



Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier

Etude de base 2010–2012

Sonia Pellegrini, Sacha Roth

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Auteurs

- Sonia Pellegrini (Obsan)
- Sacha Roth (Obsan)

Groupe d'accompagnement

- Pascal Besson, H+ Les hôpitaux de Suisse (H+)
- Andrea Bumbacher, Christin Probst, tarifsuisse sa (représentants de santé suisse)
- Carsten Colombier, Michael Egger, Administration fédérale des finances (AFF)
- Wolfgang Guetg, Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA)
- Guido Klaus, Riccarda Schaller, curafutura
- Stefan Leutwyler, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Michael Lindner, Giovanni Teotino, Office fédéral de la statistique (OFS)
- Beatrix Meyer, Fédération des médecins suisses (FMH)
- Erika Ziltener, Fédération Suisse des patients (FSDP)

Direction du projet à l'Obsan

- Sonia Pellegrini

Méta-évaluation

L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un rédacteur externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.

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

Série et numéro

Obsan Rapport 61

Référence bibliographique

Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. (Obsan Rapport 61)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45, e-mail: obsan@bfs.admin.ch, internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress/Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commandes

Tél. 058 463 60 60
Fax 058 463 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1501

Prix

14 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-41-7

© Obsan 2015

Table des matières

Index des abréviations	3	2.5 Gros plan sur les soins aigus	29
Résumé	5	2.5.1 Coûts des soins aigus selon le type d'hôpital	29
Zusammenfassung	10	2.5.2 Coûts des soins aigus dans les hôpitaux avec APDRG avant 2012	32
1 Introduction	15	2.5.3 Coûts des soins aigus dans les hôpitaux publics/subventionnés et privés	33
1.1 Situation initiale	15	2.6 Analyses par canton	34
1.2 Objectifs	15	2.7 Analyses avec la comptabilité financière	35
1.3 Questions directrices	15	2.8 Le secteur stationnaire des hôpitaux et les autres secteurs de soins	35
1.4 Démarche générale	16	2.9 Principaux constats	36
1.5 Données	17	3 Dépenses de l'assurance-maladie obligatoire	38
1.5.1 La Statistique des hôpitaux	17	3.1 Objectifs	38
1.5.2 Le pool de données de SASIS SA	18	3.2 Questions de recherche	38
1.6 Travaux prévus et analyses possibles	18	3.3 Méthode	39
1.7 Structure du rapport	18	3.3.1 Données	39
2 Coûts du secteur hospitalier stationnaire	19	3.3.2 Définitions	39
2.1 Objectifs	19	3.3.3 Démarche d'analyse	40
2.2 Questions de recherche	19	3.3.4 Limites de l'approche	40
2.3 Méthode	19	3.4 Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires	41
2.3.1 Données sur les coûts	19	3.4.1 Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires	41
2.3.2 Caractéristiques du subset de données	23	3.4.2 Soins aigus, psychiatrie et réadaptation	42
2.3.3 Données sur les cas	24	3.4.3 Dépenses AOS pour les soins aigus, selon le type d'hôpital	42
2.3.4 Démarche d'analyse	24	3.4.4 Dépenses AOS dans les hôpitaux privés et publics/subventionnés	44
2.4 Coûts des prestations de soins au sein du secteur stationnaire des hôpitaux	25	3.4.5 Dépenses AOS dans les hôpitaux avec et sans APDRG avant 2012	45
2.4.1 Définitions des coûts mesurés	25	3.4.6 Evolution cantonale des dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires	45
2.4.2 Coût total des prestations de soins stationnaires	26		
2.4.3 Soins aigus, psychiatrie et réadaptation	26		

3.5	Les prestations stationnaires des hôpitaux et les autres secteurs de soins	48	5	Synthèse des résultats	61
3.6	Principaux constats	50	5.1	Qualité des données	61
4	Financement du secteur hospitalier stationnaire	51	5.2	Evolution des coûts et revenus hospitaliers stationnaires	62
4.1	Objectifs	51	5.3	Evolution du financement hospitalier	63
4.2	Questions de recherche	51	5.4	Conclusion	64
4.3	Méthode	52	6	Suggestions pour la suite des travaux	65
4.3.1	Données	52	7	Références	67
4.3.2	Démarche d'analyse	55			
4.4	Financement du secteur stationnaire des hôpitaux	55	Annexes		69
4.4.1	Évolution des revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux	55			
4.4.2	Parts des différents agents financeurs au financement du secteur stationnaire des hôpitaux	56			
4.5	Financement des prestations de soins hospitaliers stationnaires	57			
4.5.1	Répartition entre les différentes assurances	57			
4.5.2	Convergence du financement des prestations de soins relevant de la LAMal (assurés de base) entre hôpitaux privés et publics/subventionnés	58			
4.6	Subventions, contributions et couverture de déficit	58			
4.6.1	Évolution des subventions et contributions des cantons	58			
4.6.2	Évolution de la couverture de déficit	59			
4.7	Principaux constats	60			

Index des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
AFF	Administration fédérale des finances
APDRG	All Patient Diagnosis Related Group
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
DRG	Diagnosis Related Group
EMS	Etablissements médico-sociaux
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FMH	Fédération des médecins suisses
FSDP	Fédération Suisse des patients
H+	H+ Les hôpitaux de Suisse
KS	Statistique des hôpitaux
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
MS	Statistique médicale des hôpitaux
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
Spitex	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
SwissDRG	Regroupement des DRG par SwissDRG

Résumé

Abstract

Ce rapport examine l'évolution des coûts et du financement des hôpitaux depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012. Il se base sur les données de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux (OFS) et sur le pool de données de SASIS SA pour ce qui concerne les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les résultats montrent trois éléments principaux pour l'année 2012: une hausse plus importante des dépenses hospitalières, une baisse de la contribution des assurances complémentaires et en parallèle une hausse de la part LAMal (cantons et AOS ensemble) et enfin, une évolution des pratiques de financement en direction de davantage de transparence. Le rapport pose les bases en vue d'un monitoring et renseigne sur les éléments qui ne peuvent être analysés sans une amélioration sensible des données.

Mots clés

Hôpitaux, coûts, financement, Révision LAMal, financement hospitalier → Spitäler, Kosten, Finanzierung, KVG-Revision, Spitalfinanzierung → Hospitals, costs, finance, Reform of the Swiss Federal Health Insurance Act (KVG/LAMal), hospital financing

Introduction

Nouveau financement hospitalier

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui comprend deux volets: le nouveau financement hospitalier et l'amélioration de la compensation des risques entre les assureurs-maladies.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, appliquée depuis début 2012, a pour principaux éléments le financement dual-fixe des

prestations hospitalières, la planification cantonale des hôpitaux selon les critères de qualité et d'économicité, une plus grande liberté de choix de l'hôpital et l'introduction de forfaits liés aux prestations, fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale. Il incite les hôpitaux à plus de concurrence, à augmenter leur efficacité et à la maîtrise de leurs coûts. Il modifie aussi en profondeur les règles de financement et la clé de répartition entre les agents financeurs.

Afin d'évaluer les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, l'OFSP a prévu la réalisation d'études dans les six domaines thématiques suivants (OFSP 2014, p.2):

- 1) Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (étude de base)
- 2) Effets de la révision sur les coûts et le financement du système suisse de soins
- 3) Effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires
- 4) Effets de la révision sur la structure du marché hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins
- 5) Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux
- 6) Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques

Etude de base en vue d'un monitoring

Dans le cadre de ce programme d'évaluation, l'Obsan a reçu le mandat d'étudier l'influence de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système de soins (domaine thématique 2). La présente étude constitue une première étape, qui analyse la première année d'application du nouveau système.

Cette étude de base vise d'une part à clarifier les possibilités d'analyse à partir des données disponibles, d'autre part à décrire l'évolution à court terme. L'étude prépare ainsi les bases en vue d'une actualisation régulière des chiffres-clés à mesure que de nouvelles données sont disponibles (monitorage).

Questions directrices

En matière de coûts, on attend de la révision qu'elle permette, à terme, une maîtrise de la hausse des coûts du secteur hospitalier stationnaire. Sur le plan du financement, l'effet attendu est une modification des parts de financement des différents agents financeurs, en particulier une stabilisation des coûts à charge de l'AOS (OFSP 2014).

En conséquence, les deux grandes questions suivantes dirigent les analyses:

- 1) Comment évoluent les coûts dans le secteur hospitalier stationnaire?
- 2) Comment évolue le financement des hôpitaux, en particulier la répartition des dépenses entre les principaux agents financeurs (cantons, assurance-maladie obligatoire et assurances complémentaires)? Les montants à charge de l'AOS se stabilisent-ils?

Ces deux questions sont examinées sous différents angles. On observe notamment si les évolutions sont les mêmes selon le type d'hôpital, dans les soins aigus et en psychiatrie respectivement en réadaptation, et entre les différents cantons.

Méthode

Données de la Statistique des hôpitaux

L'analyse se base principalement sur la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), et plus spécifiquement sur les chiffres de la comptabilité analytique. La comptabilité analytique rend compte des coûts et des revenus des hôpitaux. Autrement dit, elle livre d'un côté des informations sur les moyens utilisés pour la production des prestations et de l'autre sur les revenus perçus pour ces mêmes prestations. Ces informations sont disponibles depuis 2010, année de la révision de la Statistique des hôpitaux. Les analyses réalisées à partir de la KS portent par conséquent sur la période 2010–2012.

Données du pool de données de SASIS SA

L'analyse du pool de données de SASIS SA complète l'étude pour ce qui concerne les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette source de données est de bonne qualité et utilisée de longue date à des fins statistiques. Les analyses se basent sur l'année de traite-

ment (et non de facturation), ceci afin de limiter au plus l'impact des retards de facturation qui ont caractérisé l'année d'introduction du nouveau financement hospitalier. A noter que la facturation a été faite sur la base de tarifs provisoires, susceptibles d'être corrigés rétroactivement. Les montants indiqués sont toutefois ceux qui ont été payés pour les prestations LAMal 2012. Les analyses réalisées à partir du pool de données portent sur la période 2005–2012.

Démarche

Comme les données de la comptabilité analytique de la KS ont été jusqu'ici peu exploitées, la première étape de travail a consisté à en évaluer la qualité et à en plausibiliser les résultats. Cette tâche a été menée en collaboration avec la section responsable de l'OFS (Section santé) qui nous a apporté un précieux soutien. Dans une deuxième étape, les coûts de production des hôpitaux, leurs revenus et leur financement ont été analysés de manière descriptive. Les différents acteurs – producteurs de données et experts du terrain – ont été sollicités pour plausibiliser les résultats et contribuer par leurs connaissances à l'interprétation des chiffres.

Résultats et discussion

Qualité des données de la comptabilité analytique

Des valeurs manquantes et une qualité encore peu homogène

L'analyse de qualité montre que ce nouveau module de comptabilité analytique souffre des problèmes de jeunesse que connaît tout relevé à ses débuts. Bien que le relevé soit obligatoire, tous les hôpitaux ne sont pas encore en mesure de fournir l'information requise. La proportion de valeurs manquantes est de l'ordre de 10% pour les coûts et les revenus. La répartition des revenus entre les agents financeurs, avec 25% de valeurs manquantes en 2010, est moins bien documentée. La qualité des données livrées est par ailleurs encore peu homogène. En principe, les montants sont déclarés selon les normes comptables REKOLE®. Ces normes ne sont toutefois pas encore appliquées de manière uniforme et certains montants sont parfois encore mal imputés. Les deux problèmes principaux concernent les coûts des mandats et la répartition du financement provenant des cantons.

Pas encore d'indications sur les coûts des mandats

Les coûts des mandats (formation et recherche, prestations d'intérêt général) sont documentés dans un nombre encore insuffisant d'hôpitaux pour permettre une exploitation statistique. Les difficultés liées à la définition et à la méthode d'estimation de ces prestations expliquent cette situation. Celle-ci est en voie d'amélioration, notamment avec la consolidation de la méthode d'estimation dans la 4^e édition du manuel REKOLE 2013.

Revenus des prestations de soins et autres contributions encore non séparables

Les montants versés par les cantons concernent à la fois les prestations de soins et les autres mandats de prestations (formation et recherche, prestations d'intérêt général). En 2010, près de la moitié des hôpitaux publics/subventionnés¹ ne pouvaient pas encore distinguer entre ces deux affectations et inscrivaient la totalité du montant dans le même compte (hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale). La conséquence en est l'absence d'estimation utilisable concernant les revenus des prestations de soins stationnaires et concernant le financement des mandats.

Une situation en voie d'amélioration

On note un développement positif et rapide de la qualité des données. L'OFS y travaille activement et est actuellement en contact avec les différents acteurs concernés pour consolider les chiffres et définir les mesures permettant de résoudre les problèmes encore ouverts. Globalement, la proportion de valeurs manquantes est en recul en 2012 et l'on s'attend à une amélioration supplémentaire pour 2013.

Augmentation marquée des coûts stationnaires en 2012*Tous les indicateurs sont à la hausse*

- Les coûts de production des prestations de soins stationnaires augmentent de 4,6% entre 2011–2012, contre 2,8% l'année précédente.
- Les revenus totaux² du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent de 7%, aussi bien en 2011 qu'en 2012.

- Les dépenses de l'AOS³ pour les prestations de soins stationnaires s'accroissent de 9,4% en 2012 (contre 2,6% l'année précédente), une augmentation que l'on ne retrouve pas dans une même ampleur dans les autres secteurs de soins.
- Les dépenses des cantons augmentent en 2012, avec une hausse estimée à 14% sur la base de la Statistique des finances publiques (AFF), contre +5,8% l'année précédente.

Chiffres convergents avec ceux des autres acteurs

Les présents résultats convergent avec ceux communiqués par d'autres acteurs. L'OFS indique, dans son communiqué du 13 mai 2014, une augmentation de 9,8% des dépenses de santé dans les hôpitaux (9,2% pour le seul secteur stationnaire). Une estimation effectuée pour l'OCDE, obtenue par une autre méthode, estime à 7,8% l'augmentation des dépenses de santé des hôpitaux⁴ en 2012 (<http://www.oecd.org/statistics>). Elle est donc du même ordre de grandeur que le chiffre que nous obtenons pour l'augmentation des revenus totaux des hôpitaux (+7%). En résumé, toutes les estimations tendent à montrer que les dépenses hospitalières ont connu une hausse marquée en 2012.

Le nombre de cas reste stable

Le phénomène n'est pas dû à une augmentation des cas, qui restent stables (+1%). Ce sont par conséquent les coûts par cas qui ont augmenté. Différents facteurs sont évoqués pour l'expliquer, autant du côté des coûts de production que des revenus: meilleure comptabilisation des investissements et des moyens nécessaires aux traitements, amélioration du codage médical, structure tarifaire et hauteur des tarifs de base, budgets pour les mandats alloués sur la base de montants historiques. En ce sens, l'évolution observée peut refléter aussi bien une évolution des pratiques comptables qu'une augmentation effective des coûts par cas. Les données ne permettent pas une analyse plus précise.

¹ La problématique ne concerne pas les hôpitaux privés.

² Les revenus des hôpitaux se composent des revenus perçus pour les prestations de soins stationnaires, des contributions et subventions, y compris les couvertures de déficit.

³ Analyse par année de traitement.

⁴ Comprenant les prestations de soins et autres mandats, donc à comparer avec l'évolution des revenus totaux des hôpitaux estimée dans le cadre du présent rapport (+7%).

Augmentation pour le domaine LAMal, baisse pour les assurances complémentaires

En 2012, les dépenses en francs ont augmenté pour tous les acteurs, à l'exception des assurances complémentaires. En proportion, la part LAMal (AOS et cantons ensemble) au financement des prestations de soins stationnaires s'est accrue (aussi bien pour les assurés de base que pour les assurés privés et semi-privés). Celle des assurances complémentaires a reculé en parallèle. La part des autres régimes d'assurances sociales (LAA, LAI, LAM) est restée stable.

Ce transfert de coûts des assurances complémentaires vers le domaine LAMal trouve son origine dans le financement dual-fixe des prestations, par lequel le canton se substitue à l'assurance complémentaire lors de prestations LAMal dans un établissement privé, ainsi que dans l'extension du libre choix de l'hôpital, par lequel le canton se substitue à l'assurance complémentaire pour les séjours hors canton sans indication médicale ni urgence.

Convergence entre public et privé dans le financement des prestations stationnaires

Le financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés se rapproche de celui des hôpitaux publics/subventionnés. Les cantons, qui auparavant ne participaient pas au financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés y contribuent en 2012 à hauteur de 46%. Le financement évolue ainsi dans la direction voulue par le législateur.

Evolution vers davantage de transparence

Le nombre d'hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale, c'est-à-dire ne pouvant distinguer, dans la contribution des cantons, le montant rémunérant les prestations de soins de celui destiné aux autres prestations, a diminué sensiblement en deux ans. En parallèle, les montants inscrits dans la comptabilité sous Contributions et subventions ainsi que sous Couverture de déficit diminuent en 2012. Ces changements indiquent que les pratiques de financement s'adaptent aux nouvelles règles et évoluent en direction de davantage de transparence.

Evolution variable des dépenses AOS selon les cantons

L'évolution des dépenses AOS est très variable selon les cantons. On observe de très grandes variations, qui vont de +40% (NW) à -18% (TI). La stratégie suivie par le canton en matière de participation au financement

explique une partie ces évolutions. Certains cantons ont en effet choisi d'augmenter de suite leur contribution aux 55% que prévoit la loi, tandis que d'autres l'ont d'abord diminuée pour l'augmenter progressivement jusqu'en 2017, comme le leur permet la loi. Comme le précise la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), d'autres éléments caractérisant la situation initiale des cantons jouent ici un rôle, comme le nombre d'hôpitaux figurant nouvellement sur la liste des hôpitaux ou la hauteur des investissements financés par le canton à l'année précédente.

Conclusions

Dans la première année de mise-en-œuvre du nouveau financement hospitalier, les coûts pour la collectivité du secteur hospitalier stationnaire se sont accrus de manière marquée. Une phase de tâtonnement est probablement inévitable lors de réformes aussi fondamentales. Un tel phénomène dans l'année d'introduction d'un nouveau système n'est pas unique. Il semble que le système de tarification Tarmed ait provoqué un mouvement similaire lors de son introduction en 2004. Du point de vue de la politique publique, l'important est la capacité du système à se réguler. Les chiffres 2013 (disponibles à partir de mars 2015) apporteront déjà une indication sur cette question.

En termes de répartition des dépenses, la révision s'accompagne d'une hausse de la part LAMal et en parallèle d'une baisse de la part prise en charge par les assurances complémentaires. D'un point de vue macro-économique, si l'on vise une neutralité des coûts, ce transfert de coûts doit s'accompagner du transfert du financement correspondant. La FINMA, par le réexamen des tarifs dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation qu'elle a mené en 2013, a contribué à ce qu'une adaptation en ce sens ait lieu.

Sur le plan du financement, l'interprétation générale que l'on peut faire, est celle d'un système encore en phase de transition, montrant des évolutions allant de le sens attendu, mais n'ayant pas encore pleinement opéré sa refonte. De manière générale, les évolutions vont dans le sens d'une augmentation de la transparence dans le financement des hôpitaux.

Du point de vue des auteurs, il est trop tôt pour se prononcer sur les effets de la révision et donc pour répondre aux questions centrales du programme d'évaluation (OFSP 2014, p.9). Le rapport décrit les évolutions observées dans l'année d'introduction du nouveau

système de financement. Or on ne sait si ce que l'on observe en 2012 est un phénomène unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance. La situation concrète sur le terrain en 2014 peut déjà être une autre. Les données 2013 donneront une indication supplémentaire sur la direction qu'ont pris les coûts et le financement dans la deuxième année d'application de la loi modifiée.

Suggestions pour la suite des travaux

Actualisation des chiffres-clés (Monitoring)

Les travaux réalisés ont montré que pour l'année 2012, les chiffres évoluent de manière parfois surprenante et difficile à interpréter. Ces évolutions quelque peu chaotiques sont caractéristiques d'une année de transition dans un nouveau système. L'important est d'observer ce qui se passe dans les années qui suivent, et en particulier si le système se régule dans le sens attendu. C'est pourquoi il nous paraît essentiel de poursuivre les travaux initiés dans le cadre de ce rapport et de mettre en place un suivi régulier de l'évolution des coûts et du financement. Un tel monitoring permet un meilleur aperçu des tendances.

Amélioration de la qualité des données

En parallèle, il importe de poursuivre le travail en vue de l'amélioration de la qualité des statistiques officielles. L'OFS s'y emploie activement et est en contact avec les différents acteurs en vue d'apporter certains correctifs à la situation actuelle. Le soutien de tous les acteurs concernés est toutefois la clé du succès d'une telle démarche.

Analyses complémentaires

Une étude de base, comme celle qui a été réalisée, montre les grandes tendances sans toujours pouvoir les expliquer et est très dépendante de la qualité intrinsèque des données fournies à la statistique publique. C'est pourquoi nous suggérons de la compléter par des études plus spécifiques, sur des sujets particulièrement importants ou pour lesquels les statistiques officielles sont encore lacunaires. Différents aspects à investiguer, auxquels le présent rapport n'a pu apporter de réponse, sont évoqués en fin de rapport.

Zusammenfassung

Abstract

In diesem Bericht wird die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Spitäler seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 untersucht. Der Bericht basiert auf den Daten der Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik (BFS) und, für die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), auf dem Datenpool der SASIS AG. Die Analysen zeigen für das Jahr 2012 folgende Hauptergebnisse: ein stärkerer Anstieg der Spitalausgaben, eine Verringerung des Beitrages der Zusatzversicherungen und parallel dazu ein Anstieg des KVG-Anteils (Kantone und OKP zusammen) sowie letztendlich eine transparentere Finanzierungspraxis. Der Bericht legt die Grundlagen für eine systematische Aufdatierung der Datenreihen und identifiziert diejenigen Bereiche, in denen ohne eine deutliche Verbesserung der Datengrundlagen auch künftig keine Analyse möglich ist.

Schlüsselwörter

Spitäler, Kosten, Finanzierung, KVG-Revision, Spitalfinanzierung → Hôpitaux, coûts, financement, Révision LAMal, financement hospitalier → Hospitals, costs, finance, Reform of the Swiss Federal Health Insurance Act (KVG/LAMal), hospital financing

Einleitung

Neuordnung der Spitalfinanzierung

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft und besteht aus zwei Vorlagen: der neuen Spitalfinanzierung und der Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern.

Die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung werden hauptsächlich seit Anfang 2012 umgesetzt. Die wichtigsten Massnahmen sind die dualfixe Finanzierung der Spitalleistungen, die kantonalen Spitalplanungen nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit, die freie Spitalwahl sowie die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Das neue System gibt den Spitälern Anreize zu mehr Wettbewerb, zur Erhöhung ihrer Effizienz und zur Kontrolle ihrer Kosten. Zudem verändert es grundlegend die Finanzierungsregeln und den Verteilungsschlüssel zwischen den Finanzierungsträgern.

Um die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu evaluieren, hat das BAG Studien in den folgenden sechs Themenbereichen vorgesehen (BAG 2014, S.2):

- 1) Anteil der pauschalen Vergütungssysteme vor 2012 (Grundlagenstudie)
- 2) Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
- 3) Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
- 4) Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
- 5) Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler
- 6) Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion

Grundlagenstudie im Hinblick auf ein Monitoring

Im Rahmen dieses Evaluationsprogramms hat das Obsan den Auftrag erhalten, den Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems (Themenbereich 2) zu untersuchen. Die vorliegende Studie ist eine erste Etappe, die das erste Jahr seit der Umsetzung des neuen Systems analysiert.

Sie hat zum Ziel, einerseits die Analysemöglichkeiten anhand der verfügbaren Daten zu klären und andererseits die kurzzeitige Entwicklung in diesem Bereich zu

beschreiben. Im Hinblick auf eine systematische Aufdatierung von Datenreihen (Monitoring) bereitet diese Studie die methodischen Grundlagen vor. Das Monitoring seinerseits soll Kenngrößen weiter beobachten und die künftig zur Verfügung stehenden Daten nutzen, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Leitfragen

Bei den Kosten wird mittelfristig von der Revision, eine Kosteneindämmung im stationären Spitalbereich erwartet. Bei der Finanzierung wird eine Veränderung des Finanzierungsanteils der verschiedenen Finanzierungsträger, insbesondere eine Stabilisierung der Kosten zulasten der OKP, erwartet (BAG 2014).

Folgende zwei Hauptfragen leiten die Analysen:

- 1) Wie entwickeln sich die Kosten im stationären Spitalbereich?
- 2) Wie entwickelt sich die Spitalfinanzierung, insbesondere die Verteilung der Ausgaben auf die wichtigsten Finanzierungsträger (Kantone, obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherungen)? Stabilisieren sich die Ausgaben zulasten der OKP?

Diese beiden Fragen werden unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht. Es wird insbesondere analysiert, ob die Entwicklungen je nach Spitaltyp, in der Akutso-matik und der Psychiatrie bzw. der Rehabilitation, sowie zwischen den Kantonen dieselben sind.

Methode

Daten der Krankenhausstatistik

Die Analyse basiert hauptsächlich auf der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und insbesondere auf den Zahlen der Kostenträgerrechnung. Die Kostenträgerrechnung gibt Auskunft über die Kosten und die Erträge der Spitäler. Mit anderen Worten liefert sie einerseits Informationen über die Mittel, die für die Erbringung von Leistungen verwendet werden, und andererseits Informationen über die Erträge aus diesen Leistungen. Diese Daten stehen seit 2010, dem Jahr der Revision der Krankenhausstatistik, zur Verfügung. Die auf der Basis der KS durchgeführten Analysen beziehen sich demzufolge auf den Zeitraum 2010 bis 2012.

Daten des Datenpools der SASIS AG

Die Analyse des Datenpools der SASIS AG ergänzt die Studie in Bezug auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese Datenquelle ist qualitativ gut und wird seit langem für statistische Zwecke verwendet. Die Analysen basieren auf dem *Behandlungsjahr* (und nicht auf dem Abrechnungsjahr), um den Einfluss der verspäteten Rechnungsstellung, die das Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung geprägt hat, möglichst gering zu halten. Es gilt zu beachten, dass die Abrechnung anhand von provisorischen Tarifen, die rückwirkend noch korrigiert werden können, erfolgte. Es handelt sich jedoch um die Beträge, die für die KVG-Leistungen 2012 effektiv bezahlt wurden. Die auf der Basis des Datenpools durchgeführten Analysen beziehen sich auf den Zeitraum 2005 bis 2012.

Vorgehen

Da die Kostenträgerrechnung der KS bisher kaum ausgewertet wurde, bestand der erste Arbeitsschritt darin, die Qualität der Daten zu evaluieren und die Resultate zu plausibilisieren. Diese Aufgabe wurde in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen im BFS (Sektion Gesundheit) durchgeführt, die das Projekt tatkräftig unterstützt haben. In einem zweiten Schritt wurden die Produktionskosten, die Erträge und die Finanzierung der Spitäler deskriptiv analysiert. Während der verschiedenen Projektschritte wurden verschiedene Akteure – Datenproduzenten und Fachleute – beigezogen, damit sie die Ergebnisse plausibilisieren und mit ihrem Wissen zur Interpretation der Zahlen beitragen konnten.

Ergebnisse und Diskussion

Qualität der Kostenträgerrechnungsdaten

Fehlende Werte und uneinheitliche Datenqualität

Die Analyse der Datenqualität zeigt, dass das neue Kostenträgerrechnungsmodul noch an Kinderkrankheiten leidet, wie dies bei jeder Erhebung zu Beginn der Fall ist. Obschon die Erhebung obligatorisch ist, sind noch nicht alle Spitäler in der Lage, die erforderlichen Daten zu liefern. Der Anteil fehlender Werte liegt für die Kosten und die Erträge bei 10 Prozent. Die Verteilung der Erträge unter den Finanzierungsakteuren ist mit 25 Prozent fehlender Werte im Jahr 2010 weniger gut dokumentiert. Ausserdem ist die Qualität der gelieferten Daten noch

kaum einheitlich. Grundsätzlich werden die Beträge gemäss den Rechnungslegungsstandards REKOLE® angegeben. Diese Standards werden jedoch noch nicht einheitlich angewendet und gewisse Beträge werden teilweise noch fehlerhaft verbucht. Die beiden Hauptprobleme betreffen die Kosten für Aufträge der Kantone und die Verteilung der Finanzierung aus den Kantonen.

Noch keine Angaben zu den Kosten für Aufträge der Kantone

Für eine statistische Auswertung werden die Kosten für Aufträge der Kantone (Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie für andere gemeinwirtschaftliche Leistungen) noch nicht von einer ausreichenden Zahl an Spitälern dokumentiert. Schwierigkeiten bei der Definition und bei der Schätzungsmethode dieser Leistungen tragen zu dieser Situation bei. Es sind Verbesserungen im Gange, insbesondere dank der Konsolidierung der Schätzungsmethode in der vierten Ausgabe des REKOLE-Handbuchs 2013.

Erträge aus Spitalleistungen und andere Beiträge sind noch nicht separierbar

Die von den Kantonen bezahlten Beträge betreffen sowohl die Spitalleistungen als auch die anderen Leistungsaufträge (universitäre Lehre und Forschung, gemeinwirtschaftliche Leistungen). Im Jahr 2010 konnte rund die Hälfte der öffentlichen/subventionierten Spitäler⁵ noch nicht zwischen diesen beiden Kategorien unterscheiden und wiesen den Gesamtbetrag demselben Konto zu (Spitäler mit kantonalem Globalbudget). Die Folge davon ist, dass keine verwendbare Schätzung der Erträge aus den stationären Spitalleistungen sowie von der Auftragsfinanzierung vorgenommen werden kann.

Verbesserungen bei der Datenqualität auf gutem Weg

Die Datenqualität entwickelt sich aber rasch und positiv. Das BFS arbeitet aktiv an dieser Verbesserung und steht zurzeit mit verschiedenen involvierten Akteuren in Kontakt, um die Zahlen zu konsolidieren und Massnahmen für die Lösung der noch offenen Probleme zu definieren. Grundsätzlich war der Anteil fehlender Werte im Jahr 2012 rückläufig und es wird eine weitere Verbesserung für 2013 erwartet.

⁵ Die privaten Spitäler sind von dieser Problematik nicht betroffen.

Deutliche Erhöhung der stationären Kosten im Jahr 2012

Alle Indikatoren steigen

- Die Produktionskosten der stationären Spitalleistungen nahmen zwischen 2011 und 2012 um 4,6 Prozent zu, während es ein Jahr zuvor 2,8 Prozent waren.
- Die Gesamteinnahmen⁶ des stationären Spitalbereichs erhöhten sich sowohl 2011 als auch 2012 um 7 Prozent.
- Die Ausgaben der OKP⁷ für die stationären Spitalleistungen nahmen im Jahr 2012 um 9,4 Prozent zu (gegenüber 2,6% im Vorjahr). In den anderen Sektoren (z. B. Pflegeheime, praxisambulanter Bereich) gab es keine derart hohen Anstiege.
- Die Ausgaben der Kantone erhöhten sich im Jahr 2012 auf der Basis der Statistik der öffentlichen Haushalte (EFV) schätzungsweise um 14 Prozent, während es im Vorjahr 5,8 Prozent waren.

Konsistente Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit den von anderen Akteuren gelieferten Ergebnissen überein. Das BFS meldet in seiner Medienmitteilung vom 13. Mai 2014 einen Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Spitälern um 9,8 Prozent (9,2% alleine für den stationären Bereich). Eine weitere Schätzung, die mit einer anderen Methode und für die OECD durchgeführt wurde, bewegt sich in derselben Grössenordnung wie jene, die für die Erhöhung des Gesamteinkommens der Spitäler errechnet wird. Sie schätzt die Zunahme der Gesundheitsausgaben der Spitäler⁸ im Jahr 2012 auf 7,8 Prozent (<http://www.oecd.org/statistics>). Zusammengefasst neigen alle Schätzungen dazu, aufzuzeigen, dass die Spitaliausgaben im Jahr 2012 deutlich angestiegen sind.

Die Zahl der Fälle bleibt stabil

Die Entwicklung ist nicht auf die Zunahme der Anzahl Fälle zurückzuführen, denn diese bleibt stabil (+1%). Folglich sind die Kosten pro Fall angestiegen. Es werden verschiedene Faktoren als Erklärung ins Feld geführt, sowohl auf der Seite der Produktionskosten als auch auf der Einkommensseite: bessere Verbuchung der Investitionen und der für die Behandlungen erforderlichen Mittel, Verbesserung der medizinischen Kodierung, Tarifstruktur und Höhe der Basispreise sowie Budgets für die

⁶ Die Einkommen der Spitäler setzen sich aus den Erträgen aus den stationären Spitalleistungen und aus den Beiträgen und Subventionen, einschliesslich der Defizitdeckungen, zusammen.

⁷ Analyse nach Behandlungsjahr.

⁸ Damit sind die Spitalleistungen sowie andere Aufträge gemeint. Sie sind demnach mit der im Rahmen dieses Berichts geschätzten Entwicklung des Gesamteinkommens der Spitäler (+7%) zu vergleichen.

Aufträge der Kantone, die auf der Basis von historischen Beträgen erteilt wurden. So gesehen kann die beobachtete Entwicklung sowohl eine Entwicklung der Buchhaltungspraxis als auch eine tatsächliche Erhöhung der Kosten pro Fall widerspiegeln. Die Daten ermöglichen keine genauere Analyse.

Zunahme der Kosten im KVG-Bereich, Rückgang bei den Zusatzversicherungen

Im Jahr 2012 erhöhten sich die Ausgaben in Franken für alle Akteure ausser für die Krankenzusatzversicherungen. Proportional hat sich der KVG-Anteil (OKP und Kantone zusammen) an der Finanzierung der Spitalleistungen erhöht und dies sowohl bei den Grundversicherten als auch bei den Privat- und Halbprivatversicherten. Der Anteil der Krankenzusatzversicherungen ist parallel dazu zurückgegangen. Der Anteil der anderen Sozialversicherungssysteme (UVG, IVG, MVG) blieb stabil.

Diese Kostenverlagerung von den Zusatzversicherungen hin zum KVG-Bereich hat ihren Ursprung einerseits in der dual-fixen Finanzierung der Leistungen, bei welcher der Kanton bei KVG-Leistungen von Privatspitälern an die Stelle der Zusatzversicherung tritt, und andererseits in der erweiterten freien Spitalwahl, bei welcher der Kanton bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten ohne medizinische Indikation oder Notfall an die Stelle der Zusatzversicherung tritt.

Annäherung öffentlicher und privater Spitäler bei der Finanzierung der stationären Leistungen

Die Finanzierung der Spitalleistungen von Privatspitälern nähert sich der Finanzierung von öffentlichen/subventionierten Spitalen an. Die Kantone, die sich zuvor nicht an der Finanzierung der Spitalleistungen von Privatspitälern beteiligt haben, leisteten im Jahr 2012 einen Beitrag von 46 Prozent. Die Finanzierung entwickelt sich somit in die vom Gesetzgeber gewünschte Richtung.

Entwicklung hin zu mehr Transparenz

Die Zahl der Spitäler mit einem Globalbudget der Kantone, das heisst ohne Möglichkeit, den Beitrag der Kantone in einen Betrag für Spitalleistungen und einen Betrag für andere Leistungen aufzuteilen, ist innerhalb zweier Jahre deutlich zurückgegangen. Parallel dazu sind die Beträge, die in der Buchhaltung unter Beiträge und Subventionen sowie als Defizitdeckungen verbucht werden, im Jahr 2012 rückläufig. Diese Änderungen zeigen, dass die Finanzierungspraxis sich den neuen Regeln anpasst und transparenter wird.

Kantonal unterschiedliche Entwicklung bei den OKP-Ausgaben

Die Entwicklung der OKP-Ausgaben verläuft je nach Kanton sehr verschieden. Die Unterschiede reichen von +40 Prozent (NW) bis –18 Prozent (TI). Die vom Kanton verfolgte Strategie bei der Finanzierungsbeitrag erklärt einen Teil dieser Entwicklungen. Einige Kantone erhöhten ihren Anteil auf die vom Gesetz vorgesehene mindestens 55 Prozent, während andere ihren Anteil – wie vom Gesetz erlaubt – zunächst kürzten, um ihn danach bis 2017 schrittweise zu erhöhen. Gemäss GDK spielen hier auch andere Elemente, die die vorherige Situation in den Kantonen charakterisieren, eine Rolle: beispielsweise die Anzahl Spitäler, die neu in der Spitalliste erscheinen, oder die Höhe der Investitionen des Kantons im Vorjahr.

Schlussfolgerungen

Im ersten Jahr nach der Umsetzung sind die Kosten für den gesamten stationären Spitalbereich markant gestiegen. Eine Phase des Herantastens ist bei solch grundlegenden Reformen wohl unausweichlich und im Einführungsjahr eines neuen Systems nichts Aussergewöhnliches. Das Tarifsysteem Tarmed scheint bei seiner Einführung im Jahr 2004 eine ähnliche Reaktion ausgelöst zu haben. Aus politischer Sicht wichtig ist die Fähigkeit des Systems, sich selber zu regulieren. Die Zahlen 2013 (verfügbar ab März 2015) werden Hinweise zur Beantwortung dieser Frage liefern.

In Bezug auf die Ausgabenverteilung bewirkte die Revision eine Erhöhung des Anteils des KVG-Bereichs und parallel dazu einen Rückgang des von den Zusatzversicherungen bezahlten Anteils. Wird eine Kostenneutralität angestrebt, muss die Kostenverlagerung aus makroökonomischer Sicht von einer entsprechenden Finanzierungsverlagerung begleitet sein. Die FINMA hat im Jahr 2013 durch eine erneute Überprüfung der Tarife bei der Spitalzuzusatzversicherung zu einer Anpassung in diese Richtung beigetragen.

Hinsichtlich Finanzierung kann allgemein festgehalten werden, dass sich das System noch in der Übergangsphase befindet. Die Entwicklungen weisen zwar in die erwartete Richtung, die Umgestaltung zeigt jedoch noch keine vollständige Wirkung. Grundsätzlich gehen die Entwicklungen im Bereich der Spitalfinanzierung in Richtung mehr Transparenz.

Aus Sicht der Autoren ist es zu früh, sich über die Auswirkungen der Revision zu äussern und demnach auch auf zentrale Fragen des Gesamtevaluation (BAG 2014, S. 9) zu

antworten. Der Bericht beschreibt die beobachteten Entwicklungen während des Einführungsjahres des neuen Finanzierungssystems. Die Frage bleibt offen, ob die Beobachtungen im Jahr 2012 eine einmalige Situation darstellen oder den Beginn einer neuen Tendenz bedeuten. Die aktuelle Situation im Jahr 2014 kann bereits anders aussehen. Die Daten 2013 werden einen zusätzlichen Hinweis geben, wie sich die Kosten und die Finanzierung im zweiten Jahr nach der Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung entwickelt haben.

Empfehlungen für die weiteren Arbeiten

Aufdatierung der Datenreihen (Monitoring)

Die bisher umgesetzten Arbeiten zeigen, dass sich die Zahlen 2012 teilweise überraschend entwickelt haben und schwierig zu interpretieren sind. Die etwas unübersichtlichen Entwicklungen sind typisch für ein Jahr des Übergangs hin zu einem neuen System. Wichtig ist, die Entwicklung in den folgenden Jahren zu beobachten, insbesondere dahingehend, ob sich das System in die erwartete Richtung hin reguliert. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die im Rahmen dieses Berichts initiierten Arbeiten weiterzuverfolgen und eine regelmäßige Beobachtung der Kosten- und Finanzierungsentwicklung einzuführen. Ein solches Monitoring ermöglicht eine bessere Wahrnehmung der Tendenzen.

Verbesserung der Datenqualität

Gleichzeitig ist es wichtig, die Anstrengungen im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der offiziellen Statistiken fortzusetzen. Das BFS setzt sich aktiv dafür ein und steht in Kontakt mit den verschiedenen Akteuren, um die aktuelle Situation zu verbessern. Der Schlüssel zum Erfolg für ein solches Vorgehen bleibt jedoch die Unterstützung durch alle betroffenen Akteure.

Ergänzende Analysen

Eine Grundlagenstudie zeigt die groben Tendenzen, ohne diese immer erklären zu können, und sie ist stark abhängig von der Qualität der an die öffentliche Statistik gelieferten Daten. Deshalb empfehlen wir, diese Studie mit spezifischeren Studien, die ein besonders wichtiges Thema behandeln oder ein Thema, bei dem die offiziellen Statistiken noch Lücken aufweisen, zu ergänzen. Verschiedene Aspekte, auf die der vorliegende Bericht keine Antwort geben konnte, werden am Ende des Berichts erwähnt.

1 Introduction

1.1 Situation initiale

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui comprend deux volets: le nouveau financement hospitalier et l'amélioration de la compensation des risques entre les assureurs.

Le nouveau système de financement des hôpitaux, appliqué depuis début 2012, a pour principaux éléments le financement dual-fixe des prestations hospitalières, la planification cantonale des hôpitaux selon les critères de qualité et d'économicité, une plus grande liberté de choix de l'hôpital et l'introduction de forfaits liés aux prestations, fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale.

Les effets de la révision de la LAMal sont soumis à évaluation dans les six domaines thématiques suivants⁹:

- 1) Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (étude de base)
- 2) Effets de la révision sur les coûts et le financement du système suisse de soins
- 3) Effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers (soins aigus stationnaires)
- 4) Effets de la révision sur la structure du marché hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins
- 5) Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux
- 6) Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques

Dans le cadre de ce programme d'évaluation, l'Obsan a reçu le mandat d'étudier l'influence de la révision sur les coûts et le financement du système de soins (domaine thématique 2). La présente étude constitue une première étape, qui analyse la première année depuis la mise en application du nouveau système. Il s'agit d'une étude de base, visant autant à clarifier les possibilités d'analyse qu'à montrer l'évolution à court terme des coûts et du financement des hôpitaux.

⁹ Voir le document en ligne «Evaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global» (OFSP 2014).

1.2 Objectifs

L'étude de base poursuit un double objectif, l'un de méthode, l'autre de contenu.

- 1) Le premier objectif a le caractère d'une étude de faisabilité. Il consiste à évaluer la possibilité technique de suivre l'évolution des coûts et du financement hospitalier à partir des données disponibles dans les statistiques publiques. Il s'agit en particulier d'évaluer la qualité des données et la plausibilité des résultats obtenus.
- 2) Le second objectif est de produire les premiers résultats et ce faisant, de présenter les évolutions à court terme des coûts hospitaliers et de leur répartition entre les différents agents financeurs. En effet, seules les données de l'année 2012, année de transition dans le nouveau système, sont disponibles au moment de réaliser les analyses.

Les résultats illustrent les toutes premières tendances dans la période de transition 2012 et posent les bases en vue d'un monitoring des grandeurs-clés. Ils montrent également les limites des données disponibles et renseignent sur les éléments qui ne peuvent être analysés sans une amélioration sensible des données de base. Ces informations serviront à la rédaction du rapport intermédiaire accompagnant la requête auprès du Conseil fédéral en vue du financement de la seconde partie du programme d'évaluation. Ils contribueront aussi à l'élaboration des cahiers des charges en vue de la mise au concours, à partir de 2016, d'études plus spécifiques et analytiques.

1.3 Questions directrices

Le nouveau système de financement des hôpitaux, appliqué depuis 2012, vise à inciter les hôpitaux à plus de concurrence, à augmenter leur efficacité et à la maîtrise de leurs coûts. En matière de coûts et de financement, on en escompte à terme principalement deux effets (voir annexe 1, modèle d'impact¹⁰): premièrement, une maîtrise

¹⁰ Voir le document en ligne «Evaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global» (OFSP 2014).

de la hausse des coûts du secteur hospitalier stationnaire; deuxièmement, une modification des parts de financement des différents agents financeurs, en particulier une stabilisation des coûts à charge de l'AOS.

En conséquence, deux grandes questions dirigent les analyses:

- 1) **Evolution des coûts du secteur stationnaire des hôpitaux:** Y a-t-il une stabilisation de la facture totale des hôpitaux pour la collectivité? Ce faisant, il faut distinguer entre les coûts des prestations de soins et les coûts des autres prestations fournies par les hôpitaux (formation, recherche et prestations d'intérêt général).
- 2) **Evolution du financement des hôpitaux:** Comment évoluent les parts de financement assumées par les différents agents prenant en charge les coûts générés par le secteur hospitalier stationnaire, c'est-à-dire les cantons, l'assurance-maladie obligatoire (AOS), les autres assurances sociales, les assurances complémentaires et les patients. En particulier, y a-t-il une stabilisation des montants pris en charge par l'AOS?

La question du transfert de coûts vers d'autres secteurs de soins n'est abordée qu'en marge des travaux, puisque d'autres études s'emploient à apporter un éclairage plus étayé sur cet aspect. Il s'agit en particulier de l'étude de Lobsiger et al. (2013) sur le transfert de prestations entre le secteur hospitalier stationnaire et les consultations en cabinet et de l'étude en cours sur la qualité des prestations hospitalières (Widmer et Kohler, 2014), dont une partie est consacrée aux interfaces entre les soins aigus et les autres secteurs de soins (réadaptation, soins à domicile et établissements médico-sociaux).

1.4 Démarche générale

L'étude de base n'a pas un caractère d'évaluation. Un certain nombre d'années depuis le changement de loi sont en effet indispensables pour voir se dessiner les effets de moyen terme du nouveau système. Les années 2012 et 2013, voire 2014, sont des années de transition au cours desquelles un certain tâtonnement dans la mise-en-œuvre est encore observable, de même qu'une relative hétérogénéité dans les pratiques. Par ailleurs, une évaluation au sens strict, exige non seulement que l'on observe un changement de tendance, mais que l'on établisse un lien de cause à effet entre une mesure politique (ou un ensemble de mesures) et l'éventuel changement de tendance. Ceci requiert des études au design

complexe, au minimum des modèles d'analyse multivariée. De telles études nécessitent une période d'observation suffisante et présupposent des données de base fiables, deux conditions qui ne sont pas remplies actuellement.

L'approche retenue pour ces premiers travaux est descriptive. Elle se base sur les données de la Statistique médicale et administrative des hôpitaux (MS et KS) d'une part, sur le pool de données de SASIS SA d'autre part. Afin d'insérer les évolutions récentes dans un contexte, les chiffres sont rapportés *dans la mesure du possible* sur la période de 2005 à 2012, ou au minimum sur la période 2010–2012.

La partie concernée de la Statistiques des hôpitaux (KS), soit le module de comptabilité analytique, est encore peu exploitée. C'est pourquoi la première étape de travail a consisté en un contrôle détaillé des données, destiné à en évaluer la qualité et à en plausibiliser les résultats. En raison du changement intervenu dans le mode de relevé en 2010, il a aussi été nécessaire d'évaluer la possibilité de réconcilier l'«ancienne» KS et la «nouvelle» KS, dans le but de reconstruire une série temporelle plus longue, remontant avant 2010.

La deuxième étape de travail a consisté en la préparation d'un set de données apuré et complet en vue d'un monitoring. Outre le travail de sélection des données exploitables, ce travail a nécessité l'appariement¹¹ des coûts contenus dans la KS et avec les cas d'hospitalisation correspondants contenus dans la MS, ceci en vue du calcul d'un coût par cas. Enfin, le jeu de données a été complété par des variables supplémentaires, créées à partir d'informations externes. L'utilisation du système APDRG avant 2012 a été documenté dans le cadre du projet «Abrechnungsstrukturen Schweizer Spitäler zwischen 2009 und 2012»¹² et la variable correspondante intégrée au projet. La variable indiquant la présence des hôpitaux sur les listes hospitalières, en particulier ceux ne figurant que sur liste hospitalière B, a été créée à partir des informations qui nous ont été fournies par tarifsuisse SA.

La troisième étape de travail a été l'analyse des données. L'objectif est de montrer l'évolution des coûts dans le temps, de sorte que les résultats sont exprimés sous forme d'indices (et non de montants absolus). Cette option est la plus correcte en présence de données

¹¹ Une demande d'autorisation à cet effet a été soumise et accordée par l'OFS.

¹² Ce projet a été réalisé, à la demande de l'OFSP, dans le cadre du Domaine thématique 1: Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (études de base) du concept global d'évaluation (OFSP 2014).

manquantes. Lorsque tous les hôpitaux ne peuvent pas être pris en compte faute de données, les montants calculés sont en effet inférieurs à la réalité. Enfin, les résultats sont présentés de manière essentiellement graphique, afin d'en faciliter la lecture. Les spécificités de la méthode d'analyse propres à chacune des parties sont à lire dans les chapitres concernés.

Nous avons sollicité l'implication de différents partenaires à toutes les étapes du travail. Les experts des données de la section Santé de l'OFS nous ont apporté un soutien précieux dans les travaux de contrôle et de plausibilisation des données. Nous avons confronté nos analyses avec les leurs, discuté des possibilités d'exploitation et défini une ligne de conduite commune. Les résultats intermédiaires ont été présentés dans le cadre de trois séances avec le groupe d'accompagnement, composé de représentants de tous les acteurs concernés (CDS, H+, tarifsuisse SA, OFS, FMH, FINMA, AFF, Curafutura, Fédération suisse des patients) sous la conduite de l'OFSP. Le groupe d'accompagnement a été impliqué à titre d'experts, notamment pour ce qui concerne la confrontation entre les chiffres et la réalité du terrain. Outre une fonction de plausibilisation, leur aide s'est avérée importante pour l'interprétation des chiffres. Enfin, des entretiens individuels ont été menés avec les représentants de tarifsuisse SA et de H+¹³, afin d'obtenir des informations complémentaires sur certains aspects spécifiques (concernant par exemple les règles de financement en cas de séjour dans un établissement privé ou le degré d'application des normes REKOLE®). L'appui des experts du groupe d'accompagnement a été particulièrement important dans cette quatrième étape de travail, qui consiste à évaluer les possibilités et limites d'interprétation des chiffres obtenus.

Enfin, dans une cinquième et dernière étape, nous avons formulé des propositions pour la suite des travaux. Il s'agit d'une liste non exhaustive, qui ne répond pas aux exigences d'une étude de concept, mais qui liste plutôt les idées qui nous sont venues en cours de projet et celles qui ont été émises par les participants durant les séances du groupe d'accompagnement.

¹³ Un entretien était aussi prévu avec la CDS, mais n'a pu être réalisé dans les délais impartis.

1.5 Données

1.5.1 La Statistique des hôpitaux

Les analyses concernant les coûts et le financement des hôpitaux (chapitres 2 et 4) se basent sur les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Depuis 1998, les hôpitaux et les cliniques suisses doivent fournir des données administratives et des données concernant les hospitalisations au sein de leurs établissements. Grâce à la Statistique médicale, il est possible de connaître le nombre de séjours hospitaliers, le centre de prestations principal et le canton de domicile du patient. La Statistique administrative s'intéresse quant à elle aux hôpitaux et fournit différentes informations, essentiellement administratives, sur les établissements hospitaliers du pays. Elle recense en particulier les domaines d'activité, le personnel et les infrastructures ainsi que les données financières des établissements. Ces deux bases de données constituent des relevés exhaustifs, mis à jour annuellement. Les données définitives de l'année 2012 étaient les dernières disponibles lors de la rédaction du présent rapport.

Un changement majeur dans la structure du relevé administratif a eu lieu en 2010 (OFS, 2010), en prévision de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier. En particulier, le module de comptabilité analytique a été étendu, afin de répondre aux exigences supplémentaires de la LAMal en matière de transparence et certaines définitions modifiées. Ces changements ont amené à une rupture dans les séries statistiques, qui après examen, nous a amené à conclure à l'impossibilité de recourir aux données de coûts de l'ancienne KS. Leur structure est trop différente, sans compter le taux de remplissage plus que succinct de cette partie qui n'avait alors pas force obligatoire. Il en résulte que seules les années du nouveau relevé, soit les années 2010 à 2012, sont exploitables pour les présentes analyses, ce qui restreint considérablement la longueur de la série temporelle observable et limite les possibilités d'apprécier une évolution de tendance.

Quant à la «nouvelle» KS, elle connaît les problèmes de jeunesse inhérents à tout nouveau relevé. Des imprécisions ont encore lieu dans la saisie de certaines informations, en particulier celles qui n'étaient pas collectées par le passé. Cette situation complique les analyses en générant parfois des résultats peu cohérents. Le taux de remplissage des nouvelles parties est aussi un point délicat. Certaines parties ne sont quasi pas remplies, notamment tout ce qui touche aux coûts des mandats

de recherche, de formation et de prestations d'intérêt général, pour lesquels seuls 22% des hôpitaux ont fourni des chiffres en 2010. La situation s'améliore avec les années, mais les lacunes restent encore importantes. Ces aspects de qualité sont discutés en détail dans les chapitres concernés (chapitre 2.3.1 en ce qui concerne les coûts des hôpitaux, chapitre 4.3.1 en ce qui concerne les revenus des hôpitaux).

1.5.2 Le pool de données de SASIS SA

L'évolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (chapitre 3) est retracée à l'aide du pool de données, une base statistique produite depuis 2001 par santésuisse SA, puis à partir de 2009 par SASIS SA (filiale de santésuisse). Le pool de données sert de système d'information de la branche et permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de service (notamment contrôle de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre, en 2012, 99,9% des personnes assurées en Suisse.

Le pool de données regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). On parle alors de prestations brutes. Le pool de données ne contient toutefois que les prestations dont les factures ont été envoyées par les assurés à l'assurance-maladie, ou facturées directement par le prestataire à l'assureur. Les factures conservées par les assurés ainsi que les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. les prestations des assurances complémentaires LCA) ne sont pas saisies dans le pool de données. Comme le principe du tiers-payant prévaut dans le secteur hospitalier, les factures non transmises sont rares et cette réserve impacte peu la présente analyse.

L'Obsan reçoit chaque année une nouvelle version du pool de données contenant les cinq dernières années disponibles et actualisées. La version mise à la disposition de l'Obsan ne fournit pas de données individuelles sur les fournisseurs de prestations. L'analyse se fonde donc uniquement sur des données agrégées – groupes d'assurés et groupes de fournisseurs de prestations. Les données de l'année 2012 (par année de traitement) étaient les dernières disponibles au moment de clôturer le rapport.

1.6 Travaux prévus et analyses possibles

Tous les travaux initialement prévus n'ont pas pu être réalisés, faute de données exploitables. Le tableau 1.1 présente de manière synoptique l'écart entre ce qui était souhaité et ce qui a pu être réalisé. La principale restriction concerne la période d'observation en ce qui concerne les coûts et le financement, qui au lieu de porter sur les années 2005 à 2012 comme prévu, est limitée aux années 2010 à 2012 du fait que l'ancienne KS ne contient pas les données nécessaires. Une autre restriction majeure concerne les coûts des mandats (de recherche, de formation et pour des prestations d'intérêt général), qui sont le plus souvent encore non documentés et par conséquent non-estimables. L'analyse a dû par conséquent se concentrer sur les coûts des prestations de soins et laisser de côté les autres prestations fournies par les hôpitaux.

Tab. 1.1 Comparaison entre travaux souhaités et analyses possibles

Travaux souhaités	Travaux réalisés
Évolution des coûts totaux des hôpitaux, 2005–2012	Évolution des coûts totaux des <i>prestations de soins</i> des hôpitaux, 2005–2012
Évolution des dépenses AOS pour des soins hospitaliers stationnaires, 2005–2012	✓
Répartition des revenus hospitaliers entre les agents financeurs, 2005–2012	Répartition des revenus hospitaliers des prestations de soins <i>du domaine LAMal</i> entre les agents financeurs, 2005–2012

1.7 Structure du rapport

L'étude de base comporte plusieurs analyses distinctes, qui ont été réalisées sous forme de modules et qui ont donné sa structure au rapport. Le chapitre 2 porte sur l'évolution des coûts du secteur stationnaire des hôpitaux. Le chapitre 3 réalise un gros plan sur les montants pris en charge par l'AOS dans le financement des prestations de soins stationnaires du domaine LAMal. Le chapitre 4 se penche sur les questions de financement. Enfin, le chapitre 6 suggère des pistes pour poursuivre les travaux dans la seconde moitié du programme d'évaluation. Les chapitres ont été conçus pour pouvoir être lu indépendamment les uns des autres et comportent de ce fait un certain nombre de redites. Le lecteur souhaitant aller à l'essentiel se reportera au résumé des constats figurant à la fin de chaque chapitre ou à la synthèse des résultats au chapitre 5.

2 Coûts du secteur hospitalier stationnaire

2.1 Objectifs

La révision de la LAMal sur le financement hospitalier modifie le système d'incitations économiques s'adressant aux hôpitaux. De la part du législateur, il y a la volonté d'évaluer si les nouvelles règles de financement permettent, comme souhaité, une meilleure gestion des coûts et partant de limiter la croissance des coûts du secteur hospitalier stationnaire. Il s'agit là d'un objectif à moyen terme.

A court terme, l'analyse poursuit deux objectifs:

- 1) clarifier la situation en matière de données et, ce faisant, montrer les possibilités et les limites des chiffres disponibles dans la statistique officielle.
- 2) décrire l'évolution des coûts hospitaliers stationnaires, dans leur ensemble et sous plusieurs dimensions.

L'analyse se base sur les données de la Statistique des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique, en particulier sur le module de comptabilité analytique. Ces chiffres sont complétés par les informations de la Statistique médicale (MS), concernant le nombre de cas. Elle porte sur la période 2010–2012¹⁴.

2.2 Questions de recherche

Comment évoluent les coûts du secteur hospitalier stationnaire? Les mandants ont souhaité que cette question soit examinée sous différents angles, demande qui s'est concrétisée par les cinq questions de recherche suivantes:

- 1) Comment évoluent les coûts du secteur hospitalier stationnaire, en Suisse et dans les différents cantons?
- 2) Suite à l'introduction du système tarifaire SwissDRG, les coûts des prestations de soins stationnaires évoluent-ils au même rythme:

- a. dans les soins somatiques aigus qu'en psychiatrie et en réadaptation?
- b. dans le secteur stationnaire des hôpitaux que dans les autres secteurs de soins (ambulatoire hospitalier, ambulatoire en cabinet, EMS, aide et de soins à domicile)?

- 3) Les coûts évoluent-ils différemment selon le type d'hôpital?
- 4) L'évolution est-elle la même pour les hôpitaux qui avant 2012 facturaient déjà selon le système APDRG?
- 5) L'évolution des coûts est-elle similaire dans les hôpitaux privés et les hôpitaux publics/subventionnés?

En complément, la part de la croissance des coûts totaux provenant d'une augmentation du nombre de cas (effet quantité) a été distinguée de la part qui relève d'une augmentation des coûts par cas (effet prix).

2.3 Méthode

2.3.1 Données sur les coûts

Choix de travailler avec la comptabilité analytique

Les données de coûts des hôpitaux sont contenues dans la Statistique des hôpitaux (KS). Deux de ses modules sont a priori envisageables pour l'analyse des coûts des hôpitaux: la comptabilité financière ou la comptabilité analytique.

La comptabilité financière décrit les produits et les charges d'exploitation des hôpitaux. Elle comptabilise les entrées et sorties monétaires des hôpitaux *dans leur globalité*, c'est-à-dire y compris les exploitations annexes (tels que magasins de fleurs, salons de coiffure et restaurants). Dans la comptabilité financière, le regroupement se fait par nature des dépenses (charges de personnel, de matériel, de services, financières, de l'administration, etc.), sans possibilité de distinguer entre les activités ambulatoires ou stationnaires (OFS 2010, conception détaillée, p.29). Elle n'est donc pas adéquate pour le propos de notre analyse.

¹⁴ Les données nécessaires n'étaient pas disponibles dans l'ancienne KS, qui couvre la période 1998 à 2009.

La comptabilité analytique reflète une autre approche. Elle comptabilise les coûts et les revenus par unités finales d'imputation¹⁵, et ce faisant distingue les prestations liées aux cas (c'est-à-dire les prestations fournies à un patient de l'établissement) et les mandats (autres prestations, fournies sur mandat d'un tiers). Elle est structurée par type d'activité; autrement dit, elle distingue entre les secteurs ambulatoire, stationnaire et de longue durée (OFS 2010, conception détaillée, p.37). Tous les coûts et les revenus imputables, directement ou indirectement, à un cas sont comptabilisés dans le centre de coût concerné. Elle s'écarte de la comptabilité financière en ce sens que l'affectation des ressources est déterminante. Par exemple, une salle d'opération qui est utilisée pour des interventions aussi bien stationnaires qu'ambulatoires verra ses coûts imputés à chacun des deux centres de coûts en proportion de son utilisation. La comptabilité analytique distingue non seulement entre l'ambulatoire et le stationnaire, mais aussi au sein de chacun de ces grands secteurs, entre l'activité de soins somatiques aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie.

Le mandat reçu (voir section 2.2) implique de suivre l'évolution des coûts des hôpitaux en distinguant entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire, et au sein du secteur stationnaire, entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie (figure 2.1). La comptabilité analytique est alors la source de données qui s'impose, puisque c'est aussi la seule qui permet un tel niveau de désagrégation.

Il faut se rappeler cependant que la somme des charges provenant de la comptabilité financière porte sur la totalité de l'exploitation et s'écarte par définition de la

somme des coûts, telle qu'enregistrée dans la comptabilité analytique, laquelle se rapporte aux unités finales d'imputation. Une passerelle d'ajustement permet de réconcilier les deux. Elle part du total des charges de la comptabilité financière, qu'elle corrige des charges supplémentives, substitutives et non incorporables, pour parvenir au total des coûts par unité finale d'imputation (pour plus de détails, voir OFS 2010, conception détaillée, p.31). En 2012, les deux soldes présentent un écart de l'ordre de 1,1 milliards de francs dans l'optique des coûts (OFS, Statistique des hôpitaux 2012, tableaux standards D1 et D4) et de 2,1 milliards dans l'optique des revenus (OFS, Statistique des hôpitaux 2012, tableaux standards D3 et D5).

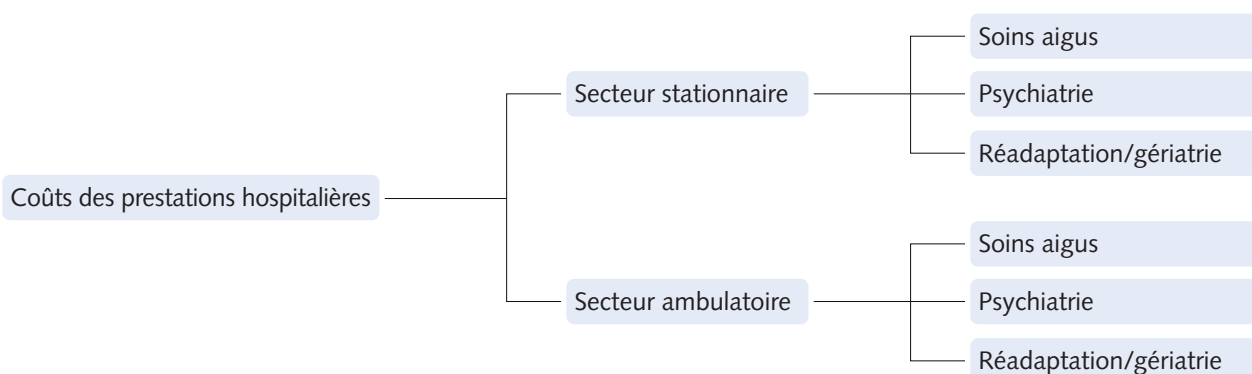
Structure de la comptabilité analytique

L'avantage de la comptabilité analytique est, par définition, de collecter les coûts séparément pour les différents centres de coûts d'un hôpital. Sa structure est illustrée à la figure 2.2.

Elle distingue tout d'abord entre les prestations de soins aux patients, appelées «Prestations liées aux cas» dans le langage technique de la comptabilité analytique, et les autres prestations fournies par les hôpitaux sur mandat de tiers, listées sous «Mandats». Les prestations non liées aux cas regroupent les mandats de formation, de recherche ainsi que les autres mandats, qui sont surtout des prestations d'intérêt général. Les coûts d'utilisation des immobilisations correspondants sont mentionnés à part, et sont à répartir entre les différents mandats.

Désagrégation souhaitée des coûts des prestations hospitalières

Fig. 2.1



Source: Représentation propre

© Obsan 2015

¹⁵ Le patient est l'unité finale d'imputation.

Structure du module de comptabilité analytique

Fig. 2.2

	Activité de réadaptation		(Longue durée)	
	AMBULATOIRE		STATIONNAIRE	
	Activité de psychiatrie		(Longue durée)	
	AMBULATOIRE		STATIONNAIRE	
Activité de soins aigus	AMBULATOIRE		STATIONNAIRE	
			(Longue durée)	
Prestations liées aux cas				
Coûts directs
Coûts indirects
Mandats				
Formation			...	
Recherche			...	
Autres mandats			...	
Coûts totaux				

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Les prestations de soins aux patients sont comptabilisées séparément selon qu'elles relèvent du secteur ambulatoire ou du secteur stationnaire (voire de soins de longue durée pour les hôpitaux offrant des prestations de type EMS). Les coûts directs correspondent aux dépenses directement engendrées par le patient comme les médicaments, le matériel et les honoraires de médecin. Les coûts indirects désignent les coûts qui ne peuvent pas être imputés exclusivement à un patient, tels que ceux des salles d'opération, des laboratoires, des soins.

Enfin, une comptabilité est réalisée pour chacune des trois activités hospitalières. Elle distingue les prestations de soins en soins somatiques aigus, en psychiatrie, en réadaptation/gériatrie. Une comptabilité couvre aussi l'activité des maisons de naissance (non analysée ici).

La comptabilité analytique présente donc a priori une situation de départ optimale pour les propos de notre analyse.

Qualité des données du module de comptabilité analytique

La comptabilité analytique est un module encore relativement inexploité de la KS¹⁶. Avant de commencer les analyses, d'importants travaux de contrôle et de plausibilisation des données devaient par conséquent être réalisés. Cette tâche s'est faite en étroite collaboration avec la section Santé de l'OFS, que nous remercions.

¹⁶ Seuls deux tableaux standards, portant sur la totalité des coûts et des revenus par grandes régions, sont pour l'heure publiés (OFS 2014, Statistique des hôpitaux 2012, tableaux standards D4 et D5).

Une première difficulté est apparue lors du contrôle des données: la partie concernant les coûts des mandats n'est remplie que par 22% des hôpitaux en 2010 (38% en 2012). Cette partie de la statistique, correspondant à la partie inférieure du tableau de la figure 2.2, est ainsi inexploitable pour une estimation au niveau de l'ensemble des hôpitaux. Ce résultat n'est pas une surprise complète. L'existence de doutes quant à la qualité de ces données était connue. C'est plutôt l'ampleur de la situation qui ne l'était pas. Le fait que les définitions et les méthodes de calcul ne soient pas encore bien établies semble être la raison principale à ces valeurs manquantes.

Des estimations des coûts de la formation et de la recherche ont été réalisées par différents acteurs. Une étude menée à l'hôpital universitaire de Zürich (Keune et al. 2014), basée sur la méthode d'estimation (de type bottom-up) proposée par l'OFS (Salgado, Teotino et Füglistner 2010), estime que les coûts de la formation et de la recherche représentent 8,6% des coûts globaux de cet hôpital. La surveillance des prix applique un forfait normatif de 23%, tandis que la Conférence des directeurs et directrices de la santé (CDS) recommande une déduction forfaitaire de 12% des coûts nets d'exploitation. Les problèmes de définition et de méthode d'estimation concernant ces prestations sont encore non résolus et les estimations varient en conséquence.

La situation en matière de prestations liées aux cas est plus réjouissante. Ces coûts sont renseignés par 90% des hôpitaux en 2010, en progression à 94% en 2012. A un niveau de désagrégation plus fin, c'est-à-dire au niveau

du détail de chaque poste des coûts directs et indirects, l'analyse de qualité montre encore certaines inexactitudes dans l'attribution des montants et un certain nombre de comptes non renseignés. Tous les hôpitaux n'ont pas encore fait le pas de l'application de la norme comptable REKOLE® ou ne l'appliquent pas encore de manière homogène¹⁷. Cela semble être la raison principale aux approximations que l'on observe encore dans le détail de la comptabilité analytique. A un niveau agrégé toutefois, la qualité des données est suffisante pour une exploitation statistique et en constante amélioration.

La KS ancienne et nouvelle

Le module de comptabilité analytique, tel qu'il a été présenté ici, a été introduit dans la Statistique des hôpitaux lors de sa révision en 2010. On parle couramment de «nouvelle KS» pour désigner cette nouvelle mouture du questionnaire adressé aux hôpitaux, l'«ancienne KS» désignant la version prévalant sur la période 1998–2009 (figure 2.3).

Lors de la préparation des analyses, il y avait un point d'interrogation sur la possibilité technique de prolonger les séries de données avant 2010, c'est-à-dire d'utiliser les données de l'ancienne KS malgré les changements de définition. Il existe en effet un équivalent, bien que simplifié, du module de comptabilité analytique dans

le questionnaire de l'ancienne KS (Annexe p.16 coûts imputables au sens art. 49 LAMal). C'est là qu'est apparue la seconde difficulté: cette partie du relevé n'était pas obligatoire et la plupart des hôpitaux ne la remplissait pas. Il faut par conséquent considérer que des données de comptabilité analytique ne sont disponibles qu'à partir de 2010, avec encore les problèmes de jeunesse que connaît toute statistique à ses débuts.

Conséquences pour l'analyse

La conséquence de cette situation en matière de données est qu'aucune information quant à l'évolution des coûts des mandats *pour l'ensemble des hôpitaux* ne peut actuellement être tirée du module de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux¹⁸. Par rebond, les coûts totaux des hôpitaux, compris comme la somme des coûts des prestations liées aux cas et des mandats, ne peuvent pas non plus être calculés.

L'analyse doit se concentrer sur les coûts des prestations liées aux cas, que nous appellerons dans la suite de ce rapport «prestations de soins» par souci de simplification.

Enfin, sur le plan temporel, la période sur laquelle il est possible d'observer l'évolution des coûts est très courte, puisque l'analyse ne peut porter que sur les années 2010 et suivantes.

Structure de la comptabilité analytique dans l'ancienne et la nouvelle KS

Fig. 2.3

		2009		2010		2012	
Ancienne KS							
<i>Coûts imputables au sens art. 49 LAMal</i>		Ambulatoire	Stationnaire	(Longue durée)			
Prestations liées aux cas							
Nouvelle KS							
<i>Activité de soins aigus</i>		Ambulatoire	Stationnaire	(Longue durée)			
Prestations liées aux cas							
Coûts directs		...	...	...	...	...	...
Coûts indirects		...	...	...	...	...	...

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

¹⁷ Selon les informations de H+, la grande majorité des hôpitaux disposent d'une comptabilité analytique en 2014. Seuls cinquante sont par contre certifiés REKOLE® en 2014, ce qui signifie qu'il existe encore un potentiel d'hétérogénéité dans l'application des normes comptables. Par exemple, la liste des prestations appartenant aux prestations d'intérêt général varie beaucoup d'un canton à l'autre, reflétant une compréhension aussi bien que des contextes différents (p. ex. variations du niveau d'activité dans les zones touristiques, multiculturalisme dans les grandes villes).

¹⁸ Il peut être utile de mentionner ici l'étude de méthode réalisée par l'OFS portant sur l'estimation des coûts de la formation et de la recherche dans les hôpitaux universitaires (Salgado-Thalmann et al. 2010) ainsi que la récente publication de Keune et al. (2014) estimant les coûts de l'enseignement et de la recherche à l'Hôpital universitaire de Zürich. Selon cette étude, les estimations, empiriques ou normatives, varient entre 8,6% et 23% des coûts totaux.

2.3.2 Caractéristiques du subset de données

Une difficulté propre à toute analyse temporelle est la nécessité d'une base de calcul constante dans le temps. Or, en l'occurrence, le nombre d'activités hospitalières dont on connaît les coûts varie d'une année sur l'autre (320 en 2010, 335 en 2011 et 336 en 2012), de sorte que les coûts montent ou descendent pour des raisons statistiques sans lien avec la réalité. Pour corriger cette situation, les analyses doivent être restreintes aux activités hospitalières dont les coûts des prestations liées aux cas sont renseignés à chacune des années d'analyse.

Pour les analyses, nous retenons donc toutes les activités hospitalières pour lesquelles les coûts des prestations sont renseignés à *chacune des années* 2010–2012. Dans le subset final (tableau 2.1), pour l'année 2012, nous avons ainsi 156 activités de soins aigus, 67 de psychiatrie et 80 de réadaptation/gériatrie (soit un total de 303 activités sur 336). Ces totaux diffèrent légèrement d'une année à l'autre en raison des ouvertures, fermetures, fusions ou autres réorganisations qui touchent les hôpitaux. Par exemple, si trois hôpitaux de soins de base sont regroupés sous une entité administrative unique, la Statistique recensera désormais une activité au lieu de trois précédemment, tandis que le nombre de cas et les coûts restent stables.

Tab.2.1 Degré de couverture des établissements dans le subset de données

Activité	Nb d'établissements dans le subset			Taux de couverture		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Soins aigus	161	163	156	91%	91%	90%
Psychiatrie	63	69	67	90%	90%	92%
Réadaptation/gériatrie	77	79	80	88%	88%	89%

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Par rapport à la totalité des activités hospitalières, le nombre d'activités que nous ne pouvons pas exploiter faute de données est limité et se monte à quelque 10% (tableau 2.1, partie droite). L'activité de réadaptation/gériatrie, dont les coûts sont le moins souvent renseignés, est documentée par 88% des établissements actifs dans ce domaine. Les coûts des activités de soins aigus et de psychiatrie sont fournis par 90% des établissements ou plus. Le subset de données avec lequel nous travaillons présente donc un bon degré de couverture des activités, en particulier dans les soins aigus. Il ne sur- ni ne sous-représente massivement aucun type d'activité. Toutes les analyses de ce chapitre sont réalisées à partir de ce subset de données.

Caractéristiques des hôpitaux manquants pour l'activité de soins aigus

Dans les soins aigus, qui nous intéressent particulièrement, tous les établissements universitaires et de prise en charge centralisée ont documenté leurs coûts (tableau 2.2). 94% des hôpitaux de soins de base en ont fait de même, contre 82% des cliniques spécialisées ayant une activité de soins aigus. Presque la totalité des établissements publics/subventionnés déclarent leurs coûts (98%) contre 82% des établissements privés. Les établissements les moins bien représentés dans le subset sont donc les cliniques spécialisées et les établissements privés, étant entendu qu'il s'agit la plupart du temps des mêmes établissements (c'est-à-dire des cliniques spécialisées privées).

Les établissements manquants sont donc en général de taille petite à moyenne. Il est donc légitime de penser que s'il manque 10% des établissements, la proportion de coûts et de cas qui échappent à l'analyse est inférieure à 10%. La proportion des coûts non couverte ne peut par définition pas être estimée, puisque les établissements exclus sont ceux dont on ne connaît pas les coûts. Par contre, on peut supposer qu'elle est inférieure à 10% du fait que les établissements n'ayant pas rempli les modules consacrés à la comptabilité sont en général de petits hôpitaux.

Tab.2.2 Degré de couverture des établissements par type d'hôpital et de financement – Activité de soins aigus

Activité de soins aigus	Établissements		
	2010	2011	2012
Type d'hôpitaux			
Hôpitaux universitaires	100%	100%	100%
Hôpitaux de prise en charge centralisée	100%	100%	100%
Hôpitaux de soins de base	94%	94%	94%
Autres cliniques spécialisées	84%	82%	82%
Type de financement			
Public/subventionné	98%	98%	98%
Privé	84%	81%	82%

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

2.3.3 Données sur les cas

L'augmentation du coût total des prestations de soins peut résulter d'une augmentation du nombre de cas traités et/ou d'une augmentation du coût par cas. Les coûts figurent dans la Statistique des hôpitaux, les cas dans la Statistique médicale. Pour être à même de distinguer l'effet prix et l'effet quantité, les coûts doivent être mis en lien avec les cas correspondants, de sorte qu'une liaison entre les deux bases de données doit être établie.

Dans la Statistique des hôpitaux, les coûts des prestations de soins stationnaires sont recensés par activité. Nous connaissons donc le coût total de l'activité de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie. Dans la Statistique médicale, les cas sont attribués au centre de prestations principal (M100 à M990) dans lequel ils ont généré des coûts. La correspondance entre les centres de prestations principaux et les activités a été établie en suivant la définition de l'OFS, telle qu'illustrée à la figure 2.4.

Le contrôle effectué après l'appariement des deux bases de données a montré des coûts dont les cas correspondants n'ont pas été retrouvés. Tous ces cas ont été contrôlés un à un et appariés manuellement. Il s'agit par exemple d'hôpitaux pratiquant la psychiatrie chez des enfants et adolescents. Les coûts sont enregistrés sous

psychiatrie et les cas en pédiatrie (centre de prestations attribué aux soins aigus), de sorte que la procédure automatique ne permet de réconcilier les deux.

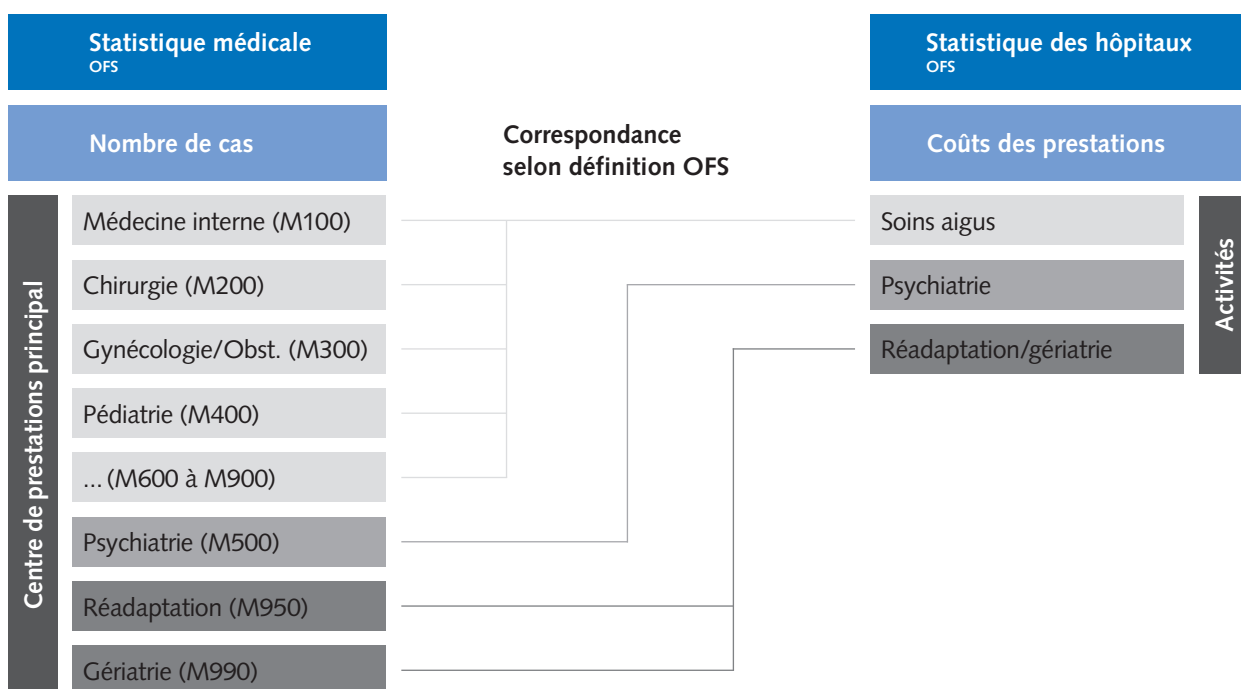
Enfin, à relever aussi que nous avons corrigé le nombre de cas 2012 pour le rendre compatible avec les années précédentes. En 2012 en effet, avec le passage aux Swiss-DRG, une réhospitalisation dans les 18 jours est considérée comme formant un seul cas avec le séjour initial, ce qui diminue techniquement le nombre de cas et crée une rupture dans la série de données. Les cas de 2012 ont été recalculés selon l'ancienne définition afin de garantir une continuité dans les chiffres.

2.3.4 Démarche d'analyse

Comme il y a 10% d'hôpitaux dont les coûts ne sont pas indiqués, présenter les résultats en chiffres absolus n'a pas de sens, puisque cela ne représente pas la totalité des coûts des hôpitaux. De plus, c'est moins les montants qui nous intéressent que leur progression au fil du temps. C'est pourquoi, nous avons opté pour le calcul d'indices, avec une base 100 à l'année 2010, pour retracer l'évolution temporelle. L'interprétation se fait par rapport à l'année de base: par exemple, le passage d'un indice de 100 à 107 correspond à une augmentation +7% des coûts. Par contre, le passage d'un indice de 104 à 107, corres-

Correspondance entre coûts par activité et nombre de cas

Fig. 2.4



Sources: OFS, Statistique médicale des hôpitaux et Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

pond à une augmentation de +3 points de pourcentage, qui correspond à une augmentation de +2,88% ($(107 \times 100 / 104) = 2,88\%$).

L'évolution démographique (résultant de l'augmentation de la population et du vieillissement) est reflétée dans la distinction entre croissance du nombre de cas et des coûts par cas. Ce que l'analyse ne dit pas, c'est quelle proportion de la croissance des cas est due à l'effet démographique pur (même intensité du recours aux soins sur une population plus grande et plus âgée) et ce qui est dû à une augmentation des hospitalisations par habitant, c'est-à-dire de l'intensité de la consommation de soins par personne).

2.4 Coûts des prestations de soins au sein du secteur stationnaire des hôpitaux

2.4.1 Définitions des coûts mesurés

Dans ce chapitre, nous nous intéressons à l'évolution du coût total des prestations de soins stationnaires, sur la période 2010–2012.

Tout d'abord, quelques définitions. Les prestations de soins aux patients (figure 2.5) recouvrent l'expression «prestations liées aux cas» utilisée dans le module de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux. Il se comprend par opposition aux «prestations non liées aux cas», aussi appelées «mandats», qui recouvrent la formation, la recherche et les prestations d'intérêt général. Les coûts des prestations de soins correspondent donc à la somme de tous les coûts imputables aux patients.

Les coûts dont nous parlons ici sont les coûts «de production», c'est-à-dire l'ensemble des coûts de personnel, de matériel et d'infrastructures imputés à la fourniture des prestations de soins. C'est la somme de ce qu'a coûté à l'hôpital la fourniture des soins aux patients,

Représentation schématique de la comptabilité analytique (coûts et revenus des hôpitaux)

Fig. 2.5

Coûts		Revenus	
Prestations de soins aux patients		Prestations de soins aux patients	Agents financeurs
Coûts directs	Médicaments	Prestations à des assurés excl. LAMal	AOS
	Matériel, instruments, etc.		Cantons
	Prestations médicales fournies par des tiers	Prestations LAA, LAI, LAM	LAA, LAI, LAM
	Honoraires des médecins		Cantons
	Autres coûts directs	Prestations à des patients avec ass. complémentaire (part LAMal)	AOS
Coûts indirects	Centres de charges obligatoires (salles d'opération, soins intensifs, laboratoires, etc.)		Cantons
	Hôtellerie		
	Activités thérapeutiques		
	Autres coûts indirects		
Mandats		Contributions et subventions	
	Formation et recherche	Total des contributions et subventions (hors couvertures de déficit)	Communes
	Autres mandats		Cantons
			Confédération
			Corporations, fondations, privés
Perte éventuelle		Profit éventuel	
Total		Total	

Source: OFS, Statistique des hôpitaux/Analyse Obsan

© Obsan 2015

selon la comptabilité analytique. Ce coût est à ne pas confondre avec les coûts à charge des différents acteurs qui paient les prestations de soins, qui eux correspondent aux revenus des hôpitaux (figure 2.5). Dans un système où le prix des prestations est découplé du coût «de production» de ces mêmes prestations (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral de l'Arrêt C-1698/2013 du 7 avril 2014), les coûts et les revenus sont en général non égaux, dégagant une perte ou un profit. Les coûts de production sont donc différents des coûts à charge des agents financeurs.

Tous les commentaires qui suivent se rapportent aux coûts «de production» des prestations de soins dans le secteur hospitalier stationnaire.

2.4.2 Coût total des prestations de soins stationnaires

Sur les trois années examinées, les coûts «de production» des prestations de soins du secteur hospitalier stationnaire ont progressé de 7% (figure 2.6). Ils ont augmenté de 2,8% entre 2010/11 et de 4,6% entre 2011/12. Les cas traités se sont en parallèle accrus de 1%, montrant que la progression constatée est principalement le fait d'une augmentation des coûts par cas (et non du nombre de cas). Ce constat n'est pas nouveau, plusieurs études (Dormont, 2009; Roth et al., 2010; Vuilleumier et al., 2007) ayant déjà montré que la croissance des coûts dans le domaine de la santé est davantage due à l'augmentation des dépenses par cas, qu'à l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers ou de consultations.

Les prestations du secteur stationnaire des hôpitaux ne sont pas homogènes en termes de durée moyenne de séjour et de la nature de la prise en charge. C'est pourquoi il est d'usage de considérer les trois types d'activités suivants: les soins somatiques aigus (ci-après soins aigus), la psychiatrie et la réadaptation/gériatrie. La comptabilité analytique des hôpitaux relève les coûts séparément pour chacun d'entre eux, ce qui permet une analyse par activité.

2.4.3 Soins aigus, psychiatrie et réadaptation

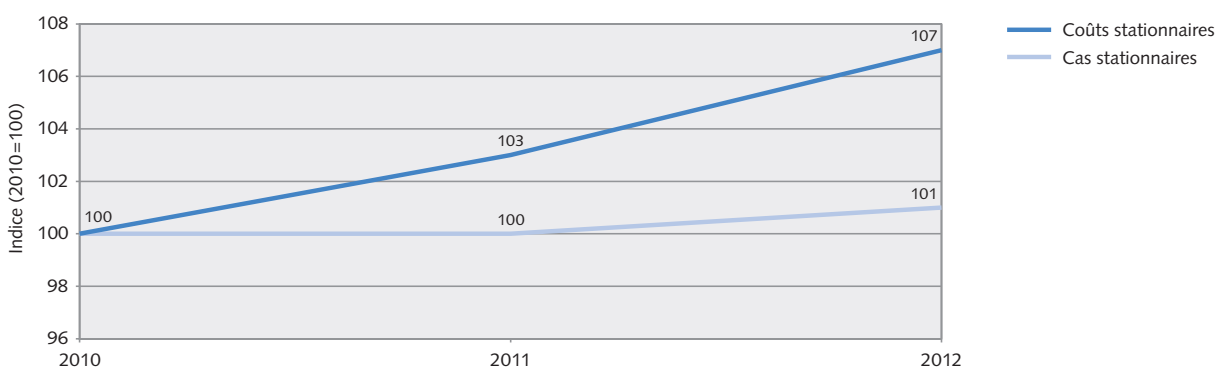
Coûts totaux des prestations de soins

Le système de rémunération des prestations SwissDRG s'applique depuis 2012 exclusivement aux soins somatiques aigus. Même si des discussions sont en cours en vue d'un changement du mode de tarification¹⁹, la psychiatrie et la réadaptation facturent toujours selon le système en vigueur jusqu'ici. Il est dès lors intéressant d'observer si les coûts des prestations hospitalières évoluent au même rythme dans les soins somatiques aigus qu'en psychiatrie et qu'en réadaptation hospitalières.

Ce faisant, il faut avoir à l'esprit que les soins aigus représentent l'essentiel des coûts des prestations de soins stationnaires. Cette activité hospitalière est à l'origine de 81% des coûts (figure 2.7), contre quelque 10% pour chacune des deux autres, à savoir la psychiatrie et la réadaptation/gériatrie. Par conséquent, lorsqu'on observe le secteur stationnaire dans son ensemble, l'évolution reflète surtout celle des soins aigus.

Coûts totaux des prestations de soins et nombre de cas, secteur stationnaire des hôpitaux, 2010–2012

Fig. 2.6



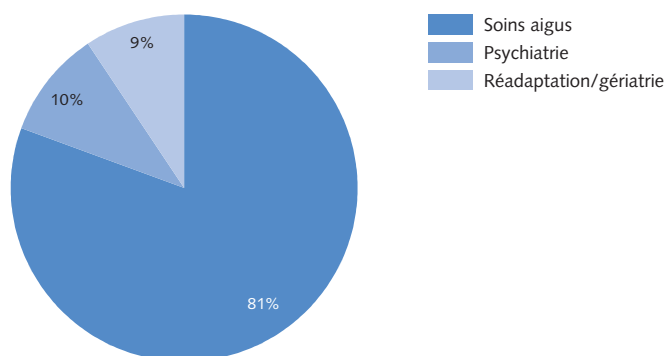
Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

¹⁹ Selon la LAMal, des forfaits par cas liés à la prestation auraient aussi dû être introduits dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation au 01.01.2012 (dispositions transitoires à la modification du 21.12.2007 de la LAMal (financement hospitalier)). L'introduction est maintenant prévue pour 2018.

Part de chacune des activités aux coûts des prestations de soins stationnaires, 2012

Fig. 2.7

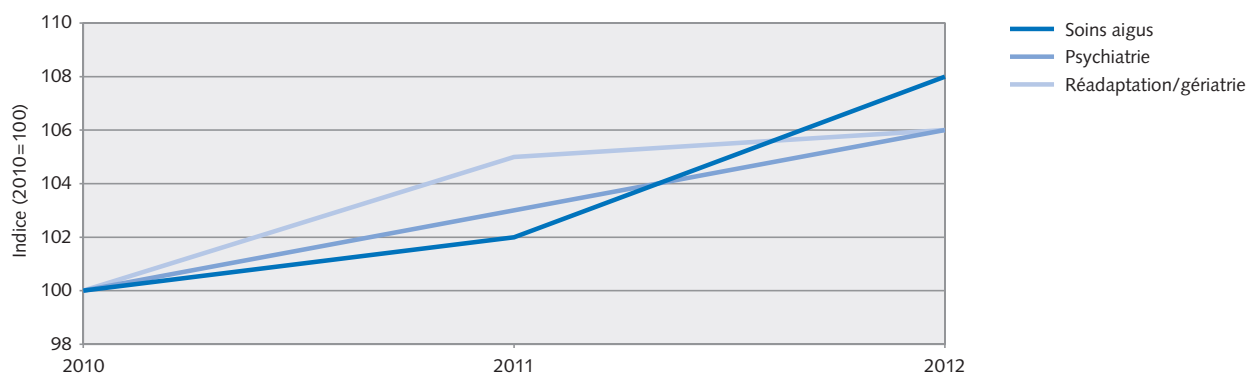


Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Evolution des coûts totaux des prestations stationnaires, par activité, 2010–2012

Fig. 2.8



Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

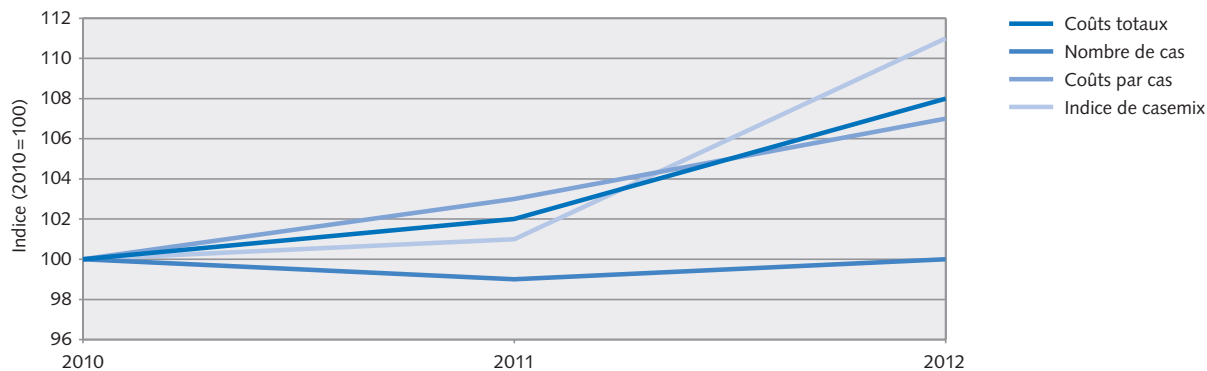
Sur l'ensemble de la période 2010–2012, les soins aigus évoluent de manière relativement similaire à la psychiatrie et à la réadaptation (figure 2.8). Les coûts passent d'un indice 100 en 2010 à un indice de 106 en 2012, respectivement 108 pour les soins aigus. Les années de forte augmentation ne sont toutefois pas les mêmes. En 2011, la psychiatrie et la réadaptation ont augmenté davantage que les soins aigus (+3% et +5% contre +2%). En 2012, c'est l'inverse qui s'est produit. Les soins aigus ont connu une hausse plus importante que les autres secteurs (+6% contre +3% et +1% pour la psychiatrie et la réadaptation).

Sur la période charnière 2011–2012, on relève donc une accélération de la croissance des coûts dans les soins aigus. A l'heure actuelle, il est toutefois impossible de savoir s'il s'agit d'une évolution ponctuelle ou si la tendance va se poursuivre dans les années à venir. Nous manquons aussi de recul pour l'interpréter,

puisque nous ne pouvons pas observer l'évolution dans les années précédentes. Ainsi, il nous est difficile d'apprécier si c'est l'augmentation de 2% qui est plutôt faible par rapport à la moyenne de long terme ou si c'est celle de 6% qui est au-dessus. Il est en effet fréquent d'observer des évolutions inhabituelles dans les deux ans qui suivent un changement de système important, qui se stabilisent par la suite. Ce fut par exemple le cas lors de l'introduction du Tarmed en 2004. Cette expérience montre l'importance de suivre l'évolution des indicateurs-clés sur une base régulière.

Coûts, cas et indice de casemix des prestations stationnaires en soins aigus, 2010–2012

Fig. 2.9



Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Gros plan sur l'activité de soins aigus

Ce que la figure 2.9 montre clairement est que le nombre de cas n'est pas à l'origine de la hausse des coûts observée dans les soins aigus (figure 2.9). Celui-ci est en effet resté stable sur la période, à 1,16 millions de cas²⁰. L'accroissement observé en 2012 représente une augmentation de moins de 1%. Ce sont donc les coûts par cas dans les soins aigus qui ont augmenté entre 2010 et 2012, et ceci de 7%.

Différentes hypothèses ont été formulées par les experts consultés pour expliquer la croissance plus importante du coût par cas dans les soins aigus en 2012. Elles évoquent la possibilité que la nouvelle loi ait créé les incitations à une comptabilisation plus réaliste du coût des infrastructures, en particulier des bâtiments. Que les coûts d'utilisation des immobilisations soient nouvellement inclus dans la rémunération des prestations de soins, en 2012 sous forme d'un supplément de 10% aux forfaits par cas liés aux prestations, pourrait avoir amorcé ce mouvement. Une hypothèse, allant dans ce sens également, est que les immobilisations (notamment les bâtiments) seraient passées de la comptabilité des cantons à celle des hôpitaux, dans les cantons qui n'avaient pas encore procédé à cet ajustement.

De manière générale, on peut se demander si le nouveau financement hospitalier, en particulier la fin des garanties de déficit et du subventionnement, ont amené un changement dans la manière de répertorier les coûts. Il peut avoir créé les incitatifs à une comptabilité analytique plus pointue, qui reflète mieux la réalité des coûts. En ce sens, l'évolution observée peut refléter aussi bien une amélioration des pratiques comptables qu'une augmentation effective des coûts par cas.

²⁰ Définition de cas dans le système SwissDRG corrigée pour la rendre compatible avec la définition en vigueur jusque-là.

Les experts évoquent également l'attention accrue apportée au codage médical, en particulier à la saisie des diagnostics secondaires, qui peuvent se refléter dans un costweight plus élevé. Cet aspect, s'il existe, ne concerne toutefois pas les coûts de production, mais la facturation des prestations. Son influence se ressentirait dans les coûts à charge des agents financeurs, autrement dit au niveau des revenus des hôpitaux. Ce même mouvement vers une comptabilisation plus exacte des prestations peut aussi amener à un recensement plus précis du matériel et des médicaments consommés, qui se retrouvent dans les coûts.

D'un point de vue théorique, un facteur qui pourrait expliquer une augmentation du coût par cas serait une éventuelle aggravation des cas pris en charge²¹, lesquels auraient nécessité davantage de moyens en matériel et en personnel. Une telle hypothèse s'entend parfois en relation avec le développement du secteur ambulatoire, lequel prend en charge les cas pouvant l'être, avec pour corollaire que les cas traités en stationnaire ont en moyenne plus de comorbidités ou de complications. Une telle évolution se reflèterait dans l'indice de casemix (ICM), représenté à la figure 2.9, qui est un indicateur accepté de la lourdeur des cas dans les soins aigus. L'ICM correspond en effet au costweight moyen calculé sur l'ensemble des cas de soins aigus. Sur la période observée, il passe d'une valeur de 0,97–0,98 en 2010–2011 à une valeur de 1,071 (+11%) en 2012, sous le système SwissDRG²².

²¹ Due par exemple à la présence de davantage de comorbidités, à une prise en charge ambulatoire des cas plus simples, ayant pour corollaire que les cas traités en stationnaire sont les plus complexes.

²² L'OFS, section santé, arrive aussi pour 2012 à un ICM plus élevé qu'en 2011, supérieur à 1, mais légèrement moins élevé que la valeur obtenue ici, calculée sur le sous-groupe des hôpitaux ayant livré les données de coûts à chacune des années 2010 à 2012.

Entre 2011 et 2012 toutefois, nous sommes passés du système de codage APDRG au système SwissDRG. La structure de classification a changé de même que la valeur des costweights associé à chaque DRG. Dans ce contexte, il devient techniquement difficile, voire impossible, de distinguer si l'augmentation observée résulte d'une aggravation des cas ou des changements dans le mode de calcul. Il est toutefois peu probable que la lourdeur des cas se soit accrue de manière aussi importante en une année.

L'augmentation observée de l'ICM en 2012 est donc plutôt à mettre en lien avec la nouvelle structure tarifaire SwissDRG. Son influence doit alors surtout se lire dans le prix des prestations de soins. Le costweight est l'une des deux composantes définissant le prix de la prestation. Si les costweights associés aux prestations sont en moyenne plus élevés, les montants facturés le sont aussi, à moins qu'en compensation, les tarifs de base (baserate) soient en moyenne plus bas qu'auparavant. L'effet final se reflète dans les coûts à charge des agents financeurs, autrement dit au niveau des revenus des hôpitaux.

En conclusion, les coûts par cas augmentent dans le secteur des soins aigus, une évolution que l'on n'observe pas en psychiatrie, et modérément en réadaptation (voir sous «Comparaison avec l'évolution en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie»). Dans ce qui suit, nous examinons plus en détail, et sous différents angles, l'évolution dans le secteur des soins aigus. Nous verrons en particulier, que l'évolution n'est pas la même dans tous les types d'hôpitaux, ni dans les secteurs privés et publics/subventionnés.

2.5 Gros plan sur les soins aigus

2.5.1 Coûts des soins aigus selon le type d'hôpital

Vue d'ensemble

L'évolution des coûts n'est pas la même dans tous les types d'hôpitaux. On voit apparaître deux groupes: d'un côté, les grands hôpitaux dont les coûts totaux augmentent; de l'autre les plus petits hôpitaux y compris les cliniques spécialisées dont les coûts stagnent, voire diminuent.

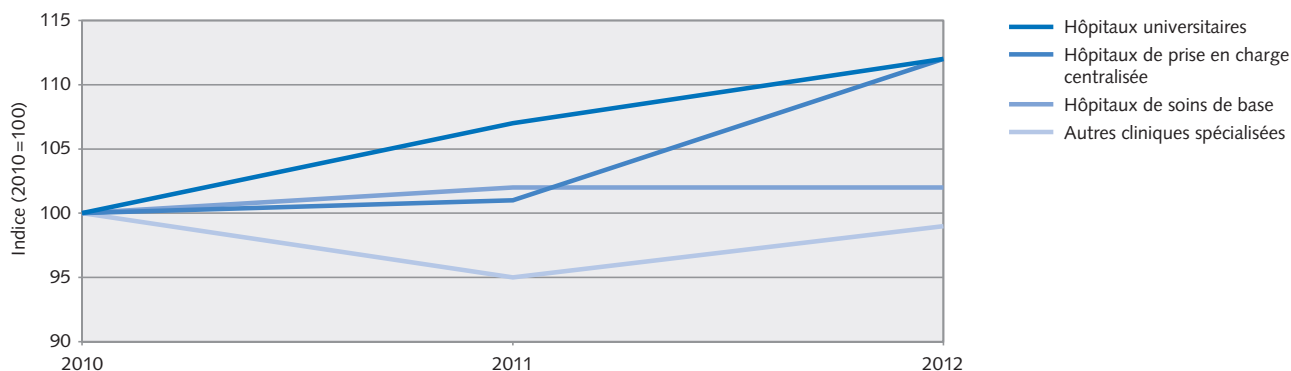
Le coût total des prestations de soins aigus a connu une augmentation de l'ordre de 12% dans les hôpitaux universitaires et de prise en charge centralisée (figure 2.10). Le coût total est par contre resté stable dans les hôpitaux de soins de base (+2%) et dans les cliniques spécialisées (-1%) actives dans les soins somatiques aigus (p.ex. spécialisées en chirurgie). Cette évolution différenciée reflète la redistribution des cas des petits vers les grands hôpitaux. Les cas traités par les plus petits hôpitaux et cliniques ont diminué de -3% et -5% entre 2010 et 2012. Cette évolution reflète aussi l'augmentation plus marquée des coûts par cas dans les grands hôpitaux.

Nombre de cas

Une redistribution des cas s'observe dans le secteur des soins aigus (figure 2.11): les cliniques spécialisées et surtout les hôpitaux de soins de base traitent moins de cas en 2012 qu'en 2010 (-4000 cas (-5%) et -11'000 cas (-3%) respectivement), tandis que les hôpitaux de prise en charge centralisée et universitaires augmentent leurs volumes (+16'000 cas (3%) et +4300 cas (2%) respectivement). Ainsi, les grands hôpitaux absorbent en 2012 aussi bien les cas qui ne sont plus traités ailleurs que la croissance des cas sur la période.

Coûts totaux des prestations stationnaires en soins aigus, par type d'hôpital, 2010–2012

Fig. 2.10

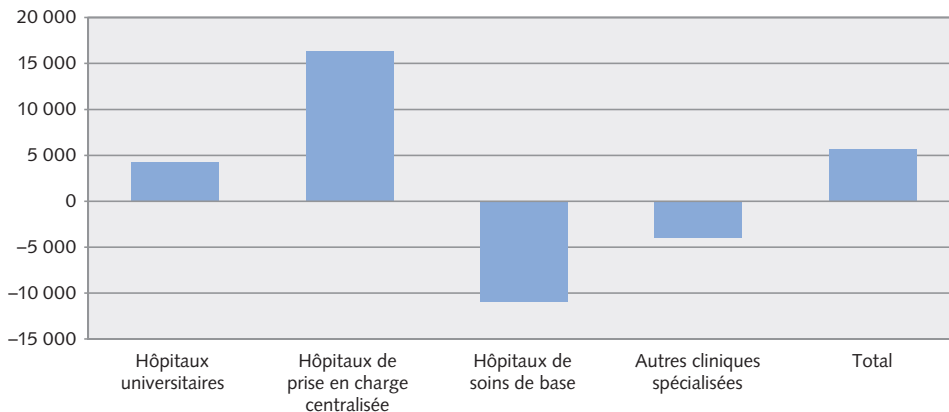


Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Variation du nombre de cas traités par types d'hôpitaux, 2010–2012

Fig. 2.11

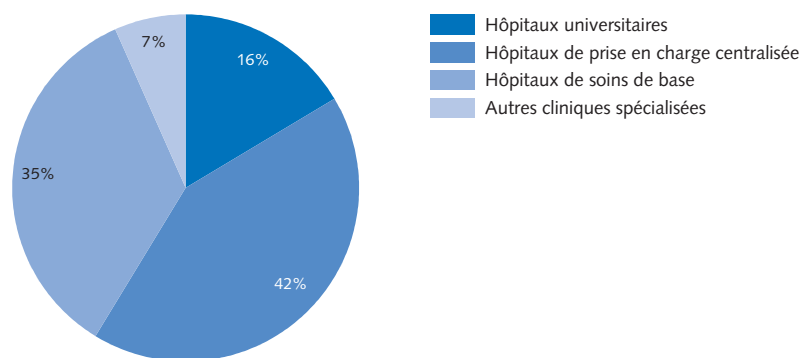


Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

Répartition des cas stationnaires en soins aigus entre les différents types d'hôpitaux, 2012

Fig. 2.12



Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

A titre d'information complémentaire, la figure 2.12 indique la répartition des cas stationnaires en soins aigus entre les différents types d'hôpitaux. Elle montre que les hôpitaux de prise en charge centralisée traitent 42% des cas de soins aigus en 2012, contre 35% pour les hôpitaux de soins de base.

On peut se demander si une redistribution des cas est effectivement en cours ou s'il s'agit d'un artefact statistique. Ce dernier pourrait provenir du regroupement, entre 2010 et 2012, d'hôpitaux de soins de base en une seule unité administrative (fusion), impliquant dans la statistique un changement de catégorie. Par exemple, si tous les hôpitaux d'un canton sont regroupés en une seule entité, celle-ci appartiendra à la catégorie des hôpitaux de prise en charge centralisée, bien que la prise en charge continue comme par le passé à se faire sur les différents sites qui la compose. Le changement dans la statistique reflète alors l'évolution de l'organisation hospitalière plu-

tôt qu'une redistribution des missions. La majorité de ces fusions et intégrations ont eu lieu dans les années 2005 à 2010. Entre 2010 et 2012, selon les informations que nous avons pu obtenir auprès de l'OFS, peu de fusions ou regroupement ont eu lieu.

Coûts par cas

En parallèle, les coûts par cas augmentent dans tous les types d'hôpitaux entre 2010 et 2012 (figure 2.13). En deux ans, ils croissent dans des proportions comprises entre 4–5% dans les cliniques et hôpitaux de soins de base, contre 8–9% dans les hôpitaux de prise en charge centralisées et universitaires. L'augmentation des coûts par cas est donc plus marquée dans les grands hôpitaux. A l'exception des hôpitaux universitaires, la croissance des coûts est un peu plus grande en 2012 qu'en 2011.

Comparaison avec l'évolution en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie

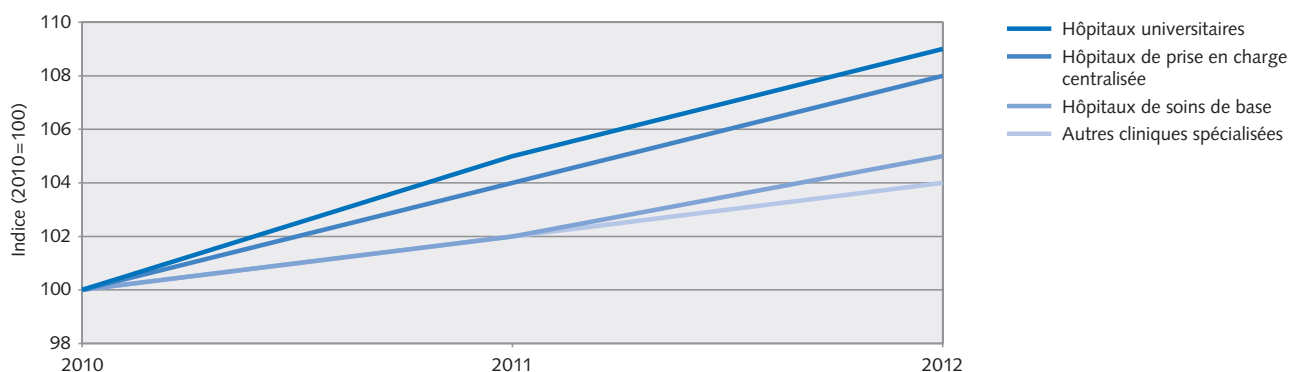
A titre de comparaison, en psychiatrie, les coûts par cas sont restés stables en moyenne sur la période. Ils ont peu varié dans les cliniques et hôpitaux de soins de base (indice entre 99 et 101 en 2012). Ils ont diminué dans les hôpitaux de prise en charge centralisée (indice=87) et augmenté dans les hôpitaux universitaires (indice=110). En parallèle, le nombre de cas traités a augmenté dans toutes les catégories d'hôpitaux, avec une augmentation totale de près de +3700 cas (+6%) en deux ans. Les cliniques psychiatriques absorbent la grande partie de cette augmentation. On observe ici aussi une redistribution des tâches entre les différents types d'hôpitaux de soins généraux: les hôpitaux universitaires réduisent leur activité en psychiatrie. Ils traitent en 2012 moins de cas (-1000 cas), mais des cas plus coûteux (+10%). A l'in-

verse, les hôpitaux de prise en charge centralisée, de soins de base et autres cliniques spécialisées prennent en charge environ 600 cas supplémentaires chacun.

En réadaptation/gériatrie, les coûts par cas ont augmenté de 3% en moyenne sur la période. Les hôpitaux universitaires diminuent leur activité, avec des coûts par cas constants. Les hôpitaux de prise en charge centralisée prennent en charge plus de cas, avec des coûts par cas stables. Les hôpitaux de soins de base font moins de réadaptation, mais avec des coûts par cas plus importants. Enfin les cliniques de réadaptation, qui prennent en charge près de la moitié des cas (figure 2.14), augmentent un peu leur activité, avec des coûts par cas qui augmentent (+6%). Au total, le nombre de cas en réadaptation/gériatrie a peu augmenté (+2% entre 2010 et 2012).

Evolution des coûts par cas des prestations stationnaires en soins aigus, par type d'hôpitaux, 2010-2012

Fig. 2.13

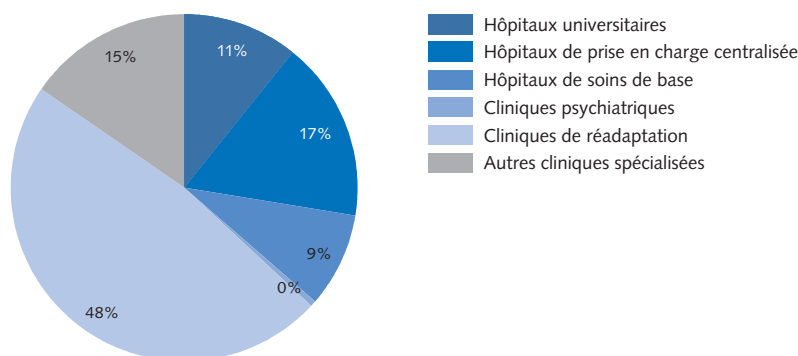


Source: OFS - Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010-2012

© Obsan 2015

Répartition des cas stationnaires de réadaptation/gériatrie entre les différents types d'hôpitaux, 2012

Fig. 2.14



Source: OFS - Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010-2012

© Obsan 2015

2.5.2 Coûts des soins aigus dans les hôpitaux avec APDRG avant 2012

L'un des espoirs associé à un système de rémunération par forfaits par cas liés aux prestations tel que les DRG est d'amener les hôpitaux à un meilleur contrôle de leurs coûts. En Suisse, dès 2002, quelques cantons ont adopté le système de rémunération APDRG («All patients diagnosis related groups»), l'une des variantes du système DRG. Ils ont été suivis par d'autres cantons, en particulier romands. Si l'hypothèse d'une meilleure gestion des coûts se vérifie, les hôpitaux qui travaillaient déjà avec le système APDRG devraient avoir des coûts par cas inférieurs et une croissance plus modérée de leurs coûts. Dans ce qui suit, nous comparons donc l'évolution des coûts des prestations des hôpitaux qui facturaient déjà avant 2012 selon un système de forfaits par cas liés aux prestations, en l'occurrence le système APDRG, avec ceux des autres hôpitaux.

Le mode de facturation n'est pas une information relevée dans le cadre de la Statistique des hôpitaux. L'information a été reconstituée dans le cadre d'un travail réalisé en collaboration par tarifsuisse SA et l'Obsan, sur mandat de l'OFSP²³. La classification ainsi établie distingue 40 modes de facturation différents, basés sur différentes combinaisons des systèmes de facturation qui existaient jusque-là. Pour les besoins de l'analyse, nous nous limitons à identifier les hôpitaux de soins aigus qui

au début de notre période d'analyse, soit en 2010, facturaient avec le système APDRG. Nous en recensons 42 contre 120 qui avaient un autre système de facturation.

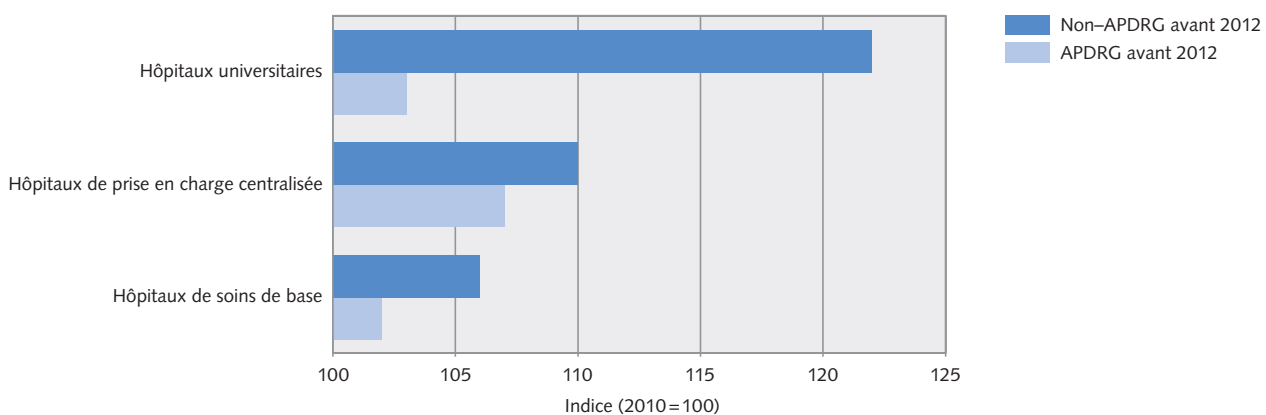
En première impression, on note que les coûts par cas des hôpitaux avec APDRG avant 2012 augmentent moins fortement entre 2010 et 2012: +5% pour les hôpitaux qui avaient une facturation par APDRG contre +9% pour les autres.

La facturation avec le système APDRG étaient plus répandue dans les grands hôpitaux. La moitié environ des hôpitaux universitaires et de prise en charge centralisée avaient déjà adopté ce système en 2010, contre un quart environ des hôpitaux de soins de base et un dixième des cliniques spécialisées actives dans les soins aigus. Si l'on tient compte de ce paramètre et que l'on compare l'évolution des coûts avec et sans APDRG dans les hôpitaux d'une même catégorie, le résultat reste globalement inchangé (figure 2.15). Entre 2010 et 2012, les coûts par cas croissent un peu moins vite dans les hôpitaux ayant déjà un système APDRG. Dans les hôpitaux universitaires, la différence est plus marquée. Les cliniques spécialisées ne sont pas représentées car le petit nombre (n=5) de cliniques qui utilisaient les APDRG avant 2012 rendent l'interprétation peu fiable.

Il faut noter qu'il s'agit ici d'une première approximation – grossière – de la problématique, qui ne tient pas compte des autres différences entre les hôpitaux facturant ou non par APDRG, ni structurelles ni au

Coûts par cas des prestations en soins aigus par type d'hôpital et mode de facturation avant 2012, variation 2010–2012

Fig. 2.15



Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

²³ Cette variable provient de l'étude préliminaire concernant les modes de facturation avant 2012 «Abrechnungsstrukturen Schweizer Spitäler zwischen 2009 und 2012», commandée par l'OFSP dans le cadre du programme d'évaluation de la révision de la LAMal du 21.12.2007.

niveau de leur patientèle. Une étude publiée en 2011 concluait à l'absence de différences dans les durées de séjours et les taux de réhospitalisation, une fois ces différences prises en compte (Widmer et al. 2011). Il se peut qu'il en aille de même des coûts par cas, une fois contrôlé l'effet des autres caractéristiques des hôpitaux. Il se peut aussi que les hôpitaux avec APDRG aient connu une phase d'augmentation de leurs coûts avant 2010, lors de leur passage au système APDRG, ce que nous ne sommes pas en mesure de voir avec les données dont nous disposons.

En conclusion, plus encore que pour les autres résultats, il faut garder ici à l'esprit que ce premier résultat ne tient pas compte des autres différences entre ces établissements, notamment qu'ils ne sont pas répartis uniformément sur le territoire. Une analyse multivariée est nécessaire pour avoir une estimation plus correcte de l'éventuelle différence entre hôpitaux avec et sans APDRG avant 2012, sachant que les études qui l'ont fait ont alors conclu à l'absence de différence statistiquement significative.

2.5.3 Coûts des soins aigus dans les hôpitaux publics/subventionnés et privés

Du point de vue de la théorie économique, les hôpitaux privés disposent d'un avantage comparatif qui devrait les amener à des coûts de production par cas plus bas. La liberté d'entreprise leur confère en effet davantage la possibilité de choisir les secteurs dans lesquels ils sont actifs et de sélectionner leur patientèle. Ils ont plus de latitude de choisir une taille optimale en termes d'économies d'échelle, de même qu'ils disposent aussi de plus de flexibilité dans leur organisation interne et dans la définition de leurs conditions de travail.

Suivant la suggestion du groupe d'accompagnement, nous ne distinguons pas seulement entre hôpitaux privés et publics/subventionnés²⁴, mais en plus entre les hôpitaux privés qui avant 2012 étaient autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie de base en division commune (liste hospitalière A) et ceux qui l'étaient seulement en division (semi-)privée (seulement sur liste hospitalière B). Ces derniers traitaient par conséquent exclusivement des patients au bénéfice d'une assurance (semi-) privée ou disposés à payer eux-mêmes les soins en sus du montant pris en charge par l'AOS.

La raison motivant cette distinction est la suivante. Du point de vue de tarifsuisse SA, les hôpitaux seulement sur liste B peuvent, *du point de vue des tarifs*

pratiqués envers l'AOS, être assimilés à des hôpitaux publics. Ils facturaient en effet à l'AOS sur la base d'un tarif de référence correspondant au tarif négocié entre les assureurs LAMal et les hôpitaux publics. Ce tarif de référence n'avait aucun lien avec leur propres coûts et étaient, toujours selon tarifsuisse, en général plus bas que leurs coûts effectifs. Le solde des coûts était pris en charge par l'assurance complémentaire.

S'il y a un correctif sur ces tarifs à partir de 2012, cette distinction influence en premier lieu l'évolution des dépenses à charge de l'AOS. On peut alors se demander si la distinction reste pertinente dans l'analyse des coûts (de production) que nous menons ici. De notre point de vue, dans la mesure où la clientèle diffère ou que les incitatifs auxquels faisaient face ces hôpitaux diffèrent, il peut être intéressant de mener l'analyse en les distinguant.

La situation d'un hôpital sur liste A et/ou B n'est pas relevée dans le cadre de la Statistique des hôpitaux. L'information nous a été transmise par tarifsuisse SA, que nous remercions. En 2011, nous recensons, dans notre subset, 16 établissements actifs dans les soins aigus ne pratiquant pas à charge de la LAMal (seulement sur liste B) et 55 présents sur les deux listes. Tous les cantons ne connaissaient pas le système de la double liste. Seuls Zurich, Vaud, Genève, Thurgovie et Appenzel Rhodes-Extérieures fonctionnaient selon ce modèle, les autres cantons établissant une liste intégrale.

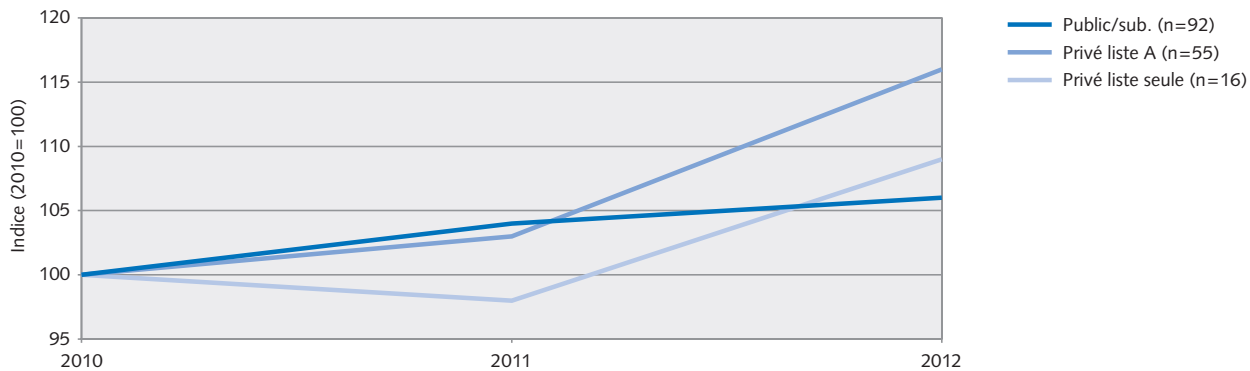
En valeurs absolues, les coûts par cas sont en partie conformes aux attentes théoriques. Les hôpitaux privés anciennement sur liste A, avec des coûts par cas de l'ordre de 10'000 francs, ont des coûts «de production» un peu moins élevés que les hôpitaux publics/subventionnés, qui se situent aux alentours de 11'000 francs par cas. A noter que pour être tout à fait correct dans la comparaison, il faudrait des chiffres tenant compte de l'indice casemix (coûts par cas ajustés selon l'ICM) et tenir compte des autres différences telles que l'existence d'un service d'urgence et la prise en charge 7/7 jours. Quant aux hôpitaux privés anciennement sur liste B, desservant uniquement une clientèle privée, ils ont des coûts par cas de l'ordre de 13'000 francs, qui peuvent s'expliquer par le supplément de confort hôtelier et les honoraires supplémentaires des médecins.

En termes d'évolution, les coûts par cas évoluent de la même manière dans les deux types d'hôpitaux privés. Ils connaissent une accélération de leur croissance en 2012, passant respectivement d'un indice de 98 à 109 et de 103 à 116 en un an (figure 2.16). Outre l'hypothèse d'une amélioration des pratiques de codage médical, nous ne disposons pas d'éléments pour interpréter

²⁴ Selon la définition OFS qui prévalait jusqu'en 2011.

Evolution des coûts totaux des prestations stationnaires, par activité, 2010–2012

Fig. 2.16



Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

	Coûts par cas 2012		Δ Parts de marché 2010–2012
Publics/subv.	11 000	Privés	+22 400 cas
Privés «liste A»	10 000		+1,7%
Privés seul. liste B	13 000		

Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

cette évolution des coûts par cas. Nous constatons en parallèle, que l'indice de casemix (non représenté) évolue aussi plus rapidement dans les hôpitaux privés que publics/subventionnés, même beaucoup plus rapidement pour les hôpitaux anciennement sur liste B seulement. Nous constatons aussi que les hôpitaux privés ont augmenté leur part de marché +1,7% (+22'400 cas) en deux ans, renforçant ainsi leur position sur le marché qui est maintenant de 27%.

2.6 Analyses par canton

L'analyse par canton est rendue délicate par le fait que l'année de base pour le calcul de l'indice (2010) correspond à la première année du relevé avec la nouvelle KS. Si pour un motif ou un autre, un canton a eu une difficulté à livrer des données correctes lors de ce premier relevé, toute l'analyse s'en trouve biaisée. Il en va de même si des changements sont intervenus au cours de ces trois années dans l'attribution des coûts à l'une ou l'autre activité (soins aigus, psychiatrie ou réadaptation/gériatrie). Ces tâtonnements sont habituels dans la phase d'introduction d'un nouveau relevé. Ils suscitent néanmoins des difficultés dans l'analyse, du fait que les séries ne sont pas toujours cohérentes. D'autant que les cantons étant en majorité petits, des variations relativement modestes en valeurs absolues se traduisent par d'importantes variations

en pourcents. Par conséquent, les résultats désagrégés par cantons, en particulier pour les cantons affichant des variations importantes, sont peu fiables.

La figure 2.17 illustre cette problématique. L'évolution des coûts totaux des prestations de soins stationnaires, telle que nous l'observons dans la comptabilité analytique, indique que la grande majorité des cantons se distribuent de manière relativement compacte autour de la moyenne. Les coûts stationnaires augmentent de 7% pour l'ensemble de la Suisse. Les cantons du Valais et de Zürich sont dans la moyenne. Une moitié des cantons a une augmentation supérieure à la moyenne, pour la plupart comprise entre 8 et 18%. Deux cantons auraient eu une augmentation de plus de 30% de leurs coûts stationnaires, ce qui est a priori peu vraisemblable. Il est plus plausible qu'il y ait une erreur dans les données de départ, en 2010. Il en va de même pour la baisse supérieure à 10% des coûts stationnaires qu'indiqueraient les chiffres.

Présenter des chiffres plausibilisés nécessiterait un examen en détail de la situation dans chacun des cantons, en ce qui concerne les coûts totaux, les cas et les coûts par cas, suivi d'une correction manuelle des problèmes identifiés. Il s'agit là d'un travail volumineux, que nous ne sommes pas en mesure de fournir dans le cadre de ce rapport. Il serait bon aussi de consulter les responsables cantonaux pour connaître l'évolution particulière dans le canton.

2.7 Analyses avec la comptabilité financière

La comptabilité financière permet de donner un aperçu plus long dans le temps de l'évolution des charges de l'ensemble du secteur hospitalier (secteurs stationnaire, semi-stationnaire²⁵ et ambulatoire). L'estimation a été réalisée par la section santé (OFS).

La tendance de moyen terme, illustrée à la figure 2.18, est celle d'une augmentation constante, relativement régulière, des charges du secteur hospitalier. En moyenne, elles ont augmenté de 4,6% annuellement sur la période 2005–2012. Les variations annuelles suggèrent l'existence de cycles sur la période observée. Un pic est observé en 2008, suivi par une baisse qui semble avoir atteint son minimum en 2011. Une nouvelle hausse semble s'amorcer en 2012, bien qu'il soit trop tôt pour en être sûrs.

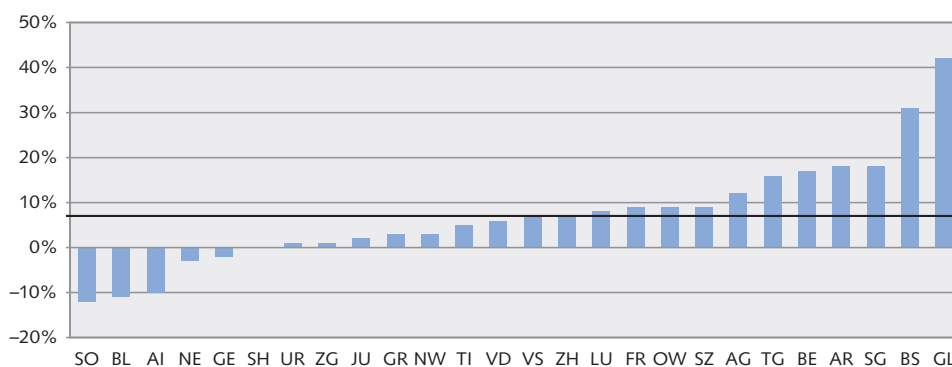
2.8 Le secteur stationnaire des hôpitaux et les autres secteurs de soins

Cette section présente, de manière succincte, l'évolution des coûts totaux des prestations hospitalières stationnaires en comparaison avec les autres secteurs de soins.

Pour rappel, sur les trois années examinées (2010–2012), les coûts du secteur hospitalier stationnaire ont progressé de 7% et les cas traités de 1%.

Sur la même période, les coûts de l'ambulatoire hospitalier ont augmenté de 14%. Le nombre de cas traités en ambulatoire n'est pas recensé dans la Statistique des hôpitaux. Le projet MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), actuellement en phase pilote, prévoit de relever le nombre de cas ambulatoires. Le premier relevé obligatoire aura lieu en 2015 et apportera des premières informations sur la situation en 2014.

Coûts totaux des prestations de soins stationnaires, variation 2010–2012* Fig. 2.17

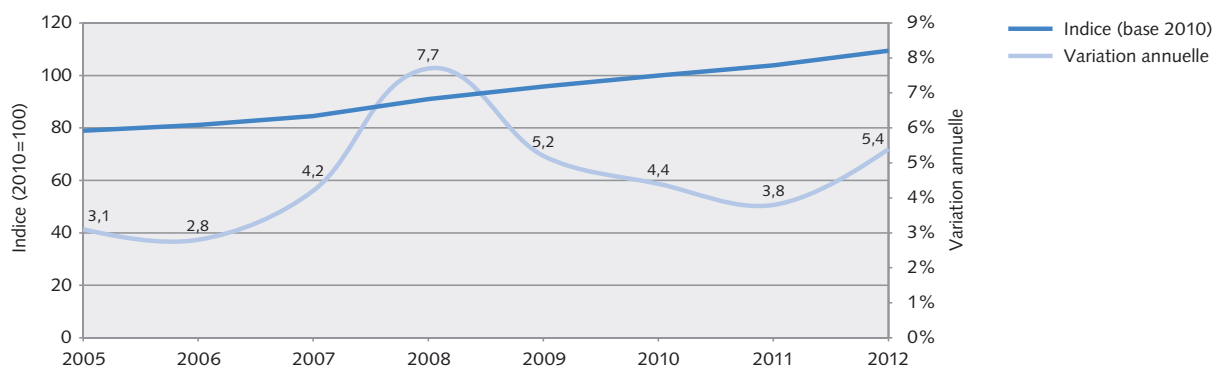


Note: La ligne représente la variation moyenne suisse (7%)
*Chiffres présentés à des fins illustratives seulement. Les chiffres obtenus sont peu vraisemblables.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012

© Obsan 2015

Evolution indicielle et variation annuelle des charges totales du secteur hospitalier 2005–2012 Fig. 2.18



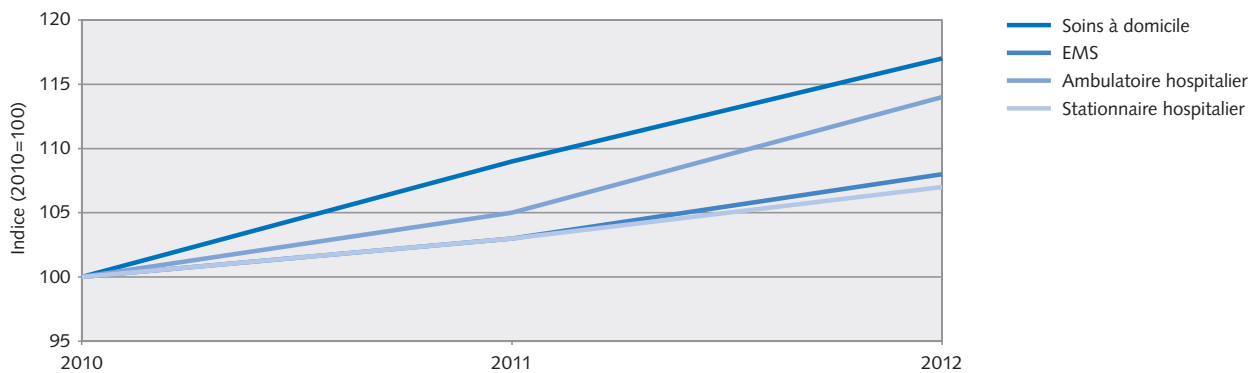
Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2005–2012

© Obsan 2015

²⁵ Catégorie ayant existé dans la KS jusqu'en 2008.

Évolution des coûts totaux des prestations hospitalières stationnaires par rapport aux autres secteurs de soins

Fig. 2.19

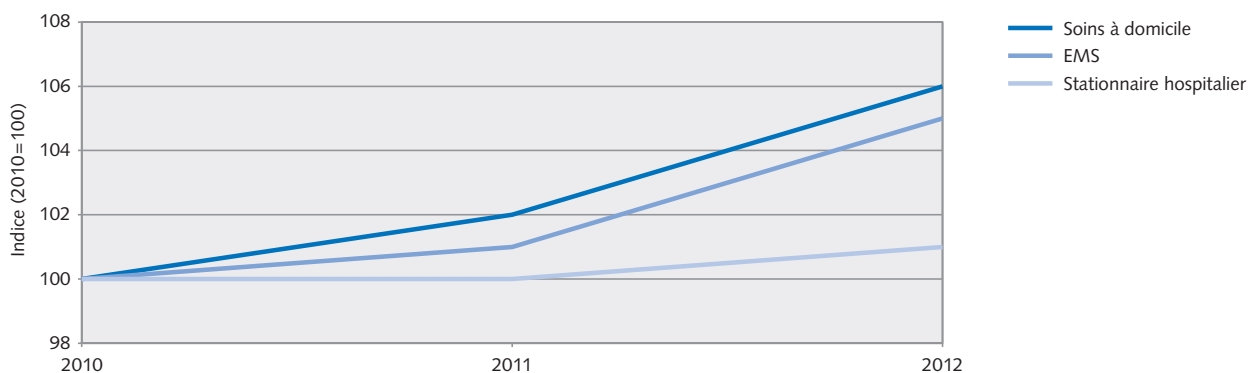


Source: OFS – Statistique des hôpitaux, SOMED, Statistique de l'aide et des soins à domicile, 2010–2012

© Obsan 2015

Evolution des cas des prestations hospitalières stationnaires par rapport aux autres secteurs de soins

Fig. 2.20



Source: OFS – Statistique des hôpitaux, SOMED, Statistique de l'aide et des soins à domicile, 2010–2012

© Obsan 2015

Toujours sur la période 2010–2012, les coûts des établissements médico-sociaux ont progressé de 8% et leurs cas de 5%. Enfin les coûts des soins à domicile ont connu une croissance de 17% en deux ans, tandis que les cas traités progressaient de 6%.

2.9 Principaux constats

Les analyses concernant les coûts du secteur stationnaire des hôpitaux peuvent être résumées par les constats suivants.

Coûts de production des prestations de soins en hausse. Les coûts totaux des prestations de soins fournies par le secteur stationnaire des hôpitaux ont augmenté de 2,8% entre 2010 et 2011 et de 4,6% entre 2011 et 2012, soit une augmentation de 7% sur l'ensemble de la période. Il s'agit des coûts «de production», c'est-à-dire

de l'ensemble des coûts de personnel, de matériel et d'infrastructure imputés à la fourniture des prestations de soins, à ne pas confondre avec les revenus des hôpitaux, qui eux représentent les montants facturés.

Soins aigus: accélération de la croissance en 2012.

Sur l'ensemble de la période 2010–2012, les soins aigus évoluent de manière relativement similaire à la psychiatrie et à la réadaptation. Leurs coûts passent d'un indice de base 100 en 2010 à un indice de 108 en 2012, contre 106 pour la psychiatrie et la réadaptation. Sur la période charnière 2011–2012, on relève toutefois une accélération de la croissance des coûts dans les soins aigus, dont on ne sait si elle est ponctuelle ou si elle se poursuivra dans les années à venir.

Soins aigus: surtout une augmentation des coûts par cas. A l'origine de cette augmentation, on trouve non pas le nombre de cas, qui reste stable sur la période (+1%), mais les coûts par cas, qui augmentent de 7% en deux ans.

Augmentation surtout dans les grands hôpitaux. Le coût total des prestations de soins aigus augmente surtout dans les grands hôpitaux. Il reste stable, voire diminue dans les plus petits hôpitaux et dans les cliniques spécialisées pratiquant en soins aigus. Cela reflète la redistribution des cas en faveur des grands hôpitaux, qui en traitent 20'000 de plus qu'en 2010, mais aussi l'augmentation plus marquée des coûts par cas dans les grands hôpitaux.

Augmentation plus rapide dans le secteur privé. En 2012, les coûts par cas des prestations de soins aigus augmentent plus vite dans le secteur privé (+12,6% pour les hôpitaux privés sur liste A et +11,2% pour les hôpitaux privés uniquement sur liste B) que dans le secteur publics/subventionnés (+1,9%). L'évolution dans le secteur privé est vraisemblablement davantage liée à la meilleure saisie des données à l'intention de la Statistique des hôpitaux qu'à une hausse réelle.

APDRG: Influence à approfondir. Entre 2010 et 2012, les coûts des prestations ont crû un peu moins vite dans les hôpitaux qui facturaient déjà auparavant avec un système de DRG. Il faudrait toutefois contrôler simultanément l'influence des autres caractéristiques des hôpitaux à l'aide d'un modèle multivarié, pour avoir une information fiable sur cet aspect.

Coûts des mandats. Les données concernant les coûts des mandats sont encore trop lacunaires pour permettre une exploitation statistique. Des estimations ont été réalisées par différents acteurs, variant entre 8,6% (Keune et al. 2014) et 23% (Surveillance des prix) des coûts globaux d'un hôpital, en passant par 12% des coûts nets d'exploitation (CDS). Les problèmes de définition et de méthode d'estimation concernant ces prestations sont encore non résolus et les estimations varient en conséquence.

3 Dépenses de l'assurance-maladie obligatoire

3.1 Objectifs

Les prestations de soins hospitaliers stationnaires relevant de la LAMal sont financées conjointement par l'assurance-maladie obligatoire (AOS) et par les cantons. Ce chapitre est un gros plan sur l'évolution des montants pris en charge par l'AOS. Il retrace l'évolution des dépenses de l'AOS sur la période 2005–2012. L'évolution de la part (en pourcents) prise en charge par les cantons, respectivement par l'AOS, est examinée au chapitre 4²⁶.

Différents aspects de la révision touchent les montants à charge de l'AOS. Le financement dual-fixe des prestations de soins devrait réduire la part AOS. A contrario, la rémunération des investissements via les forfaits par cas augmente le montant total à financer. Enfin, le passage aux forfaits par cas liés à la prestation (Swiss-DRG) vise une relative neutralité en termes de coûts. Le bilan des différents changements devrait être, selon le souhait du législateur, un ralentissement de la croissance des montants à charge de l'AOS et une diminution de la proportion des coûts financés par l'assurance-maladie obligatoire. En d'autres termes, les nouvelles règles de financement visent à moyen terme une stabilisation. La nouvelle répartition des coûts entre cantons et assureurs-maladie ainsi que les incitations à l'efficacité introduites devraient contribuer à ralentir la croissance des coûts hospitaliers stationnaires, pour la collectivité en général et pour l'AOS en particulier.

Il est actuellement encore trop tôt pour évaluer l'impact de ces différentes mesures sur les montants à charge de l'AOS. Un tel bilan ne pourra être tiré qu'une fois achevée la phase de transition que vit le système en ce moment. Pour l'heure, il est uniquement possible de rendre compte de l'évolution à court terme des montants pris en charge par l'AOS (appelé dépenses AOS

dans la suite du chapitre). Ce chapitre présente l'évolution de dépenses supportées par les assureurs-maladie pour des prestations hospitalières stationnaires du domaine LAMal, sur la période 2005–2012. La part prise en charge par les cantons n'est par définition pas incluse. L'analyse se concentre sur les prestations stationnaires des hôpitaux et se base sur le pool de données des assurances-maladie géré par SASIS SA.

3.2 Questions de recherche

L'évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux est observée dans son ensemble et sous plusieurs dimensions. Les mandants ont souhaité que les cinq questions de recherches suivantes soient examinées:

- 1) Quelle est l'évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux, en Suisse et dans les différents cantons?
- 2) Les dépenses AOS évoluent-elles au même rythme dans les soins somatiques aigus
 - a) qu'en psychiatrie et en réadaptation hospitalières?
 - b) que dans les autres secteurs de soins (ambulatoire hospitalier, ambulatoire en cabinet, EMS, Services d'aide et de soins à domicile).
- 3) Observe-t-on une évolution différenciée des dépenses AOS pour des prestations stationnaires selon le type d'hôpital?
- 4) Observe-t-on une évolution différenciée des dépenses AOS pour des prestations stationnaires entre les hôpitaux qui factureraient avec un système de forfaits liés à la prestation (APDRG ou équivalent) avant 2012 et les autres?
- 5) Observe-t-on une évolution différenciée des dépenses AOS pour des prestations stationnaires entre les hôpitaux publics/subventionnés et les hôpitaux privés?

²⁶ La part des coûts prise en charge par l'AOS tend à reculer, conformément à ce que prévoit la loi. Elle est actuellement de l'ordre de 50%, avec un objectif à 45% en 2017 (voir section 4.5.2).

3.3 Méthode

3.3.1 Données

Les analyses de ce rapport se basent sur le pool de données de SASIS SA²⁷, qui regroupe toutes les prestations de l'AOS. Les assureurs-maladie participent de manière volontaire au pool de données. En 2012, il couvre 99,7% des personnes assurées en Suisse.²⁸ Le pool de données regroupe toutes les factures saisies par les assureurs participant à la statistique, y compris la participation aux coûts des personnes assurées (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Les factures qui ne sont pas transmises à l'assurance-maladie et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'AOS ne sont pas saisies dans le pool de données. Il ne contient pas non plus d'indications sur les subsides publics (p.ex. le financement du secteur stationnaire). Enfin, il ne donne aucune information sur les diagnostics et ne contient pas de données individuelles sur les assurés ou les prestataires de soins.

La variable analysée correspond aux coûts bruts de l'AOS. C'est-à-dire qu'ils englobent les coûts des prestations remboursées aux prestataires de soins ou aux assurés (prestations nettes) ainsi que la participation aux coûts des personnes assurées. Nous analysons l'évolution du montant total dans le temps.

Le pool de données permet deux façons d'analyser les coûts: selon la date de traitement et selon la date de facturation. Selon la date de traitement, toutes les factures relatives aux traitements débutés pendant une année donnée sont regroupées, indépendamment de la date de facturation. Si les coûts sont analysés selon la date de facturation, toutes les factures qui arrivent chez l'assureur-maladie durant une année donnée sont regroupées, indépendamment de la date de traitement. Si les dates de traitement et de facturation sont rapprochées, les résultats sont similaires quelle que soit la façon d'analyser les coûts. Dans le cas qui nous préoccupe ici, suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier, un retard de facturation a été constaté, provoquant une divergence des résultats selon la façon d'analyser les coûts (infosantésuisse 2014). L'analyse selon l'année de facturation donne une sous-estimation des dépenses AOS

en 2012 et une surestimation en 2013. Dans un tel cas, l'année de facturation ne permet pas une analyse réaliste de l'évolution des dépenses AOS. C'est pourquoi les présentes analyses se basent sur les données annuelles produites *selon la date de traitement*²⁹.

Le pool de données couvre 97% à 100% des assurés, selon les années. Afin de pouvoir comparer les différentes informations annuelles entre elles et éviter des variations des dépenses AOS d'ordre purement statistiques, les données sont extrapolées à 100% à partir de l'effectif des assurés dans le système de la compensation des risques de l'Institution commune LAMal.³⁰ Les coûts du pool de données sont divisés par l'effectif des assurés du pool de données puis multipliés par l'effectif des assurés dans le système de la compensation des risques. Cette extrapolation permet d'évaluer les coûts qui seraient encourus si tous les assureurs-maladie étaient affiliés au pool de données. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation car nous partons du principe que les personnes assurées manquantes, non saisies dans le pool de données, présentent une structure de coûts similaire à celle des assurés saisis dans le pool de données.

En résumé, les dépenses AOS analysées sont le montant total pour les prestations AOS du secteur stationnaire des hôpitaux, selon la date de traitement et selon le canton d'établissement de l'hôpital.

3.3.2 Définitions

Pour les besoins de l'analyse, nous avons regroupé les fournisseurs de prestations en deux catégories (tableau 3.1, colonne 1). Puisque la révision de la LAMal porte sur le secteur stationnaire des hôpitaux, c'est la catégorie des prestations stationnaires des hôpitaux qui est au centre de l'attention. A des fins de comparaison, l'évolution des dépenses AOS de ce secteur est comparée à celle des autres catégories de soins (ambulatoire hospitalier, cabinet médical privé, services d'aide et de soins à domicile et EMS), regroupées ci-après en une catégorie *Autres*.

²⁷ Données annuelles, état au 03.06.2014.

²⁸ De 2005 à 2011, le taux de couverture des assurés a évolué: 2005: 97,4%; 2006 et 2007: 97,7%; 2008: 97,6%; 2009: 98%; 2010: 99,6%; 2011: 100,0%

²⁹ Par date de traitement, les dépenses AOS consolidées de 2013 ne sont pas disponibles encore au moment de réaliser l'analyse de ce rapport. D'après SASIS SA (infosantésuisse 2014), il existe un décalage d'au moins 18 mois (mi-2014) avant que les assureurs-maladie aient reçu toutes les factures concernant les traitements effectués en 2013.

³⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2007, les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger, qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, qui séjournent en Suisse et qui bénéficient de l'aide sociale (processus d'asile) ne font plus partie de l'effectif de la compensation des risques mais sont encore saisies dans le pool de données de SASIS SA. Pour corriger cette différence de définition des assurés, le taux de couverture est calculé à l'aide de l'effectif de la compensation des risques, auquel s'ajoutent les personnes en «processus d'asile».

Au sein du secteur hospitalier stationnaire, nous distinguons les établissements selon la nature de leur activité (soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation) et selon le type d'établissement³¹ (hôpitaux de soins généraux centralisés, hôpitaux de soins de base, cliniques spécialisées). En combinant ces deux dimensions, nous avons défini cinq catégories d'hôpitaux. Les libellés *hôpitaux de soins généraux centralisés* et *hôpitaux de soins de base et autres cliniques spécialisées* recouvrent les prestations stationnaires en soins somatiques aigus. Le libellé *cliniques et secteurs psychiatriques* regroupe les soins psychiatriques des hôpitaux stationnaires³² et les cliniques psychiatriques. Le libellé *cliniques et secteurs de réadaptation* regroupe les soins de réadaptation du secteur hôpitaux stationnaires³² et les cliniques de réadaptation. A noter que le pool de données comprend quelques établissements sans numéro REE³³ (Registre des entreprises et des établissements). Ces cas peuvent être considérés comme une catégorie du type «inconnue» qui n'a pas d'intérêt particulier pour la présente analyse³⁴.

3.3.3 Démarche d'analyse

Pour permettre une appréciation visuelle de leur évolution, les dépenses AOS sont exprimées sous forme d'indice, avec une base 100 en 2005. En complément, nous calculons les variations annuelles des dépenses AOS, ou comparons le taux de croissance en 2012 à la moyenne des années précédentes. Nous avons retenu une approche essentiellement graphique pour la présentation des résultats.

3.3.4 Limites de l'approche

Dans ce chapitre, l'attention est centrée sur l'AOS. Il nous intéresse en particulier de savoir si le rythme de croissance des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux augmente, se stabilise ou éventuellement diminue. Ce qui se passe pour l'AOS ne doit pas être interprété comme un indicateur de l'évolution des coûts des hospitalisations dans leur ensemble. Les dépenses AOS ne couvrent en effet que les cas d'hospi-

Tab. 3.1 Catégorisation des fournisseurs de prestations

Secteur de soins	Fournisseurs de prestations	Description
Prestations stationnaires des hôpitaux	Hôpitaux de soins centralisés*	Selon la typologie des hôpitaux de l'OFS
	Hôpitaux de soins de base*	Selon la typologie des hôpitaux de l'OFS
	Cliniques et secteurs psychiatriques	Selon la typologie des hôpitaux de l'OFS
	Cliniques et secteurs de réadaptation	Selon la typologie des hôpitaux de l'OFS
	Autres cliniques spécialisées**	Selon la typologie des hôpitaux de l'OFS
	Cas sans attribution REE	Établissements non définis dans le pool de données de SASIS SA
Autres	Ambulatoire hospitalier	
	Cabinet médical privé	
	Spitex (soins à domicile)	Service d'aide et de soins à domicile
	EMS	Prestations des EMS et des soins de longue durée dans l'hôpital stationnaire
	Autres fournisseurs ambulatoires	Ensemble des autres catégories de l'ambulatoire***

Note:

* uniquement soins somatiques aigus;

** cliniques spécialisées de chirurgie, de gynécologie et néonatalogie, de gériatrie, de pédiatrie, diverses et maisons de naissance;

*** Médecins-dentistes, chiropraticien, pharmacie, laboratoire, physiothérapeutes, infirmiers/ières, sages-femmes, ergothérapeutes, logopédistes, diététiciens/ennes, centres de remise LiMA, entreprises de transport/sauvetage, stations thermales, registre de médecine empirique (RME), assurance qualité des offres d'activité physique (Qualitop), fondation suisse pour la médecine complémentaire (ASCA), qualité pour la naturopathie et la thérapie complémentaire (SPAK).

Source: exploitation propre

© Obsan 2015

³¹ Tel que défini par la classification des hôpitaux de l'OFS.

³² C'est-à-dire les hôpitaux de soins généraux centralisés, les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées.

³³ Betriebs- und Unternehmensregister, BUR en allemand.

³⁴ Les coûts de cette catégorie ont diminué pendant la période analysée. Cela montre que la qualité des données s'est améliorée.

talisation liés à la maladie, à l'exclusion de cas relevant de l'assurance-accident, de l'assurance invalidité, de l'assurance militaire ou des assurances privées. Les montants AOS ne comprennent ni la part cantonale aux coûts d'hospitalisation, ni les montants out-of-pocket. Il faut donc garder à l'esprit que les dépenses AOS ne couvrent ni tous les cas d'hospitalisation, ni la totalité des coûts des hospitalisations.

Avec la révision, deux changements importants sont intervenus dans la composition des dépenses AOS:

- Avant 2012, les montants AOS concernaient les seules prestations de soins, aujourd'hui ils comprennent le supplément pour les coûts d'utilisation des immobilisations. Ce changement pousse à la hausse les dépenses AOS.³⁵
- Avant 2012, les montants AOS représentaient au maximum 50% de la facture totale. Dans le nouveau système, ils représentent au maximum 45% de la facture. Ce changement pousse à la baisse les dépenses AOS.³⁶

Ces deux changements rendent délicate l'interprétation des évolutions observées. Lorsque plusieurs paramètres bougent en même temps, il n'est en effet plus possible de rattacher les évolutions constatées à l'un ou à l'autre, mais seulement de constater l'évolution globale.

Il faut encore mentionner que les prestations 2012 ont été facturées dans beaucoup de cas sur la base de tarifs provisoires. Pour le moment, il s'agit des montants effectivement payés par les caisses-maladies. Il n'est pour l'heure pas prévisible si ces tarifs seront revus à la hausse ou à la baisse après l'arbitrage des tribunaux.

La réserve habituelle voulant que le pool de données de SASIS SA ne contienne que les factures que les assurés ont transmises à leur caisse-maladie reste valable. La part des factures payées directement par le patient dans le cadre de sa franchise, sans envoi à la caisse-maladie, n'est pas connue. Cependant, l'importance de cette réserve pour le secteur hospitalier est limitée. De tels cas ne devraient en principe pas exister pour ce prestataire, du fait que le principe du tiers payant prévaut pour les prestations hospitalières stationnaires.

Enfin, une certaine prudence est requise dans la comparaison de l'évolution des dépenses AOS entre les différents types de fournisseurs de prestations, du fait que

certaines catégories sont petites (p.ex. autres cliniques spécialisées). De petites variations, par exemple quelques cas en plus ou en moins, peuvent déjà se traduire par de grandes variations en pourcentage et donner à tort le sentiment d'un changement de tendance.

3.4 Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires

Cette section montre de manière descriptive l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins pour des prestations hospitalières stationnaires (dans la suite du chapitre, ces dépenses sont nommées dépenses AOS pour des prestations stationnaires). Les dépenses AOS sont calculées selon l'année de traitement (et non selon l'année de facturation).

3.4.1 Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires

De 2005 à 2012, les dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires augmentent de 32% (figure 3.1). Entre 2010 et 2012, années examinées dans les chapitres 2 (coûts du secteur hospitalier stationnaire) et 4 (financement du secteur hospitalier stationnaire), les dépenses AOS pour des prestations stationnaires augmentent de 12,2%.

L'augmentation des dépenses est particulièrement prononcée en 2012 (+9,4%)³⁷, marquant une rupture dans la tendance générale. Toutefois on ne sait pour l'heure s'il s'agit d'un phénomène unique ou des prémices d'une nouvelle tendance. Pour 2013, Santéuisse estime, sur la base de chiffres provisoires, une augmentation de l'ordre de 3,5% (+/-1,6%) des dépenses AOS dans la deuxième année d'application du nouveau système de financement (infosantéuisse 2014). Comme l'illustre la section suivante, la hausse provient surtout des soins aigus et de la psychiatrie.

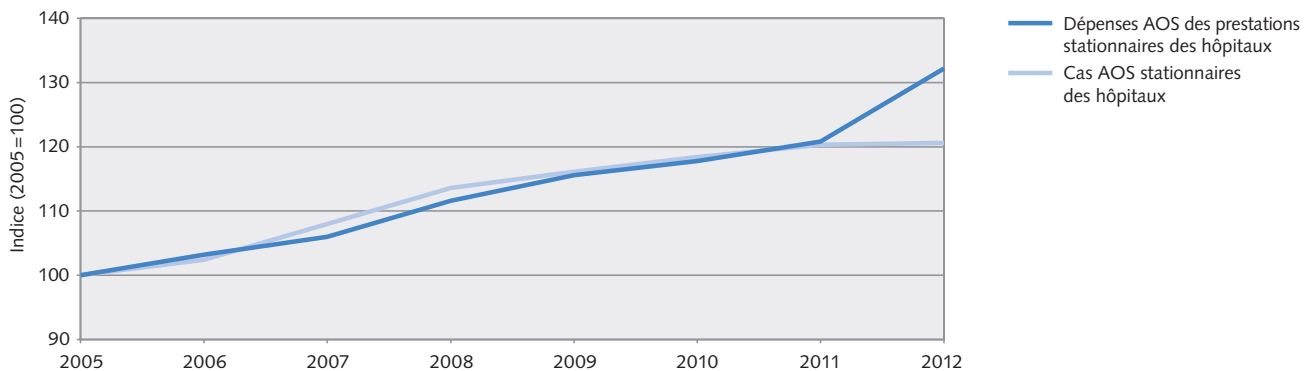
La nouvelle loi modifie la répartition des coûts entre cantons et AOS. Le financement des investissements par le biais des forfaits par cas liés à la prestation tend à accroître la part AOS tandis que la répartition 45/55 des dépenses³⁸, qui sera la norme en 2017, devra l'alléger. Nous avons simulé quelle aurait été l'augmentation des dépenses AOS si tous les cantons avaient fixé

³⁵ En 2012, le supplément accordé au titre d'indemnité pour les coûts d'utilisation des immobilisations est de 10%.

³⁶ La CDS met à disposition une liste indiquant les parts cantonales pour la période 2012–2017. Celle-ci permet en théorie un calcul plus exact des parts cantonales, mais ne résout pas entièrement le problème de comparabilité des montants dans le temps.

³⁷ En corrigeant ce chiffre de l'évolution démographique, l'augmentation des dépenses AOS se situe à 8,3% en 2012 (variation des dépenses par assuré).

³⁸ Financement dual-fixe.

Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires, 2005–2012 Fig. 3.1

Source: OFS – SASIS SA, Pool de données; OFS, Statistique des hôpitaux/Analyse Obsan

© Obsan 2015

leur quote-part au financement de prestations LAMal à 55% en 2012 déjà (voir annexe 3 pour le niveau réel). Sous cette hypothèse, l'augmentation des dépenses AOS se situerait à 3,5%, soit plus bas que ce qu'elle a été en 2012. En revanche, la contribution cantonale augmenterait en conséquence.

3.4.2 Soins aigus, psychiatrie et réadaptation

Le système de rémunération des prestations SwissDRG s'applique depuis 2012 exclusivement aux prestations stationnaires de soins somatiques aigus. De ce fait, il est intéressant d'observer si les dépenses AOS pour des prestations stationnaires évoluent au même rythme dans les soins aigus qu'en psychiatrie et qu'en réadaptation hospitalières.

Ce faisant, il faut avoir à l'esprit que les soins aigus représentent la majorité des dépenses AOS pour des prestations stationnaires. En 2012, cette activité hospitalière est à l'origine de 81% des dépenses AOS, alors que la psychiatrie représente 12% et la réadaptation 7%. Par conséquent, lorsqu'on observe les prestations stationnaires dans leur ensemble, l'évolution reflète principalement celle des soins aigus.

Entre 2005 et 2012, les dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires augmentent pour deux des trois activités (figure 3.2). L'augmentation est soutenue pour les soins aigus (+37,2%) et la psychiatrie (+27,2%), alors que la réadaptation voit ses dépenses AOS diminuer (-3,7%).

L'année 2012, année de transition dans le nouveau système, est marquée par une augmentation de la variabilité des dépenses AOS. Dans les soins aigus, la croissance des dépenses AOS, de manière générale soutenue (augmentation annuelle moyenne de 3,8% entre 2005 et 2010), s'est accentuée. La hausse a été de +11,0% entre 2011

et 2012. Sur cette même période, les dépenses AOS de la psychiatrie augmentent plus fortement (+15,1%), alors que de manière générale, l'augmentation de ses dépenses est moins soutenue que celle des soins aigus (augmentation annuelle moyenne de 1,9% entre 2005 et 2010). Les dépenses AOS de la réadaptation, dont la tendance générale est une hausse légère (augmentation annuelle moyenne de 0,7% entre 2005 et 2010), connaissent une baisse subite de -12,0% en 2012. Même si le nombre de cas augmente dans les trois activités, les évolutions particulières de 2012 ne semblent pas provenir de la hausse du nombre de cas³⁹, mais bien d'une augmentation des dépenses AOS par cas pour les soins aigus et la psychiatrie et d'une diminution pour la réadaptation (chiffres non présentés).

S'il est difficile d'interpréter ces évolutions, il apparaît néanmoins que les dépenses AOS des soins aigus et de la psychiatrie ont fortement augmenté en 2012. Les chiffres des prochaines années permettront d'avoir une vue plus consolidée des évolutions en cours.

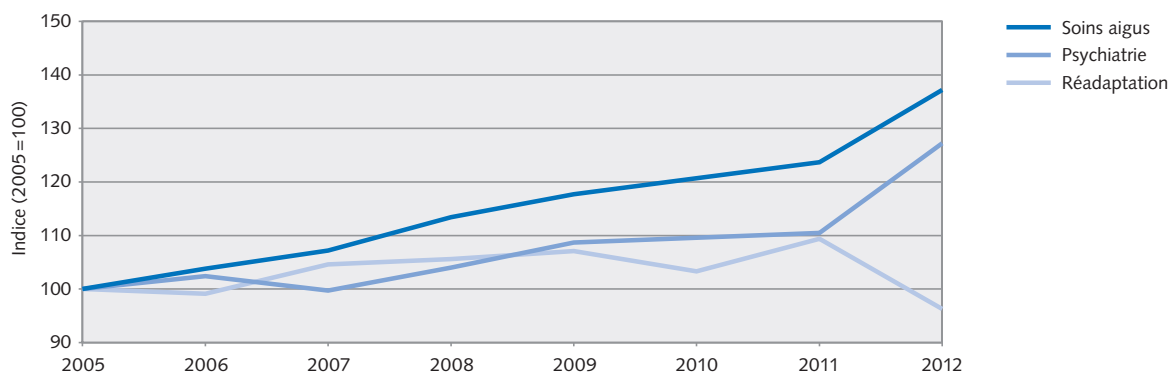
3.4.3 Dépenses AOS pour les soins aigus, selon le type d'hôpital

A titre d'information complémentaire, la figure 3.3 montre la répartition des dépenses AOS pour des prestations stationnaires de soins aigus entre les différents types d'hôpitaux. La majorité des dépenses AOS proviennent des hôpitaux de soins de base (37%) et des hôpitaux de prise en charge centralisée (34%). Les hôpitaux universitaires représentent 21% de ces dépenses et les 8% restant proviennent des cliniques spécialisées.

³⁹ La correspondance entre les dépenses AOS, provenant du pool de données et les cas, provenant de la Statistique Médicale, est sujette à certaines limites. Il s'agit donc d'estimations reflétant des tendances.

Evolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires, par activité, 2005–2012

Fig. 3.2

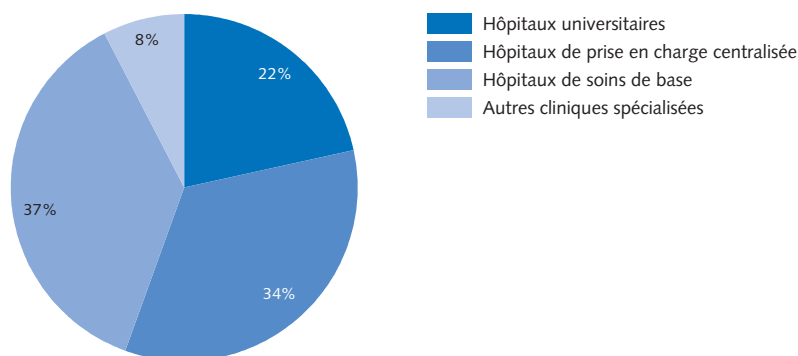


Source: OFS – SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Répartition des dépenses AOS pour des prestations stationnaires de soins aigus entre les types d'hôpitaux, 2012

Fig. 3.3



Source: OFS – SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

L'évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires en soins aigus n'est pas la même dans tous les types d'hôpitaux (figure 3.4). Deux groupes se distinguent: les grands hôpitaux dont les dépenses AOS augmentent fortement et les plus petits hôpitaux y compris les cliniques spécialisées dont l'augmentation des dépenses AOS est moins prononcée.

Durant la période observée (2005–2012), les dépenses AOS pour des prestations stationnaires de soins aigus ont augmenté de 74% pour les hôpitaux de prise en charge centralisée et de 46% pour les hôpitaux universitaires. Les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées ont connu une augmentation plus modérée, de l'ordre de 17%.

En 2012, on observe une augmentation très prononcée dans les grands hôpitaux. Dans les hôpitaux de prise en charge centralisée, la croissance des dépenses AOS des soins aigus, de manière générale très soutenue (augmentation annuelle moyenne de 6,6% entre 2005 et

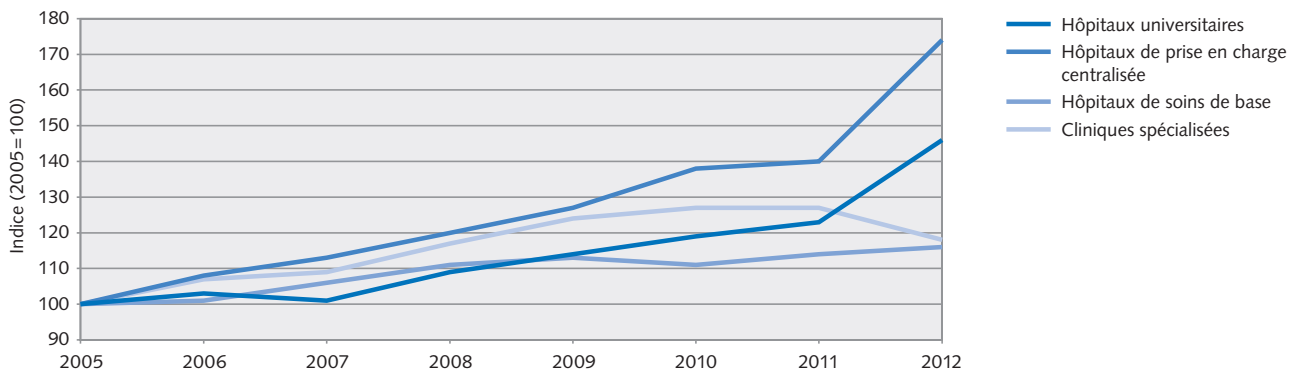
2010), s'est encore accentuée (24,3%). Dans les hôpitaux universitaires, les dépenses AOS des soins aigus ont aussi fortement augmenté en 2012 (18,5%), alors que leur augmentation était plus modérée jusque-là (3,5% en moyenne annuelle entre 2005 et 2010).

Pour les hôpitaux de soins de base une faible augmentation de 1,9% est observée en 2012, dans la lignée de l'évolution générale (entre 2005 et 2010, augmentation annuelle moyenne de 2,0%). Les cliniques spécialisées voient leurs dépenses AOS diminuer de 6,9% en 2012, alors que la tendance générale était plutôt haussière (augmentation annuelle moyenne de 4,9% entre 2005 et 2010).

Pour les grands hôpitaux, les dépenses AOS par cas (voir note de bas de page 38) augmentent fortement en 2012. Ceux des cliniques spécialisées diminuent, alors que ceux des hôpitaux de soins de base augmentent dans la lignée des années précédentes. Les variations des dépenses AOS des prestations stationnaires

Dépenses AOS pour des prestations stationnaires en soins aigus, par type d'hôpitaux, 2005–2012

Fig. 3.4



Source: OFS – SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

en soins aigus entre 2011 et 2012 sont donc davantage dues aux dépenses AOS par cas qu'à l'évolution du nombre de cas.

En résumé, l'année 2012 semble surtout marquée par une augmentation de la variabilité dans la croissance des dépenses AOS entre les types d'hôpitaux. Certaines de ces évolutions sont surprenantes. Toutefois à ce stade, les éléments manquent pour les expliquer. Il faut garder à l'esprit que quatre facteurs influencent simultanément la variation des dépenses AOS entre 2011 et 2012: le changement du pourcentage de la contribution des cantons, l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG, la prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations et la facturation sur la base de tarifs provisoires. Le premier de ces changements affecte tous les prestataires du secteur hospitalier stationnaire de la même manière. L'introduction de la structure tarifaire SwissDRG et les autres modifications ne concernent que les prestations de soins somatiques aigus.

3.4.4 Dépenses AOS dans les hôpitaux privés et publics/subventionnés

La question qui nous occupe est l'existence éventuelle d'une évolution différenciée des dépenses AOS dans les hôpitaux privés et publics/subventionnés. Après discussion avec les membres du groupe d'accompagnement et particulièrement tarifsuisse SA, l'évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires a été analysée selon le statut juridico-économique⁴⁰ des hôpitaux (publics/subventionnés et privés) et en distinguant

les hôpitaux privés qui sont uniquement sur la liste B⁴¹ des autres hôpitaux privés. Ces distinctions sont importantes, car elles permettent de montrer l'influence des différences de financement avant 2012.

Les hôpitaux privés uniquement sur liste B pratiquaient à charge de l'AOS sur la base d'un tarif de référence qui se calquait sur celui des hôpitaux publics/subventionnés. A partir de 2012, il n'y a plus de distinction entre hôpitaux privés et publics/subventionnés.

Les données à disposition de l'Obsan ne contiennent pas toute l'information nécessaire pour distinguer ces trois profils d'hôpitaux. SASIS SA a effectué pour l'Obsan – à titre exceptionnel – une exploitation spéciale des données par hôpital⁴². Ces données se basent sur la date de facturation et non de traitement comme dans le reste du chapitre.

Nous avons utilisé les indications de tarifsuisse SA, que nous remercions, pour savoir si un hôpital privé est uniquement sur la liste B ou non. Nous les avons aussi utilisées pour compléter les données sur le statut juridique dans les cas où l'information était manquante dans le pool de données de SASIS SA. Les analyses peuvent être effectuées sur la période 2010 à 2012. Pour les années antérieures à 2010, la qualité des données se dégrade et ne permet plus d'estimer l'évolution des dépenses AOS selon les trois profils mentionnés de manière satisfaisante.

⁴⁰ Selon la définition OFS.

⁴¹ Avant 2012, deux systèmes étaient en vigueur pour les hôpitaux privés pouvant pratiquer à charge de l'AOS. Le premier, la liste intégrale répertoriait tous les hôpitaux privés autorisés à pratiquer à charge de l'AOS. Le second distinguait deux listes (A et B). La liste A correspondait à la division commune des hôpitaux privés et la liste B aux divisions privées et semi-privées pouvant pratiquer à charge de l'AOS.

⁴² Normalement, l'Obsan ne dispose que de données agrégées par catégorie de prestataires.

Tab. 3.2 Dépenses AOS des prestations stationnaires selon le statut juridique de l'hôpital, 2010–2012

Profil	Indice (2010=100)			Variation (en %)	
	2010	2011	2012	2010–2011	2011–2012
Hôpitaux subventionnés	100	101	113	0,9%	11,8%
Hôpitaux privés (hormis ceux uniquement sur liste B)	100	105	75	5,1%	–28,9%
Hôpitaux privés uniquement sur liste B	100	102	123	1,6%	20,7%

Sources: SASIS SA, Pool de données; tarifsuisse SA/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Entre 2010 et 2011, les dépenses AOS ont augmenté pour les trois profils d'hôpitaux (tableau 3.2). L'augmentation (5,1%) est légèrement plus prononcée pour les hôpitaux privés (hormis ceux uniquement sur liste B).

Entre 2011 et 2012, les dépenses AOS pour des prestations stationnaires évoluent différemment selon le profil. Les hôpitaux privés uniquement sur la liste B connaissent la hausse la plus prononcée (20,7%). Une partie de cette augmentation provient vraisemblablement d'une augmentation des tarifs de ces hôpitaux. En effet, les discussions que nous avons eues avec le groupe d'accompagnement laissent entendre que les tarifs de référence utilisés avant 2012 (tarifs de référence des hôpitaux subventionnés) étaient trop bas par rapport aux coûts de ces établissements.

A contrario, les hôpitaux privés (hormis ceux uniquement sur liste B) connaissent une baisse des dépenses AOS de 28,9%. Pour ces hôpitaux, avant 2012, l'AOS prenait à sa charge 100% des prestations LAMal (avec investissements). Avec le nouveau financement hospitalier, l'AOS prend à sa charge environ 45% des prestations LAMal (avec investissements) (même situation que les hôpitaux subventionnés), de sorte que la part à charge de l'AOS diminue.

Les dépenses AOS pour des prestations stationnaires ont augmenté de 11,8% pour les hôpitaux subventionnés. Cette augmentation peut résulter, du moins en partie, du changement de répartition entre l'AOS et les cantons. En effet, avant 2012 pour les hôpitaux subventionnés, l'AOS prenait à sa charge environ 50% des prestations LAMal sans les investissements. A partir de 2012 l'AOS prend à sa charge 45% des prestations LAMal (système en transition jusqu'en 2017) y compris les investissements⁴³.

⁴³ Le supplément accordé au titre d'indemnité pour les coûts d'utilisation des immobilisations s'élève à 10% pour 2012.

3.4.5 Dépenses AOS dans les hôpitaux avec et sans APDRG avant 2012

Le mandant souhaitait savoir s'il y a une différence dans l'évolution des dépenses AOS entre les hôpitaux qui, avant 2012, facturaient avec un système par forfaits (APDRG ou équivalent) et les autres. L'information relative au mode de facturation ne figure dans aucune base de données officielle, mais a été créée pour la Statistique des hôpitaux dans le cadre du mandat «Abrechnungsstrukturen Spitäler», réalisé par l'Obsan avec l'aide de tarifsuisse SA. Réaliser l'analyse souhaitée nécessite que l'on lie la Statistique des hôpitaux et le pool de données. Or l'appariement des deux bases de données se fait mal et engendre une perte de la qualité des données qui rend l'interprétation de l'évolution des dépenses AOS selon le mode de financement des hôpitaux impossible en l'état actuel.

3.4.6 Evolution cantonale des dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires

Ce chapitre présente l'évolution des dépenses AOS par canton⁴⁴. L'objectif est de montrer si les dépenses pour des prestations hospitalières stationnaires varient de manière similaire dans les différents cantons suite à l'introduction du nouveau système de financement hospitalier.

Le tableau 3.3 présente les variations annuelles des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux par canton ainsi que les statistiques descriptives correspondantes. En 2012, à la fois la moyenne, la médiane et l'écart-type sont plus élevés que les années précédentes. Nous avons donc un double phénomène: d'une part, l'augmentation de la moyenne indique que les augmentations cantonales 2012 sont en moyenne plus importantes; d'autre part, l'augmentation de l'écart-type indique que les variations annuelles cantonales sont

⁴⁴ Selon le canton du prestataire.

aussi plus dispersées à cette année. Ainsi, les dépenses AOS évoluent de manière différente selon les cantons suite à l'introduction du nouveau système de financement hospitalier.

En 2012, les variations annuelles standardisées⁴⁵ des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux diffèrent selon les cantons (figure 3.5). Cette figure montre dans quelle mesure les dépenses AOS par canton pour des prestations stationnaires des hôpitaux

ont varié par rapport à la moyenne de tous les cantons. Les cantons du Tessin, de Berne, d'Appenzell Rhodes-Intérieures et du Jura ont les dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux qui ont le plus fortement diminué par rapport à la moyenne des cantons. Les cantons de Nidwald, de Zurich, d'Appenzell Rhodes-Extérieures et de Saint-Gall sont les cantons dont les dépenses AOS ont le plus fortement augmenté par rapport à la moyenne des cantons.

Tab. 3.3 Variations annuelles des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux, par canton, 2006–2012

	Variations annuelles des dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TI	5,3	0,2	4,2	1,7	2,9	2,9	-18,4
BE	5,1	4,4	4,7	2,3	1,5	3,0	-6,5
AI	6,5	8,3	16,1	4,7	-2,0	-8,3	-4,9
JU	3,3	-1,9	8,8	-1,0	4,8	-5,7	-2,1
TG	4,6	2,7	3,8	2,9	3,2	3,8	1,3
FR	7,3	9,4	4,7	3,2	1,5	0,8	5,4
VD	-3,8	1,7	2,9	3,4	1,9	3,3	8,0
NE	-8,8	-3,5	3,7	1,6	-5,8	-1,5	8,1
GR	3,5	2,8	7,3	2,7	1,1	3,2	8,4
GE	-2,0	-1,0	8,0	3,2	0,2	0,9	8,9
AG	7,4	4,0	5,9	5,2	0,8	3,7	9,9
LU	2,2	5,8	4,0	5,7	6,1	0,1	10,3
BL	4,8	3,7	6,7	2,8	3,9	-6,4	11,2
VS	0,1	-0,8	5,2	0,5	0,3	2,6	12,0
ZG	-2,6	15,0	2,5	2,5	3,8	1,0	14,1
SO	5,8	9,4	5,1	-1,6	-7,1	3,8	16,6
BS	3,3	0,3	6,7	6,7	2,5	8,3	16,9
UR	9,9	0,4	-1,3	-3,6	0,2	-0,7	17,6
SZ	4,6	4,3	2,6	9,7	-5,4	2,1	20,4
OW	25,5	4,0	-1,1	3,2	-4,8	5,2	21,7
SH	4,3	6,5	2,3	4,2	-0,8	-1,2	22,7
GL	-5,9	3,3	5,3	0,5	2,8	9,2	24,0
SG	3,8	3,6	5,0	5,4	3,5	4,5	25,5
AR	4,2	4,2	4,2	5,3	-0,1	1,3	26,0
ZH	6,3	1,1	8,5	6,4	2,5	1,5	27,4
NW	23,7	3,7	2,3	-1,2	1,0	2,9	40,8
Variation moyenne	4,6	3,5	4,9	3,0	0,7	1,5	12,5
Variation médiane	4,4	3,7	4,7	3,1	1,3	2,4	11,6
Ecart-type	7,2	3,9	3,3	2,9	3,3	3,9	12,3

Note: Les cantons sont triés par ordre croissant des variations annuelles 2012.

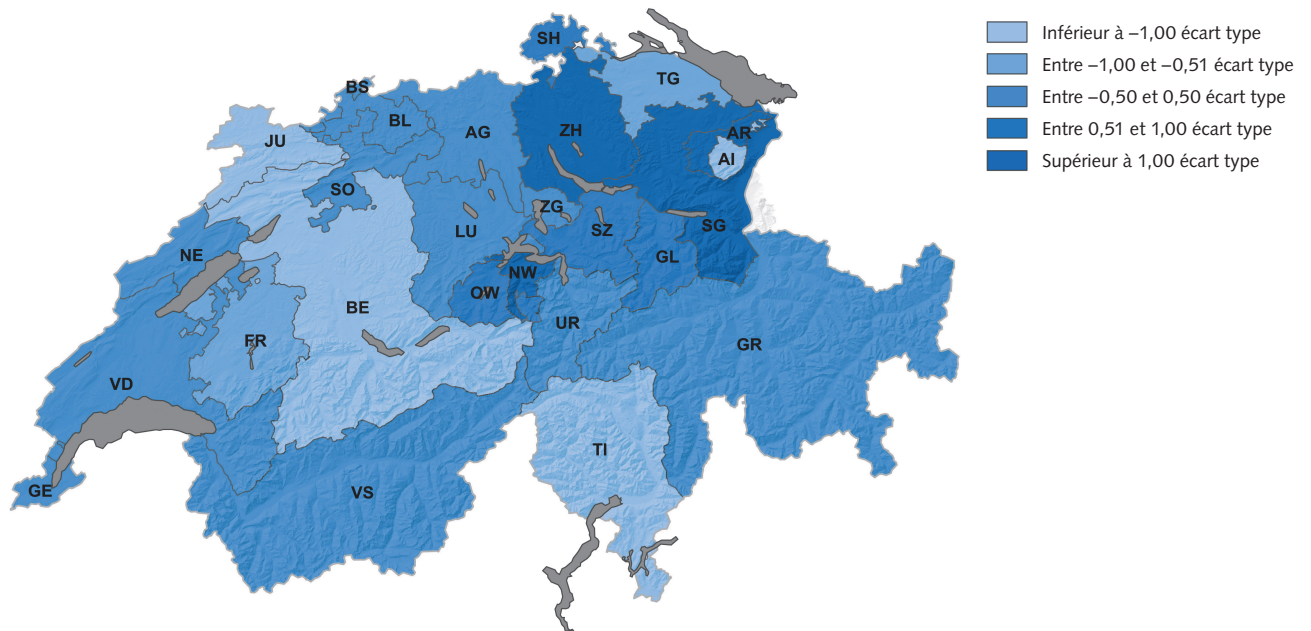
Source: SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

⁴⁵ Il s'agit de la différence entre la variation annuelle d'un canton et la variation annuelle de la Suisse (moyenne des variations annuelles de l'ensemble des cantons), divisée par l'écart-type de la variation annuelle des cantons.

Variation annuelle standardisée des dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux, 2012

Fig. 3.5



Source: SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

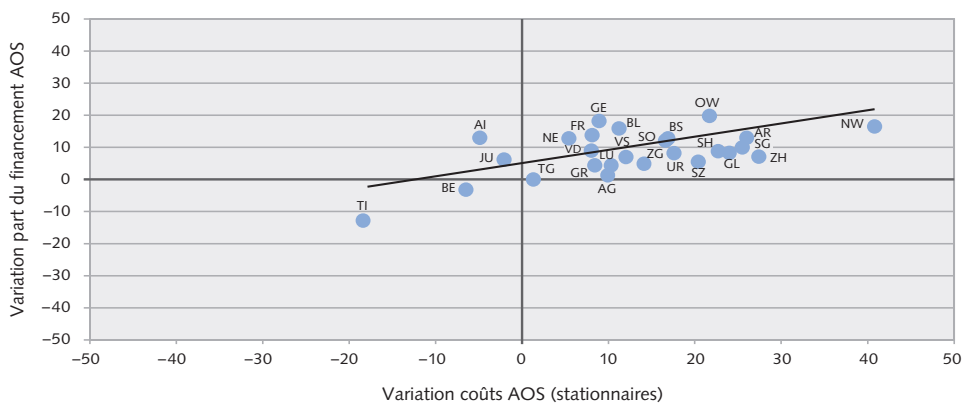
© Obsan 2015

Un des éléments d'explication des variations des dépenses AOS par canton réside dans l'évolution de la part cantonale au financement hospitalier. La figure 3.6 présente, par canton, la corrélation entre la variation (en point de pourcentage) de la part du financement hospitalier à charge de l'AOS et la variation des dépenses AOS pour 2012. On remarque à la figure 3.6 que cette corrélation est positive. La variation des dépenses AOS s'explique en partie par la variation de la part au financement hospitalier (données détaillées disponibles en Annexe 3). En

moyenne les cantons dont les dépenses AOS ont le plus augmenté sont aussi les cantons dont la part du financement hospitalier à charge de l'AOS a le plus augmenté (la part du financement à charge du canton a diminué) et inversement. D'autres facteurs jouent aussi un rôle, notamment le nombre d'hôpitaux privés qui figuraient déjà sur la liste hospitalière avant 2012 (en particulier dans les cantons de Berne et du Tessin) et qui étaient financés principalement par l'AOS. Dans ces cantons, l'introduction du nouveau financement hospitalier a déchargé l'AOS.

Corrélation entre la variation de la part du financement hospitalier de l'AOS et la variation des dépenses AOS pour les hôpitaux stationnaires, par canton, 2012

Fig. 3.6



Source: OFS – SASIS SA, Pool de données SASIS SA, OFS, CDS⁴⁶/Analyse Obsan

© Obsan 2015

⁴⁶ www.gdk-cds.ch/index.php?id=942, consulté le 29.11.2013

3.5 Les prestations stationnaires des hôpitaux et les autres secteurs de soins

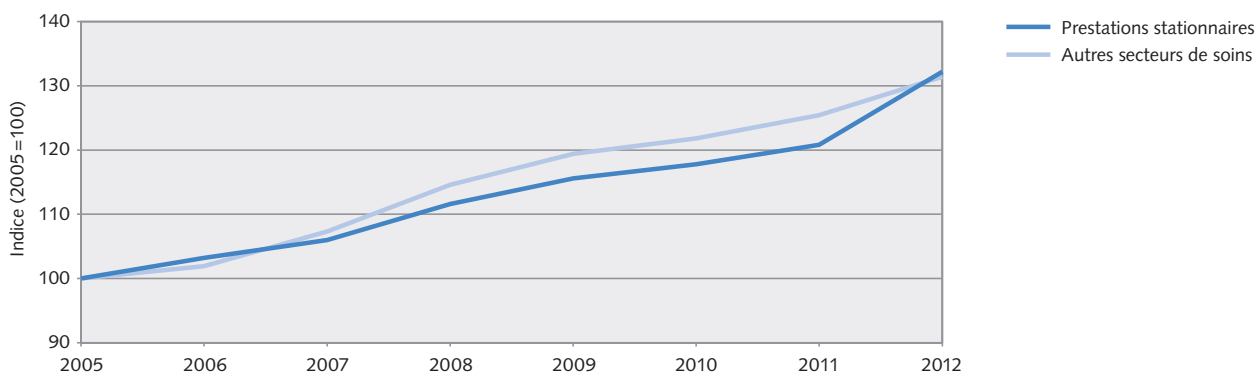
Cette section présente, de manière succincte, l'évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux par rapport aux autres secteurs de soins.

Durant la période examinée, la croissance des dépenses AOS est similaire pour les prestations stationnaires des hôpitaux (+32%) et pour les autres secteurs de soins (+31%) (ambulatoire hospitalier, cabinets privés, EMS, soins à domicile, autres) (figure 3.7). A partir de 2007, les dépenses AOS des autres secteurs de soins augmentent plus rapidement que ceux des prestations hospitalières stationnaires. En 2012, les dépenses AOS de ces dernières connaissent une augmentation très prononcée qui rompt avec l'évolution relativement linéaire des années précédentes (section 3.4.1).

La figure 3.8 s'intéresse aux variations annuelles des dépenses AOS dans chacun des deux secteurs de soins. Les deux courbes présentent des dynamiques de croissance des coûts relativement similaires. A part en 2012, elles présentent en effet des mouvements semblables, avec des variations annuelles relativement proches. De manière générale, la courbe de croissance des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux est en-dessous de celle des autres secteurs de soins. Autrement dit, les dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires croissent moins vite que les autres secteurs de soins. Par contre en 2012, les dépenses AOS pour des prestations stationnaires augmentent beaucoup plus rapidement que ceux des autres secteurs de soins (respectivement 9,4% et 4,8%). L'année 2012 semble marquer une cassure, dont on ne sait si elle est un phénomène unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance.

Evolution des dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires et des autres secteurs de soins, 2005–2012

Fig. 3.7

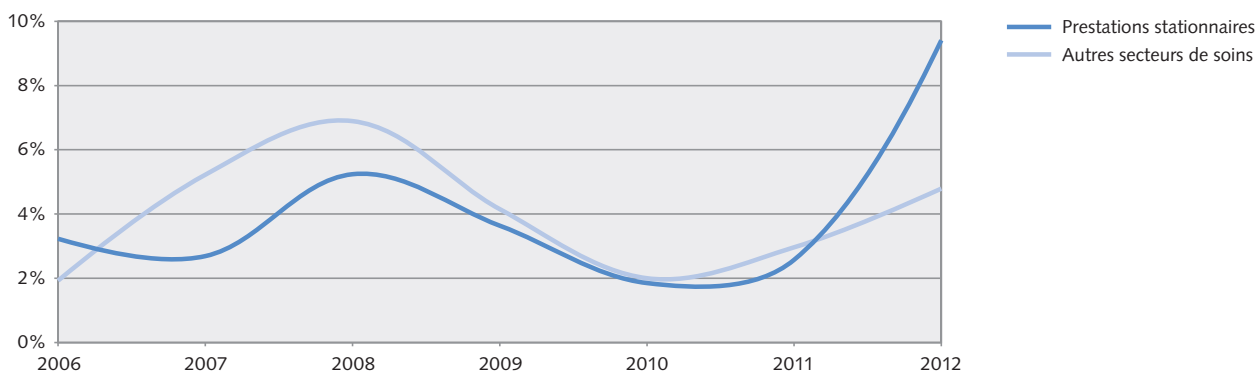


Source: OFS – Pool de données, SASIS SA/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Variations annuelles des dépenses AOS (en %) par secteurs de soins, 2005–2012

Fig. 3.8



Source: OFS – SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Nombre de cas et dépenses AOS par cas

Sur l'ensemble de la période 2005–2012, nous constatons une augmentation des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux. Est-elle due principalement à une augmentation des cas d'hospitalisation ou à une augmentation des dépenses par cas? Dans ce chapitre, nous décomposons l'augmentation des dépenses AOS entre l'augmentation des dépenses par cas (effet prix) et celle des cas (effet quantité). Nous limitons la période analysée à 2010–2012, pour comparer ces résultats à ceux du chapitre 2 et pour se focaliser sur les changements induits par le nouveau financement hospitalier.

L'analyse comporte certaines limites du fait que le pool de données ne contient des informations sur le nombre de cas que pour les cabinets privés et l'hôpital ambulatoire (nombre de consultations). Les informations pour les EMS (nombre de clients) et pour les soins à domicile (Spitex) (nombre de clients) proviennent

des tableaux standards de l'OFS⁴⁷ et celles des prestations stationnaires des hôpitaux (nombre de cas) de la statistique médicale de l'OFS. Les données concernant le nombre de cas proviennent par conséquent de différentes sources de données, avec le risque que les dépenses AOS se rapportent en réalité à plus (ou à moins) de cas que ceux recensés dans ces différentes bases de données. Pour un type de fournisseur de prestations, l'information ne pas disponible du tout. Le nombre de cas pour les *autres fournisseurs ambulatoires* est en effet impossible à estimer. Ainsi, pour les besoins de la présente analyse, le taux de croissance annuel moyen du groupe de comparaison a été ré-estimé sans le fournisseur de prestations «autres fournisseurs ambulatoires» et s'élève à 4,6% (tableau 3.4)

Les dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux ont crû en moyenne de 5,9% par an sur la période 2010–2012 (TCAM)⁴⁸. Sur la même période,

Tab. 3.4 Décomposition de la croissance des dépenses AOS de 2010 à 2012 en un effet quantité et un effet prix (valeur nominale)

Catégories de soins	Taux de croissance annuel moyen		
	Dépenses	Effet quantité	Effet prix
Prestations stationnaires des hôpitaux	5,9	0,9	5,0
Autres secteurs de soins (sans autres fournisseurs ambulatoires)	4,6	2,2	2,4

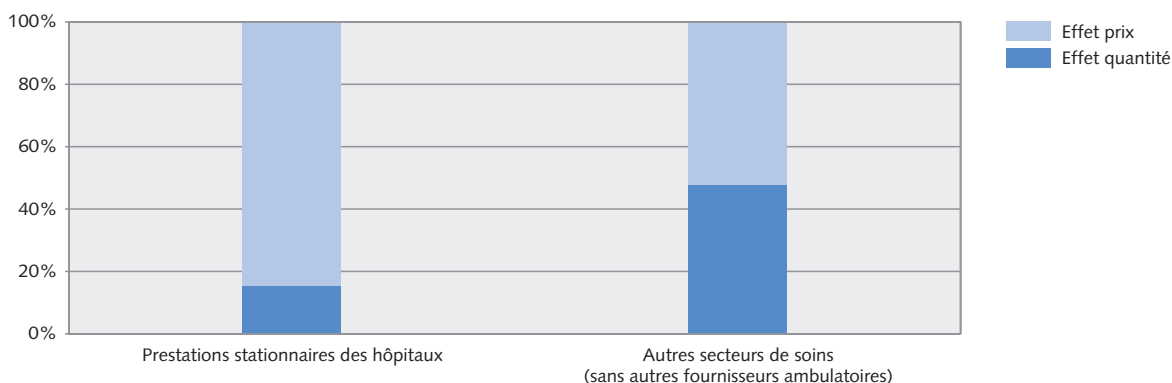
Note: L'effet quantité ne tient pas compte de la variation de la population et l'effet prix est calculé en valeur nominale (l'inflation n'a pas été retirée).

Sources: OFS, Statistique médicale des hôpitaux; tableaux standards (voir note de bas de page 46); SASIS SA, Pool de données/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Part de l'effet quantité et de l'effet prix dans la croissance des dépenses AOS, en pourcent

Fig. 3.9



Source: OFS – Statistique médicale, tableaux standard; SASIS SA, Pool tarifaire

© Obsan 2015

⁴⁷ Consultés le 17.07.2014

⁴⁸ L'augmentation annuelle moyenne est obtenue selon la formule du taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour n année.

$$TCAM = \left(\sqrt[n]{\frac{\text{valeur finale}}{\text{valeur initiale}}} \right)$$

les cas d'hospitalisation ont augmenté annuellement de 0,9%⁴⁹ et les dépenses par cas de 5,0%. L'augmentation des dépenses AOS pour des prestations stationnaires des hôpitaux provient ainsi principalement – à raison de 85% – de l'augmentation des dépenses par cas (effet prix)⁵⁰. L'effet quantité explique 15% de la hausse des dépenses AOS pour des prestations stationnaires (figure 3.9).

Pour les autres secteurs de soins, les quantités (nombre de cas) augmentent plus rapidement que pour les prestations stationnaires des hôpitaux, alors que les dépenses AOS par cas augmentent plus lentement. Sur la période 2010–2012, les cas ont augmenté en moyenne de 2,2% et les dépenses par cas de 2,4%. L'importance relative des effets prix et quantité est ici assez différente (figure 3.9). L'augmentation des dépenses AOS provient ici à raison de 48% de l'effet quantité et à 52% de l'effet prix.

3.6 Principaux constats

Ce chapitre résume sous forme d'une série de constats succincts les principaux résultats de l'analyse concernant l'évolution des dépenses AOS.

Augmentation marquée en 2012. Entre 2005 et 2011, les montants pris en charge par l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires de manière similaire aux autres secteurs de soins. L'année 2012 marque une cassure, dont on ne sait si elle est un phénomène unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance. En 2012 en effet, les dépenses AOS augmentent de +9,4% pour les prestations hospitalières stationnaires contre +4,8% pour les autres secteurs de soins.

Surtout un effet prix. Entre 2010 et 2012, les dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires ont augmenté de 12,2%, soit plus vite que les coûts de production de ces mêmes prestations sur la même période (+7%). A l'origine de cette augmentation, on trouve un effet prix et non un effet quantité, le nombre de cas augmentant moins rapidement que les dépenses par cas.

Augmentation plus rapide dans les soins aigus. Sur l'ensemble de la période 2005–2012, les dépenses AOS provenant du secteur des soins aigus augmentent plus

rapidement que ceux de la psychiatrie et de la réadaptation. L'année 2012 est marquée par une augmentation de la variabilité des dépenses AOS, avec des montants qui augmentent fortement dans les soins aigus et la psychiatrie, et qui diminuent de manière tout aussi subite et surprenante dans la réadaptation.

Augmentation plus forte dans les grands hôpitaux. L'évolution des dépenses AOS varie selon le type d'hôpital. Elle est plus marquée dans les grands que dans les petits hôpitaux, une évolution que nous avons aussi observée concernant les coûts de production des prestations de soins (chapitre 2).

Hôpitaux privés. Evolution dépendante de la situation sur liste avant 2012. Les dépenses AOS évoluent de manière différenciée dans les hôpitaux privés et dans les hôpitaux publics/subventionnés, ce qui est conforme aux changements dans les règles de financement. Dans les hôpitaux publics/subventionnés, les dépenses à charge de l'AOS augmentent de 12% entre 2011 et 2012, ce qui correspond plus ou moins à l'ajout du forfait pour la rémunération des investissements (10% des forfaits par cas en 2012). Ils diminuent (–29%) dans les hôpitaux privés qui pratiquaient déjà à charge de l'AOS en division commune, car le canton participe nouvellement au financement des prestations. Enfin, ils augmentent (+21%) dans les hôpitaux privés auparavant uniquement sur liste B, résultat qui confirme l'hypothèse que les tarifs de référence utilisés avant 2012 étaient trop bas. En effet, selon les informations de tarifsuisse SA, en l'absence de négociation tarifaire spécifique, ces hôpitaux facturaient à l'AOS sur la base du tarif de référence des hôpitaux publics/subventionnés du canton.

Evolutions très différentes selon les cantons. Les dépenses AOS évoluent très différemment selon les cantons, avec des augmentations importantes dans certains cantons et des diminutions dans d'autres. Ces variations sont à mettre en lien avec la stratégie du canton en matière de part cantonale au financement des prestations hospitalières. Lorsque le canton a diminué sa participation en vue de la remonter progressivement d'ici à 2017, la part AOS a en toute logique augmenté. D'autres facteurs, comme par exemple le paysage hospitalier cantonal (nombre d'hôpitaux privés déjà sur liste hospitalière avant 2012) ou la hauteur des investissements financés par le canton à l'année précédente, expliquent aussi ces variations (infosantésuisse 2013).

Evolution chaotique des chiffres en 2012. De manière générale, on note que 2012 est marquée par une évolution chaotique des chiffres, caractéristique d'une année de transition. Les données 2013, lorsqu'elles seront disponibles, permettront d'amener un complément d'information bienvenu.

⁴⁹ Sur la période 2010–2012, la population suisse a augmenté. L'augmentation des cas d'hospitalisation reflète en partie cet effet démographique et en partie une augmentation de la fréquence des hospitalisations. Dans une analyse plus approfondie, il pourrait être intéressant de calculer la part respective de ces deux facteurs sur la croissance du nombre de cas. Il pourrait aussi être envisagé de tenir compte du vieillissement de la population. On obtiendrait alors une estimation de l'augmentation de la fréquence des hospitalisations par habitant. Dormont et al. (2006) fournissent une analyse très fouillée sur ce sujet.

⁵⁰ L'augmentation des coûts par cas (effet prix) telle que présentée ici comprend aussi bien l'augmentation réelle des coûts que l'inflation.

4 Financement du secteur hospitalier stationnaire

4.1 Objectifs

La révision de la LAMal (2007) a modifié en profondeur les règles de financement des hôpitaux ainsi que la clé de répartition entre les différents agents financeurs. Toute une série de mesures impactent la répartition des coûts, de l'extension du libre choix de l'hôpital à l'harmonisation du financement des hôpitaux privés et publics/subventionnés en passant par la nouvelle répartition des coûts des prestations de soins. L'objectif de l'analyse menée ici est de retracer l'évolution de la part prise en charge par chacun des agents financeurs, et spécialement par les cantons et par les assureurs-maladie de base.

A travers les différentes mesures, le législateur vise une amélioration de la transparence des flux financiers en direction des hôpitaux et en particulier une clarification de l'affectation des fonds aux différents types de prestations que fournit un hôpital. Il change de paradigme, passant d'un financement de l'objet à un financement des prestations fournies, mettant ainsi fin aux subventions et garanties de déficit, tout comme aux différences de financement entre hôpitaux privés et publics/subventionnés. Enfin, il supprime les incitations économiques divergentes entre cantons et assureurs-maladie en matière d'investissements⁵¹.

A moyen terme, il s'agira d'évaluer si les objectifs poursuivis ont pu être atteints. Encore une fois, à court terme, il n'est pas possible d'analyser les effets de la révision, d'une part car la période d'observation d'un an après le changement de loi est trop courte et d'autre part car trop de paramètres bougent en même temps pour établir des liens de causalité clairs. A court terme, l'analyse poursuit deux objectifs:

- 1) clarifier les possibilités d'analyses offertes par la Statistique des hôpitaux en matière de répartition du financement (comptabilité analytique des revenus);
- 2) montrer les premiers résultats en matière d'évolution du financement hospitalier.

⁵¹ Se référer à l'étude de concept et faisabilité pour une description détaillée, pp. 33–34. Une description succincte est disponible à l'annexe 2 du présent rapport.

Dans ce chapitre, nous observons la répartition du financement des hôpitaux d'une part en 2010 et 2011, d'autre part en 2012, soit après l'introduction du nouveau système de financement hospitalier. L'analyse se base sur les données de la Statistique des hôpitaux (OFS), en particulier sur les revenus tels que saisis par les hôpitaux dans le module de comptabilité analytique. Comme dans les analyses précédentes, les données sont un facteur limitatif important. Les données de revenus ont des problèmes de valeurs manquantes et de revenus mal imputés, c'est-à-dire imputés dans un autre compte que ce que prévoient les normes REKOLE®.

4.2 Questions de recherche

Les questions générales auxquelles nous tentons de répondre sont les suivantes:

- 1) Comment évoluent les revenus du secteur stationnaire des hôpitaux?
- 2) Comment évolue la répartition du financement entre les cantons, l'AOS, les autres assurances sociales, les assurances complémentaires et ménages
 - a. pour l'ensemble du secteur stationnaire?
 - b. pour les prestations de soins stationnaires?
- 3) Comment évoluent les montants versés par les cantons à titre de contributions et subventions ainsi que de couverture de déficit?

A noter que l'évolution des montants pris en charge par l'AOS pour des prestations stationnaires du domaine LAMal est étudiée en détail au chapitre 3, grâce aux données du pool de données de SASIS SA.

La comparaison entre la répartition des dépenses en 2012 et dans les années précédentes fournit de toutes premières indications en vue de savoir si les évolutions sont conformes aux attentes, et notamment si la part prise en charge par l'AOS se stabilise, si la part prise en charge par les assurances complémentaires diminue et si la part prise en charge par les cantons augmente (pour les prestations de soins en particulier et pour les coûts des hôpitaux en général).

4.3 Méthode

4.3.1 Données

Source

La source de données la plus à même de renseigner sur la répartition du financement des hôpitaux entre cantons, assureurs-maladie, autres assurances sociales, assurances privées et patients, est la comptabilité analytique dans l'optique des revenus, telle que relevée dans la Statistique des hôpitaux. Celle-ci montre d'où proviennent les revenus des hôpitaux, et ceci séparément pour les prestations de soins stationnaires et les autres mandats de prestations. Une représentation schématique de la structure de la comptabilité analytique des revenus est disponible à la figure 2.5 (p. 31).

Parmi les prestations de soins, elle distingue entre les prestations relevant de l'assurance-maladie de base et les prestations relevant d'une autre assurance sociale (assurance-accidents, assurance-invalidité, assurance militaire). Elle mentionne aussi la part LAMal versée pour des séjours relevant d'une assurance complémentaire ou payée directement par le patient. Les montants provenant des assurances complémentaires ou payés directement par le patient ne sont pas directement relevés dans la Statistique des hôpitaux; en théorie, ils peuvent être estimés par différence entre le montant total des revenus et la somme des contributions des autres assureurs.

Les montants reçus pour la rémunération des mandats sont enregistrés de manière globale. La comptabilité analytique, telle que relevée dans la KS, ne met pas en regard, un à un, les coûts et les revenus de la formation, de la recherche et des prestations d'intérêt général. Elle enregistre le montant global versé pour ces prestations, en distinguant selon leur source – communes, cantons, Confédération et autres (privés, fondations, corporations).

Qualité générale des données

Sur la période 2010–2012, différents aspects limitent encore la portée des chiffres relevés dans le cadre de la comptabilité analytique des revenus de la Statistique des hôpitaux.

Premièrement, le problème des valeurs manquantes observé dans la partie «coûts» concerne également la partie «revenus». Dans la comptabilité analytique des revenus, il faut distinguer entre deux dimensions: la première est la déclaration des revenus du secteur stationnaire (figure 2.5, 2^e colonne); la seconde est l'indication de la provenance de ces revenus (financement par

l'AOS, les cantons, les autres assurances sociales, etc.) (figure 2.5, 3^e colonne). Les revenus (première dimension) sont renseignés par 91% des hôpitaux en 2010 et par 95% en 2012⁵². La provenance des revenus (seconde dimension) pose davantage de difficultés, puisqu'en 2010, 25% des hôpitaux n'ont fourni aucune indication quant à la répartition de leurs revenus entre les différents agents financeurs (14% en 2012). En outre, on observe pour un certain nombre d'hôpitaux de fortes variations entre les années dans les revenus imputés aux différents agents financeurs. Ces variations laissent supposer des changements de pratique dans la manière d'imputer les revenus.

Deuxièmement, une partie des hôpitaux n'est pas encore à même de fournir les chiffres selon les prescriptions des normes REKOLE®. Les problèmes concernent en premier lieu la séparation des revenus liés aux cas et des revenus liés aux autres mandats de prestations⁵³. En 2010 et 2011, un nombre encore important d'hôpitaux ne pouvait distinguer, dans la part de financement provenant des cantons, la part destinée aux prestations de soins et celle destinée aux autres mandats. En 2012, ce nombre est plus limité, mais pas nul (voir sous Plausibilisation des données, p.62 pour plus de détails). La principale difficulté provient donc de la qualité encore approximative des données dans la phase de mise en place du nouveau relevé KS. En 2010, plusieurs hôpitaux n'avaient pas encore mis en place une véritable comptabilité analytique et aujourd'hui encore les divergences dans l'application des normes REKOLE® restent grandes. On note toutefois un développement positif et rapide de la qualité des données.

Troisièmement, dans l'interprétation des chiffres, il faut avoir à l'esprit qu'en 2010 et 2011 les montants figurant dans certaines rubriques ne recouvrent pas les mêmes revenus qu'en 2012, car on utilise la structure de la nouvelle KS sous le régime de l'ancienne LAMal. Par exemple, en 2010 et 2011, la rémunération des prestations de soins ne contenait pas de forfaits pour les coûts d'utilisation des immobilisations. La comparabilité des montants entre les années s'en trouve limitée.

Enfin, comme précédemment, les informations comptables contenues dans l'ancienne KS sont insuffisantes pour permettre l'étude du financement des hôpitaux sur la période précédente 2005–2009. Les analyses peuvent par conséquent être réalisées pour les années 2010 et suivantes.

⁵² Il s'agit des hôpitaux qui ont au minimum indiqué un montant dans l'une des trois activités.

⁵³ Ce problème affecte par rebond la répartition des revenus entre AOS et cantons dans le financement des prestations stationnaires.

Plausibilisation des données

Au vu des réserves évoquées quant à la qualité des données, nous avons réalisé, à titre d'analyse préliminaire, différents travaux de plausibilisation. Comme pour les coûts des hôpitaux, ces travaux ont été réalisés en étroite collaboration avec la section santé de l'OFS.

Avant 2012, les règles de financement différaient entre les hôpitaux publics/subventionnés et les hôpitaux privés. De ce fait, les données sont plausibilisées séparément pour ces deux statuts économique-juridiques. Nous nous concentrons sur le financement *des prestations à des assurés de base LAMal* (ligne 1 de la partie droite de la figure 2.5) et évaluons si les données saisies sont cohérentes avec les règles de financement en vigueur.

- Financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés

Tout d'abord, la proportion d'établissements privés n'ayant fourni aucune donnée sur la répartition de leurs revenus pour des prestations de soins (revenus AOS et revenus des cantons non renseignés) est élevée. Elle est de 41% en 2010, c'est-à-dire qu'au départ une grande part des hôpitaux privés ne renseignait pas sur la répartition de leurs revenus dans le cadre de la comptabilité analytique (tableau 4.1). Cette proportion diminue bien en deux ans, mais se situe encore à 24% en 2012.

Ensuite, si l'on contrôle la manière dont la statistique a été remplie, on observe ce qui suit. Avant 2012, pour des prestations à des assurés de base LAMal, les établissements privés recevaient uniquement une contribution de l'AOS. Les établissements privés ne devraient donc pas recevoir des revenus de la part des cantons. Dans la comptabilité des revenus, la part cantonale devrait par conséquent rester égale à zéro, ce qui est générale-

ment le cas (tableau 4.1). Seuls 3% des établissements privés en 2010 et 6% en 2011 comptabilisent des revenus provenant des cantons pour les prestations de soins LAMal⁵⁴. De ce point de vue, la grande majorité des hôpitaux privés ont saisi leurs données conformément aux attentes.

Après 2012, les cantons contribuent nouvellement au financement des prestations de soins à des assurés de base LAMal dans les hôpitaux privés. Par conséquent, dans la comptabilité des revenus, tous les hôpitaux privés devraient comptabiliser des revenus provenant à la fois des cantons et de l'AOS pour des prestations de soins à des assurés de base LAMal⁵⁵. Or en 2012, 15% des hôpitaux privés continuent d'indiquer uniquement des revenus provenant de l'AOS pour des prestations de soins LAMal.

Globalement, sur les trois ans, la proportion d'hôpitaux privés ayant une indication conforme aux attentes est stable et de l'ordre de 60%.

- Financement des prestations de soins dans les hôpitaux publics/subventionnés

Dans les établissements publics/subventionnés, les prestations de soins relevant de la LAMal sont financées conjointement par les cantons et l'AOS, ceci avant comme après 2012. Dans la comptabilité analytique des revenus, nous devrions par conséquent trouver des revenus provenant aussi bien de l'AOS que des cantons.

Or, avant 2012, près de la moitié des hôpitaux publics/subventionnés indiquent des revenus uniquement en provenance de l'AOS pour les prestations de soins à des assurés de base LAMal (41% en 2010 et 45% en 2011) (tableau 4.2). Il s'agit vraisemblablement d'hôpitaux qui n'ont pas pu séparer, dans le montant reçu du canton, la part destinée à rémunérer les prestations

Tab. 4.1 Nombre d'établissements privés indiquant des revenus provenant des cantons et/ou de l'AOS pour des prestations de soins du domaine LAMal, 2010–2012

Données disponibles pour	2010	N (%)	2011	N (%)	2012	N (%)
Valeurs manquantes	58	(41%)	51	(35%)	36	(24%)
AOS et cantons	3	(2%)	7	(5%)	90	(60%)
Que AOS	81	(57%)	87	(60%)	22	(15%)
Que cantons	1	(1%)	1	(1%)	1	(1%)
Total	143	(100%)	146	(100%)	149	(100%)

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

⁵⁴ Somme des catégories «AOS et cantons» et «Que cantons».

⁵⁵ Sauf s'ils n'admettent jamais de patients bénéficiant uniquement de l'assurance-maladie de base.

de soins de celle destinée aux autres mandats de prestations. La totalité de la contribution du canton a vraisemblablement été enregistrée dans le compte «Contributions et subventions».

Cette manière de comptabiliser n'est pas conforme aux attentes, en ce sens qu'elle ne permet pas de séparer les revenus en provenance du canton pour les prestations de soins à des assurés de base LAMal, des contributions et subventions destinées au financement des autres prestations. A noter qu'il s'agit d'une manière de livrer les données. Cette pratique ne signifie en aucun cas que les cantons n'ont pas contribué au financement des prestations de soins.

En 2012, le nombre d'établissements publics/subventionnés n'indiquant aucun revenu en provenance des cantons pour les prestations de soins à des assurés de base LAMal a fortement diminué. De 45% en 2011, il descend à 20% des hôpitaux publics/subventionnés qui comptabilisent encore l'ensemble des revenus provenant du canton dans le compte des contributions et subventions. Le système est dans une période de transition, tous les acteurs ne se sont pas encore pleinement adaptés, mais l'on observe une tendance à la mise en conformité.

Enfin, la proportion d'établissements publics/subventionnés n'ayant fourni aucune donnée sur la répartition du revenu des prestations de soins est peu problématique. De 10% en 2010, elle tombe à 3% en 2012.

Globalement, sur les trois ans, la proportion d'hôpitaux publics/subventionnés ayant une indication conforme aux attentes est en progression, passent de 49% à 76%.

Coexistence de deux pratiques de financement

Les travaux de plausibilisation montrent la coexistence, dans les hôpitaux publics/subventionnés, de deux façons distinctes de comptabiliser les revenus en provenance des cantons. Ces résultats nous incitent à distinguer, pour la suite de l'analyse, entre les hôpitaux publics/subventionnés qui livrent les données conformément aux

attentes et ceux qui n'y parviennent pas encore. C'est pourquoi nous créons, en plus des hôpitaux privés, les deux catégories suivantes:

- Les hôpitaux *avec enveloppe budgétaire cantonale distincte*, qui séparent les revenus en provenance des cantons entre Prestations de soins et Contributions et subventions et qui par conséquent indiquent des revenus LAMal en provenance à la fois des cantons et de l'AOS.
- Les hôpitaux *avec enveloppe budgétaire cantonale globale*, qui comptabilisent tous les revenus en provenance des cantons sous Contributions et subventions et n'indiquent des revenus LAMal à des assurés de base qu'en provenance de l'AOS.

A relever que cette distinction reflète des différences de pratiques dans la manière de livrer les chiffres de la comptabilité analytique pour la Statistique des hôpitaux. Elle ne reflète en aucun cas la réalité du financement. Autrement dit, lorsqu'aucun montant en provenance des cantons n'est indiqué pour le financement des prestations de soins, cela ne signifie pas que les cantons n'ont pas contribué à leur financement, mais que les montants ont été enregistrés ailleurs dans la comptabilité des revenus, et précisément dans le compte Contributions et subventions.

Conséquences pour l'analyse

De manière générale, dans l'analyse de la provenance des revenus, autrement dit de la répartition du financement hospitalier, les données sont un facteur limitatif important. Les données manquantes, les revenus mal imputés, les changements de définitions liés au décalage temporel entre le moment du changement de relevé et celui du changement de loi (nouvelle KS en 2010, nouvelles règles de financement en 2012) compliquent sérieusement l'analyse.

Tab. 4.2 Nombre d'établissements publics/subventionnés indiquant des revenus provenant des cantons et/ou de l'AOS pour des prestations de soins du domaine LAMal, 2010–2012

Données disponibles pour	2010	N (%)	2011	N (%)	2012	N (%)
Valeurs manquantes	16	(10%)	10	(7%)	5	(3%)
AOS et cantons	76	(49%)	73	(48%)	112	(76%)
Que AOS	64	(41%)	69	(45%)	30	(20%)
Que cantons	0	(0%)	1	(1%)	1	(1%)
Total	156	(100%)	153	(100%)	148	(100%)

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

Actuellement, il n'est de ce fait pas possible, à partir de la comptabilité analytique des revenus, de connaître:

- l'évolution des montants destinés au financement des mandats (formation, recherche, prestations d'intérêt général).
- l'évolution des montants destinés à la rémunération des prestations de soins.
- la répartition du financement du secteur stationnaire dans son ensemble entre les différents agents financeurs.

Enfin, les chiffres reflètent les données livrées à la Statistique des hôpitaux et nous ne pouvons en porter la responsabilité s'ils s'éloignent de la réalité. Les constats que nous présentons nous paraissent toutefois plausibles.

4.3.2 Démarche d'analyse

L'objectif est de mettre en évidence les transferts de coûts entre cantons, AOS, assurances complémentaires et autres assurances sociales. Certainement que les différents agents financeurs seraient intéressés à une analyse en montants absolus. La qualité insuffisante des données (manque d'uniformité entre les années⁵⁶) nous contraint toutefois à une analyse en pourcentage.

A chaque année, nous utilisons la totalité des données à disposition. Comme nous observons l'évolution d'une proportion dans le temps (et non pas d'un indice), nous pouvons en effet admettre que le nombre d'hôpitaux pris en compte varie sans que cela ne biaise les résultats. Au contraire, nous profitons ainsi de toute l'information à disposition. Lorsqu'il s'agit de rendre compte de l'évolution des contributions et subventions des cantons et de la couverture de déficit, nous travaillons avec le montant moyen par hôpital.

Les résultats sont présentés en trois parties, consacrées chacune à analyser un aspect de la modification du financement hospitalier. La première partie (section 4.4) traite de l'évolution des revenus du secteur stationnaire et de la répartition de son financement entre les agents financeurs. La deuxième partie (section 4.5) discute de la modification de la répartition du financement entre les cantons et l'AOS en se concentrant sur les prestations de soins relevant de la LAMal. La troisième partie (section 4.6) analyse les subventions et contributions perçues par les hôpitaux et l'évolution de la couverture de déficit par les cantons. Enfin, la section 4.7 résume les principaux résultats.

⁵⁶ Ne serait-ce que le nombre relativement important d'hôpitaux n'ayant pas pu renseigner la répartition des coûts entre AOS et cantons rend toute analyse en francs vide de sens.

4.4 Financement du secteur stationnaire des hôpitaux

4.4.1 Évolution des revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux

Cette section s'intéresse à l'évolution des revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux. Les revenus totaux se composent des revenus indiqués dans la comptabilité analytique (revenus des prestations de soins ainsi que contributions et subventions) auxquels nous ajoutons les montants de la couverture de déficit, tels qu'indiqués dans la comptabilité financière. Il est important de prendre en compte les montants de la couverture de déficit, puisqu'il s'agit de montants perçus par les hôpitaux. Ainsi, nous avons une image complète des montants encaissés par ces derniers. Dans la suite du texte, nous utilisons par simplification l'expression «revenus totaux du secteur stationnaire» pour désigner cet agrégat financier.

Pour cette analyse temporelle, nous avons sélectionné les hôpitaux qui ont indiqué des revenus⁵⁷ du secteur stationnaire pour chacune des trois années observées. Nous évitons ainsi des variations de revenus induits par la variation du nombre de valeur manquantes.

Sur l'ensemble des trois années observées, les revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux ont augmenté de 14% (tableau 4.3). L'augmentation est la même entre 2010 et 2011, qu'entre 2011 et 2012. Elle est de 7% à chacune des années. Par contre, sa composition comptable change (figure 4.1).

Tab. 4.3 Revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux, 2010–2012, indice (2010=100)

	2010	2011	2012
Revenus du secteur stationnaire	100	107	114

Note: Analyse basée sur les 250 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est supérieur à zéro pour chaque année.

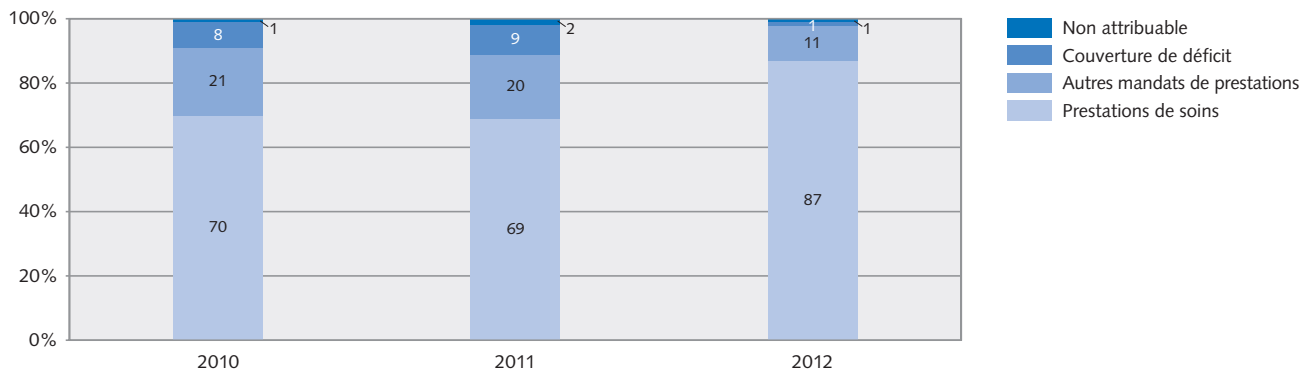
Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/ © Obsan 2015
Analyse Obsan

La grande majorité des revenus proviennent des prestations de soins, lesquels représentent entre 69% et 87% des revenus totaux du secteur stationnaire (figure 4.1). Entre 2011 et 2012, on observe le changement suivant: une diminution comptable des montants destinés aux mandats (formation, recherche et prestations d'intérêt général), une diminution de la couverture

⁵⁷ C'est-à-dire dont le compte 30 de la comptabilité analytique est supérieur à zéro pour chaque année.

Répartition des revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux entre les prestations de soins, les autres mandats de prestations et la couverture de déficit

Fig. 4.1



Note: Non attribuable signifie que ces revenus ne concernent ni des prestations de soins, ni des autres mandats de prestations.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

de déficit et, en parallèle, une augmentation des revenus de prestations de soins. Ce changement reflète avant tout une modification des pratiques comptables, à savoir la diminution déjà évoquée du nombre d'hôpitaux comptabilisant tout le budget reçu des cantons dans le compte Contribution et subventions, alors qu'une partie du montant est destinée aux prestations de soins. Il illustre aussi la fin de la couverture de déficit voulue par le nouveau financement hospitalier.

4.4.2 Parts des différents agents financeurs au financement du secteur stationnaire des hôpitaux

L'objectif serait ici d'estimer la part des différents agents financeurs (cantons, AOS, autres assurances sociales, assurances complémentaires et out-of-pocket, autres pouvoirs publics et privés) au financement du secteur stationnaire. Les résultats obtenus ne sont pas assez cohérents et robustes, de sorte que nous renonçons à les présenter. La section santé de l'OFS est consciente de ces problèmes, notamment ceux liés à l'estimation des revenus provenant des cantons. Elle travaille activement à clarifier la situation avec les parties prenantes.

D'autres sources de données peuvent être utilisées pour donner un aperçu des tendances:

- La statistique financière de l'administration fédérale des finances (AFF)⁵⁸ montre une augmentation des dépenses cantonales pour les hôpitaux et les homes médicalisés de l'ordre de 14% entre 2011 et 2012.

Les données de l'OCDE⁵⁹ montrent une augmentation d'environ 13% du financement des cantons aux hôpitaux pendant cette même période. Une enquête menée par la CDS arrive à la conclusion d'une augmentation de 18% des dépenses cantonales pour les soins hospitaliers en 2012 (CDS, communiqué de presse du 3 septembre 2014).

- Selon le pool de données de SASIS SA (chapitre 3), les dépenses à charge de l'AOS augmentent de 9,4% entre 2011 et 2012. Enfin, d'après la statistique financière de la KS (FIBU), les produits totaux des hôpitaux (y. c. la couverture de déficit) augmentent de 7% entre ces deux années, ce qui est similaire à l'augmentation des revenus totaux calculée à partir de la comptabilité analytique (chapitre 4.4.1).
- En conclusion, plusieurs sources indiquent une tendance à l'augmentation des contributions de la part des deux agents financeurs principaux (cantons et AOS). Le fait que ces augmentations semblent plus prononcées que l'augmentation des revenus des hôpitaux suggère (mathématiquement) que leur part au financement des hôpitaux serait en augmentation. Par rebond, celle des autres agents financeurs (pris dans leur ensemble) serait en diminution. La section 4.5.1 fournit plus d'information à ce sujet.

⁵⁸ <http://www.efv.admin.ch/f/dokumentation/finanzstatistik/berichterstattung.php>, consulté le 12.08.2014

⁵⁹ <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr#>, consulté le 12.08.2014

4.5 Financement des prestations de soins hospitaliers stationnaires

4.5.1 Répartition entre les différentes assurances

La situation qui prévalait avant 2012 en matière de financement des prestations de soins stationnaires peut être décrite comme suit (tableau 4.4). Les revenus des hôpitaux liés aux prestations de soins stationnaires proviennent majoritairement de la LAMal. Les prestations aux assurés de base représentent une grande moitié des revenus en 2010. Les revenus des prestations LAMal pour les assurés en privé et semi-privé représentent un cinquième des revenus liés aux cas stationnaires en 2010. Les revenus des prestations prises en charge par les assurances complémentaires et directement par les patients (out-of-pocket) représentent un petit cinquième des revenus liés aux cas stationnaires en 2010. Cette proportion est en légère baisse en 2011. Les revenus de prestations prises en charge par d'autres assurances (LAA, LAI et LAM) représentent 5–6% des revenus liés aux cas stationnaires et sont stables pendant la période.

En 2012, les évolutions notables sont les suivantes:

- Les revenus pour des prestations LAMal *pour les assurés de base*, payés conjointement par l'AOS et les cantons, augmentent de 5,2 points de pourcentage, passant de 55,4% en 2011 à 61,6% en 2012 (tableau 4.4). Cette évolution reflète le fait que davantage de prestations relèvent désormais de l'assurance de base LAMal.
- Les revenus des prestations LAMal *pour les assurés en privé et semi-privé* augmentent de 1,7 point de pourcentage et représentent désormais un quart des revenus liés aux cas stationnaires. La contribution LAMal aux séjours hospitaliers privés et semi-privés a donc augmenté (tableau 4.4).
- En parallèle, la part des revenus provenant des assurances complémentaires ou directement payés par les patients (out-of-pocket) diminue, illustrant le transfert de charges des assurances complémentaires vers le domaine LAMal (vers les cantons en particulier, qui se sont substitués aux assurances complémentaires dans les séjours hors canton sans indication médicale et dans les prestations LAMal effectuées dans un établissement privé).

Tab. 4.4 Répartition des revenus liés aux prestations stationnaires, par assurance, 2010–2012

	LAMal (assurés de base)	LAA, LAI, LAM	LAMal (assurés privés et semi-privés)	Assurances complémentaires et out-of-pocket*
2010	54,0	6,2	21,3	18,6
2011	55,4	5,6	23,7	15,3
2012	61,6	5,6	25,4	7,4

* Note: la colonne «Assurances complémentaires et out-of-pocket» est obtenue par différence. Il n'y a pas de compte dans la comptabilité analytique qui concerne ces deux sources de revenus.

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/
Analyse Obsan

© Obsan 2015

L'existence de ce transfert de charges des assurances complémentaires vers le domaine LAMal n'est pas controversée. L'incertitude concerne l'ampleur des montants qui ne sont plus financés via les assurances complémentaires mais nouvellement via la LAMal. Estimée à partir de la KS, la contribution des assurances complémentaires au financement des prestations stationnaires passerait de 18,6% en 2010 à 7,4% en 2012 (tableau 4.4). En francs, cela représente une diminution de 35% du montant pris en charge par les assurances complémentaires (hors tableau). Comme ces montants sont estimés par différence⁶⁰, ils sont à utiliser à titre indicatif, signalant l'existence d'une baisse, mais non comme des chiffres exacts. L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) estime la baisse des coûts à charge des assurances complémentaires aux alentours de –20% (–582 millions de francs) entre 2011 et 2012 (selon présentation lors du point presse du 7 novembre 2013).

D'un point de vue macroéconomique, pour que ce changement dans les règles de financement soit neutre en termes de coûts, les montants supplémentaires financés par la LAMal devraient se retrouver sous forme de baisse ailleurs dans le système. Si ce n'est pas le cas, le coût total pour la société est plus important sans que le volume de prestations ait changé, et ce qui devrait être un transfert de charges d'un agent financeur vers un autre se transforme en une augmentation de coûts, en une forme d'inflation des coûts de la santé.

La FINMA est l'organisme chargé de la surveillance du domaine de l'assurance complémentaire. Par son action, elle a contribué à une évolution en ce sens. Son

⁶⁰ Dans la comptabilité analytique de la KS, il n'y a pas de compte spécifique pour les revenus provenant directement des assurés (out-of-pocket) et pour les revenus provenant de l'assurance complémentaire. Ces pourcentages sont obtenus par différence entre le total des revenus et l'addition des comptes de revenus.

mandat légal consiste à examiner que les tarifs pratiqués ne soient «ni abusivement élevés, ni ne mettent la solvabilité des caisses en danger en étant trop bas». Dans son communiqué de presse du 7 novembre 2013, elle indique que «considérant les allègements de coûts découlant de l'introduction du nouveau mode de financement des hôpitaux, elle a procédé en 2013 à un examen généralisé des tarifs appliqués en matière d'assurance complémentaire d'hospitalisation», suite auquel des réductions de primes ont été opérées pour un montant total de 240 millions de francs.

4.5.2 Convergence du financement des prestations de soins relevant de la LAMal (assurés de base) entre hôpitaux privés et publics/subventionnés

Le tableau 4.5 indique la provenance des revenus pour des prestations de soins à des assurés de base, dans les hôpitaux privés et dans les hôpitaux publics/subventionnés.

Pour les hôpitaux privés, avant 2012, les revenus pour des prestations à des assurés de base LAMal proviennent presque exclusivement de l'AOS (98,2% et 98,9%). Les quelques établissements qui ont inscrit des revenus de la part des cantons, peuvent avoir commis une erreur lors de la saisie des données ou avoir pour un motif ou un autre reçu une contribution des cantons. Nous n'avons pas davantage d'informations à ce sujet.

En 2012, la différence de financement entre les hôpitaux publics/subventionnés et les hôpitaux privés s'est estompée. Suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier, la part des revenus provenant des cantons pour des prestations LAMal a fortement augmenté pour les hôpitaux privés. La part cantonale passe ainsi de 1,1% à 46,4% entre 2011 et 2012. La suppression du financement différencié entre les hôpitaux publics/subventionnés et privés est précisément un des buts de la révision.

Tab. 4.5 Répartition (en %) des revenus des prestations de soins relevant de la LAMal (assurés de base)

		2010	2011	2012
Hôpitaux privés	Part cantonale	1,8	1,1	46,4
	Part AOS	98,2	98,9	53,6
Hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale distincte	Part cantonale	43,8	45,2	50,0
	Part AOS	56,2	54,8	50,0
Hôpitaux privés et publics/subventionnés ensemble	Part cantonale	37,5	36,8	49,5
	Part AOS	62,5	63,2	50,5

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/
Analyse Obsan

© Obsan 2015

Dans les hôpitaux publics/subventionnés⁶¹, les prestations LAMal sont financées conjointement par l'AOS et les cantons. Avant 2012, la part AOS est de l'ordre de 55% et la part cantonale de 45%, alors que la loi prévoyait au maximum 50% des coûts imputables. Après le changement de législation, la part cantonale augmente, passant de 45,2% en 2011 à 50,0% en 2012 (+4,8 points de pourcentage).

Pour ces deux profils d'hôpitaux, la part cantonale est en-dessous de ce que prévoit la nouvelle loi à l'horizon 2017 (55% au moins des forfaits liés aux cas). Le système est dans une période de transition qui laisse une marge aux cantons pour adapter progressivement leur financement. Cette période prendra fin en 2017, avec une contribution fixe de 55% de la part des cantons. De plus, il est probable qu'en 2012, première année du nouveau financement hospitalier, certaines pratiques dans la livraison de la comptabilité analytique héritées des années précédentes n'aient pas encore entièrement été adaptées.

4.6 Subventions, contributions et couverture de déficit

4.6.1 Évolution des subventions et contributions des cantons

Le nouveau financement hospitalier exige plus de clarté de la part des cantons et des hôpitaux concernant les montants destinés à la rémunération des différentes prestations. D'importants travaux ont par exemple été entrepris pour estimer les coûts de la recherche universitaire et de la formation et pour les désenchevêtrer des coûts généraux de fonctionnement (Salgado et al. 2010). De manière tout aussi centrale, dans l'esprit de la nouvelle loi, il n'y a plus de subventions aux hôpitaux, mais uniquement des prestations qui sont rémunérées. Par conséquent, dès 2012, le compte «Contributions et subventions des cantons» ne devrait enregistrer plus que les montants destinés à la rémunération de la recherche, de la formation et des prestations d'intérêts général (y compris les coûts d'utilisation des immobilisations correspondants).

⁶¹ L'analyse ne peut être menée que sur les établissements avec une enveloppe budgétaire cantonale distincte, c'est-à-dire qui inscrivent un montant pour la contribution des cantons au financement des prestations de soins.

Ce que l'on observe dans les comptes est l'évolution suivante: en 2012, la moyenne des contributions et subventions a fortement diminué (tableau 4.6). Dans les hôpitaux qui avant 2012 enregistraient déjà une partie du montant versé par les cantons dans le compte «Revenus des prestations de soins»⁶², le montant moyen par hôpital est passé de 11,0 millions avant 2012 à quelques 3,3 millions⁶³. Il est délicat d'interpréter cette diminution, en ce sens qu'elle peut provenir autant de modifications dans la pratique comptable que d'une baisse effective des montants versés à titre de contributions et subventions. L'hypothèse la plus plausible est celle d'une modification des pratiques comptables. En effet, le fait que la contribution des cantons à la rémunération des prestations de soins augmente et qu'en parallèle leur contribution aux autres prestations diminue suggère un déplacement comptable des montants du compte «Contributions et subventions» au compte «Revenus des prestations de soins».

Les hôpitaux publics/subventionnés avec une enveloppe budgétaire cantonale globale enregistrent, en toute logique, un montant moyen plus élevé dans le compte «Contributions et subventions des cantons». Celui-ci était de 30,5 millions en 2010 et de 32,9 millions en 2011. En 2012, le montant moyen est plus élevé (46,0 millions). Il est toutefois dû à un outlier, c'est-à-dire

Tab. 4.6 Moyennes par hôpital des contributions et subventions des cantons (en millions de francs), 2010–2012

	2010	2011	2012
Hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale distincte	11,4 (n=76)	11,2 (n=73)	3,3 (n=112)
Hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale globale	30,5 (n=64)	32,9 (n=69)	46,0* (n=30)

Note:

n=nombre d'établissements.

* résultat lié à un outlier. Sans cet hôpital, la contribution moyenne diminue pour cette catégorie également.

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/
Analyse Obsan

© Obsan 2015

⁶² Hôpitaux publics/subventionnés avec une enveloppe budgétaire cantonale distincte.

⁶³ Vérification faite, cette baisse ne provient pas «d'un effet de taille» dans le sens où des hôpitaux avec des subventions et contributions peu élevés auraient changé de catégorie, passant des hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale en 2011 au profil des hôpitaux avec une enveloppe budgétaire cantonale distincte en 2012.

à un seul grand hôpital ayant des contributions et subventions cantonales particulièrement élevées, qui tire la moyenne vers le haut. Sans cet hôpital, le montant total des contributions et subventions a baissé dans cette catégorie également.

Enfin, on note, comme mentionné sous «Plausibilisation des données», p. 64, que le nombre d'hôpitaux publics/subventionnés comptabilisant l'ensemble des revenus provenant du canton (y compris ceux rémunérant les prestations de soins) dans le compte des contributions et subventions est passé de 69 en 2011 à 30 en 2012 (tableau 4.6). Il y a donc de moins en moins d'établissements qui comptabilisent l'ensemble des revenus des cantons dans le compte de subventions et contributions, ce qui est une évolution conforme aux attentes et allant en direction de davantage de transparence.

4.6.2 Évolution de la couverture de déficit

Dès 2012, les cantons ne sont plus supposés prendre en charge les éventuels déficits des hôpitaux. Le tableau 4.7 illustre l'évolution observée à ce propos dans la Statistique des hôpitaux. Conformément aux attentes, le montant est nul pour les hôpitaux privés. Il passe de 4,2 à 1,4 millions entre 2010 et 2012 (avec un passage par 7,2 millions en 2011) dans les hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale distincte. Il diminue aussi dans les hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale globale, passant de 14,9 à 3,2 millions. En nombre, ce sont 60 des 112 hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale distincte et 17 des 30 hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale qui ont bénéficié d'une couverture de déficit en 2012. Le montant moyen est 3–4 fois plus faible qu'en 2010. L'évolution observée va dans le sens de la nouvelle loi, avec encore la marque claire d'un système en phase d'adaptation.

Tab. 4.7 Montant moyen de la couverture de déficit par hôpital (en millions de francs), 2010–2012

	2010	2011	2012
Hôpitaux privés	0	0	0
Hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale distincte	4,2 (n=76)	7,2 (n=73)	1,4 (n=112)
Hôpitaux publics/subventionnés avec enveloppe budgétaire cantonale globale	14,9 (n=64)	14,8 (n=69)	3,2 (n=30)

Source: OFS, Statistique des hôpitaux 2010–2012/
Analyse Obsan

© Obsan 2015

4.7 Principaux constats

Globalement, le financement des hôpitaux évolue dans le sens attendu. Les principaux éléments à relever sont les suivants:

Evolution des revenus des hôpitaux

- **Augmentation des revenus du secteur stationnaire.** Les revenus totaux du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent de +7%, aussi bien entre 2010 et 2011, qu'entre 2011 et 2012. Les revenus des hôpitaux se composent des revenus perçus pour les prestations de soins stationnaire, des contributions et subventions, y compris les couvertures de déficit.
- **Augmentation des montants à charge de l'AOS et des cantons.** La qualité de la KS n'est pas encore suffisante pour calculer l'évolution des montants à charge de l'AOS et des cantons. Les autres sources de données indiquent une augmentation, pour 2012, de 9,4% pour l'AOS (pool de données de tarifsuisse SA) et de 14% pour les cantons (Statistiques des finances publiques de l'AFF).

Financement des prestations de soins stationnaires

- **Baisse du financement par les assurances complémentaires.** La part des assurances complémentaires et des patients⁶⁴ au financement des prestations stationnaire des hôpitaux diminue en 2012. La question de l'évolution des primes correspondantes ne peut être analysée à l'aide des données de la statistique publique, mais est déterminante pour évaluer l'impact final sur les coûts de la santé.
- **Hausse du financement par la LAMal.** En parallèle, la part des dépenses de soins prises en charge par la LAMal augmente, ce qui reflète le transfert de certaines prestations (notamment les séjours hors canton et en établissement privé) du domaine de l'assurance complémentaire vers le domaine LAMal.
- **Dans le domaine LAMal, baisse de la part AOS et hausse de celle des cantons.** La part AOS au financement des prestations de soins LAMal (assurés de base) est en diminution. Elle passe de 63% à 50%. En parallèle, la part des cantons au financement des prestations de soins LAMal est en augmentation, passant de 38% à 50%. Si la part des cantons est encore en-dessous de ce que prévoit la loi à l'horizon 2017 (soit 55%), l'évolution est conforme aux attentes.

- **Convergence entre hôpitaux privés et publics.** Le financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés se rapproche de celui des hôpitaux publics/subventionnés, ce qui est une évolution conforme aux attentes. Les cantons, qui auparavant ne participaient pas au financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés, y contribuent en 2012 à hauteur de 46%. Le financement évolue ainsi dans la direction voulue par le législateur.

Constats généraux

- **Evolution vers davantage de transparence.** Le nombre d'hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale, c'est-à-dire ne pouvant distinguer, dans la contribution des cantons, le montant rémunérant les prestations de soins de celui destiné aux autres prestations, a diminué sensiblement en deux ans. Par ailleurs, les montants inscrits sous Contributions et subventions ainsi que sous Couverture de déficit diminuent en 2012. Ces changements indiquent que les pratiques de financement s'adaptent aux nouvelles règles et évoluent en direction de davantage de transparence.
- **Un système en transition.** L'interprétation générale que l'on peut faire de ces résultats est celle d'un système encore en phase de transition, montrant des évolutions allant de le sens attendu, mais n'ayant pas encore pleinement opéré sa refonte. De manière générale, les évolutions vont dans le sens d'une augmentation de la transparence dans le financement des hôpitaux. Les évolutions constatées sont toutes dans l'esprit de la loi.
- **Les données, un facteur limitatif important.** Les données manquantes, les revenus mal imputés et les changements de définitions avant/après 2012 limitent les possibilités d'analyse. Dans l'état actuel des données, différents agrégats ne peuvent pas être calculés. Il s'agit en particulier de l'évolution des montants destinés aux mandats (formation, recherche, prestations d'intérêt général), à la rémunération des prestations de soins ainsi que la répartition du financement du secteur stationnaire entre les différents agents.

⁶⁴ Montants «out-of-pocket».

5 Synthèse des résultats

Afin d'évaluer les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, l'OFSP a prévu la réalisation d'études dans six domaines thématiques (rémunérations forfaitaires avant 2012; coûts et financement des soins; qualité des soins hospitaliers; marché hospitalier et garantie de l'approvisionnement en soins; comportement des hôpitaux; compensation et sélection des risques).

Dans le cadre de ce programme d'évaluation, l'Obsan a reçu le mandat d'étudier l'influence de la révision sur les coûts et le financement du système de soins (domaine thématique 2). La présente étude constitue une première étape, qui analyse la première année depuis la mise en application du nouveau système.

Les études commandées doivent, ensemble, contribuer à répondre aux *questions centrales* suivantes (OFSP 2014, p.9):

1. Quels sont les effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux et dans celui de la compensation des risques?
2. Quels sont les effets distributifs de la révision sur les acteurs principaux du système de santé concernés, à savoir les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés?
3. En quoi la révision contribue-t-elle à l'atteinte des objectifs principaux de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence, à savoir la maîtrise de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, la garantie de l'accès à des soins de qualité et la solidarité entre les assurés?
4. A quel point la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'AOS?
5. Dans quels domaines une action s'impose-t-elle?

De notre point de vue, il est encore trop tôt pour se prononcer sur les effets de la révision, dont les effets se dessineront dans quelques années. On ne sait pour l'heure si ce que l'on observe en 2012 est un phénomène

unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance. La situation concrète sur le terrain en 2015 est peut-être déjà une autre. Les données 2013 donneront déjà une indication supplémentaire quant à l'évolution qu'ont pris les coûts et le financement dans la deuxième année d'application de la nouvelle loi.

Le présent rapport rend compte de ce qui s'est passé dans l'année d'introduction du nouveau système. La section 5.2 résume les éléments de réponse que nous pouvons apporter concernant l'évolution des coûts. La section 5.3 donne une vue d'ensemble des évolutions au niveau du financement. Au préalable, la section 5.1 rend compte de la qualité des données fournies dans le cadre du module de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux.

5.1 Qualité des données

L'analyse de qualité montre que le module de comptabilité analytique de la KS souffre des problèmes de jeunesse que connaît tout relevé à ses débuts. Elle relève un certain nombre de valeurs manquantes et des montants mal imputés (tableau 5.1, partie de gauche):

- Environ 10% des hôpitaux ne fournissent encore aucune information quant à leurs coûts et à leurs revenus (surtout des établissements privés).
- Un aspect problématique sont les coûts des mandats (formation et recherche, prestations d'intérêt général). Avec 78% de valeurs manquantes (62% en 2012), cette partie est statistiquement non exploitable. Les définitions et mode de calcul de ces coûts n'étaient pas encore suffisamment établis dans les premières années du relevé pour en permettre une estimation appropriée.
- Un deuxième aspect problématique se situe du côté des revenus. En théorie, il devrait être possible de calculer séparément les revenus perçus pour des prestations de soins et pour des mandats. En pratique, l'état des données ne le permet pas. La raison en est qu'une partie des cantons travaillent (ou travaillaient) avec

Tab. 5.1 Vue d'ensemble de la qualité des données, comptabilité analytique des hôpitaux, 2010

	% de valeurs manquantes en 2010															
	Coûts	Revenus														
Prestations de soins	10%		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Agents financeurs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AOS</td> <td rowspan="3">3</td> </tr> <tr> <td>LAA, LAI, LAM</td> </tr> <tr> <td>Ass. complém.*</td> </tr> <tr> <td>Cantons</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aucune information</td> <td>25%¹⁾</td> </tr> </tbody> </table>		Agents financeurs		AOS	3	LAA, LAI, LAM	Ass. complém.*	Cantons		Autres		Aucune information	25% ¹⁾
Agents financeurs																
AOS	3															
LAA, LAI, LAM																
Ass. complém.*																
Cantons																
Autres																
Aucune information	25% ¹⁾															
Mandats	1	78% ¹⁾	2													
Aucune information	10%	10%														

¹⁾En amélioration

- 1 Définitions et méthode de calcul encore non établies
- 2 Cantons avec enveloppe budgétaire globale
- 3 Répartition encore peu fiable

Sources: OFS, Statistique médicale des hôpitaux et Statistique des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

une enveloppe budgétaire globale, qui couvre aussi bien les dépenses pour des prestations de soins que pour les mandats, de sorte qu'on ne peut plus séparer les deux. Le seul agrégat que l'on peut estimer est le revenu total.

- De manière générale, les normes REKOLE® ne sont pas encore appliquées de manière uniforme, ce qui amène à des données de qualité encore peu homogène.

Si l'on s'intéresse maintenant à la répartition entre les agents financeurs (tableau 5.1, partie de droite), on relève deux difficultés:

- D'une part, 25% de valeurs manquantes en 2010 (14% en 2012), ce qui est problématique dans le cadre d'une analyse statistique.
- D'autre part, une répartition par agents financeurs encore peu fiable. On observe de fortes variations entre les années dans les revenus imputés aux différents agents financeurs. Ces variations laissent supposer des évolutions, en soit bienvenues, dans la manière d'imputer les revenus, mais qui rendent les séries temporelles encore incohérentes.

La situation est toutefois en voie d'amélioration. On note un développement positif et rapide de la qualité des données. L'OFS y travaille activement et est actuellement en contact avec les différents acteurs concernés pour consolider les chiffres et définir les mesures permettant de résoudre les problèmes encore ouverts. Globalement, la proportion de valeurs manquantes est en recul en 2012 et l'on s'attend à une amélioration supplémentaire pour 2013.

5.2 Evolution des coûts et revenus hospitaliers stationnaires

Les mesures mises en place dans le cadre du niveau financement hospitalier visent une meilleure maîtrise de la croissance des coûts dans le domaine stationnaire. Qu'en est-il en 2012, année de la mise en application du nouveau système?

Les données disponibles ne permettent pas de répondre complètement à cette question. Le tableau 5.2 présente de manière synthétique les indicateurs qui peuvent être calculés. Les zones bleutées indiquent les informations non disponibles (données manquantes ou peu qualitatives).

Le constat général est que, quelle que soit l'optique d'analyse, tous les indicateurs vont dans la même direction et montrent pour 2012 une augmentation des coûts hospitaliers. Celle-ci concerne les coûts de production aussi bien que les revenus des hôpitaux. L'augmentation observée en 2012 est haute en comparaison à celle de l'année précédente.

Dans le détail, on observe que:

- Les coûts de production des prestations de soins⁶⁵ augmentent de 4,6% entre 2011/12 (contre 2,8% en 2010/11).
- Les revenus totaux des hôpitaux augmentent de 7%. Ceci aussi bien entre 2011/12 qu'entre 2010/11.

⁶⁵ Il s'agit des coûts «de production» des soins, c'est-à-dire de la somme des coûts pour l'hôpital liés aux prestations de soins stationnaires.

Tab.5.2 Vue d'ensemble de l'évolution des coûts et revenus du secteur stationnaire des hôpitaux, 2010–2012

	Coûts		Revenus		Agents financeurs		
	Variation 2011/2012	Variation 2010/2011	Variation 2011/2012	Variation 2010/2011		Variation 2011/2012	Variation 2010/2011
Prestations de soins	+4,6%	+2,8%			AOS	+9,4% ¹⁾	+2,6%
					LAA, LAI, LAM		
					Ass. complém.		
					Cantons	+14% ²⁾	+5,8%
Mandats							
Total (stationnaire)			7,0%	7,0%	Autres		

Notes: Les zones bleutées indiquent les informations non disponibles

Sources: OFS, Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010–2012/Analyse Obsan

© Obsan 2015

¹⁾ Pool de données (SASIS SA) / ²⁾ Statistique des finances publiques (AFF)

- Les dépenses de l'AOS pour les prestations de soins stationnaires augmentent de 9,4% (contre 2,6% en 2010/11)⁶⁶.
- Les dépenses des cantons augmentent, avec une hausse estimée à 14% (contre 5,8% en 2010/11)⁶⁷.

A noter que ces deux derniers chiffres n'ont pas pu être estimés à partir de la KS et proviennent du Pool de données de SASIS SA pour le premier et de la Statistique des finances publiques (AFF) pour le second.

Résultats convergents avec ceux des autres acteurs

Nos résultats convergent avec ceux communiqués par d'autres acteurs. L'OFS indique, dans son communiqué du 13 mai 2014, une augmentation de 9,8% des dépenses de santé dans les hôpitaux (9,2% pour le seul secteur stationnaire). Une estimation effectuée pour l'OCDE, obtenue par une autre méthode, est du même ordre de grandeur que celle que nous obtenons pour l'augmentation des revenus totaux des hôpitaux. Elle estime à 7,8% l'augmentation des dépenses de santé des hôpitaux⁶⁸ en 2012 (<http://www.oecd.org/statistics>). En résumé, toutes les estimations tendent à montrer que les dépenses hospitalières ont connu une hausse marquée en 2012.

⁶⁶ Pour 2013, Santésuisse estime, sur la base de chiffres provisoires, une augmentation de l'ordre de 3,5% (+/-1,6%) des dépenses AOS dans la deuxième année d'application du nouveau système de financement (infosantésuisse 2014).

⁶⁷ Une enquête menée par la CDS arrive à la conclusion d'une augmentation de 18% des dépenses cantonales pour les soins hospitaliers en 2012 (CDS, communiqué de presse du 3 septembre 2014).

⁶⁸ C'est-à-dire prestations de soins et autres mandats, donc à comparer avec l'évolution des revenus totaux des hôpitaux estimée dans le cadre du présent rapport (+7%).

Le nombre de cas reste stable

Le phénomène n'est pas dû à une augmentation des cas, qui restent stables (+1%). Ce sont donc les coûts par cas qui ont augmenté. Différents facteurs sont évoqués pour l'expliquer, autant du côté des coûts de production que des revenus (meilleure comptabilisation des investissements et des moyens nécessaires aux traitements, amélioration du codage médical, structure tarifaire et niveau des tarifs de base, budgets pour les mandats alloués sur la base de montants historiques). En ce sens, l'évolution observée peut refléter aussi bien une évolution des pratiques comptables qu'une augmentation effective des coûts par cas. Les données ne permettent pas une analyse plus précise.

5.3 Evolution du financement hospitalier

Sur le plan du financement, la révision vise à accroître la transparence, à mettre sur pied d'égalité hôpitaux privés et publics, à clarifier la répartition des dépenses du domaine LAMal entre cantons et AOS. Elle modifie aussi en profondeur les règles de financement et la clé de répartition entre les agents financeurs. Dans quelle mesure ces objectifs ont-ils pu être atteints en 2012 déjà? Ici également, les données disponibles ne permettent pas de répondre à toutes les questions. Les éléments que les données permettent de mettre en évidence sont les suivants:

- Une augmentation du financement des prestations de soins via la LAMal (cantons et AOS ensemble) et en parallèle une baisse des montants pris en charge par les assurances complémentaires et les patients (out-of-pocket).

- Une convergence en cours du financement des hôpitaux privés et publics en ce qui concerne les prestations de soins LAMal. Les cantons, qui auparavant ne participaient pas au financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés y contribuent en 2012 à hauteur de 46%. Le financement évolue ainsi dans la direction voulue par le législateur.
- Des changements dans la structure comptable qui indiquent que les pratiques de financement s'adaptent aux nouvelles règles et évoluent en direction de davantage de transparence. Ces changements se caractérisent par:
 - Un financement par enveloppe budgétaire cantonale globale en recul
 - Des montants de subventions et contributions en recul
 - Des couvertures de déficit en recul
- Des dépenses AOS globalement en augmentation, avec des situations cependant très variables selon les cantons. Les écarts vont de +40% (NW) à -18% (TI) en 2012. Toutes une série de facteurs interviennent dans ces évolutions, partant du nombre d'hôpitaux figurant nouvellement sur la liste des hôpitaux jusqu'à la stratégie suivie par le canton en matière de participation au financement sur la période 2012–2017, en passant par la hauteur des investissements financés par le canton à l'année précédant l'entrée en vigueur de la révision.

Dans l'analyse du financement, les données sont un facteur limitatif important. Dans l'état actuel des données, différents agrégats ne peuvent pas être calculés. Il s'agit en particulier de l'évolution des montants destinés au financement des mandats (formation, recherche, prestations d'intérêt général), à la rémunération des prestations de soins ainsi que la répartition du financement du secteur stationnaire entre les différents agents financeurs.

5.4 Conclusion

Sur le plan du financement, l'interprétation générale que l'on peut faire, est celle d'un système encore en phase de transition, montrant des évolutions allant dans le sens attendu, mais n'ayant pas encore pleinement opéré sa refonte. De manière générale, les évolutions vont dans le sens d'une augmentation de la transparence dans le financement des hôpitaux.

En termes de répartition des dépenses entre les agents financeurs, la révision se caractérise par une augmentation du financement via la LAMal (cantons et AOS ensemble) et, en parallèle, d'une baisse des montants pris en charge par les assurances complémentaires. D'un point de vue macro-économique, si l'on vise une neutralité des coûts, le transfert de coûts doit s'accompagner du transfert du financement correspondant. La FINMA, par son réexamen des tarifs dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation, a contribué à ce qu'une adaptation en ce sens ait lieu.

Sur le plan des coûts, dans la première année de mise-en-œuvre, les coûts pour la collectivité du secteur hospitalier stationnaire se sont accrus. Une phase de tâtonnement est probablement inévitable lors de réformes aussi fondamentales. Un tel phénomène dans l'année d'introduction d'un nouveau système n'est pas unique. Il semble que le système de tarification Tarmed ait provoqué un mouvement similaire lors de son introduction en 2004. Du point de vue de la politique publique, l'important est la capacité du système à se réguler. Les chiffres 2013, lorsqu'ils seront disponibles⁶⁹, apporteront déjà une indication sur cette question.

⁶⁹ En mars 2015.

6 Suggestions pour la suite des travaux

Monitoring. Les travaux réalisés ont montré que pour l'année 2012, les chiffres évoluent de manière parfois surprenante et difficile à interpréter. Ces évolutions quelque peu chaotiques sont caractéristiques d'une année de transition vers un nouveau système. L'important est d'observer ce qui se passe dans les années qui suivent, et en particulier si le système se régule dans le sens attendu. C'est pourquoi il nous paraît essentiel de poursuivre les travaux initiés dans le cadre de ce rapport et de mettre en place un suivi régulier de l'évolution des coûts et du financement. Un tel monitoring permet un meilleur aperçu des tendances et surtout donne une vue d'ensemble des différents chiffres.

Une première actualisation serait possible à partir du deuxième trimestre 2015. Les nouveaux chiffres de la Statistique des hôpitaux sont disponibles avec un décalage de 15 mois, c'est-à-dire en mars 2015 pour les données concernant 2013. A cette date, les données de l'AOS pour 2013 seront aussi disponibles (par année de traitement).

Études complémentaires sur certains aspects spécifiques. Une étude de base, comme celle qui a été réalisée, montre les grandes tendances sans toujours pouvoir les expliquer et est très dépendante de la qualité intrinsèque des données fournies à la statistique publique. C'est pourquoi nous suggérons de la compléter par des études plus spécifiques, sur des sujets particulièrement importants ou pour lesquels les statistiques officielles sont encore lacunaires.

Les besoins prioritaires en information pourraient être identifiés dans le cadre d'un workshop avec les parties concernées (p. ex. les membres du groupe d'accompagnement), modéré par un professionnel. On opérerait ainsi pour une stratégie participative pour identifier les questions auxquelles on souhaite impérativement avoir des réponses. Il est en effet envisageable de laisser le soin aux bureaux/universités/hautes écoles de faire des propositions quant aux méthodes/données permettant d'apporter un éclairage sur les questions définies.

Quelques propositions d'études spécifiques. Une limitation majeure de l'étude, due à l'absence de données exploitables, est de ne pas pouvoir analyser l'évolution des revenus des prestations de soins stationnaires. Or, plus encore que par le passé, avec le nouveau système de rémunération, les coûts et les revenus des prestations peuvent diverger. La rémunération peut être supérieure ou inférieure aux coûts des prestations, et générer des bénéfices ou des pertes qui peuvent être importants. Dans la phase de mise en place du nouveau système, il est essentiel d'obtenir une information sur ces aspects pour pouvoir procéder aux ajustements/corrections nécessaires, soit au niveau des taux de base (base-rate), soit au niveau de la structure tarifaire (DRG et costweights).

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour obtenir l'information nécessaire, qui ne s'excluent pas mutuellement, mais se complètent. Une première idée⁷⁰ serait de contourner le problème général de qualité en ne travaillant qu'avec une sélection d'hôpitaux, qui ont complétés le module de comptabilité analytique conformément aux prescriptions, et qui sont représentatifs de certains groupes d'hôpitaux. Une seconde idée serait de recourir à d'autres bases de données (par exemple Statistique des coûts par cas, BAGSAN⁷¹, ITAR_K). Les possibilités qu'offrent ces sources alternatives de données devraient au préalable être évaluées. Enfin, une troisième possibilité d'analyse, à laquelle l'Obsan pourrait être intéressé, serait de mettre en relation l'évolution des prix et des volumes d'une série de prestations-types. Une telle étude s'intéresserait à l'adaptation des hôpitaux aux incitations-prix données par le nouveau système de rémunération. La faisabilité et la démarche méthodologique de telles études doivent être clarifiées.

Une deuxième limitation majeure concerne les coûts des autres mandats de prestations des hôpitaux. Les données à ce sujet sont encore largement lacunaires dans la

⁷⁰ Démarche proposée par M. Lindner (OFS), dans le cadre de la deuxième séance du groupe d'accompagnement.

⁷¹ Encore non disponibles.

statistique officielle. La délimitation de la recherche et de la formation universitaire, de même que la liste des prestations relevant de l'intérêt général, sont encore très débattues. Par rebond, les coûts sont encore mal définis ou calculés de manière non homogène. A mesure que les discussions avanceront sur ces sujets et que la situation se clarifiera, les données s'amélioreront. Entre 2010 et 2012, la proportion d'hôpitaux livrant des chiffres à ce sujet est déjà passée de 22% à 38%. Dans l'intervalle, des travaux qui voudraient s'intéresser à cette problématique devraient travailler avec des données cantonales et compiler, puis comparer, les 26 pratiques en la matière. Une autre possibilité serait de travailler avec quelques hôpitaux-types, pour éventuellement estimer le rapport entre les coûts des prestations de soins et ceux des autres mandats de prestations, à l'exemple de ce qui a été fait pour l'hôpital universitaire de Zürich (Keune et al. 2014).

Une troisième limitation majeure concerne la difficulté à avoir une estimation fiable des contributions des différents agents au financement du secteur stationnaire, qu'il s'agisse de leur part au total ou de l'évolution sous forme d'indice des montants versés. La qualité des indications fournies est encore trop hétérogène dans cette partie de la comptabilité analytique des revenus. Or la bonne régulation du système nécessiterait une vue d'ensemble de l'évolution des montants versés par les différents agents (cantons, AOS, assurances complémentaires, autres assurances sociales pour les principaux). Dans l'attente d'une amélioration suffisante de la qualité des données de comptabilité analytique (KS), probablement qu'il est nécessaire de croiser différentes sources de données, pour obtenir une estimation plausibilisée de ces agrégats, comme cela est fait dans le cadre de la Statistique des coûts et du financement du système de santé (OFS).

Un quatrième point auquel les données disponibles n'apportent pas de réponse est la question des transferts de coûts du secteur de l'assurance complémentaire vers le secteur LAMal. D'un point de vue économique et sociétal, il est important que les montants supplémentaires financés par la LAMal soient compensés par des baisses correspondantes ailleurs dans le système, faute de quoi la modification des règles de financement engendrerait une inflation des coûts du système de santé.

Enfin, un point crucial pour la durabilité de notre système hospitalier est la capacité des hôpitaux à se refinancer à partir des forfaits par cas liés aux prestations, comme le prévoit la loi. Un suivi des investissements est à cet égard important pour évaluer le maintien et le développement des infrastructures. Il s'agirait d'éva-

luer, dans le cadre d'une étude de faisabilité, dans quelle mesure les données de la Statistique des hôpitaux permettront d'analyser cette évolution (module Comptabilité des immobilisations).

Une étude sur l'évolution du cluster hospitalier, c'est-à-dire des attitudes et des stratégies des acteurs, dans une démarche méso-économique typique de l'économie régionale (par exemple Cooke 2012), pourrait apporter un éclairage complémentaire intéressant. Elle permettrait en particulier de cerner les nouveaux comportements dans ce secteur en voie de mutation vers un marché et de comprendre comment les établissements adaptent leur offre de prestations et assurent leurs revenus dans un contexte de concurrence accrue.

De même, à des fins de régulations, il serait intéressant de comprendre pourquoi les coûts par cas augmentent de manière aussi marquée, et pour quelles raisons cette hausse touche en particulier les grands hôpitaux.

Pour le choix final des études à lancer, il serait bon, de notre point de vue, d'attendre les résultats concernant 2013. Il se peut en effet que des évolutions constatées dans l'année de transition se régulent dès les années suivantes, rendant de fait inutile une analyse complémentaire.

Poursuite des efforts en vue d'une amélioration de la qualité des données

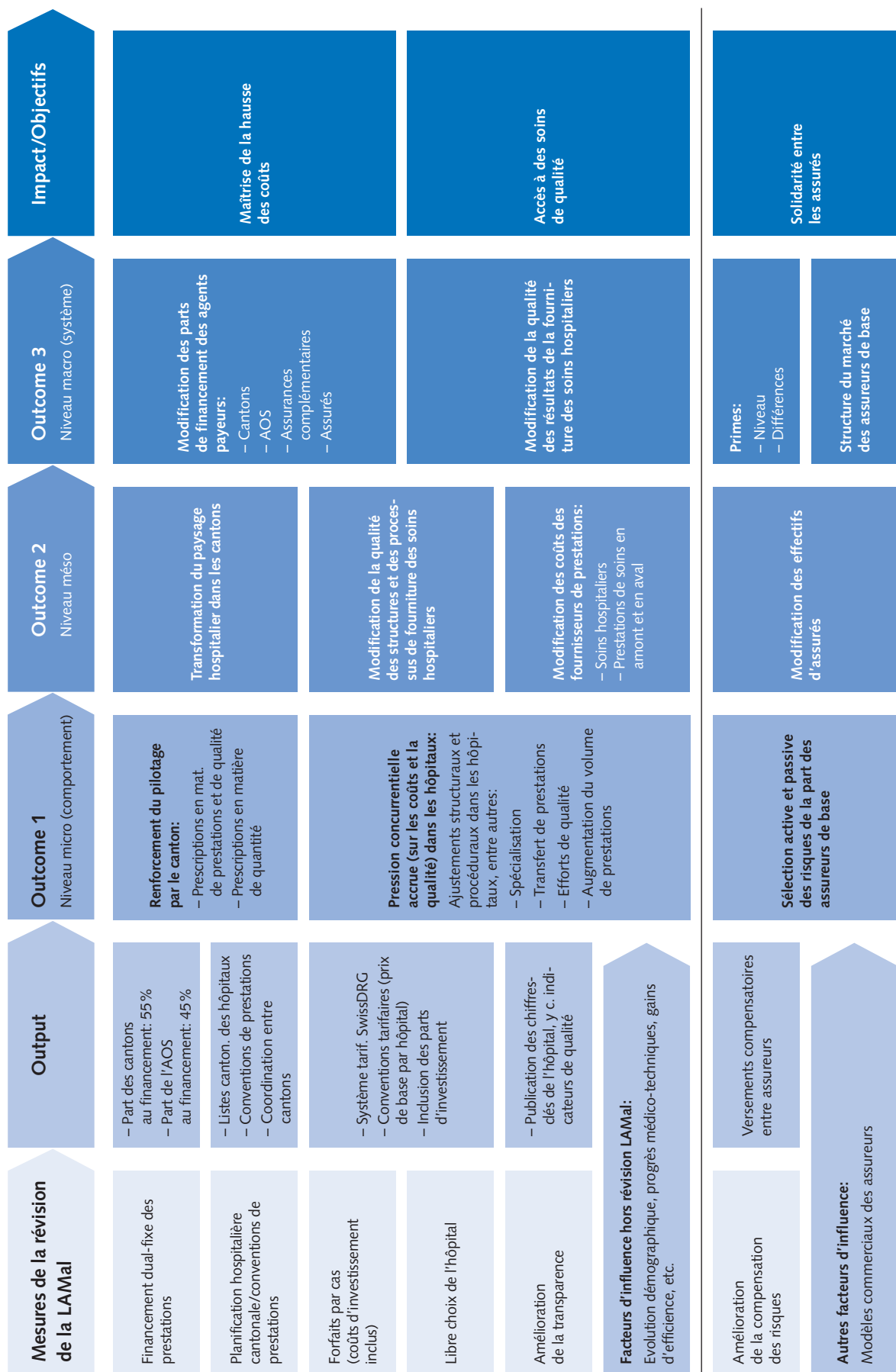
De manière générale, il importe de poursuivre le travail en vue de l'amélioration de la qualité des statistiques officielles. L'OFS s'y emploie activement et est en contact avec les différents acteurs en vue d'apporter certains correctifs à la situation actuelle. Le soutien de tous les acteurs concernés reste toutefois la clé du succès d'une telle démarche.

7 Références

- Dormont B., Grignon M. & Huber H. (2006). «Health expenditures growth: reassessing the threat of ageing», *Health Economics*, Vol. 15, 9, 947–963.
- Besson P. (2008). REKOLE® Comptabilité de gestion à l'hôpital. H+ Les Hôpitaux de Suisse, Berne.
- CDS (2014). Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012. Etat au: 26.3.2014, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.
- CDS, Financement hospitalier: évolution des dépenses des cantons, Communiqué de presse du 3 septembre 2014, Berne.
- Cooke, P. 2012, From Clusters to Platform Policies in Regional Development, *European planning studies* (20)8, pp. 1415–1424.
- Infosantésuisse (2014). Le magazine des assureurs-maladie suisses, numéro 3–4/2014, pp. 8–9
- Infosantésuisse (2013). Le magazine des assureurs-maladie suisses, numéro 5/2014, pp. 4–5
- FINMA, Le nouveau financement hospitalier induit des réductions de primes dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation, Communiqué de presse du 7 novembre 2013, Berne.
- Keune H., Weibel D. & Wissmath B. (2014). Ermittlung der Kosten für Forschung und Lehre am Universitätsspital Zürich. *Bulletin des médecins suisses*, Editions médicales suisses, 95:21, 839–842.
- Lobsiger M., Tondelli T., Kägi W. & Felder S. (2013). Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. *Bulletin des médecins suisses*, Editions médicales suisses; 94:38.
- OFS (2014). Coût et financement du système de santé en 2012: chiffres provisoires. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2014). Statistique des hôpitaux 2012 – tableaux standards. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2010). Statistique des hôpitaux – Conception détaillée (version 1.1). Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS, Calcul du coût de l'hospitalisation LAMal en 2005–2011 (publication en ligne). Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2014). Evaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global, Berne, Office fédéral de la santé publique.
- Pellegrini S., Widmer T., et al. (2010). KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Berner Fachhochschule und Universität Zürich. Bern und Zürich.
- Roth M. & Roth S. (2012), Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010 (Obsan rapport 53). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Salgado-Thalmann E., Teotino T. & Füglistner A. (2010). Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern. Neuenburg, Bundesamt für Statistik.
- Tribunal administratif fédéral, Arrêt C-1698/2013 du 7 avril 2014, St-Gall, Tribunal administratif fédéral.
- Vuilleumier M., Pellegrini S., et al. (2007). Déterminants et évolution des coûts du système de santé. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Widmer M. & Weaver F. (2011). Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitalern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Widmer M. & Kohler D. (2014). Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Bericht im Auftrag des BAG (Rapport Obsan 62. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Annexes

Annexe 1 Influences de la révision de la LAMal



Source: OFSP 2014

Annexe 2

Principales modifications apportées au financement des hôpitaux par la révision de la LAMal

Financement des prestations de soins

Précédemment la loi précisait que les assureurs prenaient à leur charge au maximum 50% des coûts imputables (coûts d'exploitations hors investissements) des hôpitaux subventionnés, le solde étant pris en charge par les cantons. La révision fixe la répartition du financement entre les cantons et assureurs: les cantons prennent à leur charge 55% au moins des forfaits liés aux prestations (coûts d'exploitation et coûts d'investissements). L'inclusion des investissements dans les forfaits signifie que les coûts d'investissements des hôpitaux publics sont financés par les cantons, mais aussi, nouvellement, par les assureurs. De ce point de vue, la révision implique un transfert de coûts des cantons vers les assureurs-maladie.

Financement des autres mandats de prestations

Elle a aussi modifié les règles de financement, en marquant notamment la fin des subventions et des garanties de déficit. Evolution de la répartition du volume total à financer entre les différents agents payeurs. C'est-à-dire cantons et assureurs-maladies

La révision supprime le financement différencié des hôpitaux privés et subventionnés. Les cantons doivent cofinancer les prestations de soins fournies dans les hôpitaux privés, auparavant pris en charge par les assurances complémentaires (ou lorsque celle-ci fait défaut, par les patients eux-mêmes). Un transfert de charge des assurances complémentaires vers les cantons est par conséquent attendu.

L'extension du libre choix de l'hôpital modifie aussi le financement. Les cantons doivent prendre en charge, à la place des assureurs complémentaires, une contribution aux coûts des séjours hospitaliers extra-cantonaux.

Annexe 3

Part des cantons au financement des prestations LAMal

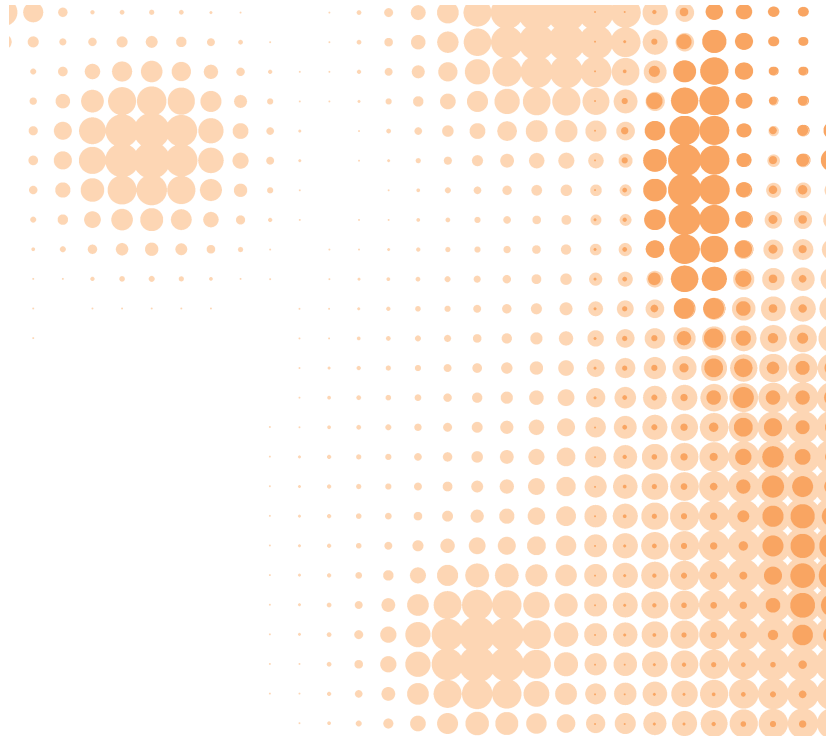
Le tableau ci-dessous met en regard l'estimation des coûts imputables selon la LAMal art. 49, al. 1, avec investissements, réalisée annuellement par l'OFS de 2005 à 2011 et la part de financement cantonale, selon déclaration des cantons, pour l'année 2012. Le chiffre 2012 est une valeur théorique (non calculée) et les chiffres 2005–2011 sont des estimations à utiliser avec prudence (communication OFS). La comparaison des années 2011 et 2012 donne toutefois une indication de la variation de la part cantonale au financement des prestations LAMal.

Tab. A3 Part des cantons au financement des prestations LAMal, 2005–2012

	Estimation des coûts imputables, LAMal art. 49, al. 1, avec investissements							Parts de financement cantonales	Variation 2011–2012
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	
Aargau	46,2%	43,4%	41,9%	48,0%	50,2%	48,6%	48,3%	47%	-1%
Appenzell A.Rh.	61,5%	60,9%	59,4%	61,8%	62,8%	61,6%	64,8%	49%	-16%
Appenzell I.Rh.	49,1%	47,3%	44,5%	55,6%	55,7%	59,2%	60,0%	47%	-13%
Basel-Landschaft	53,1%	49,7%	49,2%	53,9%	55,5%	56,2%	56,4%	55%	-1%
Basel-Stadt	63,1%	62,9%	64,2%	68,2%	71,9%	69,5%	70,9%	55%	-16%
Bern	54,0%	54,5%	57,2%	52,6%	54,4%	53,7%	52,4%	55%	3%
Fribourg	54,4%	53,5%	53,0%	55,8%	58,0%	57,9%	59,8%	47%	-13%
Genève	73,4%	72,5%	73,6%	70,9%	72,6%	73,8%	73,2%	55%	-18%
Glarus	55,1%	56,8%	56,8%	60,1%	59,0%	59,0%	60,3%	52%	-8%
Graubünden	62,2%	62,1%	58,3%	61,7%	59,8%	61,2%	59,4%	55%	-4%
Jura	60,7%	59,8%	57,6%	61,7%	60,2%	58,7%	61,2%	55%	-6%
Luzern	52,4%	52,9%	50,3%	58,1%	51,6%	54,8%	54,4%	50%	-4%
Neuchâtel	65,6%	63,7%	63,0%	66,1%	69,3%	68,9%	68,8%	55%	-14%
Nidwalden	57,8%	55,4%	55,1%	50,4%	55,1%	53,9%	61,5%	45%	-16%
Obwalden	55,7%	55,8%	52,4%	73,4%	60,5%	66,1%	66,8%	47%	-20%
Schaffhausen	60,8%	62,5%	62,4%	62,6%	61,1%	61,5%	61,8%	53%	-9%
Schwyz	57,1%	55,4%	53,0%	55,4%	54,4%	54,7%	55,5%	50%	-6%
Solothurn	57,7%	56,2%	54,7%	60,5%	62,1%	62,4%	62,1%	50%	-12%
St.Gallen	51,8%	53,5%	54,8%	61,1%	60,4%	61,0%	60,0%	50%	-10%
Thurgau	35,4%	36,9%	37,9%	45,4%	43,9%	46,5%	48,0%	48%	0%
Ticino	44,2%	42,9%	42,4%	44,0%	42,6%	42,7%	42,8%	55%	12%
Uri	54,2%	52,4%	52,9%	56,9%	58,1%	58,0%	60,2%	52%	-8%
Valais	58,8%	56,4%	54,3%	57,7%	59,2%	58,5%	59,5%	53%	-7%
Vaud	59,0%	60,6%	60,3%	60,8%	61,5%	62,7%	64,0%	55%	-9%
Zug	56,8%	55,3%	61,4%	62,9%	54,6%	55,6%	51,9%	47%	-5%
Zürich	59,6%	54,9%	54,6%	59,1%	58,0%	56,8%	58,1%	51%	-7%

* valeur théorique, selon liste de la CDS.

Sources: OFS, Calcul du coût de l'hospitalisation LAMal en 2005–2011; CDS, Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.