaux modèles économiques et d'autres innovations pourraient aussi voir le jour, en impliquant des organisations spécialisées comme nouveaux fournisseurs potentiels de PIG.

Appel d'offres pour les prestations (non-)médicales

Un appel d'offres devrait aussi inclure des prestations non-médicales. Citons comme exemple une partie des PIG que le canton de Neuchâtel octroie à son hôpital cantonal, en raison d'économies d'échelle insuffisantes dans la préparation des repas (cf. encadré 2). Un hôpital ne doit pas obligatoirement préparer lui-même les repas de ses patients. Une collaboration avec d'autres hôpitaux ou institutions médicales est envisageable, éventuellement en fondant une entreprise commune ou en engageant un prestataire externe. De telles coopérations sont déjà courantes dans d'autres domaines du secteur de la santé : de nombreux EMS produisent non seulement leurs repas, mais aussi ceux d'organisations de soins à domicile ou de crèches.

Les tâches médicales peuvent également être soumises à des appels d'offres. Dans le domaine des procédés d'imagerie, des fournisseurs externes pourraient offrir des prestations à plusieurs hôpitaux dans une région, éventuellement en mettant le personnel et les appareils à disposition sur place. Les appels d'offres sont envisageables même pour des processus complexes comme les prestations de base des services d'urgence.

De l'art du bon appel d'offres

Dans tous ces exemples, il est important de formuler l'appel d'offres de manière ouverte : la gestion d'un service d'urgence à l'hôpital de Château d'Oex avec 50 postes à plein temps remplissant un profil de formation strictement défini ne devrait pas être mise au concours. De toute évidence, il risque de n'y avoir aucune offre externe. Les appels d'offres devraient plutôt être « neutres sur le plan technologique ». Dans l'exemple ci-dessus, le service d'urgence devrait être disponible en 20 minutes pour 98 % de la population du Pays-d'Enhaut. Ce n'est qu'ainsi que peuvent voir le jour de vraies alternatives aux structures établies, par exemple via un réseau de cabinets médicaux, de pharmacies, de télémédecine et de services d'hélicoptère. En fin de compte, c'est la prestation (le « quoi ») et non la manière de la fournir (le « comment ») qui doit être définie dans l'appel d'offres. De telles coopérations entre prestataires de droit public et/ou de droit privé permettraient non seulement de réduire les coûts, mais aussi de mieux répondre à la forte pénurie de personnel qualifié dans certaines régions.

Certes, des infrastructures complexes et coûteuses ne peuvent pas être créées en une nuit. Aucun concurrent ne serait prêt à déployer

Les appels d'offres devraient être « neutres sur le plan technologique ».

d'importantes ressources avant d'avoir assuré son financement. Il faut donc un délai assez long entre l'appel d'offres et l'entrée en vigueur du contrat de prestations pour que le vainqueur puisse mettre en place d'éventuelles infrastructures et recruter le personnel nécessaire ou reprendre celui du prestataire précédent.

Les missions de service public sont déjà soumises à appel d'offres

Il se peut bien sûr que personne d'autre que l'actuel prestataire ne prenne part à l'appel d'offres. Ce risque existe surtout pour les tâches nécessitant beaucoup de ressources. Mais d'autres secteurs des infrastructures sont également confrontés à ce problème et des missions de service public y sont quand même régulièrement mises au concours. Dans le domaine des télécommunications par exemple, la concession relative au service universel doit être renouvelée tous les cinq ans selon la Loi sur les télécommunications (art. 14 LTC). Tant que personne d'autre ne se porte candidat, la concession est automatiquement attribuée à Swisscom.

Même si la probabilité reste faible qu'un autre prestataire dépose sa candidature pour la concession, l'obligation d'appel d'offres est utile. Elle sert d'«épée de Damoclès» pour le prestataire en place, en l'incitant à améliorer continuellement ses prestations et sa structure de coûts, pour dissuader de potentiels concurrents de participer à la prochaine mise au concours.

4.2_ Réanimation de la concurrence par les patients

Malgré l'introduction du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse, les flux de patients n'ont pas beaucoup évolué, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des cantons (cf. figure 5). La proximité physique d'un hôpital reste le critère de choix principal pour de nombreux patients (et médecins traitants). On peut aussi supposer que la plupart des patients connaissent mal les conséquences du Nouveau financement hospitalier. Seule une petite minorité sait par exemple que les tarifs d'une opération déterminée peuvent varier d'un hôpital à l'autre.

Les traitements hors canton sont un cas particulier. Les conséquences financières sont réparties de manière asymétrique. Lorsque le tarif pratiqué par l'hôpital sis hors du canton excède le tarif de référence du canton de domicile, le patient doit payer la différence de prix, pour autant qu'il n'ait pas d'assurance complémentaire. Lorsqu'au contraire le tarif pratiqué par l'hôpital sis hors du canton est inférieur au tarif de référence du canton de domicile, le patient n'est pas dédommagé pour l'intervention meilleur marché: la caisse-maladie et le canton de domicile déboursent moins que pour un traitement dans le canton d'origine, mais cette économie ne profite pas au patient. Le patient n'a dès lors pas d'incitation financière à se faire traiter dans un hôpital hors canton meilleur marché. Ainsi, on perd des occasions de faire baisser l'ensemble des coûts de la santé et d'en faire profiter les patients.

Pour les traitements hors canton, les conséquences financières sont asymétriques.

Avoirs crédités en cas de traitement meilleur marché

La concurrence entre hôpitaux pourrait être nettement renforcée si les patients avaient une meilleure vue d'ensemble sur la qualité et le prix d'une intervention déterminée. Les assurances-maladie pourraient s'en-gouffrer dans la brèche et développer de nouveaux services.

On pourrait par exemple imaginer le modèle d'assurance suivant : lorsqu'une intervention chirurgicale est prévue, le patient contacterait sa caisse-maladie. Elle lui fournirait une liste d'hôpitaux offrant au moins la même qualité pour cette intervention que l'hôpital le plus proche (p. ex. mesurée en nombre de cas par an dans le domaine de la médecine hautement spécialisée). Le patient pourrait ensuite choisir librement son hôpital. S'il se décide pour un hôpital pratiquant un tarif hospitalier inférieur à celui de l'hôpital le plus proche, la caisse-maladie et le patient se partageraient les économies réalisées. Le patient recevrait un avoir crédité.

L'exemple suivant illustre le fonctionnement concret de cette proposition : l'implantation d'une prothèse du genou a une pondération des coûts de 1,947 (cf. tableau 3). Cette pondération est fixée par SwissDRG SA et elle est la même pour tous les hôpitaux (cf. chapitre 2.3). Si le patient ne choisit pas d'entreprendre sa thérapie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV, tarif hospitalier 10 650 francs en 2017) mais à la clinique générale Ste-Anne à Fribourg (tarif 8930 francs), la différence de coûts de cette intervention est la suivante :

$$1,947 \times (10\,650 \text{ francs} - 8930 \text{ francs}) = 3349 \text{ francs}$$

L'assurance-maladie prend en charge 45% de cette prestation stationnaire et profite ainsi d'une réduction de dépenses de 1507 francs. Si la caisse-maladie et le patient se partagent l'économie à parts égales par exemple, le patient peut économiser 754 francs pour un traitement de qualité égale.²⁰

La transparence sur la qualité des prestations, et la possibilité en résultant de proposer aux patients des prestations de qualité égale, voire de qualité supérieure et à moindre prix, est essentielle pour le succès de ce modèle d'assurance. Peu de patients choisiraient une telle solution sans recevoir cette garantie et peu d'assureurs offriraient de tels produits s'ils ne pouvaient la donner. A l'inverse, la transparence supplémentaire accroîtrait la pression sur les hôpitaux pour qu'ils prouvent la qualité de leurs prestations et l'améliorent continuellement. Peu d'institutions pourraient se permettre de ne pas figurer sur la liste des hôpitaux recommandés. Finalement, tous les patients profiteraient de cette

Les caisses-maladie et les patients pourraient se partager les économies réalisées.

20 L'amélioration en cours du concept SwissDRG devrait réduire une partie des différences de tarifs entre hôpitaux régionaux et universitaires (cf. Hochuli et al. 2017). Le modèle d'assurance avec des avoirs crédités augmenterait la pression pour une adaptation rapide et donc pour une plus grande transparence dans le financement des hôpitaux universitaires.

Tableau 3

Potentiel d'économies pour la caisse-maladie et le canton

<i>Intervention</i>	<i>Implantation d'une prothèse du genou (code SwissDRG: I43B)</i>	<i>Grandes interventions sur la glande mammaire liée au traitement d'un cancer (code SwissDRG: J23Z)</i>	<i>Petite intervention de la prostate (code SwissDRG: M02B)</i>
Pondération des coûts	1,947	1,172	0,759
Tarif hospitalier moyen en 2017 en francs (cf. annexe)	Economie potentielle (en francs)	Economie potentielle (en francs)	Economie potentielle (en francs)
Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (VD)	10650		
Hôpital fribourgeois HFR (FR)	9850	1558	938
Hôpital Neuchatelois (HNE)	9650	1947	1172
Clinique de la Source (VD)	9550	2142	1289
Clinique générale Ste-Anne (FR)	8930	3349	2016

Source: données cantonales; catalogue SwissDRG sur les forfaits par cas version 7.0, version de tarification 2018; propres calculs

relance de la concurrence, sans égard pour le modèle d'assurance qu'ils auraient choisi.

Renforcement des médecins dans leur rôle de gatekeeper

Dans le modèle proposé, le patient reste seul à décider dans quel hôpital il veut se faire traiter. Il faut s'attendre à ce qu'il discute avec son médecin traitant des informations reçues de la caisse-maladie. Le médecin est libre de fournir des informations additionnelles concernant d'autres facteurs de décision importants comme l'accessibilité et la simplicité des éventuels traitements de suivi. La relation entre le médecin et son patient devient ainsi plus profonde et la discussion sur la qualité d'une intervention planifiée est menée d'égal à égal.

Indirectement, le médecin profite aussi des informations des caisses-maladie. Elles lui permettent de se faire une meilleure idée de la qualité de chaque hôpital et d'en déduire de futures recommandations, ce qui n'est pas négligeable puisque les médecins sont d'importants gatekeepers dans le choix de l'hôpital. Une étude pour le Valais a par exemple montré que plus de la moitié (52%) des hospitalisations extracantonales avaient lieu sur recommandation du médecin (1815.ch 2017). Une étude pour le canton de Fribourg est arrivée à des résultats similaires (MIS Trend 2017). La concurrence

Plus de la moitié (52%) des hospitalisations extracantonales ont lieu sur recommandation du médecin.

qualitative entre hôpitaux, aussi bien dans le canton qu'à l'extérieur, pourrait nettement s'intensifier, grâce à ces informations supplémentaires.

Les cantons en profitent aussi

Financièrement, un tel modèle d'assurance est intéressant surtout pour les interventions complexes et coûteuses. La pondération des coûts est généralement élevée (un multiple du tarif hospitalier) et les avoirs crédités potentiels pour les patients s'avèrent tout aussi lucratifs. De plus, un tel modèle pourrait aussi être intéressant pour des interventions plus simples, mais pour lesquelles le tarif varie fortement entre hôpitaux. C'est souvent le cas pour des opérations standards entreprises dans un hôpital régional plutôt que dans un hôpital universitaire.

Lorsque le patient choisit un hôpital pratiquant un tarif hospitalier moins élevé, le coût baisse à la fois pour l'assurance-maladie et pour le canton, ce dernier prenant à sa charge 55 % du forfait par cas. Pour renforcer la prise de conscience des coûts dans le domaine stationnaire, il serait utile d'associer le patient non seulement aux économies de l'assureur-maladie, mais aussi à celles du canton. Les assureurs désirant offrir de tels produits devraient être en mesure de conclure un accord avec le canton de domicile de l'assuré à cet effet. |²¹

Les nouveaux modèles d'assurance nécessitent une adaptation législative

Pour pouvoir appliquer l'idée d'un crédit en cas de traitement dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, il faut adapter la LAMal. Aujourd'hui, les assurances-maladie (et le canton de résidence) sont obligés de rembourser les coûts d'une intervention stationnaire selon les tarifs des hôpitaux figurant sur la liste hospitalière (art. 41 1bis LAMal). Ce règlement est exhaustif. Les dérogations nécessitent une base légale explicite selon le principe de légalité.

En définitive, la loi devrait être adaptée pour permettre aux assurances-maladie et au canton de domicile d'associer les patients aux coûts économisés via des avoirs crédités. Les assurances-maladie devraient pouvoir prendre ces derniers en compte dans le calcul du montant de la prime. Par contre, la clé de répartition de l'économie entre patient et assureur reste à définir. Ceci dans le but de permettre aux assurances-maladie de développer divers produits d'assurance et de faire jouer la concurrence entre les prestataires.

21 La question reste ouverte de savoir si les cantons seraient prêts à soutenir des modèles d'assurance menant éventuellement à davantage de traitements en dehors du canton (aux dépens des taux d'occupation de leurs propres hôpitaux).

Modèles «managed care» pour les interventions stationnaires

Pour les petites interventions médicales (avec une pondération des coûts bien inférieure à 1), le modèle d'avoires crédités décrit ci-dessus serait financièrement peu attractif. Le potentiel d'économies serait trop faible pour le patient et l'effort de l'assureur pour l'activité de conseil serait trop lourd. Une alternative orientant les patients vers des hôpitaux de même qualité mais meilleur marché, avec le moins de bureaucratie possible, est nécessaire. Les économies qui en résulteraient pour le canton et l'assurance-maladie pourraient être considérables, sans pour autant compromettre la qualité du traitement.

Les modèles d'assurance, où le patient limite volontairement au préalable (donc à la signature du contrat et non lorsqu'un traitement s'impose)²² le choix des prestataires, pourraient être adaptés aux interventions avec une basse pondération des coûts. Ce serait une approche analogue aux modèles «managed care» déjà existants dans le domaine ambulatoire. En contrepartie, les assurés profiteraient de primes d'assurance-maladie réduites.²³

La définition de l'offre hospitalière est un facteur clé pour le succès d'un tel modèle : lorsque le choix se limite à un nombre restreint d'hôpitaux particulièrement efficaces, les économies potentielles sont certes plus élevées (respectivement le rabais de prime accordé également). Mais une limitation trop radicale du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse intéressera probablement peu d'assurés. De plus, comme dans le modèle d'assurance avec des avoires crédités, il est décisif que le choix limité de l'hôpital n'entraîne pas une baisse de qualité. Au contraire, de telles solutions d'assurance doivent garantir une meilleure qualité à un coût de traitement inférieur, comme c'est le cas pour les offres «managed care» dans le domaine ambulatoire.

Le succès de ce type de modèles d'assurance aurait aussi une influence sur l'organisation de chaque hôpital. Plus l'effectif des assurés dans ces modèles alternatifs est grand, plus les hôpitaux sont incités à fournir des services de qualité à un prix concurrentiel dans leur région. Sinon, ils risquent de perdre un nombre considérable de patients. A l'inverse, les prestataires de qualité aux tarifs attractifs peuvent s'attendre à attirer davantage de patients grâce à de tels modèles d'assurance. Dans l'ensemble, la concurrence qualitative entre hôpitaux serait stimulée de manière durable.

Plus l'effectif des assurés dans les modèles alternatifs est grand, plus l'incitation des hôpitaux est forte.

4.3_ Transplantation de compétences cantonales

Le Nouveau financement hospitalier a pour objectif important de garantir le choix de l'hôpital pour les patients à l'intérieur du canton et

22 En cas d'urgence, le libre choix du prestataire devrait rester garanti à tout assuré.

23 Les rabais de primes accordés devraient correspondre aux économies réalisées et ne pas être limités par des prescriptions politiques ou administratives.

au-delà de ses frontières, également pour ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire. Comme expliqué au chapitre 3.4, certains cantons tentent de limiter le libre choix en faveur de leurs propres hôpitaux publics, par exemple en imposant des critères d'admission restrictifs sur la liste hospitalière, en imposant des limitations de volume uniquement pour certaines cliniques privées isolées ou en appliquant des tarifs de référence trop bas qui renchérissent artificiellement les traitements hors canton.

Le cantonalisme conduit à une offre excédentaire

La tentative des cantons de privilégier leurs propres hôpitaux est compréhensible. Les hôpitaux font souvent partie des plus grands employeurs cantonaux, par exemple dans le canton de Neuchâtel (HNE 2017) ou dans celui des Grisons (KSGR 2017). Les collaborateurs généralement hautement qualifiés des hôpitaux forment un électorat à ne pas négliger. De plus, les cantons prennent en charge 55% des prestations LAMal stationnaires et préfèrent, pour des raisons de politique régionale, qu'une partie des fonds investis reste dans le canton sous forme d'impôts sur le revenu. Enfin, en tant que propriétaires d'hôpitaux, les cantons essaient de garantir l'occupation et la rentabilité de leurs établissements.

Mais cet «esprit de clocher» conduit en définitive à une offre excédentaire («*Un lit d'hôpital est un lit occupé*», dit le dicton), parce qu'il empêche les changements structurels nécessaires. La planification hospitalière ne se base pas sur les flux régionaux de patients mais suit les frontières cantonales, moins pertinentes du point de vue de la politique de santé. Des coopérations intercantionales existent toutefois de manière isolée. On peut ainsi mentionner l'Hôpital Riviera-Chablais et l'Hôpital intercantonal de la Broye, deux hôpitaux de soins aigus intercantonaux – le premier entre le canton de Vaud et celui du Valais, le second entre le canton de Vaud et celui de Fribourg. La collaboration entre le canton de Glaris et l'Hôpital cantonal des Grisons à Coire est un autre exemple. Mais il y a aussi des luttes acharnées lorsque des cantons inscrivent sur leur liste des hôpitaux qui pourraient attirer des patients d'autres cantons. Le canton de Zurich est allé jusqu'au Tribunal fédéral administratif pour empêcher l'inscription d'une clinique à Aadorf sur la liste hospitalière thurgovienne et d'une clinique à Susch sur la liste grisonne (Südostschweiz 2016). En 2014, le canton des Grisons a même fait recours au Tribunal fédéral (Canton GR 2014).

«L'esprit de clocher» conduit à une offre excédentaire de lits d'hôpitaux.

Suppression des listes hospitalières cantonales

Les critères d'admission sur les listes hospitalières cantonales ont divers effets: d'une part, ils font partie de la politique de santé de chaque canton. Les critères fixent des normes qualitatives minimales, par exemple des nombres minimaux de cas, ou garantissent des prestations comme le service des urgences. D'autre part, les critères d'admission faussent la concurrence hospitalière, la politique hospitalière devenant

politique régionale. Pour rompre avec cet «esprit de clocher», une piste pourrait être de supprimer les listes hospitalières cantonales et de les remplacer par des critères sanitaires unifiés et valables dans toute la Suisse.²⁴

Ces critères de qualité devraient répondre à des normes scientifiques. Ils ne devraient pas uniquement prendre en compte la qualité des structures (p. ex. nombre de médecins spécialistes par service, nombre minimal de cas dans la médecine hautement spécialisée) et des processus (p. ex. organisation de conférences interdisciplinaires sur les tumeurs) d'une seule institution. Ils devraient aussi tenir compte des compétences des médecins et spécialistes ne travaillant que certains jours de la semaine dans divers hôpitaux. Des interventions plus complexes peuvent ainsi être effectuées dans des hôpitaux décentralisés sans devoir maintenir l'infrastructure nécessaire 24 heures sur 24.

De plus, la définition des critères de qualité doit mettre l'accent sur les résultats (p. ex. le taux de complications par catégorie d'intervention ou la satisfaction des patients) (Albrecht 2014). Il faut ainsi surtout prendre en compte les «outputs» et moins les «inputs». Les données «outputs» sont plus intéressantes, parce qu'elles ne dépendent pas d'une structure standardisée, mais permettent diverses formes d'organisation, comme les soins intégrés. Dans les régions périphériques et de montagne, cette orientation sur les résultats et la flexibilité qui en découle sont importantes pour permettre des soins hospitaliers de qualité avec de plus petites structures stationnaires.

Il est aussi envisageable de compléter les critères de qualité par des critères économiques, au sens des critères EAE (efficacité, adéquation et économicité) selon l'art. 32 LAMal. On pourrait par exemple prévoir que les tarifs hospitaliers des hôpitaux doivent être inférieurs à une valeur de référence déterminée, comme cela a été prévu dans le canton de Zurich dans le cadre de l'élaboration de la liste hospitalière 2012: seuls les hôpitaux dont le tarif hospitalier était inférieur au 40^e percentile de la répartition ont été admis sur la liste (Canton ZH 2010). Une prescription similaire pour l'ensemble de la Suisse serait la bienvenue.

Tous les hôpitaux remplissant les critères qualitatifs et économiques seraient autorisés à facturer leurs prestations aux assureurs-maladie et au canton de domicile de l'assuré (selon l'art. 49a LAMal), indépendamment de leur emplacement. La Confédération ne fixerait pas explicitement les sites des hôpitaux retenus.

Fixation indépendante des critères de qualité

Il faut s'attendre à ce qu'un tel changement de système provoque une forte opposition politique dans les régions dont les hôpitaux ne remplissent

Des critères économiques pourraient aussi compléter les critères de qualité.

²⁴ Cette nouvelle compétence de la Confédération devrait par exemple être inscrite à l'art. 118 CF. L'art. 39e LAMal devrait aussi être adapté.

pas les nouveaux critères de qualité. Des dispositions transitoires laissant suffisamment de temps aux hôpitaux pour s'adapter aux nouvelles prescriptions pourraient accroître l'acceptation d'un tel projet. Il serait également important de garantir l'indépendance politique et économique de l'instance définissant les critères d'admission. Cette instance pourrait être une commission interdisciplinaire et indépendante similaire au Swiss Medical Board actuel (SMB).

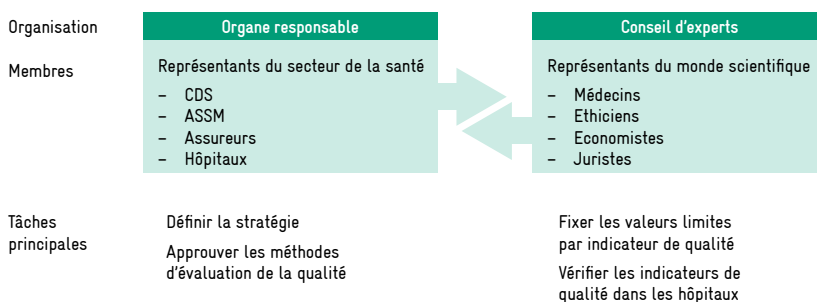
Le SMB analyse et évalue des méthodes de diagnostic et des interventions thérapeutiques sous l'angle de la médecine, de l'économie, de l'éthique et du droit. Fondamentalement, il s'agit d'évaluer le rapport qualité/prix des prestations médicales financées par l'assurance obligatoire des soins (SMB 2017). Le SMB est composé, d'une part, d'un organe responsable définissant le développement stratégique de l'organisation ainsi que des organes opérationnels, et d'autre part, d'un conseil d'experts en charge de mener les évaluations.

Il s'agirait de créer une organisation similaire pour fixer les critères de qualité au niveau suisse, une sorte d'*agence suisse pour la qualité hospitalière*. L'agence se composerait de deux entités à l'image du SMB (cf. figure 10). Elle serait, d'une part, composée d'un organe responsable définissant l'orientation stratégique de l'agence et approuvant les méthodes d'évaluation de la qualité (p. ex. la prise en compte du nombre de cas pour des groupes déterminés de prestations). D'autre part, un conseil d'experts définirait les normes de qualité selon les méthodes d'évaluation définies par l'organe responsable (p. ex. le nombre de cas minimum) et garantirait leur contrôle uniforme dans les hôpitaux de tout le pays, à l'écart de toute influence politique.

Figure 10

Agence suisse pour la qualité hospitalière organisée en deux entités

Deux organisations indépendantes devraient, d'une part, fixer la méthode d'évaluation de la qualité et, d'autre part, définir et vérifier les valeurs limites de la qualité.



Source : propre représentation

Des représentants de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS), de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), des assureurs et des associations hospitalières feraient notamment partie de l'organe responsable. Cela garantirait le soutien des fournisseurs de prestations et des financeurs ainsi que la légitimation des méthodes d'évaluation de qualité choisies. Toujours par analogie avec le SMB, le conseil d'experts se composerait de représentants scientifiques des domaines de la médecine, de l'éthique, de l'économie de la santé, du droit, etc. Il est impératif que l'organe responsable n'ait aucune influence sur le contenu des évaluations du conseil d'experts.

L'approvisionnement régional ne requiert pas de listes hospitalières cantonales

Il faut s'attendre à ce que les critères de qualité unifiés et le démantèlement des obstacles limitant les flux de patients au-delà des frontières cantonales entraînent une spécialisation des hôpitaux. Il en résulte une augmentation du nombre de cas par groupes de prestations qui pourrait conduire à une amélioration de la qualité. C'est le cas pour la médecine spécialisée, par exemple dans le domaine des traitements contre le cancer (Güller et al. 2017). Un nombre supérieur de cas permettrait également d'accroître l'efficacité, parce que les traitements sont plus fréquents et que les coûts fixes peuvent être ventilés sur davantage de cas. Mais cette spécialisation mènerait vraisemblablement à une concentration des hôpitaux dans les régions fortement peuplées.

Les cantons devraient toutefois continuer à superviser la couverture en soins dans leur région (Locher 2015). Ils devraient assurer cette tâche non seulement dans le domaine hospitalier, mais aussi tout au long de la chaîne des soins médicaux, de la prévention aux soins de longue durée dans les EMS, en passant par les traitements curatifs dans le domaine ambulatoire (cabinets médicaux) et stationnaire (hôpitaux, cliniques de réadaptation). Les projections faites jusqu'à présent pour la planification des lits forment une bonne base pour le monitoring du secteur hospitalier cantonal. Dans ce contexte, il convient de relever que les listes hospitalières cantonales ne sont pas une condition sine qua non pour l'approvisionnement en soins dans les régions. D'autres domaines ne font pas non plus l'objet de listes cantonales (p. ex. cabinets médicaux, organisations de soins à domicile, pharmacies) et les cantons restent pourtant responsables de la prise en charge.

Garantir l'approvisionnement au niveau régional via les PIG

Si les habitants d'une région disposent de suffisamment de fournisseurs de prestations à distance raisonnable dans leur canton et hors de celui-ci, il n'y a pas besoin de prendre des mesures. L'approvisionnement en soins au niveau régional est assuré par le marché. Si cette condition ne devait pas être remplie, le canton peut se procurer les services manquants (p. ex. maison de naissance, service d'urgences ou groupes de prestations tels

Les prestations qui ne sont pas fournies par le marché peuvent être achetées par le biais des PIG.

que la pédopsychiatrie ou l'angiologie au sein d'institutions existantes) par le biais de l'instrument des prestations d'intérêt général. La meilleure façon d'obtenir ces services passe par une procédure d'appel d'offres, comme décrit dans le chapitre 4.1.

Ce qui peut être considéré comme distance «raisonnable» dans le cadre de l'approvisionnement régional doit être déterminé par les habitants du canton. Avec 188 hôpitaux de soins aigus répartis dans toute la Suisse (cf. figure A, p. 35), l'accès aux institutions médicales est non seulement garanti, mais il existe même pléthore d'infrastructures hospitalières. En 2011, 99,8% de la population pouvait atteindre un hôpital de soins généraux en 30 minutes de voiture depuis le centre de sa commune, malgré une topographie accidentée ; 98,4% de la population pouvait même atteindre un hôpital en l'espace de 20 minutes. Dans un rayon d'une demi-heure, près des trois quarts de la population avait le choix entre huit hôpitaux ou plus, même si cette distance peut se révéler supérieure pour les habitants des communes reculées des Alpes ou des régions périphériques (Christen et al. 2013). S'il est impossible d'accéder à des prestations de soins à distance raisonnable, les cantons ont la possibilité de financer des centres de santé dans les communes concernées au moyen de FIG. Le prix de ces prestations doit être transparent et être avalisé par le politique et la population.

5_ Plus de mobilité pour les hôpitaux publics

Le vieillissement de la société, le progrès technologique et la tendance à réaliser de plus en plus d'interventions en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire mettent les hôpitaux sous pression. De plus, la mise en œuvre des thérapies décrites précédemment renforcerait nettement la concurrence à l'intérieur des cantons, mais aussi au-delà de leurs frontières. Dans cet environnement dynamique, de la souplesse, des processus de décisions rapides et de l'autonomie financière sont nécessaires pour rester compétitif, tant en terme de qualité que de prix.

Cette concurrence plus vive représente un défi particulier pour les hôpitaux publics. Ces derniers doivent, vu la composition en partie politique de leurs organes de surveillance, tenir non seulement compte d'aspects médicaux et économiques dans leur travail de gestion, mais aussi de considérations politiques. Les processus décisionnels peuvent être fastidieux, par exemple lorsqu'il faut surmonter des obstacles administratifs internes ou parlementaires pour le recrutement, les décisions d'investissement ou de localisation, ou s'il faut prendre en considération le calendrier électoral.

Pour le canton propriétaire ou exploitant d'hôpitaux, ce manque de flexibilité et d'agilité représente un risque croissant. En particulier dans un environnement plus concurrentiel induit par les thérapies proposées ci-dessus, ce défi ne pourra désormais plus être surmonté en subventionnant et en favorisant son propre hôpital. Une plus forte indépendance des hôpitaux publics s'impose. Il ne s'agit pas seulement de définir la forme juridique appropriée: les conditions-cadre institutionnelles et légales ainsi que la gouvernance d'entreprise sont tout aussi importantes.

5.1_ **Stricte gouvernance d'entreprise**

Des principes de gestion clairs peuvent contribuer à éviter les conflits d'intérêts entre le politique et les instances dirigeantes des hôpitaux. En ce sens, il faut prendre des mesures à tous les niveaux de la hiérarchie hospitalière. L'indépendance politique des organes directeurs est à mentionner en premier lieu. Lorsque le canton est (co)propriétaire d'un hôpital, il peut bien entendu participer à la désignation du conseil de surveillance, comme le feraient les principaux actionnaires d'une société anonyme. Mais cela ne signifie pas que le Conseil d'Etat doit être représenté en personne au sein du conseil de surveillance. Au contraire, moins il y a de politiciens et plus il y a d'experts en son sein, plus l'hôpital pourra s'affranchir de l'influence de la politique (régionale). La meilleure façon d'y parvenir est de mettre les postes correspondants au concours, en vérifiant les compétences professionnelles des candidats par des évaluations indépendantes. L'élection du président du conseil de surveillance doit

L'indépendance politique des organes directeurs est indispensable.

également être apolitique. Les hôpitaux cantonaux de Baden (AG) ou des Grisons peuvent être cités en exemple à ce sujet.

Il faut aussi veiller à l'indépendance de la direction générale. Une claire séparation des rôles entre la direction stratégique (conseil de surveillance) et la direction opérationnelle (direction générale) fait partie d'une bonne gouvernance d'entreprise. La direction générale ne devrait être sélectionnée ou avalisée que par le conseil de surveillance et non par des organes politiques.

Un hôpital indépendant devrait également pouvoir décider librement de l'emplacement et du développement de son infrastructure. Les modèles dans lesquels le canton est propriétaire des immeubles et les met gratuitement à disposition de l'hôpital (ou les loue avec des loyers non-conformes au prix du marché) limitent inutilement la marge de manœuvre de l'hôpital. Ce dernier doit pouvoir décider librement en fonction de ses besoins si et de quelle manière il veut utiliser, sous-louer ou vendre ses biens immobiliers. Il faut également éviter les dispositions légales régissant l'emplacement et le nombre de sites de l'hôpital public.

Un hôpital indépendant devrait pouvoir décider librement de l'emplacement et du développement de son infrastructure.

5.2_ La forme juridique adéquate

Une bonne gouvernance d'entreprise ne dépend pas uniquement de sa forme juridique. Mais il existe des formes juridiques qui tendent à garantir à l'hôpital plus de flexibilité et d'indépendance. Les sociétés anonymes (avec ou sans but lucratif) ont par exemple l'avantage de créer de la transparence dans la structure de propriété, de faciliter l'accès au capital et de simplifier les coopérations ou les fusions.

Les hôpitaux organisés sous forme de fondation ou d'association, dotés d'une personnalité juridique et de statuts propres ainsi que d'un organe de surveillance indépendant, sont également à saluer (Widmer et al. 2016). Par contre, les institutions indépendantes de droit public peuvent être moins flexibles selon les structures, par exemple si elles sont liées aux réglementations étatiques en matière de politique du personnel. Enfin, les hôpitaux organisés en institutions de droit public dépendantes disposent de peu d'autonomie. Ils font de facto partie de l'administration. Il s'agit par exemple du CHUV dans le canton de Vaud, de l'hôpital cantonal d'Obwald ou des hôpitaux Waid et Triemli en ville de Zurich.

5.3_ Autonomisation échelonnée

Une fois des conditions-cadre permettant une véritable concurrence entre hôpitaux mises en place, il est alors approprié d'envisager une privatisation, même si cette dernière n'est pas une fin en soi. Il s'agit plutôt de l'ultime étape cohérente pour limiter le risque financier des contribuables, garantir l'indépendance politique des hôpitaux et prévenir les conflits d'intérêts, les distorsions du marché et l'inefficacité.

Un processus de privatisation ne doit pas forcément commencer par la transformation d'un hôpital en société anonyme. En fonction du canton

et du climat politique, il peut être judicieux de passer par un organisme public indépendant, tout en garantissant l'autonomie des organes de surveillance et de direction. Cela permet d'instaurer la confiance et de jeter les bases pour un éventuel changement de forme juridique ultérieur. La votation refusée par le peuple zurichois en 2017 sur la transformation de l'hôpital cantonal de Winterthour en société anonyme illustre la sensibilité du sujet.

Même après la transformation d'un hôpital en société anonyme, les actions ne doivent pas être vendues (immédiatement). Au contraire, beaucoup d'éléments plaident en faveur d'une vente progressive des actions. Dans un premier temps, le canton peut ainsi rester l'actionnaire majoritaire et la décision de renoncer ou non à cette majorité peut être prise ultérieurement.

Le canton peut aussi transférer ses actions à une fondation. L'hôpital conserve ainsi la flexibilité opérationnelle d'une société anonyme, mais le caractère d'utilité publique de l'hôpital est garanti par le but de la fondation. Pour garantir l'indépendance politique, il faut que le conseil de fondation puisse choisir seul ses nouveaux membres (principe de cooptation).

Lorsqu'un hôpital organisé en société anonyme est coté en bourse, la vente d'actions hospitalières peut se faire directement via la bourse ou par l'émission d'«actions populaires». Dans ce dernier cas, chaque citoyen reçoit gratuitement un certain nombre d'actions qu'il peut choisir de conserver ou de vendre. C'est une sorte de «restitution» de la richesse nationale. Ainsi, les citoyens qui le désirent peuvent, par le biais du droit de vote garanti aux actionnaires, continuer de participer aux décisions relatives à la politique de l'hôpital. Mais le prix à payer est de devoir aussi participer au risque d'entreprise de l'hôpital.

Le canton peut aussi transférer ses actions à une fondation.

Bibliographie

- 1815.ch (2017): Über 5000 Walliser jährlich wählen Spital ausserhalb des Kantons. www.1815.ch/news/wallis/aktuell/studie-ueber-die-ausserkantonalen-hospitalisati-onen-durch-freie-spitalwahl. Consulté le: 22.04.2017.
- AFF, Administration fédérale des finances (2017): Statistique financière – SFP: Dépenses par fonction – Confédération, cantons et communes. www.efv.admin.ch/efv/fr/home/themen/finanzstatistik/berichterstattung.html. Consulté le: 28.11.2017.
- Albrecht, Mathias (2014): Krankenhausplanung auf Basis von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. 6. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, 22. und 23. September 2014, Berlin.
- Balmer, Hans (2015): Fehlsteuerung, Fehlanreize – und wer zahlt die Zeche? In: *clinicum* 3
- Beck, Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Berne: Haupt Verlag.
- CA, Conférence des achats de la Confédération (2017): *Valeurs seuils*. www.bkb.admin.ch/bkb/fr/home/oefentliches-beschaffungswesen/schwellenwerte.html. Consulté le: 04.11.2017.
- Canton des Grisons (2014): Spitalplanung ist Sache des Kantons: Regierung reicht Beschwerde beim Bundesgericht ein. Medienmitteilung vom 18.08.2014. www.gr.ch/DE/Medien/Mitteilungen/MMStaka/2014/Seiten/2014081402.aspx. Consulté le: 05.12.2017.
- Canton de Zurich (2010): Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG). Erläutern der Bericht. Zurich.
- Christen, Andreas; Häggi, Philipp; Kraft, Christan; Künzi, Damian; Merki, Manuela; Ruffner, Jan (2013): *Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation*. dans: *Swiss Issues Branches*, août 2013, Credit Suisse (édit.). Zurich.
- Comparis.ch (2017): *Choix de l'hôpital: Les Suisses ne veulent pas voir le taux de mortalité*. <https://fr.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2017/%20spitalvergleich/spital-vergleich/spitalumfrage>. Consulté le: 05.12.2017
- Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel (2017): *Rapport d'information du Conseil d'État au Grand Conseil en réponse au postulat de la commission des finances 15.114, du 4 février 2015, Hôpital neuchâtelois (HNE) – subventions pour prestations d'intérêt général (PIG)*. Neuchâtel.
- Cooper, Zack (2012): *The very english experience with competition: Lessons from Britain's National Health Service*. In: *Working Party No. 2 on Competition and Regulation*. DAF/COMP(2012)9. Organisation de coopération et de développement économiques.
- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon et McGuire, Alistair (2010a): *Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms*. LSE Health Working Paper no 16 / 2020.
- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon et McGuire, Alistair (2010b): *Does Hospital Competition improve efficiency? An analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS*. CEP discussion paper no 988.
- Cosandey, Jérôme (2016): *De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées*. Avenir Suisse, Zurich. www.avenir-suisse.ch/fr/publication/de-nouvelles-mesures-pour-les-soins/. Consulté le: 11.12.2017.
- Curafutura (2016): *Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires*. <https://curafutura.ch/fr/themes/financement/display/pdf/detail/einheitliche-finanzierung-ambulanter-und-stationaerer-leistungen/>. Consulté le: 10.10.2017

- Felder, Stefan; Meyer, Stefan et Selcik, Fatmana (2017): Différences de tarifs et de financement entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le secteur des soins aigus stationnaires, 2013–2015. Expertise établie sur mandat de l'association Cliniques Privées Suisses. Bâle.
- Felder, Stefan; Meyer, Stefan et Bieri, Denis (2016): Différences de tarif et de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Expertise pour le compte des Cliniques privées suisses. Bâle.
- Gaynor, Martin (2012): Reform, competition, and policy in hospital markets. In: Working Party No. 2 on Competition and Regulation. DAF/COMP(2012)9. Organisation de coopération et de développement économiques.
- Gaynor, Martin et Town, Robert (2012): Competition in health care markets. In: McGuire, Thomas; Pauly, Mark et Pita Barros, Pedro (édit.), Handbook of Health Economics, volume 2, chapitre 9, Amsterdam et Londres: Elsevier North-Holland.
- gfs.bern (2015): Motivation constante du corps médical hospitalier malgré une bureaucratisation croissante. Etude concomitante à l'occasion de l'introduction de SwissDRG et du projet de tarifs hospitaliers en réadaptation et en psychiatrie, effectuée sur mandat de la FMH, 5e étude 2015. Berne: gfs.bern.
- Güller, Ulrich; Warschkow, Renec; Ackermann, Christoph; Schmied Bruno; Cerny, Thomas; Ess, Silvia (2017): Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. In: Swiss Medical Weekly, 47: w14473.
- Hedinger, Damian; Tuch, Alexandre et Widmer, Marcel (2017): Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2015 (Obsan Bulletin 2/2017). Etude commandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- HNE, Hôpital neuchâtelois (2017): L'Hôpital neuchâtelois en quelques chiffres. www.h-ne.ch/a-propos/l-hne-en-quelques-chiffres. Consulté le: 27.10.2017.
- Hochuli, Philip; Widmer, Philippe et Telser, Harry (2017): Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen – Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte. Polynomics. Studie im Auftrag des Universitätsspitals Zürich. Olten.
- Hudec, Jan (10.03.2016). Die erdrückende Last der Gesundheitskosten. Neue Zürcher Zeitung.
- Iseli, Simon; Fierri, Kovács; Trüb, Mirjam; Jung, Manuel (2006): Spitaltarife. Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen. Berne: Surveillance des prix – Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche DEFR.
- Kessler, Daniel und McClellan, Mark (2000): Is Hospital Competition Socially Wasteful? dans: Quarterly Journal of Economics, v115, pp. 577 – 615.
- Köthenbürger, Marko et Sandqvist, Paulina (2016): KOF Prognose der Gesundheitsausgaben – Herbst 2016, KOF Studien, Nr. 86, décembre 2016.
- KPMG et ZHAW (2015): Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler. Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- KSGR, Kantonsspital Graubünden (2017): Das Zentrumsspital der Südostschweiz. www.ksgr.ch. Consulté le: 27.10.2017.
- Leutwyler, Stefan (2014): GWL-Definition und -Finanzierung aus Sicht der Kantone – Gibt es bereits einen gemeinsamen Nenner? 8. Kongress Rechnungswesen und Controlling Hplus. www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/Rechnungswesen_Spital/Konferenz_RW__C/4_Leutwyler_GWL_Konf-RW_C-2014.pdf. Consulté le: 30.10.2017.
- Locher, Heinz (2015): Bildung von Spitalregionen oder gesamtschweizerische Planung? Referat gehalten anlässlich der Tagung «Spitalwettbewerb und

- Koordination der Spitalplanungen» der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Luzern, Lucerne.
- Marty, Fridolin (2017): So wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg. *Economie-suisse*: Zurich.
- MIS TREND (2017): Etude sur les hospitalisations hors canton par libre choix. Etude pour le Service de la santé publique fribourgeois – Fribourg. http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.aspx?fid=16842. Consulté le: 05.12.2017.
- OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques (2017): Statistiques sur la santé. Dépenses de santé et financement. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Consulté le: 24.10.2017.
- OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques (2012): Competition in Hospital Services, Working Party No. 2 on Competition and Regulation, OECD Background Paper.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2017a). Coûts et financement du système de santé. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/cou.html. Consulté le: 20.10.2017.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2017b). Statistique médicale des hôpitaux. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ms.html. Consulté le: 23.03.2017
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2017a): Chiffres-clés des hôpitaux suisses. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelen/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html. Consulté le: 10.06.2017
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2017b): Nouvelles mesures visant à contenir les coûts de la santé. www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/news/news-25-10-2017.html. Consulté le: 21.11.2017.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2015): Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral. Berne: mai 2015.
- Pellegrini, Sonia et Roth, Sacha (2017): Evolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2014–2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Etude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- SMB, Swiss Medical Board (2017): Que faisons-nous. <http://www.medical-board.ch/index.php?id=803&L=1>. Consulté le: 06.11.2017
- Südschweiz (2016): Spitalisten-Streit setzt die Kantone unter Zugzwang. www.suedschweiz.ch/politik/2016-01-11/spitalisten-streit-setzt-die-kantone-unter-zugzwang. Consulté le: 06.11.2017.
- Telser, Harry; Fischer, Barbara; Leukert, Karolin et Vaterlaus, Stephan (2011): Healthcare expenditure and illness-related costs. Polynomics, im Auftrag von Interpharma, Bâle.
- von Stokar, Thomas; Vettori, Anna; Gschwend, Eva et Boos, Leo (2016): Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Infrac, im Auftrag von BAG, Zurich.
- Widmer, Philippe; Trottmann, Maria; Hochuli, Philip et Telser, Harry (2017): Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Olten: Polynomics.
- Widmer, Philippe; Telser, Harry; Uebelhart, Tobias (2016): Les soins hospitaliers au cœur des tensions de la politique cantonale: actualisation 2015. Etude réalisée pour le compte de comparis.ch.
- Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telser, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie et Schwenkgenks, Matthias (2014): Die Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Abteilung Nationale Präventionsprogramme. Winterthour.

Index des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CF	Constitution fédérale
EAE	Efficacité, adéquation et économicité
EFAS	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires
EMS	Etablissement médico-social
H+	Organisation nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins
HNE	Hôpital neuchâtelois
HSK	Communauté d'achat Helsana, Sanitas et CPT
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LTC	Loi sur les télécommunications
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
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
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PIB	Produit intérieur brut
PIG	Prestations d'intérêt général
SMB	Swiss Medical Board
SMN	Swiss Medical Network
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups

Tarifs hospitaliers des hôpitaux de soins aigus inscrits sur les listes hospitalières cantonales (2012 à 2017)

Les tarifs hospitaliers provisoires sont marqués en vert

KT	Hôpital/Clinique	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
AG	Kantonsspital Aarau AG	9875	10350	9875	9875	9875	9875	9825	9825	9700	9700	9700	9700		9700
AG	Kantonsspital Baden AG	9800	10175	9800	9800	9800	9800	9800	9800	9700	9700	9700	9700		9700
AG	Hirslanden Klinik Aarau	10150	10060	10060	9950	9990	9850	9670	9670	9670	9670	9670	9670		9670
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Kreisspital für das Freiamt Muri	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Spital Zofingen AG	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Asana Gruppe AG Spital Leuggern	9632	9632	9300	9300	9300	9300	9500	9400	9500	9450	9590	9590		9590
AG	Asana Gruppe AG Spital Menziken	9632	9632	9300	9300	9300	9300	9500	9400	9500	9450				
AG	Klinik Villa im Park AG	8993	8993	9200	9200	9200	9200	9150	9150	9050	9100	8930	8930		8930
AG	Geburtshus Storchenäscht AG	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
AG	Klinik Barmelweid AG	9829	9829	9750	9750	9650	9710	9500	9710	9500	9500	9480	9480		9480
AI	Kantonales Spital Appenzell	9750	9750	9590	9600	9520	9580	9460	9480	9460	9500	9480	9500		9460
AR	Spitalverbund Appenzell Ausser- rhoden, (Heiden/Herisau)	9600	9632	9590	9600	9520	9580	9460	9540	9460	9600	9460	9600		9600
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9490	9530	9450	9500	9450	9480	9450	9480	9450	9480	9450	9480		
AR	Berit Paracelsus-Klinik AG	9490	9530	9450	9500	9450	9480	9450	9480	9450	9480	9450	9480		
AR	Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG	8200	8500	8200	8500	8725	8725	8725	8725	8725	8725				
BE	Universitätsspital Inselspital	11425	11425	11200	11200	11000	11000	11000	11000	11000	11000	10933	10900	10933	11000
BE	Insel Gruppe AG (Spital Aarberg, Münsingen, Riggisberg, Tiefenau)									9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Lindenhof AG (Engeried, Lindenhof, Sonnenhof)	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9690	9620	9690	9690
BE	Spital Netz Bern AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550						
BE	Hirslanden Bern AG (Klinik Beau- Site, Permanencem Salem Spital)	9940	9930	9870	9850	9725	9700	9575	9580	9575	9580	9575	9580	9575	9575
BE	Spital sts AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Spitalzentrum Biel	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9740	9680	9700	9680	9680
BE	Spitäler FMI AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	SRO Spital Region Oberaargau AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680

KT	Hôpital/Clinique	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
BE	Regionalspital Emmental AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Hôpital du Jura bernois SA	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Privatklinik Linde AG	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9600	9570	9600	9580
BE	Siloah AG	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9600	9570	9600	9580
BE	Klinik Hohmad AG	9150	9150	9050	9000	8700	8700	8700	8700	9000	8600	8700	8690	8700	8700
BE	Privatklinik Piano	7150	7150	7220	7258	7292	7258								
BE	Geburtshaus Luna Biel	10 455	10 455	10 455	10 455	9725	9725	9590	9590	9690	9690	9690	9690	9690	9690
BE	Geburtshaus Maternité Apline											9690	9690	9690	9690
BL	Kantonsspital Baselland	10 175	10 175	10 140	10 140	10 100	10 100	10 100	9940	10 100	9940	9850	9850		9850
BL	Klinik Arlesheim AG	9700	9680	9650	9650			9580	9580	9580	9580	9580	9580		9580
BL	Lukas Klinik	9700	9693	9650	9650	9580	9580								
BL	Hirslanden Klinik Birshof	9700	9700	9700	9680	9630	9630	9630	9590	9630	9570	9630	9570		9630
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	9700	9680	9600	9650	9500	9580	9500	9500	9500	9500	9500	9500		9500
BL	Geburtshaus Ambra	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Ita Wegman Klinik/Geburtshaus	9700	9680	9650	9650	9580	9580	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Ergolz-Klinik	9700	9680	9600	9650	9500	9580	9500	9500	9500	9500	9500	9500		9500
BL	Hospiz im Park											9408	9500		9500
BL	Vista Klinik	9050	9400	9450	9650	9350	9580	9350	9350	9350	9350	9350	9350		9350
BS	Universitätsspital Basel	10 700	10 670	10 400	10 550	10 430	10 430	10 350	10 370	10 650	10 650	10 650	10 650	10 650	10 650
BS	St. Claraspital	9756	10 175	9756	9756	9690	9690	9690	9690	9670	9690	9670	9690	9670	9670
BS	Bethesda Spital AG	9860	9860	9756	9800	9690	9690	9670	9665	9655	9690	9595	9670	9595	9655
BS	Merian Iselin	9756	10 175	9756	10 175	9690	9690	9690	9690	9600	9655	9600	9650	9600	9650
BS	Geburtshaus Basel	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
BS	Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB)	11 100	11 900	11 100	12 050	11 100	11 900	11 100	11 850	10 850	11 800	10 850	11 170	10 850	10 850
BS	Felix Platter-Spital	9900	9900	9750	9840	9650	9770	9620	9690	9620	9680	9620	9650	9620	
BS	Schmerzlinik Basel AG	9756	9780	9720	9740	9670	9700	9600	9550	9050	9550	8930	8930	8930	8930
FR	HFR-Hôpital fribourgeois	10 150	10 150	10 070	10 070	10 050	10 050	9950	9950	9900	9900	9850	9850		9850
FR	Estavayer-le-Lac Hôpital Inter-cantonal de la Broye (HIB)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		9600
FR	Hôpital Jules Daler	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850		8850
FR	Clinique Générale-Ste-Anne SA	9200	9375	9200	9375	9200	9350	9160	9200	9050	9175	8930	8930		8930
FR	Maison de Naissance Le Petit Prince	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	10 800	10 800	10 600	10 600	10 500	10 500	10 400	10 400	10 650	10 650	10 650	10 650	10 650	10 650
GE	Hôpital de la Tour	10 672	10 672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique Générale-Beaulieu	10 672	10 672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique des Grangettes SA	10 672	10 672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique la Colline	10 672	10 672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Maison de naissance La Roseraie	10 672	10 672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GL	Kantonsspital Glarus	9750	9750	9750	9820	9750	9685	9750	9685	9750	9710	9750	9710		9750
GR	Kantonsspital Graubünden	10 094	10 094	10 094	10 050	10 094	9930	10 094	9920	10 094	9870	9870	9870		9870
GR	Spital Oberengadin	9913	9913	9913	9840	9913	9660	9913	9660	9913	9670	9670	9670		9670
GR	Regionalspital Surselva AG	9756	9918	9756	9840	9650	9660	9650	9660	9650	9670	9670	9670		9670
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	9929	9929	9929	9840	9929	9660	9929	9660	9929	9670	9670	9670		9670

KT	Hôpital/Clinique	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
GR	Regionalspital Prättigau	9756	9926	9756	9840	9650	9650	9650	9580	9650	9670	9670	9670		9670
GR	Spital Thuisis	9873	9754	9873	9754	9873	9660	9873	9660	9873	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa	9870	9754	9870	9754	9870	9660	9870	9660	9870	9670	9670	9670		9670
GR	Ospedale San Sisto Akutabteilung	9879	9879	9879	9840	9879	9660	9879	9660	9879	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanadad Savognin SA	8886	8886	8886	9364	8886	9660	8886	9660	8886	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanda Val Müstair	8885	8885	8885	9364	8885	9660	8885	9660	8885	9670	9670	9670		9670
GR	Ospedale della Bregaglia	8898	8898	8898	9364	8898	9660	8898	9660	8898	9670	9670	9670		9670
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	9872	9654	9872	9700	9872	9550	9872	9560	9872	9570	9570	9570		9570
GR	Hochgebirgsklinik Davos	8889	8889	8889	9364	8889	9500	8889	9500	8889	9500	9670	9500		9670
JU	Hôpital du Jura	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650		9650
JU	Maison de naissance Les Cigognes	9756	9830	9756	9850	8830	8795	8830	8840		8840	9100			9100
LU	Luzerner Kantonsspital	9950	10350	9950	10210	9811	10190	9800	9950	9800	9950	9800	9950		9800
LU	Hirslanden Klinik St. Anna	9750	10150	9750	10060	9670	9990	9670	9770	9650	9695	9650	9695		9650
LU	Swissana Clinic, Menggen	8580	8530	8650	8600	8770	8760	9670	9770						
LU	Geburtshaus Terra Alta	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	9900	10350	9850	10250	9800	10150	9750	9950	9700	9950	9700	9950		
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650		9650
NE	GSMN Neuchâtel SA			9447	9268	9350	9268	9447	9350	9050	9250	8930	8930		8930
NE	Maison de naissance Tilia-Ghezzi-Gacond									9050	8840	9100	9100		9100
NW	Kantonsspital Nidwalden	9735	9735	9690	9690	9657.5	9675	9590	9620	9590	9620	9590	9635	9590	
NW	Geburtshaus Stans	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100	9100	
OW	Kantonsspital Obwalden	9702	9702	9690	9690	9640	9675	9590	9620	9590	9620	9590	9635		9600
SG	Kantonsspital St. Gallen	9925	10350	9875	10210	9875	10190	9825	9950	9950	9950	9950	9950		9950
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Spital Linth	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9050	8900	9333	9400	9332	9370	9332	9370	9332	9370	9332	9370		9332
SG	Klinik Marienfried	7250	7250												
SG	Rosenklinik am See AG	9000	8673	9000	8855	8800	8845	8800	8845	9150	9200	9200	9200		9200
SG	Thurklinik AG			8385	8300	8880	8990	8880	8990	9075	9075	9085	9075		9085
SG	Ostschweizer Kinderspital	10990	10990	11140	11140	11500	11500	11500	11500	11500	11500	11150	11150		11150
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9640	9720	9635	9720	9580	9690	9500	9550	9500	9510	9470	9490		9500
SG	Klinik St. Georg Goldach AG					8500	8510	8500	8510	8500	8510	8500	8500		8500
SH	Kantonsspital Schaffhausen	9610	9610	9500	9500	9500	9500	9515	9550	9515	9550	9515	9550		
SH	Hirslanden Klinik Belair	9450	9450	9400	9400	9400	9400	9400	9425	9400	9425	9400	9425		
SO	Solothurner Spitäler AG	9890	9890	9750	9890	9650	9820	9650	9700	9650	9650	9650	9650		
SO	Privatklinik Obach AG	9200	9396	9150	9396	9100	9396	9050	9100	9050	9050	8930	8930		
SO	Pallas Kliniken AG	9400	9400	9300	9300	9200	9200	9320	9320	9320	9320	9320	9320		
SZ	Spital Schwyz	9735	9850	9690	9724	9690	9690	9585	9690	9585	9690	9585	9690		9585
SZ	Spital Lachen	9735	9750	9690	9724	9690	9675	9585	9675	9585	9675	9585	9675		9585
SZ	Spital Einsiedeln	9702	9550	9690	9650	9690	9650	9585	9650	9585	9650	9585	9650		9585
SZ	Seeklinik Brunnen AG							9640	9600						
TG	Spital Thurgau AG (Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen)	9550	9550	9550	9650	9550	9600	9550	9600	9550	9600	9600	9600		9600
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	9800	9850	9800	9800	9690	9725	9590	9500	9480	9480	9480	9480		9480

KT	Hôpital/Clinique	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
TG	Klinik Seeschau AG	8995	8995	8995	8995	8995	8995	9295	9290	9369	9330	9450	9330		9450
TG	Venenklinik Bellevue AG	8400	8400	8400	8400	8700	8700	8700	8700	8700	8700	8850	9000		9000
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	9756	9856	9756	9756	9756	9656	9500	9500	9500	9600	9545	9540		9540
TI	Clinica Luganese SA	8275	8275	8200	8200	8125	8125	8280	8280	8280	8280	8500	8450		8500
TI	Clinica Santa Chiara SA	7700	7650	8200	8150	8150	8150	8300	8250	8300	8250	8525	8520		8520
TI	Salus Medica Clinic SA Clinica Sant'Anna	9000	9180	9100	9180	9100	9100	9050	9025	9050	9000	8930	8930		8930
TI	Clinica fondazione G. Varini	6653	6653	6700	6750	6700	6750	6700	6750	7000	7000	7000	7000		
TI	Ospedale Malcantonese	6230	6230	6400	6400	6600	6600	6600	6600	6800	6800	6800	6800		
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	9950	9950	9950	9900	9900	9800	9800	9700	9700	9650	9700	9650		9650
TI	Clinica Ars Medica SA	9200	9363	9200	9268	9150	9173	9050	9025	9050	9000	8930	8930		8930
UR	Kantonsspital Uri	9735	9850	9690	9690	9690	9675	9640	9620	9590	9620	9590	9635		9590
VD	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)	10400	10400	10400	10400	10350	10350	10350	10350	10650	10650	10650	10650		
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Riviera-Chablais	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hirslanden Lausanne SA (cliniques Cécil et Bois-Cerf)	9756	9750	9756	9700	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550		
VD	Clinique de La Source	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9600	9600	9550	9550	9550	9550		
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Clinique CIC	9600	9600	9550	9600	9500	9200	9500	9200	9200	9100	9100	9000		
VD	Réseau Santé Balcon du Jura Vaudois (RSBJ)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du centre du Valais (CHCVs)	9750	9800	9700	9724	9650	9650	9550	9580	9550	9580	9550	9580		9550
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	9750	9800	9700	9724	9650	9650	9550	9580	9550	9580	9550	9580		9550
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	9676	9676	9676	9676	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		9600
VS	Clinique de Valère SA	7850	7850	8550	8550	8775	8775	9000	9000	9050	9000	8930	8930		8930
VS	Clinique CIC Valais SA							9000	9050	9000	9000	9000	8950		9000
ZG	Zuger Kantonsspital AG	9746	9780	9680	9690	9640	9675	9610	9610	9580	9580	9565	9560	9565	9565
ZG	Andreas Klinik	9710	9690	9640	9650	9640	9650	9564	9590	9564	9570	9564	9570	9564	9564
ZH	Universitätsspital Zürich	11400	11200	11400	11200	11400	11050	11400	11050	11400	10880	11400	10870	11300	10870
ZH	Kantonsspital Winterthur	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Stadtspital Triemli	9500	9500	9500	9500	9500	9500	9650	9700	9700	9700	9700	9700	9700	9700
ZH	Klinik Hirslanden AG	9500	9500	9500	9650	9500	9650	9500	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Stadtspital Waid	9500	9650	9500	9530	9500	9530	9544	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Uster	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	See-Spital Standort Horgen	9500	9650	9500	9530	9500	9530	9544	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	See-Spital Standort Kilchberg	9300	9450	9300	9330	9300	9330	9344	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Spital Bülach AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Limmattal	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650

KT	Hôpital/Clinique	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
ZH	Spital Zollikerberg	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	GZO Spital Wetzikon	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Männedorf AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Klinik Im Park	9480	9500	9480	9650	9480	9650	9544	9650	9544	9650	9544	9650		9544
ZH	Spital Affoltern	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Paracelsus-Spital Richterswil AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Klinik Susenberg	9280	9450	9200	9330	9280	9330	9280	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Schulthess Klinik	9280	9450	9300	9330			9364	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Universitätsklinik Balgrist	9800	10450	9800	9750	9800	9750	9800	9800	9780	9780	9780	9855	9780	9780
ZH	Uroviva Klinik für Urologie	9280	9125	9280	9280	9280	9330	9339.5	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Limmatklinik AG	9280	9250	9300	9250	9300	9250	9364	9300	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Adus Medica AG	9280	9280	9300	9250	9300	9250	9364	9300	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
ZH	Geburtshaus Delphys	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
ZH	Geburtshaus Weinland GmbH	9830	9830	9830	9850										
ZH	Universitätskinderhospital Zürich	12800	12800	12800	12700	12800	12200	12800	11895	12800	11125	12800	11200	12800	12800
ZH	Klinik Lengg AG (Schweizer Epilepsie-Zentrum)	10910	10910	13850	13793	11300	11364	9564	9650	11400	11400		11613		

Source : données cantonales (état: 18.12.2017)

avenir suisse

Zurich

Rotbuchstrasse 46

8037 Zurich

Tel +41 44 445 90 00

Fax +41 44 445 90 01

Genève

9, rue du Prince

1204 Genève

Tel +41 22 749 11 00

www.avenir-suisse.ch

info@avenir-suisse.ch