



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN RAPPORT 53

53

Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010

Maik Roth, 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)

Auteurs

- Maik Roth, Obsan
- Sacha Roth, Obsan

Reviewboard

- Monika Diebold, Directrice de l'Obsan
- Isabelle Sturny, Obsan
- Claude Jeanrenaud, Université de Neuchâtel
- Herbert Känzig, Office fédéral de la santé publique
- Oliver Grolimund, SASIS SA

Direction du projet à l'Obsan

Maik Roth

Série et numéro

Obsan Rapport 53

Référence bibliographique

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.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tél. 032 713 60 45

E-mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60

Fax 032 713 60 61

E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1202

Prix

10 francs (TVA excl.)

Cette publication est également disponible en allemand
(numéro de commande: 873-1203).

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

ISBN

978-3-907872-88-8

© Obsan 2012



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Evolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2010

Maik Roth

Sacha Roth

Obsan Rapport 53

Neuchâtel, 2012

Table des matières

Liste des abréviations.....	6
Résumé.....	7
1 Introduction	11
1.1 Objectif du rapport	12
1.2 Structure du rapport.....	12
1.3 Principales modifications ayant une influence sur l'évolution des coûts depuis l'introduction de la LAMal en 1996.....	13
2 Méthode.....	15
2.1 Source de données.....	15
2.2 Extrapolation des données	15
2.3 Définitions	16
2.4 Décomposition de la variation des coûts nets	17
2.5 Standardisation par âge.....	18
2.6 Evolution des prix.....	18
2.7 Limites.....	18
3 Résultats	19
3.1 Evolution des dépenses du système de santé	19
3.2 Evolution des dépenses de l'AOS selon la catégorie de prestations	20
3.2.1 Coûts nets totaux.....	20
3.2.2 Soins intra-muros	21
3.2.3 Soins ambulatoires	23
3.2.4 Médicaments et matériel	24
3.2.5 Analyses médicales.....	25
3.2.6 Thérapies spécifiques.....	26
3.2.7 Autres prestations.....	27
3.3 Evolution des dépenses de l'AOS selon les cantons	27
3.3.1 Introduction	27
3.3.2 Soins intra-muros	29
3.3.3 Soins ambulatoires	31
3.3.4 Médicaments et matériel	33
3.3.5 Analyses médicales.....	34
3.3.6 Thérapies spécifiques.....	35
3.3.7 Commentaire	36
3.4 Evolution des dépenses de l'AOS et du recours aux soins selon l'âge et le sexe	37
3.4.1 Introduction	37
3.4.2 Intra-muros	38
3.4.3 Soins ambulatoires	42
3.4.4 Médicaments et matériel	49
3.4.5 Analyses médicales.....	50
3.4.6 Thérapies spécifiques.....	51
3.4.7 Décomposition de l'évolution des coûts AOS.....	52
4 Synthèse	55
5 Conclusion.....	59
6 Littérature.....	61

7	Annexes	63
Annexe 1	Taux de couverture des assurés du pool de données par canton, en %, 1998-2010.....	63
Annexe 2	Nombre d'assurés par canton, 1998-2010	64
Annexe 3	Catégories de prestataires	65
Annexe 4	Indice suisse des prix à la consommation (IPC)	66
Annexe 5	Coûts nets selon la catégorie de prestations, en milliers de francs, 1998-2010, à prix courants	67
Annexe 6	Coûts nets par assuré (en francs) et croissance annuelle moyenne (en %) selon la catégorie de prestations, par canton de domicile des assurés, 1998 et 2010, à prix courants	68
Annexe 7	Coûts nets par assuré (en francs) de l'ensemble des catégories de prestations selon le sexe et l'âge, Suisse, 1998 à 2010, à prix courants.....	69

Index des figures

Figure 1	Dépenses de santé en Suisse, selon l'agent payeur, 1998-2009, à prix courants.....	19
Figure 2	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations, Suisse, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	20
Figure 3	Coûts nets AOS par assuré selon la catégorie de prestations, Suisse, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	21
Figure 4	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : soins intra-muros, 2001-2010, à prix constants (1998=100)	22
Figure 5	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : soins ambulatoires, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	24
Figure 6	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : médicaments et matériel, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	25
Figure 7	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : analyses médicales, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	26
Figure 8	Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : thérapies spécifiques, 1998-2010, à prix constants (1998=100)	27
Figure 9	Coûts nets par assuré selon la catégorie de prestations, par canton de domicile des assurés, 2010, à prix courants.....	28
Figure 10	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, hôpital intra-muros, à prix constants (1998=100).....	30
Figure 11	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, EMS, à prix constants (1998=100)	31
Figure 12	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, médecins, à prix constants (1998=100).....	32
Figure 13	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, hôpital ambulatoire, à prix constants (1998=100).....	33
Figure 14	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, médicaments et matériel, à prix constants (1998=100)	34
Figure 15	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, laboratoires, à prix constants (1998=100).....	35

Figure 16	Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, thérapies spécifiques, à prix constants (1998=100)	36
Figure 17	Coûts nets (en francs) AOS par assuré par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, ensemble des catégories de prestations, à prix constants (1998=100)	37
Figure 18	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital intra-muros, à prix constants (1998=100)	39
Figure 19	Journées d'hospitalisation par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpitaux intra-muros	40
Figure 20	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, EMS, à prix constants (1998=100)	41
Figure 21	Journées d'hospitalisation par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, EMS	41
Figure 22	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine de 1 ^{er} recours, à prix constants (1998=100)	42
Figure 23	Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine de 1 ^{er} recours	43
Figure 24	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine spécialisée sans psychiatrie, à prix constants (1998=100)	44
Figure 25	Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine spécialisée sans psychiatrie	45
Figure 26	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, psychiatrie, à prix constants (1998=100)	46
Figure 27	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital ambulatoire, à prix constants (1998=100)	47
Figure 28	Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital ambulatoire ..	48
Figure 29	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, soins à domicile, à prix constants (1998=100)	49
Figure 30	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médicaments et matériel, à prix constants (1998=100)	50
Figure 31	Coûts nets par assuré par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, laboratoires, à prix constants (1998=100)	51
Figure 32	Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, thérapies spécifiques, à prix constants (1998=100)	52

Liste des abréviations

AA	Assurance accident
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups (forfaits par cas)
ASCA	Fondation suisse pour les médecines complémentaires
DRG	Diagnosis Related Groups
EMS	Etablissement médico-sociaux
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LCA	Loi sur les contrats d'assurance
LIMA	Liste des moyens et appareils
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PIB	Produit intérieur brut
REE	Registre des établissements et des entreprises
RME	Registre de médecine empirique
SASIS	Filiale de santésuisse
SVK	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
TARMED	Structure des tarifs médicaux

Résumé

Les dépenses totales du système de santé sont passées entre 1998 et 2009¹ de 39,8 à 61 milliards de francs. La croissance annuelle moyenne a été de 4,0%, ce qui est plus élevé que la croissance du PIB (à prix courants) sur la même période (2,8%). Cette évolution a pour conséquence que le domaine de la santé prend une place toujours plus importante dans l'économie nationale. Ce constat est d'ailleurs aussi valable dans les autres pays industrialisés (OCDE 2011). Le système suisse d'assurance-maladie répercute immédiatement une partie de l'augmentation des dépenses de santé sur l'ensemble des assurés au travers de l'évolution des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Si les dépenses du système de santé ont augmenté en moyenne de 4,0%, les dépenses de l'AOS² progressent plus rapidement. La croissance annuelle moyenne des dépenses de l'AOS est de 4,8%, tandis qu'elle se monte à 3,5% pour le reste des dépenses entre 1998 et 2009. Les dépenses AOS représentent 35,1% des dépenses de santé en 2009 (32,1% en 1998).

Partant de ce constat, il est intéressant d'analyser les dépenses de l'AOS selon les principales catégories de prestations. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) dispose de données détaillées sur l'AOS provenant du pool de données de SASIS S.A., filiale de santésuisse, et disponibles pour une analyse longitudinale depuis 1998. Le pool de données est une base statistique qui sert de système d'information de la branche et permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de services ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre, en 2010, 97,9% des personnes assurées en Suisse. La présente analyse porte sur les coûts nets – sans la participation aux coûts des assurés – à la charge de l'AOS selon l'année de remboursement des prestations. L'évolution des coûts est calculée à prix constants (IPC 1998=100). Nous analysons cinq catégories de prestations, les soins intra-muros, les soins ambulatoires, les médicaments/matériel, les analyses et les thérapies spécifiques. Chacune d'elle fait l'objet d'une analyse détaillée selon les prestataires qui la composent et dans laquelle sont décrites l'évolution des dépenses 1998-2010, les différences cantonales et les dépenses selon l'âge et le sexe. Enfin et pour les catégories des prestations qui le permettent, l'évolution des coûts entre 1998 et 2010 est décomposée en quatre facteurs explicatifs : l'augmentation de la population, la modification de la structure d'âge de la population, le recours aux soins et les facteurs résiduels. Par ailleurs, cette analyse sera complétée par une publication ultérieure de l'Obsan qui étudiera d'autres facteurs explicatifs de l'évolution et des différences régionales des coûts.

Les coûts nets à la charge des assurances-maladie s'élevaient à 11,8 milliards de francs en 1998, ils se montent à 18,7 milliards de francs en 2010 (à prix constants), soit une augmentation réelle de 6,9 milliards ou de 3,9% par année. Trois catégories de prestations représentent 91,8% des coûts nets, il s'agit des soins intra-muros (33,5%), des soins ambulatoires (35,7%) et des médicaments/matériel (22,6%). Les catégories restantes sont les analyses médicales (3,2%), les thérapies spécifiques (3,1%) et les autres prestations (1,9%). Les coûts nets par assuré sont passés de 1641 francs en 1998 à 2399 francs en 2010 (à prix constants), ce qui représente une augmentation moyenne annuelle réelle de 3,2%.

Soins intra-muros

Les soins intra-muros, composés des hôpitaux (séjours) et des établissements médico-sociaux (EMS), enregistrent une croissance annuelle moyenne des coûts nets de 3,3% entre 1998 et 2010. Les EMS enregistrent une hausse des coûts nets de 2,8%, la croissance est plus soutenue pour les

¹ Les données 2010 définitives seront publiées en octobre 2012.

² Selon l'agent payeur, il s'agit des dépenses de l'assurance-maladie de base (LAMal) sans la participation aux coûts des assurés, ni les dépenses de l'Etat (subventions des hôpitaux). A la différence des coûts nets présentés ci-après, les dépenses AOS selon l'agent payeur comprennent les frais administratifs des assurances-maladie.

hôpitaux universitaires (4,0%) et les cliniques psychiatriques (3,9%), tandis que les coûts ont reculé pour les autres hôpitaux (-1,9%) principalement pour des raisons de classification. Les disparités cantonales observées dans cette catégorie sont importantes et reflètent des choix politiques parfois différents (regroupements d'établissements hospitaliers, promotion des soins à domicile, etc.). Certains cantons voient même leurs coûts nets diminuer (Neuchâtel et Vaud) alors que d'autres enregistrent une forte croissance des coûts nets (Berne et Argovie). Dans le canton de Berne par exemple, le report de prestations des assurances complémentaires vers l'assurance de base joue un rôle important dans cette augmentation. Notons toutefois que les subventions cantonales varient selon les cantons et rendent une comparaison cantonale des dépenses AOS plus difficile.

La durée moyenne de séjour et par conséquent le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux diminuent entre 1998 et 2010. Cette diminution n'a toutefois pas entraîné une réduction des coûts. Ainsi, le coût de la journée d'hospitalisation a augmenté. Cette hausse est imputable à une augmentation des prestations ou/et aux traitements plus onéreux (par exemple en raison des progrès techniques ou/et thérapeutiques). Moins d'un cinquième (19%) de la variation des coûts est imputable à l'évolution démographique (croissance et vieillissement de la population) et le 81% à d'autres facteurs. Etant donné que le nombre de journées d'hospitalisation a diminué sur la période observée, le facteur recours freine l'évolution des coûts. Pour les EMS, le nombre de journées d'hospitalisation ainsi que le coût par assuré augmente pour toutes les classes d'âge. Presque un tiers de cette augmentation (30%) est due au vieillissement de la population et environ 56% à un effet recours. C'est dans cette dernière catégorie de prestataire que l'impact du vieillissement est le plus important.

Soins ambulatoires

Les soins ambulatoires, composés des médecins, des hôpitaux (ambulatoires), des soins à domicile et des infirmières et infirmiers, enregistrent une croissance annuelle moyenne des coûts nets de 4,2% entre 1998 et 2010, soit la seconde plus forte croissance après les médicaments/matériel. En comparaison des autres prestataires qui composent cette catégorie, la hausse est importante pour l'hôpital ambulatoire (5,8% en moyenne annuelle), les soins à domicile (7,8%) et les infirmières et infirmiers (17,8%). Elle est plus modérée pour les médecins (2,8%) qui sont détaillés selon les spécialités à savoir médecine de premier recours (1,3%), médecine spécialisée (4,0%) et la psychiatrie (4,5%).

Les disparités cantonales sont restées constantes pour les médecins et la croissance annuelle moyenne des coûts nets oscille entre 0,1% (BS) et 2,8% (BE). Le développement des coûts dans l'hôpital ambulatoire est en revanche très différent selon les cantons. La croissance annuelle moyenne oscille entre 1,4% (JU) et 9,4% (GR). Le recours aux prestations ambulatoires hospitalières mesuré en nombre de consultations augmente fortement entre 1998 et 2010. L'effet démographique (augmentation et vieillissement de la population) explique une partie de cette évolution (12%), mais c'est principalement l'effet recours (nombre de consultations par assuré), qui explique la majeure partie de cette évolution (88%).

La médecine de premier recours a la particularité d'enregistrer une très faible croissance des coûts entre 1998 et 2010. Cette croissance est principalement attribuable à l'évolution démographique (66,1%). Le recours aux médecins de premier recours a en revanche reculé (-5,4%), d'autres facteurs expliquant la croissance résiduelle des coûts. Pour la médecine spécialisée et la psychiatrie, les facteurs démographiques n'expliquent qu'une petite partie de l'augmentation des coûts. Bien que le recours aux soins spécialisés joue un faible rôle dans cette évolution, il convient de nuancer ce résultat tant l'évolution du recours entre les moins et les plus de 60 ans diverge. Ainsi, pour les plus de 60 ans l'effet recours serait plus grand, alors que pour les moins de 60 ans, il aurait certainement un signe négatif. Ce sont toutefois les autres facteurs qui expliquent la plus grande part de la croissance des coûts (environ 72%). Pour les soins à domicile, l'évolution des coûts entre 1998 et 2010 s'explique à plus de 82% par des facteurs autres que démographiques.

Médicaments/matériel

Les coûts nets totaux ont augmenté en moyenne de 4,9% par année entre 1998 et 2010, soit la hausse la plus élevée des catégories de prestations analysées. Rapportée à la population, cette hausse annuelle moyenne est de 3,7% par année.

Les disparités cantonales qui existaient en 1998 ont persisté en 2010. La croissance annuelle moyenne des coûts nets par assuré reste comprise entre 2,4% (TI) et 4,9% (AR) entre 1998 et 2010. Les cantons de SO et BS ont vu leurs coûts nets par assuré augmenter au dessus de la moyenne nationale (3,7%), tandis que le canton de Berne s'est placé au dessous de la moyenne pendant la même période.

Entre 1998 et 2010, les courbes de coûts par âge et sexe ont subi une translation verticale qui peut s'expliquer par l'utilisation de médicaments existants plus chers, par l'arrivée sur le marché de médicaments de plus en plus onéreux et dans une moindre mesure par l'augmentation de la consommation (Roth et Moreau-Gruet 2011). L'analyse des effets démontre par ailleurs que les facteurs démographiques jouent un faible rôle dans l'augmentation des coûts des médicaments (22%).

Analyses médicales

Les analyses médicales représentent 3,2% du total des coûts net en 2010. Parmi elles, 1,9% sont des analyses réalisées par des laboratoires et 1,3% par les cabinets médicaux. Les analyses effectuées par les hôpitaux et les pharmacies ne peuvent pas être présentées séparément. L'introduction des nouveaux tarifs de laboratoire en juillet 2009 modifie l'évolution des coûts. Nous constatons que les dépenses de laboratoire se stabilisent en 2009, mais augmentent à nouveau en 2010. La baisse des coûts est en revanche très marquée pour les analyses effectuées dans les cabinets médicaux.

Si le volume des coûts des laboratoires est faible en comparaison des autres catégories de prestations, les disparités cantonales sont considérables. Les coûts nets s'élèvent, par exemple, à 111 francs par assuré en 2010 dans le canton de Genève, soit 5 fois plus que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (24 francs). Dans les cantons latins (sauf le Jura) et le canton de Zoug, les coûts nets de laboratoire sont plus élevés que la moyenne suisse en 2010.

Les courbes de coûts ont un profil différent selon le sexe. Chez les femmes le maximum est atteint vers 30 ans en raison des dépenses liées à la maternité. Pour les hommes le maximum est atteint à l'âge de 81-85 ans. Entre 1998 et 2010, les coûts nets ont augmenté pour toutes les classes d'âge (à l'exception des hommes de 19 à 35 ans) et de façon plus marquée aux âges avancés. L'augmentation des coûts durant cette période n'est qu'en infime partie attribuable à l'évolution démographique (5%), la part restante étant attribuable à d'autres facteurs (95%).

Thérapies spécifiques

Les thérapies spécifiques comprennent les prestataires de physiothérapie qui représentent 75% des coûts nets en 2010, d'ergothérapie (9,0%), de chiropractie (8,2%), les sages-femmes (5,4%), les prestataires de diététique (1,7%) et de logopédie (0,7%). Cette catégorie de prestations enregistre une croissance annuelle moyenne des coûts nets de 3,9%, soit équivalente à la moyenne suisse entre 1998 et 2010. Cette dernière est modérée pour la physiothérapie (3,3%) et la chiropractie (1,3%), tandis qu'elle est plus élevée pour la diététique (6,3%), la logopédie (7,8%), les sages-femmes (9,0%) et l'ergothérapie (10,9%).

Les disparités cantonales sont moins importantes dans cette catégorie. Le coût net par assuré oscille entre 47 francs (UR) et 105 francs (GE) en 2010. Les courbes par âge et sexe entre 1998 et 2010 montrent que l'évolution des coûts est importante à partir de 50 ans. La part imputable à l'évolution

démographique est de 27%, les autres facteurs expliquant la plus grande part de l'évolution des coûts (73%).

Conclusion

Ce travail donne un aperçu de l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins entre 1998 et 2010. Il décrit les différences d'évolution selon les catégories de prestations, les disparités cantonales, ainsi que l'évolution selon l'âge et le sexe des assurés.

Trois catégories de prestations représentent plus de 92 pour cent des dépenses de l'AOS, les soins intra-muros, les soins ambulatoires et les médicaments/matériel. La croissance des dépenses de la catégorie soins intra-muros est l'une des plus faibles. La croissance est en revanche plus rapide dans les catégories soins ambulatoires et médicaments/matériel. La plupart des disparités cantonales de coûts qui existaient en 1998 ont persisté jusqu'en 2010. Elles restent importantes dans les catégories de prestations EMS, laboratoires et hôpital ambulatoire.

La décomposition de l'évolution des coûts nets en quatre effets (population, âge, recours et autres facteurs) permet de relativiser l'impact des effets démographiques sur l'évolution des coûts. Le facteur démographique n'explique qu'un cinquième de l'augmentation des coûts. Les raisons principales de l'augmentation des coûts sont à chercher d'une part dans l'effet de recours, mais surtout dans les autres facteurs. Parmi ces facteurs, le transfert de prestations de l'hôpital intra-muros vers les soins ambulatoires est probable, de même qu'une substitution des cabinets de premier recours par l'ambulatoire hospitalier. Le progrès médical est aussi un facteur qui joue un rôle déterminant dans l'évolution des dépenses de santé, mais également dans la qualité des prestations proposées aux patients.

L'impact des changements démographiques prendra encore de l'ampleur à l'avenir. La demande de prestations médicales (recours aux soins) continuera de progresser non seulement pour des raisons démographiques mais aussi en raison des maladies chroniques et de la polymorbidité (CDS et OFSP 2012). Les habitudes de recours aux soins des patients se modifient également. Une prise en charge globale (care management) par exemple par des centres de santé font partie des attentes toujours plus importantes des patients. De nombreuses innovations thérapeutiques et diagnostiques sont encore attendues dans les prochaines décennies. Elles seront certainement coûteuses, mais permettront d'améliorer continuellement la qualité des soins délivrés aux patients.

1 Introduction

Les dépenses du système de santé préoccupent l'opinion publique notamment en raison de leur augmentation constante. Après la mise en place d'un système d'assurance-maladie obligatoire, la croissance des coûts du système de santé a un impact important sur les budgets des Etats et des ménages. Plusieurs publications de l'OCDE (OCDE 2010b, a) abordent cette problématique et proposent des solutions afin d'optimiser les dépenses de santé. En Suisse, les dépenses de santé sont passées de 39,8 milliards en 1998 à 61,0 milliards de francs en 2009³, ce qui correspond à 10,1% du PIB en 1998 et à 11,4% du PIB en 2009. La croissance des dépenses du système de santé est ainsi supérieure à la croissance de la richesse nationale (mesurée par le PIB). Environ 35% des dépenses sont financées par l'assurance obligatoire des soins en 2009. Les autres dépenses sont financées par les ménages privés (participation aux coûts et out-of-pocket, 30,0%), l'Etat (19,4%), les assurances privées (8,8%), ainsi que les autres assurances sociales (AI, AA, AM ; 5,8%) et les autres financements privés (OFS 2011a). En comparaison de l'ensemble des dépenses de santé, les dépenses de l'AOS progressent plus vite. La croissance annuelle moyenne des dépenses de l'AOS est de 4,8%, tandis qu'elle se monte à 3,5% pour le reste des dépenses entre 1998 et 2009.

L'évolution des coûts de la santé est un thème très débattu en Suisse depuis l'introduction de l'AOS et ceci principalement en raison de sa répercussion directe, au travers des primes, sur le budget des ménages. Cependant cette augmentation n'a pas commencé avec l'introduction de la LAMal, elle s'observe depuis de nombreuses années dans tous les pays industrialisés (OCDE 2011). L'évolution des coûts de la santé a de multiples facteurs explicatifs. Un travail récent (Kocher 2011) montre les raisons les plus fréquemment invoquées ces dix dernières années dans les travaux scientifiques pour expliquer l'évolution des coûts dans le domaine de la santé : les « progrès/innovations médico-techniques », le « vieillissement, l'allongement de l'espérance de vie », les « exigences, le comportement et les attentes de la population/des patients », la « densité accrue des médecins et des hôpitaux, offre élevée et en hausse », enfin « l'augmentation de la prospérité » et les « incitatifs manquants pour économiser » sont également mentionnés.

Plusieurs études (Dormont 2009; Dormont, Martins et al. 2010; Nöthen 2011) montrent que le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé et que celle-ci provient d'autres facteurs, à commencer par la dynamique du progrès médical. Cependant nous verrons que l'impact du vieillissement varie selon la catégorie de prestations analysée. Il joue par exemple un rôle important dans la croissance des coûts de la médecine de premier recours et des EMS, mais a un effet limité dans les autres catégories de prestations.

Depuis sa création en 2001, l'Obsan obtient les données du pool de données de SASIS S.A., filiale de santésuisse, contenant les dépenses de l'AOS. Ces données ont contribué à plusieurs publications de l'Obsan, par exemple dans les domaines de l'évolution des coûts de la santé (Sturny 2004), de la santé mentale (Schuler, Rüesch et al. 2007), de la démographie médicale (Jaccard Ruedin 2007), ainsi qu'à plusieurs mandats pour les cantons (rapports cantonaux). Avec une livraison des données de la plupart des assurances-maladie au pool de données, celui-ci constitue une source d'information incontournable dans l'analyse des dépenses de l'AOS. C'est pour cette raison que le présent rapport se focalise sur les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les informations détaillées par cette base de données permettent de mieux comprendre les causes de l'évolution des dépenses de l'AOS. Il est possible de suivre, d'une part, l'impact de certaines mesures prises pour freiner l'évolution des dépenses AOS, d'autre part, de mieux comprendre comment évoluent les dépenses des principales catégories de prestations AOS. L'analyse rétrospective porte sur les données de l'AOS de 1998 à 2010. En effet, les données de 1996 ne sont pas disponibles et celles de 1997 contiennent des catégories de prestations qui conduisent à des ruptures dans la série temporelle. Les différentes catégories de prestations seront analysées sous plusieurs angles : l'évolution des

³ Ibid., p. 7.

dépenses sur la période sous revue, les différences des dépenses entre les cantons, ainsi que les dépenses selon l'âge et le sexe. Enfin les analyses des effets démographiques, de la structure d'âge de la population et du recours aux soins apportent un éclairage sur les raisons de l'évolution observée entre 1998 et 2010.

Les résultats présentés ici se veulent essentiellement descriptifs et basés sur les données de l'assurance obligatoire des soins. Depuis 2007, l'Obsan a initié un programme de recherche pour décrire et expliquer les différences régionales de coûts et de recours aux prestations de santé en Suisse. Cette thématique a fait l'objet de plusieurs publications de l'Obsan (Camenzind 2008; Dreyer 2011; Camenzind 2012). Le prochain rapport qui sera issu du programme de recherche portera sur les différences intercantionales des coûts et des quantités dans les prestations de l'AOS et complètera les résultats essentiellement descriptifs du présent rapport par une analyse économétrique de panel. Il explorera les différences de coûts et de quantités selon les prestataires de soins à l'aide de plusieurs facteurs explicatifs classés en quatre catégories : la demande de soins, l'offre de soins, le financement et le système politique.

1.1 Objectif du rapport

Ce rapport a pour objectif de présenter les dépenses de santé de l'AOS de manière descriptive sur la période allant de 1998 à 2010. Il analyse les dépenses selon les principaux prestataires de soins (médecins, hôpitaux, EMS, soins à domicile, pharmacies, laboratoires, thérapies spécifiques), les prestations médicales (traitements, médicaments/matériel, analyses) et selon les caractéristiques des assurés (âge, sexe, canton de domicile).

Il s'agit également d'analyser les principales modifications législatives intervenues durant cette période et leurs effets sur l'évolution des dépenses. L'étude des dépenses de santé sur une longue période (12 années) permet d'examiner les tendances pour chaque dimension (prestataires, prestations, caractéristiques des assurés). Afin de mieux comprendre les tendances, les effets de l'évolution des prix, de la démographie et les changements d'habitude (recours aux soins) sont pris en considération.

1.2 Structure du rapport

Le rapport est structuré en trois parties qui décrivent l'évolution des dépenses de 1998 à 2010, les différences cantonales et les dépenses selon l'âge et le sexe. Cinq catégories de prestations sont systématiquement analysées : les soins intra-muros, les soins ambulatoires, les médicaments/matériel, les analyses et les thérapies spécifiques. Pour les catégories de prestations qui le permettent, une décomposition de l'évolution des dépenses selon les effets démographiques (croissance et structure de la population), recours aux soins et autres facteurs est présentée.

1.3 Principales modifications ayant une influence sur l'évolution des coûts depuis l'introduction de la LAMal en 1996

Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, plusieurs modifications législatives sont intervenues qui ont eu un impact sur l'évolution des coûts⁴. Parmi les principales modifications, nous relevons les changements du montant et du choix des franchises. La franchise ordinaire des adultes est fixée à 300 francs en 2004 (233 francs en 1998) et les franchises à option sont modifiées à 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs pour les adultes et les jeunes adultes en 2005 (400, 600, 1200 et 1500 francs en 1998). Des franchises plus élevées diminuent la part des dépenses de l'AOS prise en charge par les assurances-maladie. En 2002, l'entrée en vigueur de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS limite l'offre ambulatoire. Cette mesure peut avoir provoqué un report de prestations sur les prestataires non concernés par l'ordonnance (l'ambulatoire hospitalier, les soins à domicile, etc.) sans pouvoir en déterminer l'importance. Cette mesure a été entièrement levée en 2012. En 2004, l'introduction du nouveau tarif médical (TARMED) dans le domaine ambulatoire conduit à un report des factures 2004 des hôpitaux à l'année 2005 pour des raisons essentiellement comptables. En 2006, l'augmentation de la quote-part à 20% au lieu de 10% pour les préparations originales, lorsqu'un générique meilleur marché d'au moins 20% figure dans la liste des spécialités, a permis de diminuer les dépenses de l'AOS pour les médicaments (Roth, 2011). Notons que le catalogue des prestations prises en charge dans l'AOS (OPAS) est adapté régulièrement afin notamment d'intégrer les nouveaux traitements.

Par ailleurs, les disparités cantonales observées dans les dépenses pour les séjours hospitaliers peuvent en partie provenir du financement dual des hôpitaux ou de mesures législatives propres aux cantons. En moyenne, la moitié au moins des coûts d'un séjour hospitalier est prise en charge par le canton, le solde l'étant par l'AOS (OCDE, 2006). La part prise en charge par les cantons varie considérablement d'un canton à l'autre et doit être considérée dans l'interprétation des disparités cantonales des soins intra-muros. Entre 2002 et 2010, plusieurs hôpitaux ont introduit un système de financement par cas ou DRG (Diagnosis Related Groups). Une étude de l'Obsan (Widmer et Weaver 2011) montre que l'introduction des APDRG entre 2001 et 2008 n'a eu aucune influence sur la durée des séjours hospitaliers ni sur la probabilité d'une réhospitalisation. Il est toutefois probable que l'introduction des forfaits par cas ait eu une influence sur les coûts des hôpitaux.

⁴ Toutes les modifications législatives importantes sont énumérées dans la publication de l'OFSP (2010) sur la statistique de l'assurance-maladie obligatoire.

2 Méthode

2.1 Source de données

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) acquiert chaque année les données issues du pool de données de SASIS S.A. contenant toutes les prestations de l'AOS. A l'aide de ces informations, l'Obsan a réalisé de nombreuses analyses ou mandats et a acquis une expertise dans l'interprétation de ces données. L'Obsan utilise également d'autres sources de données pour expliquer l'évolution des dépenses de santé comme la statistique de l'assurance obligatoire des soins publiée par l'Office fédéral de santé publique (OFSP) et la statistique des coûts du système de santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Le pool de données est une base statistique produit depuis 2001 par santésuisse, puis à partir de 2009 par SASIS SA (filiale de santésuisse). Il sert de système d'information de la branche et permet aux assureurs-maladie d'étudier le comportement des prestataires de service (notamment contrôles 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 2010, 97,9% des personnes assurées en Suisse (le taux de couverture des années précédentes est indiqué dans l'annexe 1). 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 résultats ci-après contiennent uniquement les prestations versées aux prestataires ou remboursées aux assurés (prestations nettes). Il ne s'agit toutefois que des prestations dont les factures sont envoyées par les assurés à l'assurance-maladie, ou qui sont 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'AOS (p. ex. les prestations des assurances complémentaires LCA) ne sont pas saisies dans le pool de données. Le pool de données ne contient pas non plus d'indications sur les subsides publics (p. ex. financement du secteur intra-muros). Enfin, il ne donne aucune information sur les diagnostics et ne contient pas de données individuelles sur les assurés. Il n'est donc pas possible d'effectuer un suivi de cas ou de traitements particuliers. L'Obsan reçoit chaque année une nouvelle version du pool de données contenant les cinq dernières années disponibles et actualisées. Les dates de production des données actualisées, figurant dans ce rapport, sont indiquées dans l'annexe 1. Par ailleurs, la version mise à la disposition de l'Obsan ne fournit pas non plus de données individuelles sur les fournisseurs de prestations. L'analyse se fonde uniquement sur des données agrégées – groupes d'assurés et groupes de fournisseurs de prestations. Depuis 2010, cette version est complétée par l'OFSP. Les assureurs qui ne livrent pas directement leurs données à SASIS livrent leurs données directement à l'OFSP qui consolide ces nouvelles informations dans un pool de données « complété ».

Les présentes analyses se basent sur les données annuelles produites selon la date de comptabilisation des prestations par les assurances-maladie et ne correspondent donc pas à la date des prestations fournies aux patients (date de traitement). Les résultats de la comparaison régionale (partie 3.3) sont présentés selon le canton de domicile des assurés.

2.2 Extrapolation des données

Afin de pouvoir estimer les coûts globaux de l'AOS et de comparer les différentes informations annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à partir de l'effectif des assurés dans le système de compensation des risques de l'Institution commune LAMal. 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 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. Cette estimation peut donner lieu à des fluctuations dans les séries temporelles. Ainsi, en 2004, cinq nouveaux assureurs ont livré des données à santésuisse faisant augmenter le taux de couverture par rapport aux années précédentes. Les assurés affiliés à ces assureurs sont cependant plus jeunes et génèrent moins de coûts que les assurés déjà comptabilisés dans le pool de données. L'extrapolation effectuée pour 2003 a par conséquent surévalué les coûts, autrement dit l'augmentation réelle des coûts entre 2003 et 2004 est surestimée. Les nouveaux assureurs ne pouvant pas livrer les données rétroactivement, il faut par conséquent tenir compte de cette surestimation pour l'interprétation des données chronologiques. Les fournisseurs de prestations sollicités par des personnes âgées (hôpitaux intra-muros, organisation de soins à domicile et EMS) sont particulièrement concernés par ce problème d'estimation.

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 santésuisse. 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 ». Le taux de couverture, ainsi que le nombre d'assurés par canton et pour la Suisse sont présentés dans les annexes 1 et 2.

2.3 Définitions

Nous utilisons plusieurs définitions pour distinguer le domaine ambulatoire du domaine intra-muros. Le domaine intra-muros est composé des catégories de prestataires hôpitaux et établissements médico-sociaux (EMS). Les autres prestataires de soins forment le domaine ambulatoire. Dans ce rapport nous avons utilisé la même définition, mais nous avons subdivisé le domaine ambulatoire en cinq sous-catégories : les soins ambulatoires, les médicaments/matériel, les analyses, les thérapies spécifiques et les autres prestations. La catégorie « soins intra-muros » correspond à la même définition que le domaine intra-muros. Les catégories de prestations sont présentées brièvement ci-après et de façon plus détaillées dans l'annexe 3.

Soins intra-muros : prestataires de soins « hôpitaux » (seulement domaine intra-muros) et « EMS »

Soins ambulatoires : prestataires de soins « médecins » (sans les médicaments et le matériel délivrés en cabinet), « hôpitaux » (seulement le domaine ambulatoire), « soins à domicile », « infirmières et infirmiers ».

Médicaments/Matériel : médicaments et matériel délivrés par les prestataires de soins « médecins », « hôpitaux » (seulement le domaine ambulatoire⁵), « pharmacies », « soins à domicile », « centre de remise LiMa ».

Analyses médicales : prestataires « laboratoires ». A titre de comparaison les analyses effectuées par les cabinets médicaux seront également considérées.

Thérapies spécifiques : prestataires « physiothérapeutes », « chiropraticiennes et chiropraticiens », « ergothérapeutes », « sages-femmes », « logopédistes », « diététiciennes et diététiciens ».

Autres prestations : cette catégorie ne fait pas l'objet d'une analyse détaillée.

⁵ Les médicaments et le matériel délivrés par les prestataires du domaine intra-muros ne peuvent pas être présentés séparément.

Coûts nets :

Nous désignons ainsi tous les coûts pris en charge par l'AOS et/ou transmis par les assurés aux assurances-maladie. En d'autres termes, il s'agit du montant de la facture de soins, déduction faite des coûts non assurés et non remboursés. Les coûts nets ne comprennent pas la participation aux coûts des assurés (franchise, quote-part, contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation). Les coûts nets représentent donc la partie des coûts pris en charge par les assurances-maladie.

Les résultats portent uniquement sur la part des dépenses à la charge de l'assurance obligatoire des soins (coûts nets) et ne comprennent pas les subventions publiques aux établissements hospitaliers, ni les frais administratifs des caisses-maladie.

Coûts nets par assuré :

Les coûts nets sont divisés par le nombre d'assurés. Le nombre d'assurés provient des données de la compensation des risques, calculé chaque année par l'Institution commune LAMal, auquel s'ajoutent les personnes en processus d'asile (voir partie 2.2).

Nombre de consultations (domaine ambulatoire) :

Pour la catégorie de prestataires médecin, il s'agit des consultations et des visites à domicile calculées en fonction des traitements sur la base du tarif médical (positions TARMED permettant d'identifier une consultation ou une visite à domicile). Pour la catégorie de l'hospitalier ambulatoire, il s'agit uniquement du nombre de consultations pour les traitements effectués en ambulatoire sur la base du tarif médical.

Nombre de journées d'hospitalisation (domaine intra-muros) :

Les journées d'hospitalisation sont comptabilisées selon les pièces justificatives reçues par les assurances-maladie.

2.4 Décomposition de la variation des coûts nets

La décomposition de la variation des coûts permet d'analyser plusieurs facteurs qui peuvent expliquer l'évolution des coûts. Il s'agit dans ce rapport de mettre en évidence et de quantifier quatre facteurs principaux qui ont influencé l'évolution des coûts entre 1998 et 2010.

La méthode utilisée provient de l'article « coûts du système de santé et démographie » (Gerber 2005). Pour éviter d'accorder trop d'importance à une année précise, nous avons regroupé, à partir de la série de données 1998 à 2010, les trois premières années (A_1) et les trois dernières (A_2). Nous avons calculé la moyenne des coûts des trois premières et trois dernières années. La variation réelle en CHF entre 1998/2000 et 2008/10 est séparée en quatre effets : « population », « structure d'âge », « recours » et « autres facteurs ». L'effet « population » représente l'augmentation des coûts qui est due à l'augmentation de la population. Il est obtenu en multipliant le coût moyen par assuré de 1998/2000 par le nombre d'assurés moyen de 2008/10. En sommant pour chaque classe d'âge le résultat de la multiplication du coût par assuré par l'effectif, nous obtenons un effet qui comprend à la fois l'effet « population » et l'effet « structure d'âge ». En sommant pour chaque classe d'âge le résultat de la multiplication du coût par consultation par le taux de recours, nous obtenons un effet qui comprend les effets « population », « structure d'âge » et « recours ». Les effets « structure d'âge » et « recours » sont obtenus par soustraction. L'effet « autres facteurs » correspond à la part de la variation qui n'est pas expliquée par les effets « population », « structure d'âge » et « recours ».

2.5 Standardisation par âge

Dans la cadre d'une comparaison inter-cantonale, il est important de tenir compte des différences cantonales liées à la structure d'âge de la population. Dans le but d'éliminer les différences des dépenses qui peuvent être dues à la structure d'âge, les données cantonales sont standardisées par âge. La structure de la population de chaque canton est ramenée à celle de la Suisse à l'aide d'une population-type (ou standard). La structure de la population standard prise en considération est celle composée par la moyenne du nombre d'assurés sur dix ans (2001-2010). Les données sont ensuite présentées sous la forme d'indice qui permet une comparaison directe des cantons.

2.6 Evolution des prix

Lorsque nous observons une série de données libellée en francs sur une longue période, il est important de tenir compte de l'évolution générale du niveau des prix et de pouvoir ainsi calculer une évolution en terme réel. La déflation désigne ici la pratique consistant à calculer pour une valeur nominale, la valeur réelle correspondante, c'est-à-dire la valeur corrigée de la variation des prix. Les coûts sont déflatés avec l'indice des prix à la consommation (annexe 4). Dans la suite du rapport, les coûts nominaux (non déflatés) seront désignés comme « à prix courants ». Cela signifie qu'il s'agit des coûts que nous avons observés à l'année mentionnée. Tandis que les coûts réels (déflatés) seront désignés comme « à prix constants ». Les coûts sont alors corrigés de l'évolution des prix, il s'agit des coûts que nous aurions observés si le niveau des prix était resté au niveau de l'année 1998 (année de référence dans ce rapport). Il faut relever que cette méthode peut légèrement surestimer la croissance des prix car une partie de l'augmentation peut aussi provenir de l'amélioration de la qualité des produits (par exemple des médicaments).

2.7 Limites

Les données utilisées pour ce rapport comprennent toutes les prestations remboursées par les assurances-maladie (coûts nets), la participation aux coûts des assurés et les subventions cantonales n'étant ici pas prises en compte. Les prestations pour les accidents couverts par les assurances-maladie par exemple pour les assurés sans employeur sont comptabilisées. En revanche, les prestations facturées aux assurances complémentaires, aux assurances accidents, militaire et invalidité ne sont pas incluses. Les frais administratifs des assurances-maladies sont également exclus, de même que toutes les factures qui ne leur ont pas été transmises. L'utilisation des coûts nets a l'avantage d'éliminer les effets dus aux différences de modèles d'assurance ou de franchise et permettrait notamment de mettre en relation les coûts (nets) avec les primes d'assurance-maladie. Ces résultats ne présentent toutefois que les dépenses des assurances-maladie dans le cadre de l'AOS.

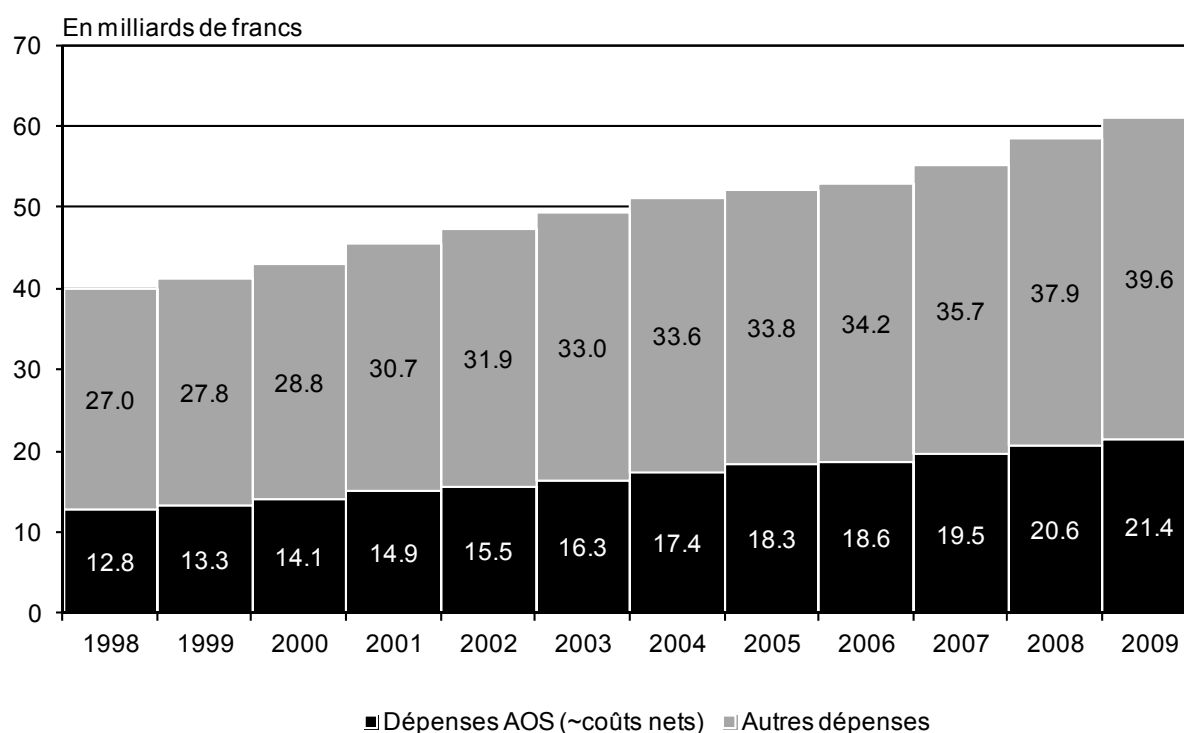
3 Résultats

3.1 Evolution des dépenses du système de santé

Les dépenses du système de santé ont augmenté continuellement durant la période que nous analysons pour atteindre 61 milliards de francs en 2009⁶ (figure 1). Cette augmentation correspond à une moyenne annuelle de 4,0%, ce qui est plus élevé que la croissance du PIB (à prix courants) sur la même période (2,8%). Cette évolution a pour conséquence que le domaine de la santé prend une place toujours plus importante dans l'économie nationale. Ce constat est aussi valable dans les autres pays industrialisés (OCDE 2011).

Le système suisse d'assurance-maladie répercute immédiatement une partie de l'augmentation des dépenses de santé sur l'ensemble des assurés au travers de l'évolution des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Si les dépenses de santé ont augmenté en moyenne de 4,0% entre 1998 et 2009, les dépenses de l'AOS⁷ progressent plus rapidement. La croissance annuelle moyenne des dépenses de l'AOS est de 4,8%, tandis qu'elle se monte à 3,5% pour le reste des dépenses entre 1998 et 2009. Les dépenses AOS représentent 35,1% des dépenses de santé en 2009 (32,1% en 1998).

Figure 1 Dépenses de santé en Suisse, selon l'agent payeur, 1998-2009, à prix courants



Source : OFS, Coûts et financement du système de santé, 2011

© Obsan

⁶ Les dépenses totales du système de santé s'élèvent à 62,5 milliards de francs en 2010 selon les données provisoires de l'OFS (OFS 2012). Environ un tiers de ces dépenses – 22 milliards de francs – est couvert par l'AOS. Entre 1998 et 2010, les dépenses AOS ont augmenté en moyenne de 4,6% par année, soit plus vite que les dépenses totales (3,8%). Les données définitives 2010 seront publiées en octobre 2012.

⁷ Selon l'agent payeur, il s'agit des dépenses de l'assurance-maladie de base (LAMal) sans la participation aux coûts des assurés, ni les dépenses de l'Etat (subventions des hôpitaux). A la différence des coûts nets présentés ci-après, les dépenses AOS selon l'agent payeur comprennent les frais administratifs des assurances-maladie.

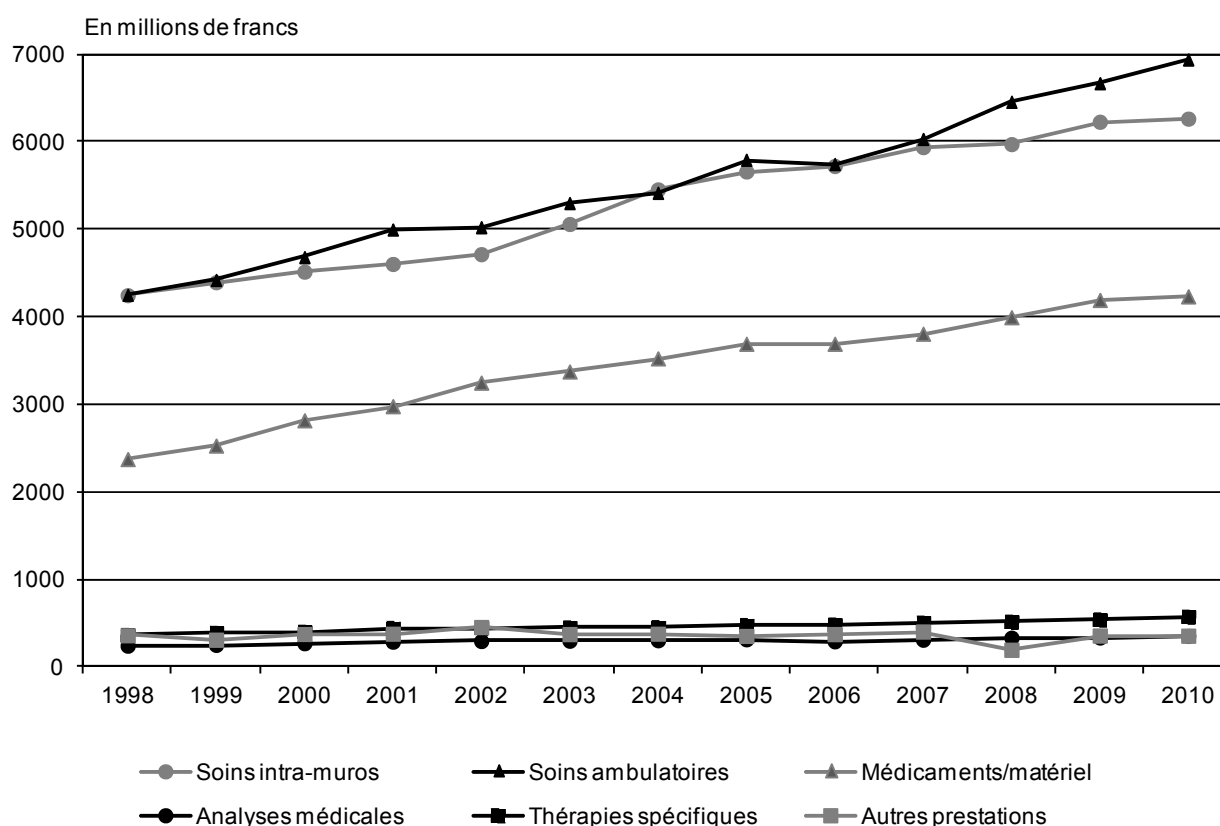
3.2 Evolution des dépenses de l'AOS selon la catégorie de prestations

3.2.1 Coûts nets totaux

La présente analyse porte sur les coûts nets à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon l'année du remboursement. Les coûts nets présentés ici reflètent les dépenses des assurances-maladie pour l'AOS à l'exclusion des frais administratifs.

Les coûts nets à la charge des assurances-maladie s'élevaient à 11,8 milliards de francs en 1998, ils se montent à 18,7 milliards de francs en 2010, soit une augmentation absolue de 6,9 milliards ou de 3,9% par année. Les données sont calculées à prix constants (IPC de 1998=100), cette augmentation n'est donc pas attribuable à l'inflation qui se monte en moyenne annuelle à 0,9%.⁸ (OFS 2011e). Trois catégories de prestations représentent 91,8% des coûts nets en 2010, il s'agit des prestations intra-muros (33,5%), ambulatoires (35,7%) et des médicaments/matériel (22,6%). Les prestations restantes sont les analyses (3,2%), les thérapies spécifiques (3,1%) et les autres prestations (1,9%). Ces prestations seront détaillées dans la suite du rapport. Les coûts nets ont augmenté pour toutes les catégories de prestations à l'exception des « autres prestations » (-0,1%) mais dans des proportions différentes (figure 2). Ainsi ce sont les médicaments/matériel qui enregistrent la hausse moyenne annuelle la plus élevée (4,9%), suivi des soins ambulatoires (4,2%), des thérapies spécifiques (3,9%), des soins intra-muros (3,3%) et des laboratoires (3,2%).

Figure 2 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations, Suisse, 1998-2010, à prix constants (1998=100)



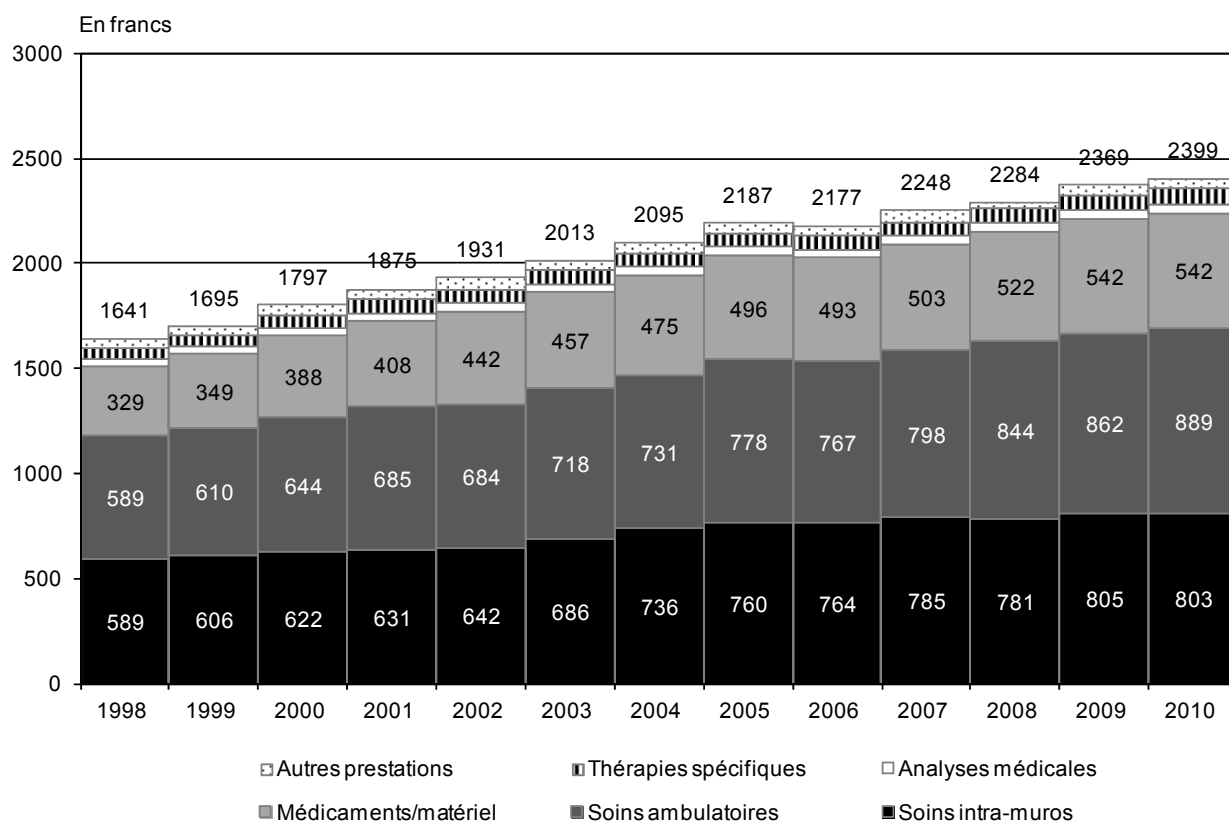
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

⁸ Les coûts nets analysés dans cette partie sont présentés à prix constants. Les coûts net à prix courants sont présentés dans l'annexe 5.

Les coûts nets par assuré sont passés de 1641 francs en 1998 à 2399 francs en 2010 ce qui représente une augmentation moyenne annuelle de 3,2% (figure 3). Entre 2005 et 2006, les coûts nets par assuré ont reculé passant de 2187 à 2177 francs. Cette baisse s'explique principalement en raison de l'introduction du nouveau tarif médical (TARMED) en 2004. En effet une partie importante des factures du domaine ambulatoire qui auraient dû être établies en 2004 ont été reportées en 2005. L'augmentation des coûts observée entre 2004 et 2005 aurait dû être plus modérée si toutes les prestations de 2004 avaient été facturées cette même année.

Figure 3 Coûts nets AOS par assuré selon la catégorie de prestations, Suisse, 1998-2010, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.2.2 Soins intra-muros

La catégorie intra-muros est composée des hôpitaux (séjours) et des établissements médico-sociaux (EMS). Les hôpitaux seront présentés selon quatre types : les hôpitaux universitaires, les hôpitaux de soins généraux, les cliniques psychiatriques et les autres. L'analyse détaillée par type d'hôpital n'est possible qu'à partir de l'année 2001.⁹

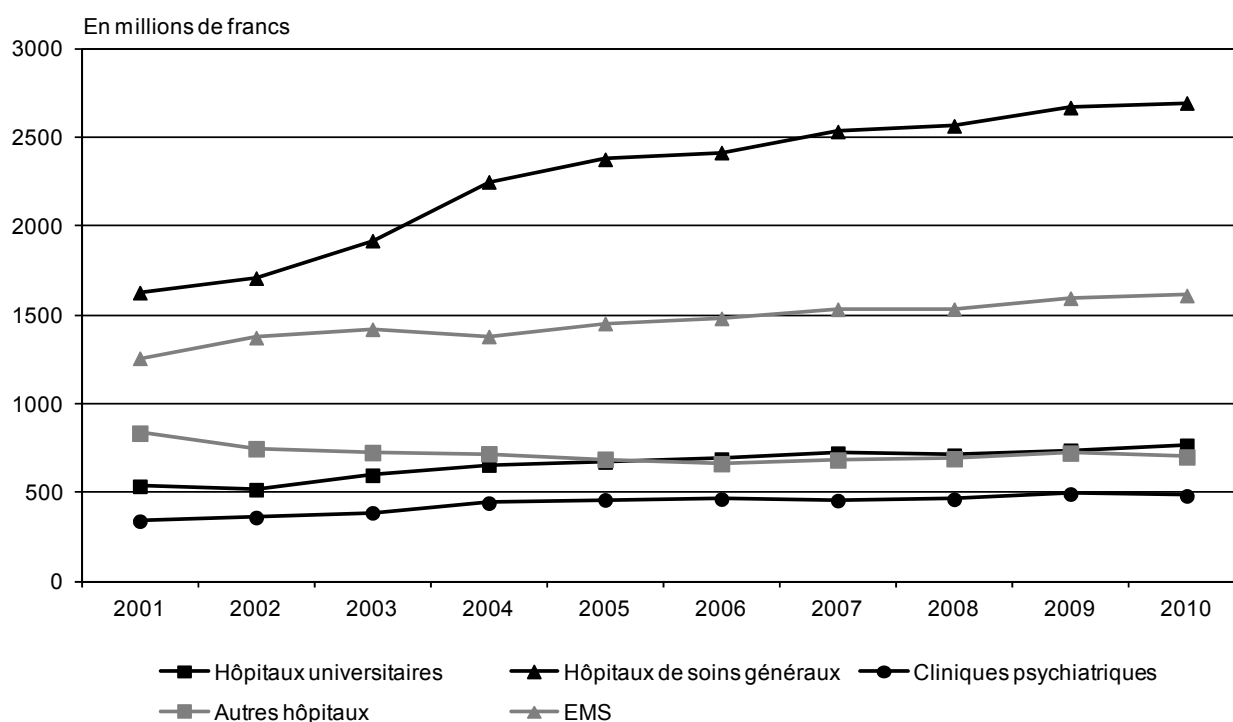
Une grande partie de l'augmentation des coûts observée dans les hôpitaux de soins généraux entre 2001 et 2004 est due à une modification de la répartition des hôpitaux dans la typologie des établissements de l'OFS (figure 4). La révision du registre des codes créanciers s'est effectuée en 2004 avec une correction rétroactive des données jusqu'en 2000. La classification des hôpitaux selon la typologie OFS est toutefois utilisable seulement à partir de 2001, car une grande partie des

⁹ Avant 2001, santésuisse utilisait sa propre classification des établissements qui ne correspondait pas à la typologie des établissements de l'OFS.

hôpitaux (principalement les hôpitaux de soins généraux) n'avaient pas encore de numéro au registre des établissements et des entreprises (REE) et étaient classés dans la catégorie « inconnu ». En tenant compte de ces considérations, ce sont les hôpitaux de soins généraux qui enregistrent la plus forte augmentation moyenne sur la période observée (5,8%).

La croissance importante des coûts des hôpitaux en 2003 est en partie due à un report de facturation des prestations effectuées en 2002. En effet en 2002, l'attente de plusieurs décisions cantonales sur le financement des soins a eu des conséquences sur l'évolution des coûts. Dans l'expectative, plusieurs hôpitaux ont retenu des factures (en particulier les factures avec assurances complémentaires, par exemple : BS, SO, AG) ou alors les assurances-maladie ont renvoyé les factures aux hôpitaux (principalement en Suisse romande). Par ailleurs, les cantons de Genève, Neuchâtel, Fribourg et Jura n'ont facturé aucune prestation pour la division commune de l'hôpital. De plus, plusieurs modifications dans la gestion des hôpitaux ont eu des conséquences sur la facturation : introduction de SAP dans le canton de Saint-Gall, Berne et Schaffhouse, introduction des APDRG dans le canton de Vaud.

Figure 4 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : soins intra-muros, 2001-2010, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Les hôpitaux universitaires enregistrent une hausse modérée des coûts (4,0%), comme les cliniques psychiatriques (3,9%). Ce sont les EMS qui enregistrent la hausse la plus faible (2,8%), tandis que les coûts sont en léger recul pour les autres hôpitaux (-1,9%). Cette baisse est attribuable à l'amélioration de la classification des hôpitaux dans la typologie des hôpitaux de l'OFS et par conséquent à la diminution du nombre d'hôpitaux classés dans la catégorie inconnu.

En 2004, l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux universitaires, de soins généraux et dans les cliniques psychiatriques, ainsi qu'une augmentation des tarifs ont pour conséquence une plus forte croissance des coûts. En plus, une partie des prestations des hôpitaux

jusqu'alors financée par les cantons s'est reportée sur l'assurance obligatoire des soins. Une autre explication est que durant la phase de neutralité des coûts imposée par l'introduction du nouveau tarif médical (TARMED), une partie des coûts de l'ambulatoire s'est reportée sur le domaine intra-muros des hôpitaux.

L'augmentation observée dans les EMS entre 2001 et 2002 est principalement due à un changement de catégorie. Jusqu'en 2001, les prestations des EMS étaient comptabilisées dans la catégorie de prestataires « hôpitaux ». A partir de 2002, les assurances-maladie étaient priées de saisir ces prestations dans la catégorie « EMS ».

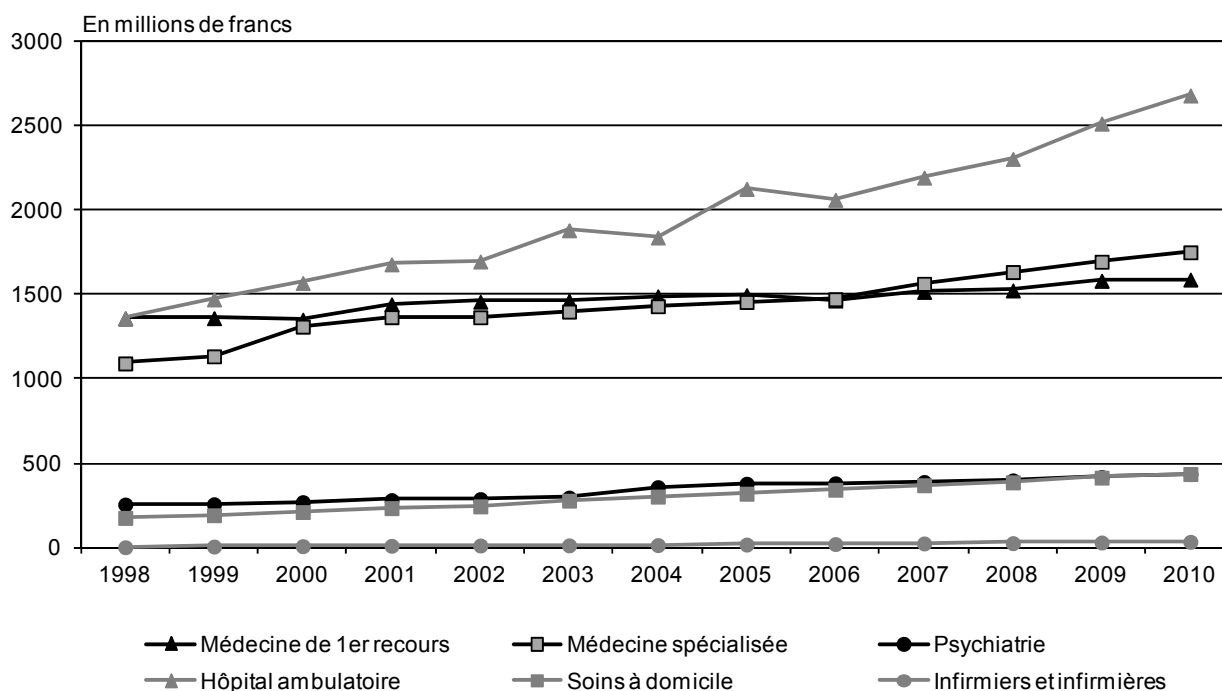
3.2.3 Soins ambulatoires

La catégorie soins ambulatoires est subdivisée en quatre types de prestataires : les médecins, les hôpitaux (domaine ambulatoire), les soins à domicile et les infirmiers/infirmières. Pour les médecins, nous distinguons la médecine de premier recours, la médecine spécialisée et la psychiatrie. La médecine de premier recours comprend les titres fédéraux de spécialistes suivants : « médecine générale », « médecine interne », « médecine praticienne sans spécialisation », « cabinet de groupe », « pédiatrie ». La psychiatrie comprend les titres fédéraux de « psychiatrie et psychothérapie » et « psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ».

Les prestations ambulatoires ont augmenté de façon continue et en moyenne de 4,2% par année depuis 1998. La proportion de la catégorie soins ambulatoires remboursées par les assurances-maladie est passée de 35,9% en 1998 à 37,1% en 2010.

Parmi les soins ambulatoires, les hôpitaux ambulatoires enregistrent une croissance annuelle importante de 5,8% par année. L'expansion du domaine ambulatoire des hôpitaux est illustrée graphiquement (figure 5). Les coûts nets de l'hôpital ambulatoire représentent à eux seuls 38,6% du total de cette catégorie de prestations (32,0% en 1998). Les autres prestataires de cette catégorie enregistrent aussi des taux de croissance élevés avec 7,8% pour les soins à domicile et 17,2% pour les infirmières et infirmiers. Ils représentent toutefois un volume de prestations moins important (6,9%). Enfin, si nous distinguons la croissance annuelle moyenne de la médecine de premier recours, de la médecine spécialisée et de la psychiatrie, l'évolution des coûts diffère fortement. La croissance des coûts pour la médecine de premier recours (1,3%) est bien inférieure à celle observée dans la médecine spécialisée (4,0%) et la psychiatrie (4,5%). Ils représentent 54,5% des coûts nets de cette catégorie de prestations.

Plusieurs éléments expliquent l'évolution observée entre 2004 et 2006. En raison de l'introduction de TARMED en 2004, un report très important de prestations s'est produit dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Ce report a pour conséquence une forte augmentation des prestations ambulatoires des hôpitaux entre 2004 et 2005, principalement pour des raisons comptables. Une partie de l'augmentation des coûts du domaine ambulatoire hospitalier s'explique aussi en raison des médecins agréés des hôpitaux qui ne facturent plus leurs prestations sous leur propre code créancier, mais sous celui de l'hôpital. Enfin, l'introduction de nouvelles franchises plus élevées en 2005 a conduit à un report d'une partie du financement des prestations de l'AOS sur les ménages privés.

Figure 5 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : soins ambulatoires, 1998-2010, à prix constants (1998=100)

Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.2.4 Médicaments et matériel

Le pool de données permet d'identifier les prestataires qui délivrent des médicaments et le matériel remboursés par l'AOS. Il s'agit des médecins (1^{er} recours, spécialistes, psychiatres), de l'hôpital ambulatorio, des pharmacies, des soins à domicile (à partir de 2002) et des centres de remise LiMA. Il n'est en revanche pas possible de connaître le coût de l'ensemble des médicaments car la distinction entre médicaments, matériel et prestations médicales n'est pas possible pour tous les prestataires, notamment pour l'hôpital intra-muros et les EMS.

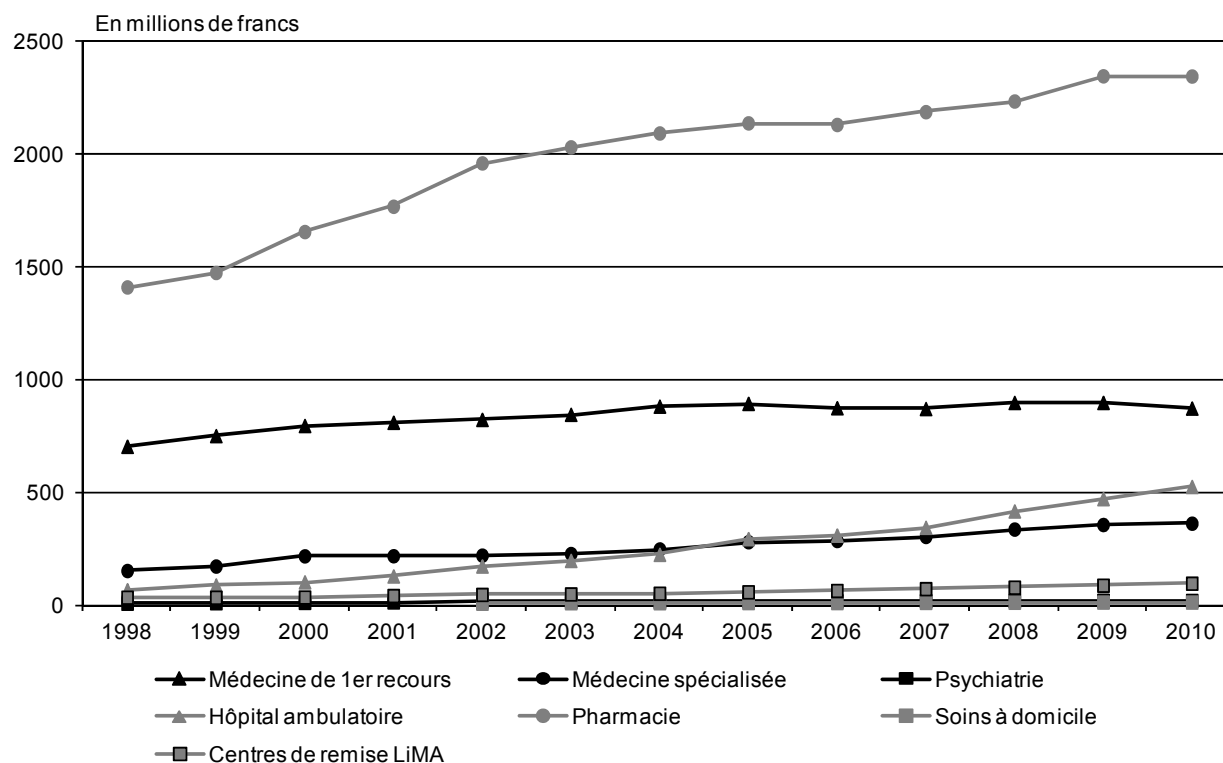
Comme le montre le rapport Obsan 50 sur la consommation et les coûts des médicaments (Roth et Moreau-Gruet 2011), les coûts de médicaments ont continué de progresser au cours des dernières années, malgré les différentes mesures prises dans ce domaine pour freiner cette tendance. Les coûts nets des médicaments et matériel ont augmenté en moyenne de 5,9% par année entre 1998 et 2010 (figure 6). Pour la même période, la croissance annuelle moyenne des coûts se différencie selon le prestataire qui délivre les médicaments : l'hôpital ambulatorio enregistre une hausse de 18,8%, suivi de la psychiatrie (8,6%), des centres de remise LiMA (9,1%), de la médecine spécialisée (7,5%), des soins à domicile (entre 2002 et 2010 : 6,4%), des pharmacies (4,3%) et de la médecine de premier recours (1,8%).

La part des coûts nets des médicaments/matériel délivrée en pharmacie s'élève à 55,4%, suivi de la médecine de premier recours (20,6%), l'hôpital ambulatorio (12,4%), la médecine spécialisée (8,6%), les centres de remises LiMA (2,3%), la psychiatrie (0,5%) et les soins à domicile (0,3%). Notons que les parts de coûts des médicaments/matériel délivrés en pharmacie et par les médecins de premier recours ont reculé depuis 1998 contrairement à celle des autres prestataires.

La différenciation de la participation aux coûts pour certains médicaments, introduite en janvier 2006 (OFSP 2011), a eu pour conséquence une augmentation de la part des médicaments génériques vendus et a conduit à une baisse de prix des préparations originales (Santésuisse 2007). Notons aussi que deux effets se sont partiellement compensés à savoir une baisse de prix pour les

médicaments dont le brevet était échu et une augmentation des prix pour les médicaments protégés par un brevet.

Figure 6 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : médicaments et matériel, 1998-2010, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

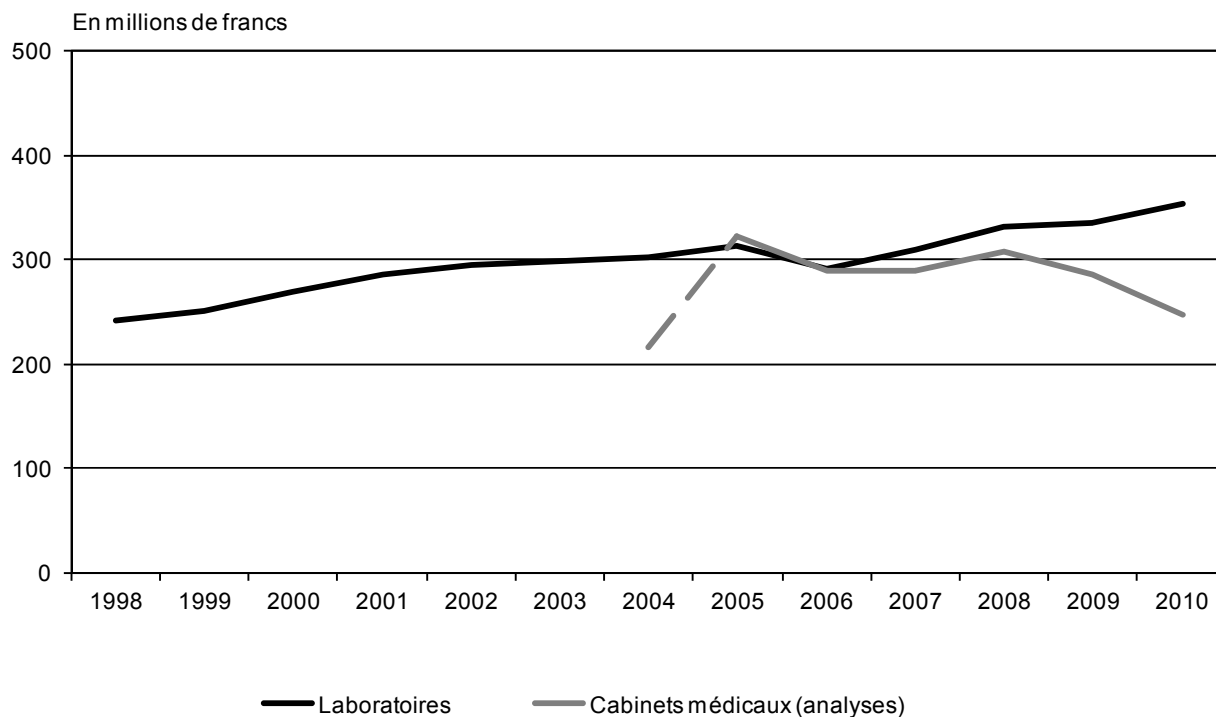
© Obsan

3.2.5 Analyses médicales

Les résultats permettent de présenter uniquement les coûts pour les laboratoires et, à partir de 2004, les coûts des analyses effectuées dans les cabinets médicaux (une partie des analyses en cabinets médicaux n'était pas entièrement comptabilisée dans cette catégorie en 2003 et 2004). Les analyses médicales effectuées dans les hôpitaux et les pharmacies ne peuvent pas être présentées séparément. Cette partie présente les analyses des cabinets médicaux séparément à titre comparatif. Notons que les analyses des cabinets médicaux sont incluses dans les prestations ambulatoires des médecins de 1^{er} recours et spécialiste (partie 3.2.3).

La baisse des coûts des analyses médicales observée en 2006 s'explique par une baisse du tarif du point de un franc à 90 centimes (figure 7). Cette baisse s'observe pour les deux catégories présentées, à savoir les laboratoires et les cabinets médicaux. En juillet 2009, les nouveaux tarifs pour les analyses des laboratoires déploient leurs effets sur les coûts partiellement en 2009 et entièrement en 2010 principalement dans les cabinets médicaux. Ils n'ont par contre pas conduit à une baisse des coûts des laboratoires en 2010.

Figure 7 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : analyses médicales, 1998-2010, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

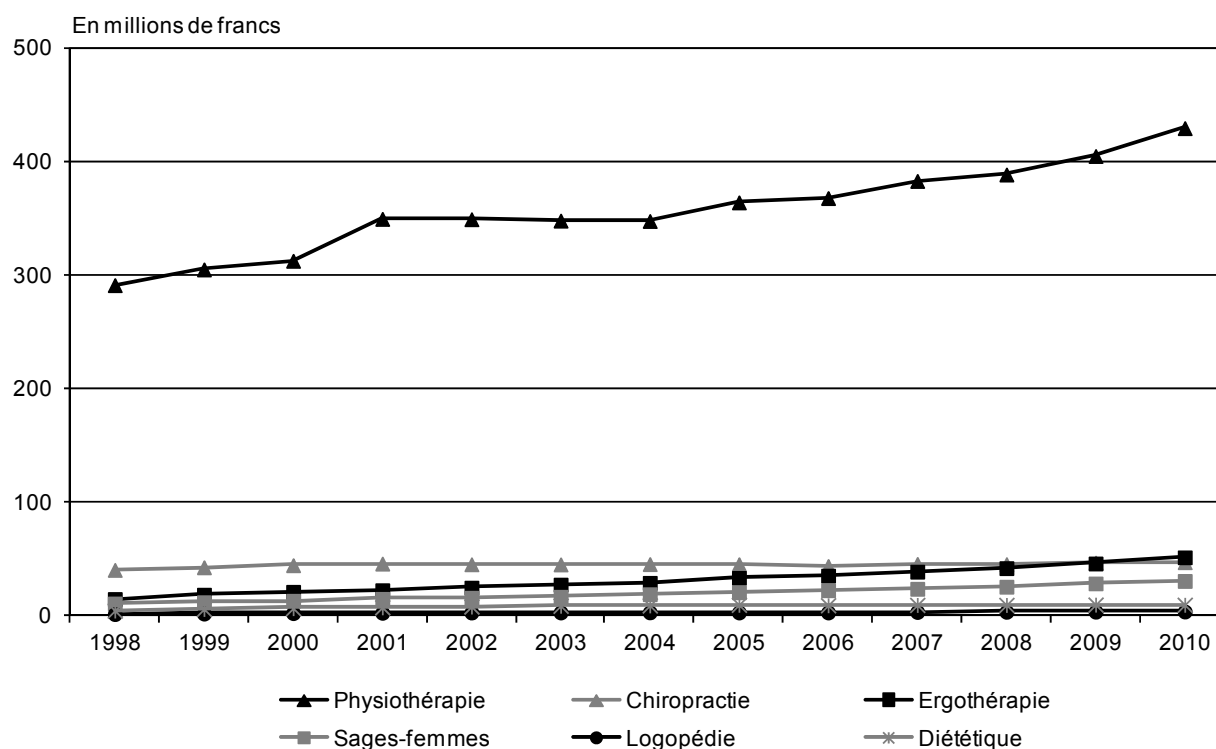
© Obsan

3.2.6 Thérapies spécifiques

La partie thérapies spécifiques regroupe les autres prestataires qui peuvent facturer des prestations à l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit des prestataires de physiothérapie, chiropractie, sages-femmes, logopédie, ergothérapie et diététique. La part de la physiothérapie représente environ 75% des coûts de cette catégorie.

La croissance annuelle moyenne est très variable selon la catégorie de prestataires (figure 8). Elle est relativement modérée pour les physiothérapeutes (3,3%), les chiropraticiennes et chiropraticiens (1,3%), tandis qu'elle est plus importante pour les diététiciennes et diététiciens (6,3%), les logopédistes (7,8%), les sages-femmes (9,0%) et les ergothérapeutes (10,9%).

Figure 8 Coûts nets AOS selon la catégorie de prestations : thérapies spécifiques, 1998-2010, à prix constants (1998=100)



3.2.7 Autres prestations

Les autres prestations représentent le 1,9% des coûts nets AOS en 2010. Elles enregistrent un recul de -0,1% en moyenne annuelle entre 1998 et 2010. En raison du nombre important de prestataires qui constituent les „autres prestations“ (annexe 3), il est difficile d'interpréter l'évolution des coûts de cette catégorie, qui ne fait pas l'objet d'une analyse détaillée.

3.3 Evolution des dépenses de l'AOS selon les cantons

3.3.1 Introduction

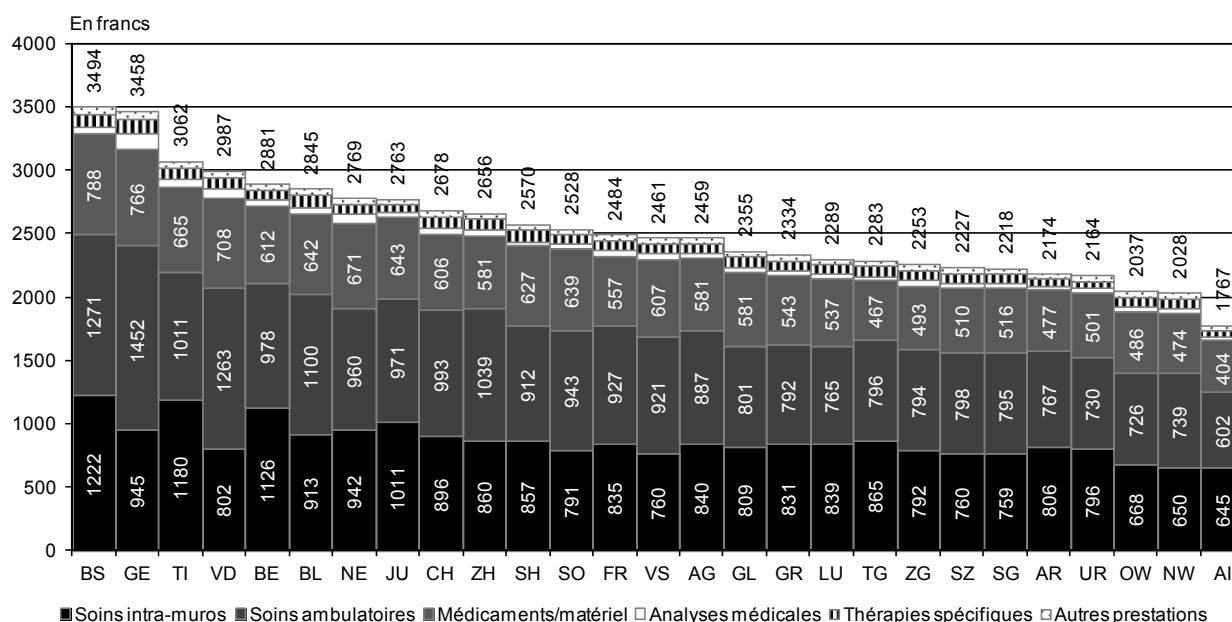
Les différences cantonales des coûts de la santé font partie des thèmes qui préoccupent l'Obsan depuis plusieurs années. Une recherche de littérature de l'Obsan (Camenzind 2008) montre que les études portant sur les disparités cantonales en matière de niveau et d'évolution des coûts de la santé ont pour facteurs de hausse : la densité des médecins, la structure par âge, la répartition selon le sexe, le taux de chômage, le degré d'urbanisation, l'appartenance à une langue et une culture latine, la densité de pharmacies et le progrès technique. D'autres facteurs tels que le taux de mortalité, la croissance des salaires en termes nominaux, la densité de lits d'hôpitaux, la proportion de cliniques spécialisées, la proportion de personnes socialement marginalisées, la remise de médicaments dans les cabinets médicaux, la proportion d'étrangers, ainsi que les prix des biens et services du domaine de la santé sont également mentionnés.

Les disparités observées entre les cantons mettent en évidence des modes de fonctionnement différents de leur système de santé et ont tendance à rester constantes sur la période observée. Les

données provenant du pool de données donnent un aperçu de l'évolution des coûts dans les cantons et selon les catégories de prestations. Le regard historique sur l'évolution des coûts permet de mettre en évidence certains changements dans l'organisation des systèmes de santé cantonaux tels que la promotion des soins à domicile par rapport aux soins en EMS, le report de prestations intra-muros vers le domaine ambulatoire des hôpitaux, etc.

Les résultats présentés ici montrent que les disparités de coûts existaient déjà peu après l'introduction de l'assurance obligatoire des soins et – à quelques exceptions près – sont restées relativement constantes ces douze dernières années. Les cantons avec des coûts nets par assuré élevés tels que Genève et Bâle-Ville restent les plus chers ; les petits cantons tels que Nidwald et Appenzell Rhodes-Intérieures restent les moins chers. Quelques cantons changent de rang entre 1998 et 2010 : le canton de Berne passe par exemple du 10^{ème} au 5^{ème} rang des cantons avec les coûts nets par assuré les plus élevés (les données de 1998 sont présentées dans l'annexe 6). En 2010, les coûts nets par assuré (à prix courants) oscillent entre 1767 francs (AI) et 3494 francs (BS), soit presque 100% de différence entre ces deux cantons (figure 9).

Figure 9 Coûts nets par assuré selon la catégorie de prestations, par canton de domicile des assurés, 2010, à prix courants



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Il existe d'importantes différences régionales selon la catégorie de prestations. Ces écarts sont parfois imputables à la diversité des législations cantonales (par exemple en matière de remise des médicaments ou de subsides aux hôpitaux). Pour les cantons dont les coûts nets se situent au-dessus de la moyenne, d'importantes différences existent entre les répartitions des soins intra-muros et ambulatoires. Les coûts nets par assuré des soins intra-muros du canton de Vaud sont par exemple inférieurs à la moyenne suisse. En revanche les assurés du canton de Vaud et de Genève présentent les coûts les plus élevés dans les soins ambulatoires, après Bâle-Ville. Dans ce dernier, une partie des coûts nets élevés s'explique par la structure d'âge de la population du canton. Afin de tenir compte des différences liées à la structure de la population, les résultats suivants seront standardisés par âge.

Cette partie présente de façon très synthétique les différentes évolutions des coûts nets des cantons. Les données sont standardisées par âge et présentées à prix constants (1998=100). De cette façon,

les différences cantonales sont liées à d'autres facteurs que la structure d'âge de la population et l'évolution des coûts n'est pas due à l'inflation. Comme indiqué dans l'introduction de ce rapport, les facteurs qui expliquent les disparités cantonales de coûts feront l'objet d'une publication ultérieure.

3.3.2 Soins intra-muros

La comparaison des cantons à l'aide d'un indice permet d'analyser l'évolution des coûts entre 1998 et 2010. Les cantons sont classés par ordre décroissant selon l'indice de 2010. Les valeurs de 1998 sont également indiquées et permettent de comparer l'évolution des coûts entre ces deux années. La variation annuelle moyenne entre 1998 et 2010 est représentée graphiquement en pour cent.

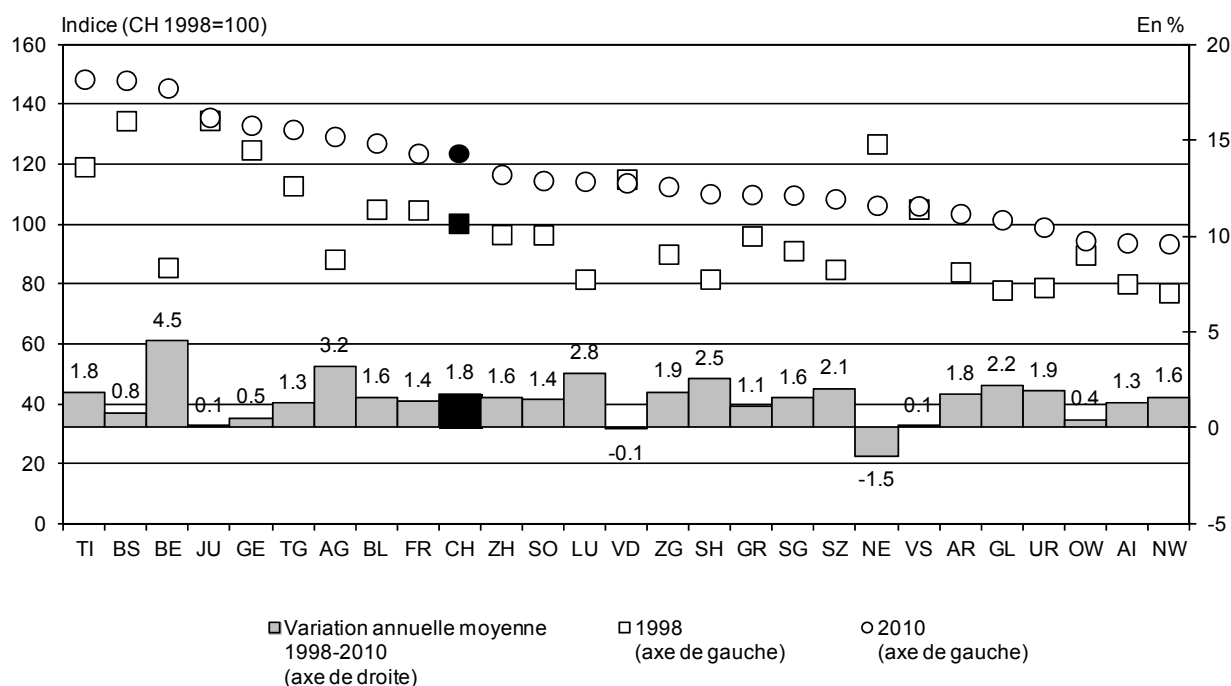
En 1998, le coût net standardisé par âge s'élève à 473 francs par assuré en Suisse pour les **hôpitaux intra-muros**. Cette valeur est utilisée comme référence à l'aide de l'indice 100 (figure 10). En 2012, ces mêmes coûts s'élèvent à 584 francs, l'indice atteint alors 123 ce qui correspond à une augmentation de 23% entre 1998 et 2010. Calculée annuellement, cette croissance correspond à 1,8% en moyenne (axe de droite). La variation annuelle moyenne oscille entre -1,5% (NE) et 4,5% (BE). De manière générale la croissance annuelle moyenne est modérée pour les hôpitaux intra-muros en comparaison des autres catégories de prestations analysées ci-après.

Les cantons de BE et d'AG qui avaient des coûts nets par assuré au-dessous de la moyenne suisse en 1998 ont enregistré une hausse annuelle moyenne importante des coûts et se situent en 2010 au dessus de la moyenne Suisse. Santésuisse (2005) explique la croissance parfois importante des coûts dans certains cantons non seulement par une augmentation des tarifs et des quantités de prestations mais aussi par un report des dépenses cantonales vers les assurances-maladie, ainsi que des prestations ambulatoires vers le domaine intra-muros en 2004 et ceci pour maintenir la neutralité des coûts pendant la phase d'introduction de TARMED (Santésuisse 2005). Dans le canton de Berne, le report de prestations des assurances complémentaires vers l'assurance de base joue un rôle important dans cette augmentation. Jusqu'en 2004, les dépenses pour les séjours de la partie commune des hôpitaux privés n'étaient en effet pas prises en charge par l'assurance de base.

Les cantons de Neuchâtel et de Vaud sont les seuls à enregistrer un recul des coûts des hôpitaux intra-muros. De manière générale, les cantons romands enregistrent une hausse des coûts plus faible que la moyenne suisse.

D'importants regroupements d'établissements hospitaliers sous une unique entité administrative (hôpital neuchâtelois, réseau santé valais, etc.) ont eu lieu ces dernières années. Ces restructurations ainsi que la diminution des durées de séjour - la durée de séjour est passée de 8,4 jours en 2000 à 7 jours en 2009 (Obsan 2011b) - ont probablement contribué à freiner l'augmentation des dépenses dans le domaine intra-muros.

Figure 10 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, hôpital intra-muros, à prix constants (1998=100)



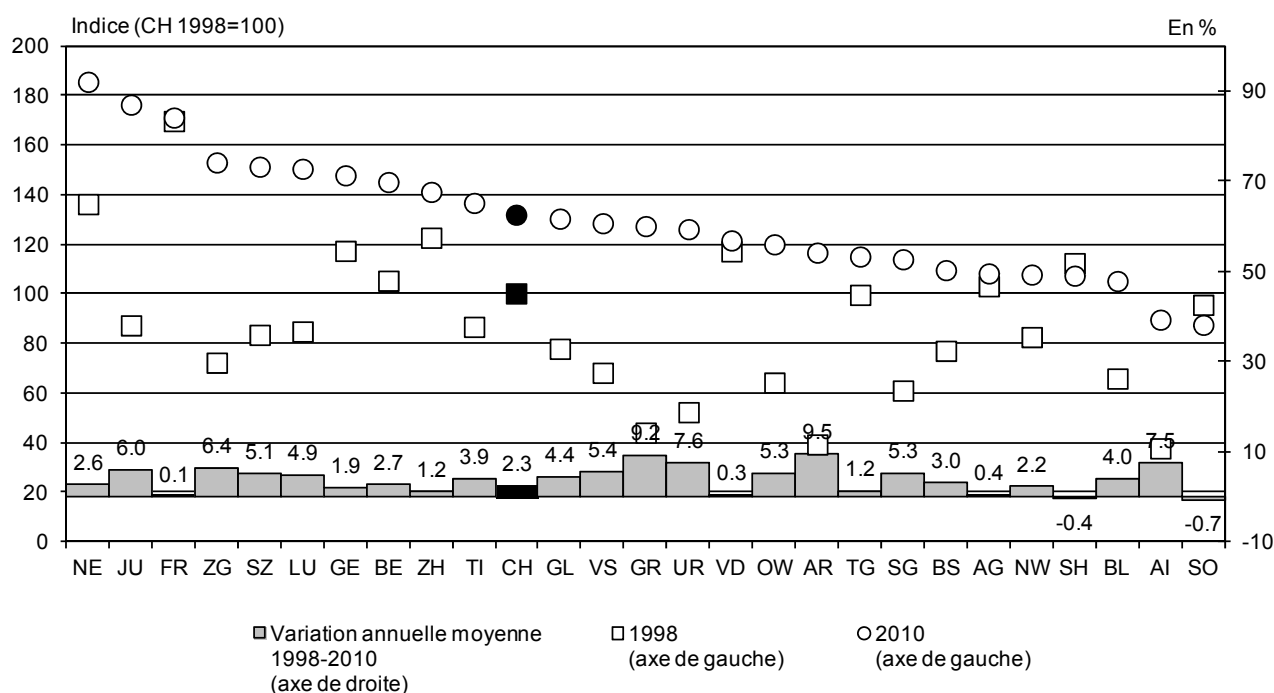
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Rappelons qu'il s'agit ici seulement de la partie des dépenses de l'hôpital intra-muros remboursée par les assurances-maladie. Les subventions cantonales varient fortement d'un canton à l'autre. La moitié au moins des coûts est prise en charge par le canton, le solde étant pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Le financement des hôpitaux par les cantons rend une comparaison des dépenses AOS plus difficile. Cette part peut varier de 41% (TI) à 74% (GE) et peut modifier l'interprétation des résultats de la figure 10 (OCDE, 2006).

Le prestataire **EMS** comprend les prestations de type « EMS » délivrés dans les hôpitaux et dans les EMS. En 1998, le coût net moyen s'élève à 151 francs par assuré pour les EMS (valeur de l'indice 100, figure 11). En 2010, il est de 199 francs, soit une croissance annuelle moyenne de 2,3% entre 1998 et 2010. Les disparités cantonales sont importantes pour ces prestataires, la croissance annuelle moyenne oscillant entre -0,7% (SO) et 9,5% (AR). Les différences de coûts entre les cantons sont également importantes : le coût net par assuré est, par exemple, de 280 francs dans le canton de Neuchâtel, alors qu'il est de 132 francs dans le canton de Soleure.

Figure 11 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, EMS, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Les cantons de JU, ZG, SZ, LU et TI qui présentaient des coûts inférieurs à la moyenne suisse en 1998 ont vu leurs coûts fortement augmenter et se trouvent en 2010 au-dessus de la moyenne suisse. Cette évolution n'est pas attribuable à la structure d'âge de la population étant donné que les indices sont standardisés par âge. Cette catégorie de prestations présente d'importantes disparités cantonales. La croissance de la population âgée de 65 ans et plus varie fortement selon les cantons, les besoins en lit dépendent aussi de cette évolution. Ces disparités reflètent ainsi les différences d'infrastructures (nombre de lits) disponibles dans les cantons. Le nombre de place par habitant de 65 ans et plus varie par exemple de 50 pour 1000 habitants dans le canton de Genève, à 120 pour 1000 dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures (Höpfinger et Bayer-Oglesby 2010). Le taux de prise en charge dans les institutions médico-sociales varie également selon le canton de domicile (Obsan 2011d).

3.3.3 Soins ambulatoires

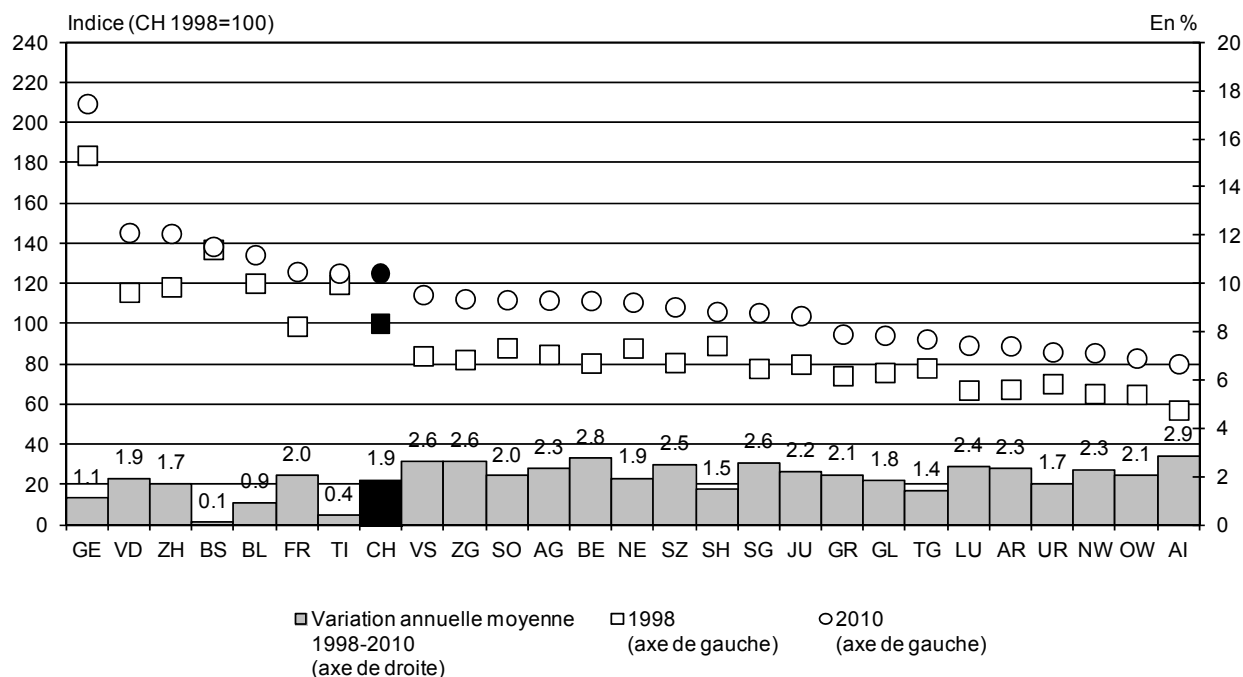
Les soins ambulatoires enregistrent la seconde plus forte croissance des coûts nets entre 1998 et 2010, après les médicaments/matériel (partie 3.2.3). Les prestataires de cette catégorie sont les médecins, l'hôpital ambulatorio, les soins à domicile, les infirmières et infirmiers. Ces deux derniers prestataires ne font pas l'objet d'une comparaison cantonale.

En 1998, le coût net moyen s'élève à 383 francs par assuré pour les **médecins** en cabinets privés (valeur de l'indice 100, figure 12). En 2010, il est de 478 francs, soit une croissance annuelle moyenne de 1,9% entre 1998 et 2010. La croissance annuelle moyenne oscille entre 0,1% (BS) et 2,9% (AI). Le coût net par assuré est particulièrement élevé à Genève avec 803 francs par assuré en 2010, tandis qu'il s'élève à 307 francs dans le canton d'Appenzell-Rhodes Intérieures.

Seul le canton de Fribourg, qui présentait des coûts nets inférieurs à la moyenne suisse pour les médecins en cabinet, a enregistré une hausse des coûts le plaçant au-dessus de la moyenne suisse

en 2010. Les cantons du Tessin (0,4%) et de Bâle-Ville (0,1%) enregistrent une faible augmentation des coûts nets des médecins sur cette période (en moyenne annuelle), mais restent plus coûteux que la moyenne suisse en 2010.

Figure 12 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, médecins, à prix constants (1998=100)



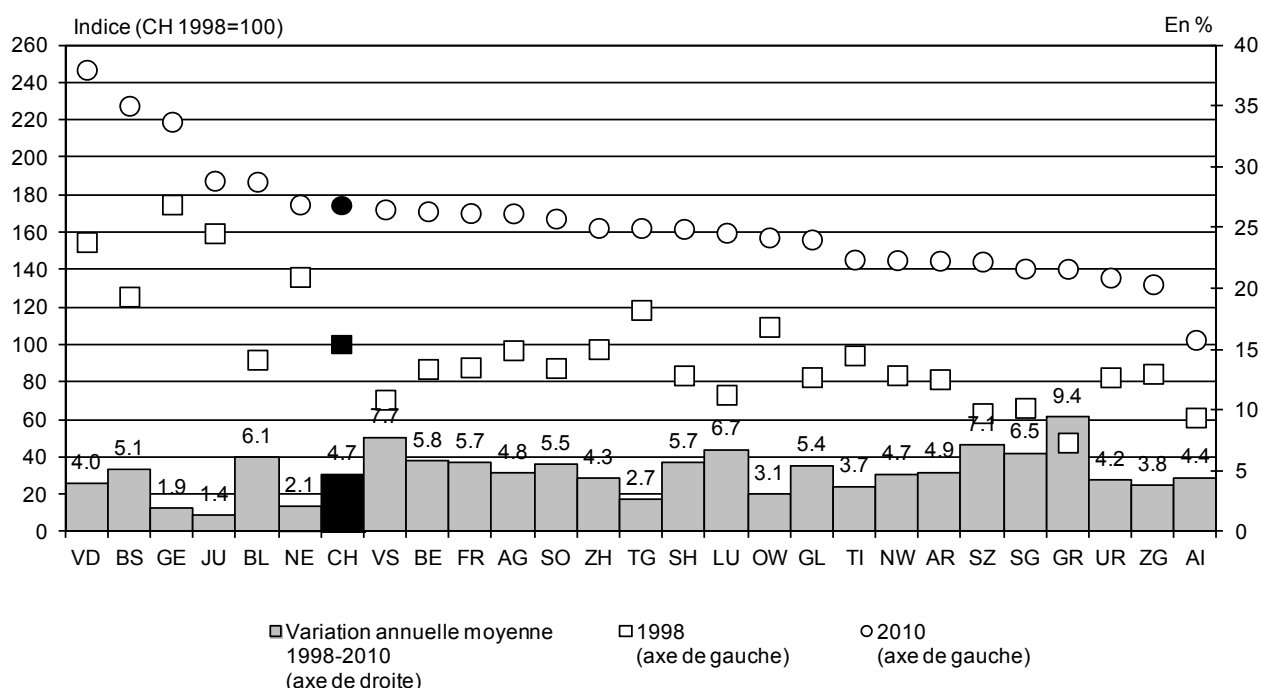
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

L'hôpital ambulatoire a connu plusieurs réformes au cours de ces douze années sous revues, notamment l'introduction de TARMED, la création de structures mixtes (hôpitaux et cabinets médicaux), le report des prestations intra-muros vers l'ambulatoire hospitalier, les progrès techniques par exemple dans l'imagerie médicale, etc.

Ces changements se reflètent dans l'augmentation des coûts nets par assuré pour ce domaine (partie 3.2.3). En 1998, le coût net moyen s'élève à 195 francs par assuré pour l'hôpital ambulatoire (valeur de l'indice 100, figure 13). En 2010, il est de 339 francs, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 4,7% entre 1998 et 2010. Cette dernière oscille en moyenne entre 1,4% (JU) et 9,4% (GR). Les disparités cantonales sont importantes, le coût net par assuré s'élève à 481 francs en 2010 dans le canton de Vaud et à 197 francs dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures.

Figure 13 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, hôpital ambulatorie, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Seul le canton de Bâle-Campagne qui se situait au-dessous de la moyenne suisse en 1998 passe au-dessus de cette moyenne en 2010. Plusieurs cantons enregistrent une hausse des coûts nets inférieure à la moyenne suisse (VD, GE, JU, NE, ZH, TG, OW, TI, UR, ZG, AI). Les cantons de Thurgovie et d'Obwald qui se situaient au-dessus de la moyenne suisse se trouvent à présent en-dessous.

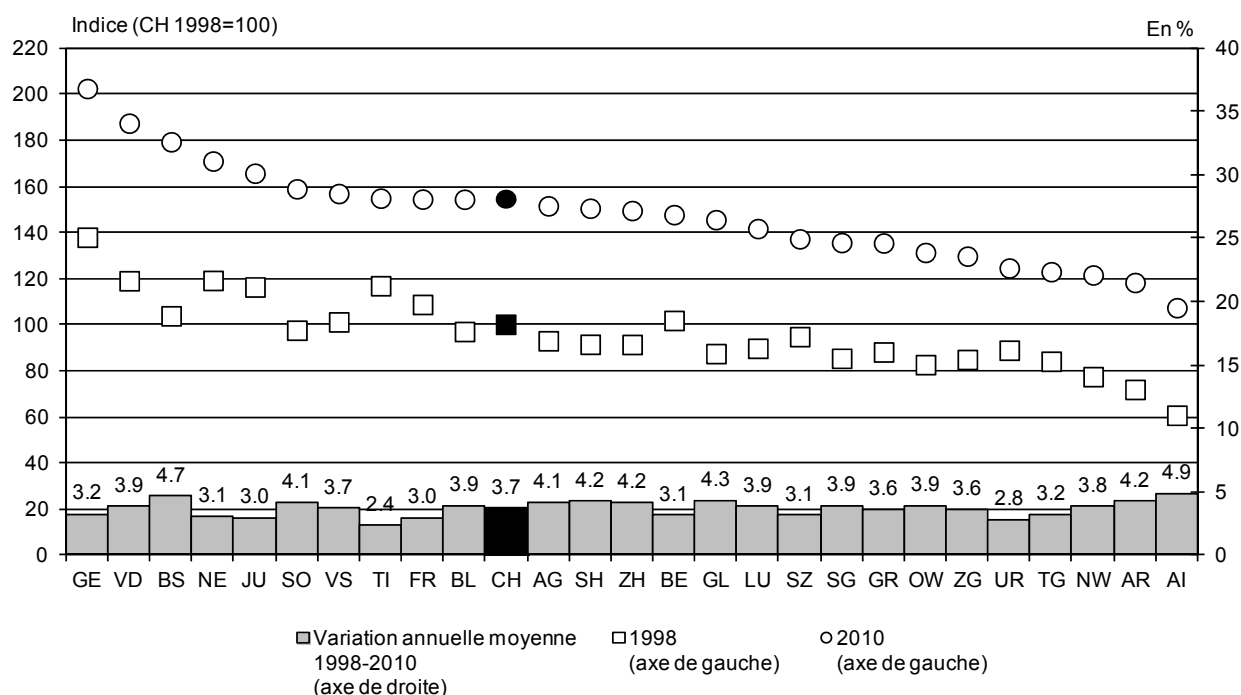
Le recours aux prestations ambulatoires hospitalières mesuré en nombre de consultations a fortement augmenté durant la période sous revue. La part des différents facteurs (population, âge, recours et autres facteurs) sera analysée dans la partie 3.4.7.

3.3.4 Médicaments et matériel

En 1998, le coût net moyen s'élève à 344 francs par assuré pour les prestations médicaments et matériel (valeur de l'indice 100, figure 14). En 2010, il est de 530 francs, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 3,7% entre 1998 et 2010. Cette dernière oscille en moyenne entre 2,4% (TI) et 4,9% (AI). Le coût net par assuré s'élève à 696 francs par assuré en 2010 dans le canton de Genève et à 369 francs dans le canton d'Appenzel Rhodes Intérieures.

Les cantons de SO et BL ont vu leurs coûts nets par assuré pour les médicaments/matériel augmenter de telle sorte qu'ils se situent en 2010 au-dessus de la moyenne suisse, alors qu'ils présentaient des coûts inférieurs en 1998. Les coûts nets du canton de Berne, en raison d'une croissance modérée (3,1%) se situent en 2010 en-dessous de la moyenne suisse, alors qu'ils étaient au-dessus en 1998.

Figure 14 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, médicaments et matériel, à prix constants (1998=100)



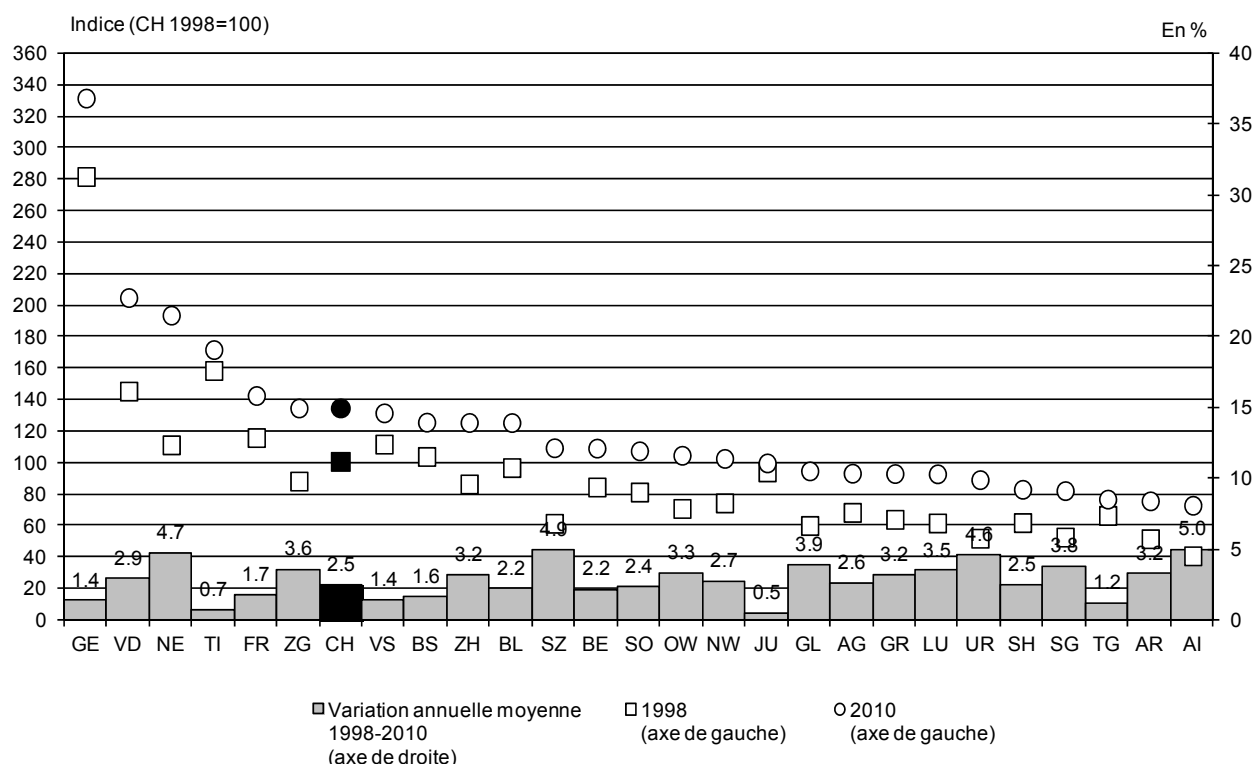
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.3.5 Analyses médicales

En 1998, le coût net moyen s'élève à 34 francs par assuré pour les analyses médicales des laboratoires (valeur de l'indice 100, figure 15). En 2010, il est de 45 francs, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 2,5% entre 1998 et 2010. Cette dernière oscille en moyenne entre 0,5% (JU) et 5,0% (AI). Les disparités de coûts sont considérables. En effet, le coût net s'élève à 111 francs par assuré en 2010 dans le canton de Genève, soit 5 fois plus que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (24 francs). A l'exception du Jura, les cantons latins (cantons romands et Tessin) présentent des coûts nets de laboratoires supérieurs à la moyenne suisse. Il faut relever que ces résultats ne tiennent pas compte des analyses effectuées dans les cabinets médicaux.

Figure 15 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, laboratoires, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Seul le canton de Zoug, qui présentait des coûts inférieurs à la moyenne suisse en 1998, a vu ses coûts nets augmenter à tel point qu'il se situe en 2010 au-dessus de la moyenne suisse. Cette augmentation est toutefois inférieure aux augmentations annuelles moyennes observées dans plusieurs autres cantons, tels que NE, SZ, GL, UR, SG et AI.

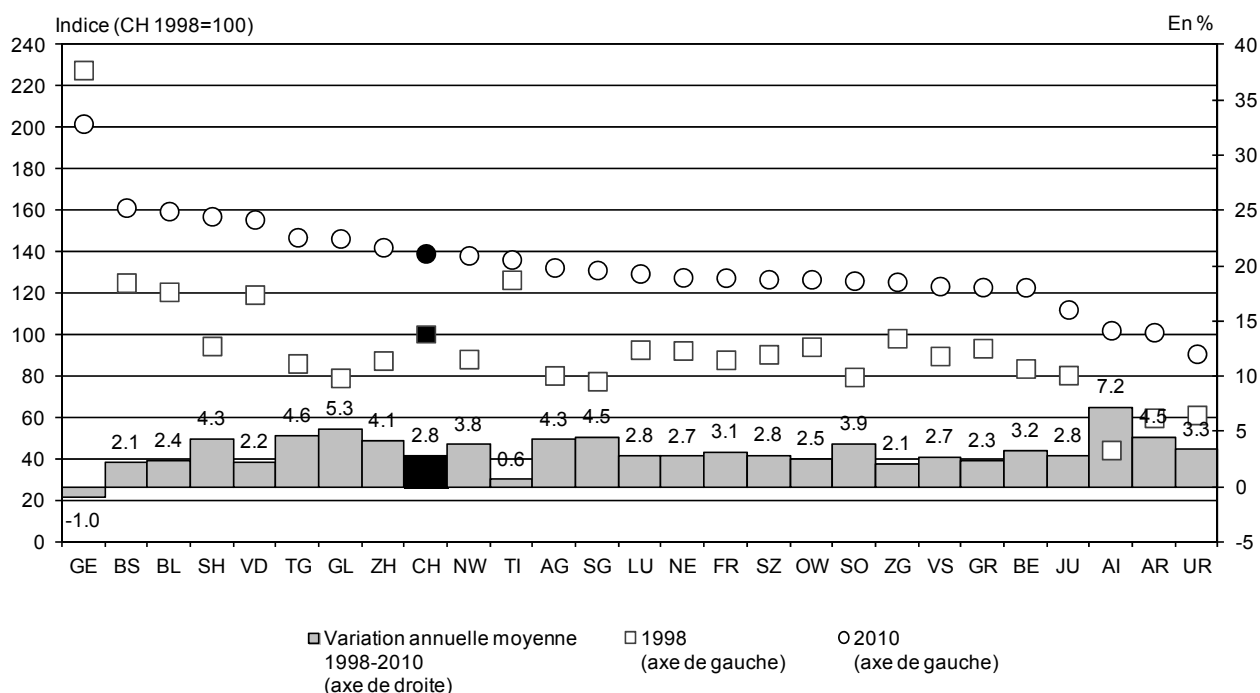
3.3.6 Thérapies spécifiques

Les thérapies spécifiques comprennent les prestataires physiothérapeutes, chiropraticiens et chiropraticiennes, sages-femmes, logopédistes, ergothérapeutes, diététiciennes et diététiciens. Les physiothérapeutes représentent environ 75% des coûts de cette catégorie de prestations.

En 1998, le coût net moyen s'élève à 52 francs par assuré pour les thérapies spécifiques (valeur de l'indice 100, figure 16). En 2010, il est de 72 francs, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 2,8% entre 1998 et 2010. Cette dernière oscille en moyenne entre -1,0% (GE) et 7,2% (AI). Le canton de Genève est le seul à avoir enregistré un recul des coûts nets pour cette catégorie, il reste toutefois le canton avec les coûts nets par assuré les plus élevés (indice de 202). Les coûts nets oscillent entre 105 francs par assuré en 2010 dans le canton de Genève et 47 francs dans le canton d'Uri.

Les cantons de SH, TG, GL et ZH ont enregistré une importante hausse annuelle des coûts nets dans cette catégorie (>4%) de telle sorte qu'ils se situaient en 1998 au-dessous de la moyenne et présentent en 2010 des coûts nets au-dessus de la moyenne suisse.

Figure 16 Indices des coûts nets par assuré et évolution annuelle moyenne (en %), standardisés par âge, par canton, 1998 et 2010, thérapies spécifiques, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.3.7 Commentaires

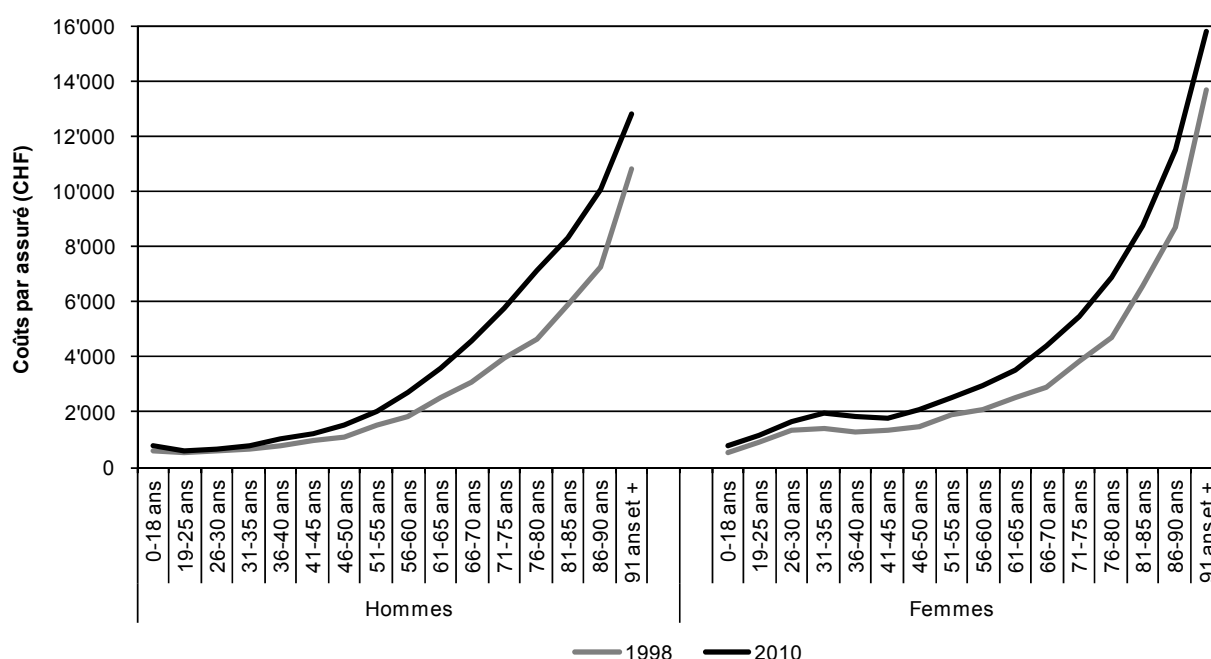
Les figures présentées dans cette partie ne sont qu'un aperçu des disparités cantonales en matière de dépenses de l'AOS. Dans la plupart des catégories de prestations, les disparités qui existaient en 1998 ont persisté pendant la période sous revue. Les catégories de prestations EMS et hôpital ambulatorio enregistrent des évolutions très différentes d'un canton à l'autre et ceci pour deux raisons. D'abord, l'infrastructure des cantons en matière d'hébergement et de soins aux personnes âgées s'adapte à l'évolution démographique des populations cantonales et à leurs habitudes (vieillessement, recours aux prestations des EMS, soins à domicile, etc.). Deuxièmement, les structures ambulatoires hospitalières répondent certes à un changement d'habitude de recours aux soins, mais aussi à une modification des prestations délivrées par les hôpitaux (répartition des prestations entre les domaines intra-muros et ambulatoires, augmentation du nombre de prestations délivrées : IRM, scanners, etc.).

3.4 Evolution des dépenses de l'AOS et du recours aux soins selon l'âge et le sexe

3.4.1 Introduction

Dans cette partie, nous analysons l'évolution des coûts de l'AOS entre 1998 et 2010 pour certaines catégories de prestations selon l'âge et le sexe. Il est important de prendre en compte ces deux variables car elles influencent directement les coûts. La figure 17 montre les coûts nets par assuré de l'AOS pour l'ensemble des catégories de prestations¹⁰ en 1998 et en 2010 selon le sexe et l'âge. Une relation positive entre l'âge et les coûts par assuré apparaît clairement. Le coût par assuré est plus élevé en 2010 qu'en 1998 pour toutes les classes d'âge et pour les deux sexes. Cette translation n'est pas de nature démographique, puisque les coûts sont analysés par classe d'âge et par assuré. Une dégradation de l'état de santé de la population pourrait être un facteur explicatif. Ce n'est pas le cas en Suisse. Selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé, l'état de santé auto-évalué s'est légèrement amélioré entre 1997 et 2007¹¹ (OFS 2011b). Toutefois, un changement dans la nature des maladies, par exemple l'augmentation des maladies chroniques qui nécessitent des soins de longue durée, pourrait expliquer une partie de cette évolution. Quels sont alors les autres facteurs d'influence ?

Figure 17 Coûts nets (en francs) AOS par assuré par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, ensemble des catégories de prestations, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

L'évolution des coûts dépend de nombreux facteurs. Gerdtham et Jönsson (2000) donnent un large aperçu de la littérature à ce sujet. Dans cet opuscle, nous nous contenterons d'abord quelques pistes. Une publication ultérieure de l'Obsan sera consacrée à l'étude spécifique de ces influences. La structure des assurés (âge et sexe) et le nombre d'assurés sont deux facteurs exogènes influençant les coûts nets de l'AOS (Gerber 2005). En Suisse entre 1998 et 2010, l'espérance de vie a augmenté

¹⁰ Les coûts par assuré de 1998 à 2010 sont présentés à l'annexe 7.

¹¹ A la question : « Comment est votre santé en général ? » 83,2 % des personnes interrogées ont estimé leur état de santé bon à très bon en 1997. Ce pourcentage est passé à 85,8 en 2002 et à 86,8 en 2007.

de 2,1 années pour les femmes et de 3,9 années pour les hommes (OFS 2011c) et la survie aux âges avancés s'est nettement améliorée (OFS 2009). Parallèlement, les coûts nets par assuré (à prix constants, 1998=100) de l'AOS sont passés de 1'641 francs à 2'399 francs entre 1998 et 2010, soit une hausse de 46% (figure 3). Aux vues de ces évolutions, il apparaît sensé de se questionner sur l'influence du vieillissement de la population sur les coûts de santé. Dans la littérature topique, le rôle du vieillissement de la population dans l'augmentation des coûts est controversé. Les dernières années de vie, autrement dit la proximité de la mort, ont plus d'importance dans l'évolution des coûts que le vieillissement de la population (Zweifel, Felder et al. 1999; Beck et Käser-Meier 2003; Dormont 2009; Nöthen 2011). L'innovation médicale est un autre facteur important dans l'évolution des coûts de la santé (Dormont 2009; Lamiraud et Lhuillery 2010). Les changements de pratiques par rapport aux soins sont aussi susceptibles d'influencer l'évolution des coûts AOS, changements pouvant s'illustrer par des modifications du comportement des patients ou des praticiens. Nous remarquons aussi que les coûts par assuré sont plus élevés chez les femmes et que le profil de coûts des femmes n'est pas tout à fait identique à celui des hommes, notamment dans les premières classes d'âge. Les femmes recourent davantage aux prestations médicales et occasionnent des coûts de santé plus élevés que les hommes. Ces différences sont en grande partie imputables à leur espérance de vie plus longue et aux coûts de maternité (Camenzind, Meier et al. 2005). Par contre, elles sont plus impliquées que les hommes dans les soins prodigués à des membres de la famille ou à des proches (Camenzind, Meier et al. 2005).

Les analyses graphiques de l'évolution des coûts selon les catégories de prestations (annexe 3) mettent en évidence les différences de comportement liées au sexe et à l'âge. La comparaison entre les deux sexes est limitée aux points essentiels. Pour plus de détails à ce sujet, le lecteur peut se référer à l'étude de Camenzind et Meier (2005). Afin de compléter nos interprétations, nous montrons (pour les catégories de prestations où les données sont disponibles) une estimation du recours aux soins¹². Nous terminons ce chapitre par une décomposition de la variation des coûts – selon la méthode présentée au point 2.4 – en quatre effets : population, structure d'âge, recours et autres facteurs.

3.4.2 Soins intra-muros

La catégorie de prestations intra-muros est séparée entre les deux prestataires hôpital intra-muros et EMS (annexe 3).

Pour le prestataire **hôpital intra-muros**, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 pour toutes les classes d'âge et pour les deux sexes à l'exception des 91 ans et plus (figure 18). Cette particularité n'est plus présente si les coûts 2010 sont comparés avec une année postérieure à 1998. Chez les hommes, la différence devient plus marquée à partir de 46 ans. Chez les femmes, l'évolution entre 1998 et 2010 est plus homogène pour toutes les classes d'âge. En 2010, la légère diminution des coûts de la dernière classe d'âge peut s'expliquer par la baisse particulièrement prononcée du nombre de journées d'hospitalisation par assuré pour cette classe d'âge (figure 19). Cette baisse peut refléter le fait que l'hôpital intra-muros avait une fonction de « transfert » ou « d'attente » avant qu'un patient puisse entrer dans un EMS.

Une tendance générale similaire se dégage pour les deux sexes (figure 18). Les coûts imputables aux hommes augmentent lentement jusqu'à l'âge de 50 ans, ensuite ils progressent fortement. Les coûts occasionnés par les femmes diffèrent toutefois sur deux points : ils augmentent jusqu'à 35 ans, puis ils diminuent pour les classes d'âge suivantes, pour augmenter à nouveau à partir de 45 ans. Cette première augmentation des coûts chez les femmes résulte des coûts liés à la maternité. Ce maximum local est aussi présent dans les catégories de prestations médecine spécialisée sans psychiatrie,

¹² Le recours est estimé sur l'ensemble des données du pool de données. Il n'est pas possible d'estimer un recours qui correspond aux coûts nets.

hôpital ambulatoire, analyses médicales et thérapies spécifiques. Il ne sera plus commenté dans la suite du rapport. A partir de la classe d'âge des 51 à 55 ans, les coûts inhérents aux hommes dépassent ceux des femmes. Cette différence peut provenir du recours, puisque le nombre de journées d'hospitalisation est plus élevé chez les hommes à partir de cette classe d'âge et jusqu'à la dernière, à l'exception des classes d'âge 81 à 85 et 86 à 90 (figure 19). Camenzind et Meier (2005, p. 80) avancent l'hypothèse selon laquelle les hommes à partir de 50 ans sont hospitalisés dans des services plus onéreux que les femmes.

Figure 18 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital intra-muros, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

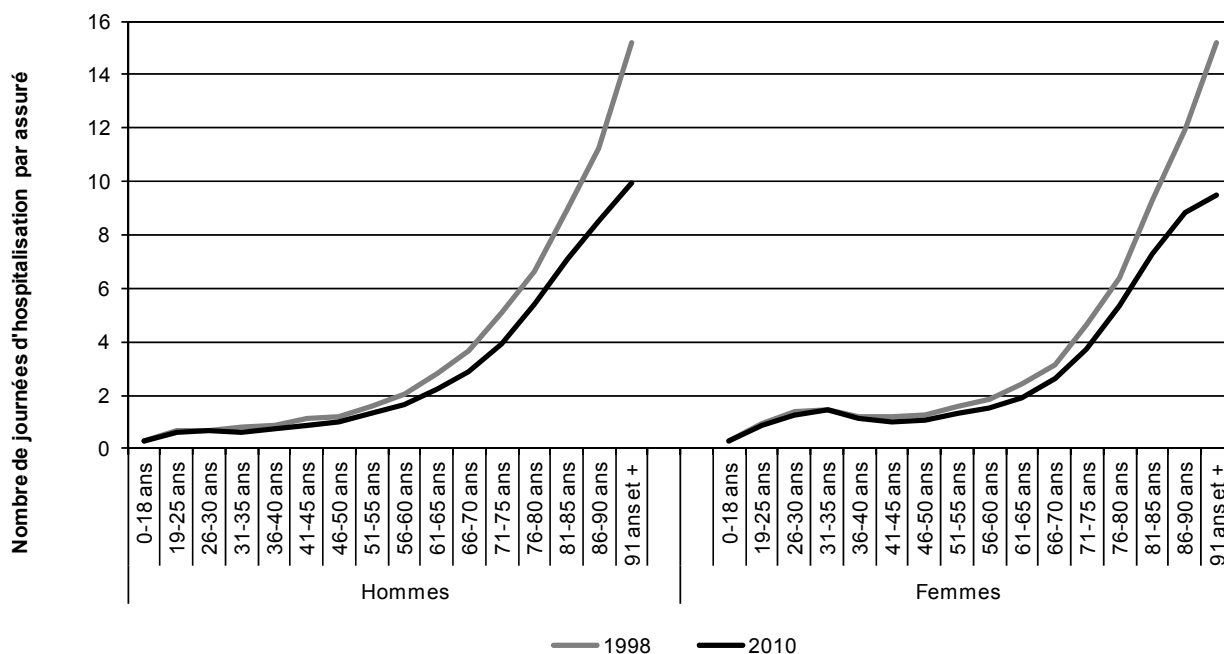
Le recours est estimé par le nombre de journées d'hospitalisation par assuré en hôpital intra-muros (figure 19). Entre 1998 et 2010 le recours a diminué pour toutes les classes d'âge à l'exception de la première. La diminution est particulièrement prononcée pour les deux dernières classes d'âge (voir commentaire figure 18). Cette diminution (pour toutes les classes d'âge à l'exception de la première) entre 1998 et 2010 peut être la conséquence d'un transfert de l'intra-muros vers l'ambulatoire hospitalier et vers la médecine spécialisée. Dans ce cas, on pourrait s'attendre à une baisse du taux d'hospitalisation¹³. Or, d'après le monitoring par indicateur de l'Obsan, ce taux a tendance à augmenter entre 2000 et 2009 (Obsan 2011c). Il n'en demeure pas moins que l'hypothèse d'un transfert n'est pas incompatible avec une augmentation du taux d'hospitalisation. En effet, un transfert de l'intra-muros vers l'ambulatoire hospitalier et vers la médecine spécialisée a pu limiter l'augmentation du taux d'hospitalisation. Par contre, la baisse du nombre de journées d'hospitalisation coïncide avec la diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers (Obsan 2011b). La réduction de la durée moyenne des séjours peut être un signe d'une amélioration des traitements (progrès technique) et/ou d'un changement dans les pratiques médicales.

Enfin, il est intéressant de relever que la diminution du nombre de journées d'hospitalisation par assuré n'a pas entraîné une diminution des coûts. Au contraire, les coûts ont augmenté entre 1998 et 2010 (figure 18). La journée d'hospitalisation coûte donc plus cher en 2010 qu'en 1998. Il peut s'agir

¹³ Le taux d'hospitalisation représente le nombre d'hospitalisations (nombre de cas d'hospitalisation) par habitant.

d'une augmentation de la quantité de traitements ou/et de l'utilisation de traitements plus onéreux. Cette dernière explication est une conséquence directe du progrès technique (Dormont 2009).

Figure 19 Journées d'hospitalisation par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpitaux intra-muros



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

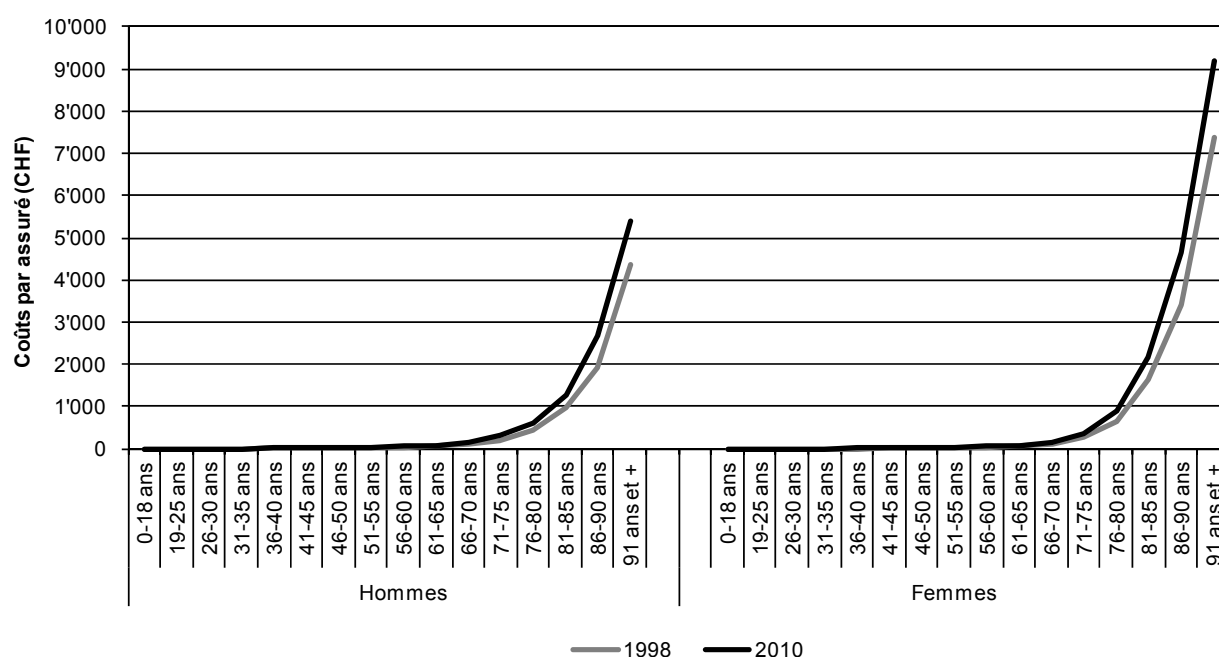
© Obsan

Pour le prestataire **EMS**, depuis la classe d'âge des 61 à 65 ans, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 pour toutes les classes d'âge (figure 20). Pour les deux sexes, la variation relative la plus faible se situe à la dernière classe d'âge (24%). La variation relative la plus forte se situe à la classe d'âge des 66 à 70 ans, avec 50% d'augmentation chez les hommes, respectivement 58% chez les femmes.

La relation entre les coûts par assuré et l'âge est semblable pour les deux sexes (figure 20). Les coûts sont négligeables jusqu'à la classe d'âge des 61 à 65 ans, puis ils augmentent fortement jusqu'à la dernière classe d'âge. Dans les classes d'âge avancé, les coûts inhérents aux femmes sont plus élevés que ceux des hommes. Cela traduit la différence de comportement entre les deux sexes en matière de soins. Les femmes soignent souvent leur époux à domicile alors qu'elles-mêmes dépendent des EMS en raison de leur espérance de vie plus longue que celle des hommes (Sturny 2004).

L'évolution du nombre de journées d'hospitalisation par assuré est similaire à l'évolution de leurs coûts (figure 21). Le coût par journée d'hospitalisation est donc resté relativement constant entre 1998 et 2010.

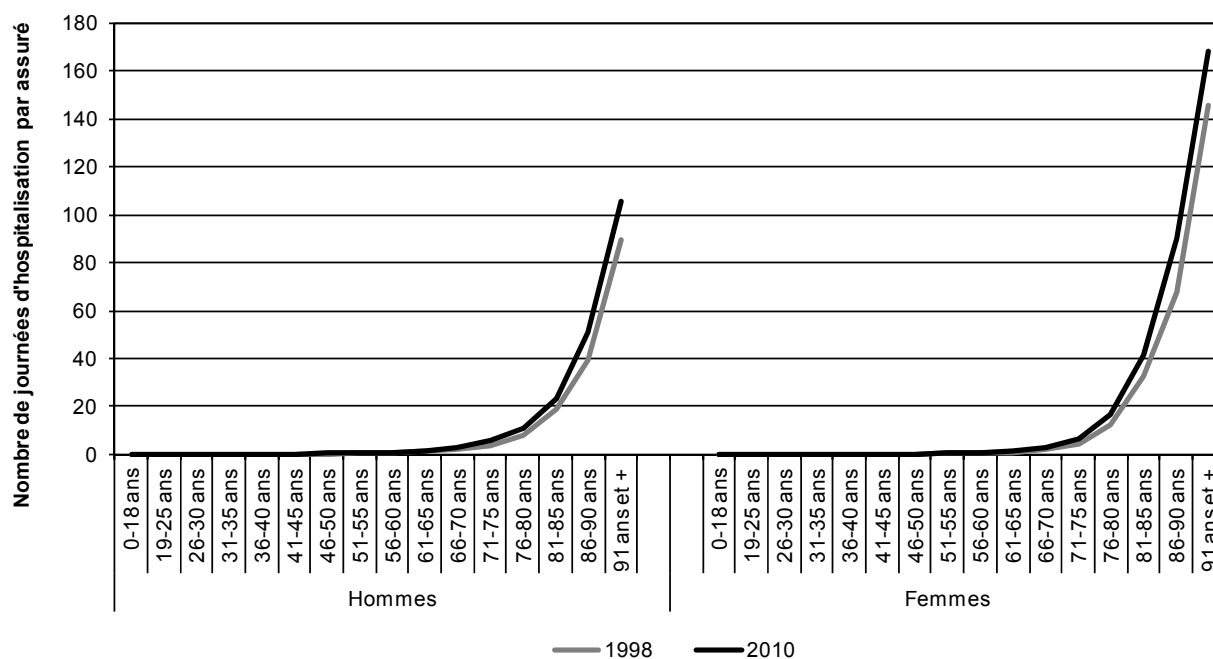
Figure 20 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, EMS, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Figure 21 Journées d'hospitalisation par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, EMS



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.4.3 Soins ambulatoires

La catégorie de prestations soins ambulatoires est composée de plusieurs prestataires : médecine de 1^{er} recours, médecine spécialisée sans psychiatrie, psychiatrie, ambulatoire hospitalier, soins à domicile et infirmiers, infirmières (non analysé dans cette partie du rapport) (annexe 3).

Pour le prestataire **médecine de 1^{er} recours**, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 pour la première classe d'âge, puis ils deviennent plus faibles (figure 22). Chez les femmes, les coûts sont à nouveau plus élevés à partir de 60 ans et chez les hommes à partir de 66 ans. L'augmentation de la franchise ordinaire et l'introduction des franchises élevées¹⁴ sont deux explications possibles pour cette diminution de coûts à la charge de l'AOS. Cela se confirme d'autant plus que pour les enfants (0-18 ans), la franchise ordinaire est restée à 0 franc. Il est important de préciser que cet effet franchise ne diminue pas les coûts de la santé, mais uniquement les coûts à la charge de l'AOS. Cette constatation est visible uniquement pour la médecine de 1^{er} recours.

La relation entre l'âge et le coût par assuré est similaire quel que soit le sexe (figure 22). Entre les deux premières classes d'âge, le coût par assuré diminue, puis il augmente continuellement jusqu'à 91 ans et plus. La diminution du coût par assuré après la première classe d'âge s'explique par la présence de la pédiatrie dans la médecine de 1^{er} recours. Les coûts de la pédiatrie sont principalement concentrés dans cette dernière. A l'exception de la première et de la dernière classe d'âge, le coût par assuré est toujours supérieur chez les femmes. Une explication envisageable des coûts supérieurs chez les hommes dans la première classe d'âge est le fait que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se blesser lorsqu'ils sont jeunes (HealthCanada 2001) et que les hommes, en bas âge, ont plus recours aux soins pour des maladies (Camenzind, Meier et al. 2005). Cette hypothèse se confirme en analysant les coûts de l'ambulatoire hospitalier (figure 27). Elle ne sera pas commentée dans la partie consacrée à l'ambulatoire hospitalier.

Figure 22 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine de 1^{er} recours, à prix constants (1998=100)



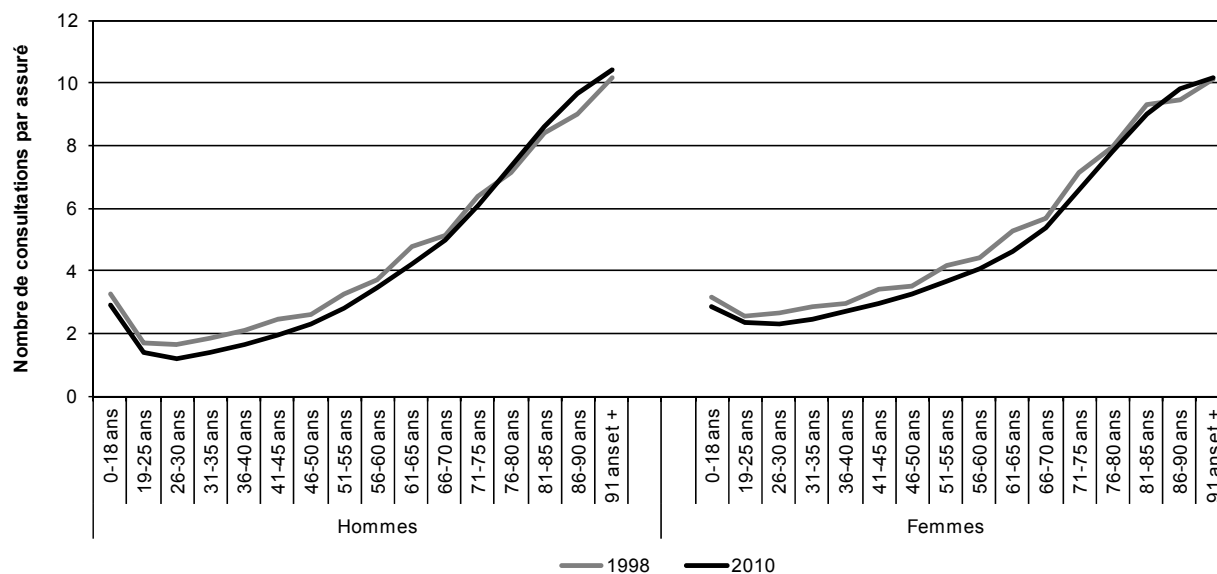
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

¹⁴ La franchise ordinaire est passée de 230 francs à 300 francs en 2004 ; en 2005 des franchises élevées (2000 et 2500 francs) ont été introduites (OFSP 2011).

Le nombre de consultations par assuré pour le prestataire médecine de 1^{er} recours augmente avec l'âge, hormis entre les deux premières classes d'âge (figure 23). Entre 1998 et 2010, nous observons une réduction du recours de 0 à 76 ans pour les hommes et de 0 à 85 ans pour les femmes. Le recours des femmes est supérieur à celui des hommes. L'augmentation des coûts par assuré entre 1998 et 2010 aux environs de 60 ans (figure 22) ne s'explique donc pas par une augmentation du recours pour ces classes d'âge, mais plutôt par un changement dans les prestations offertes aux patients (progrès médical, augmentation de la quantité de prestations par consultation).

Figure 23 Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine de 1^{er} recours



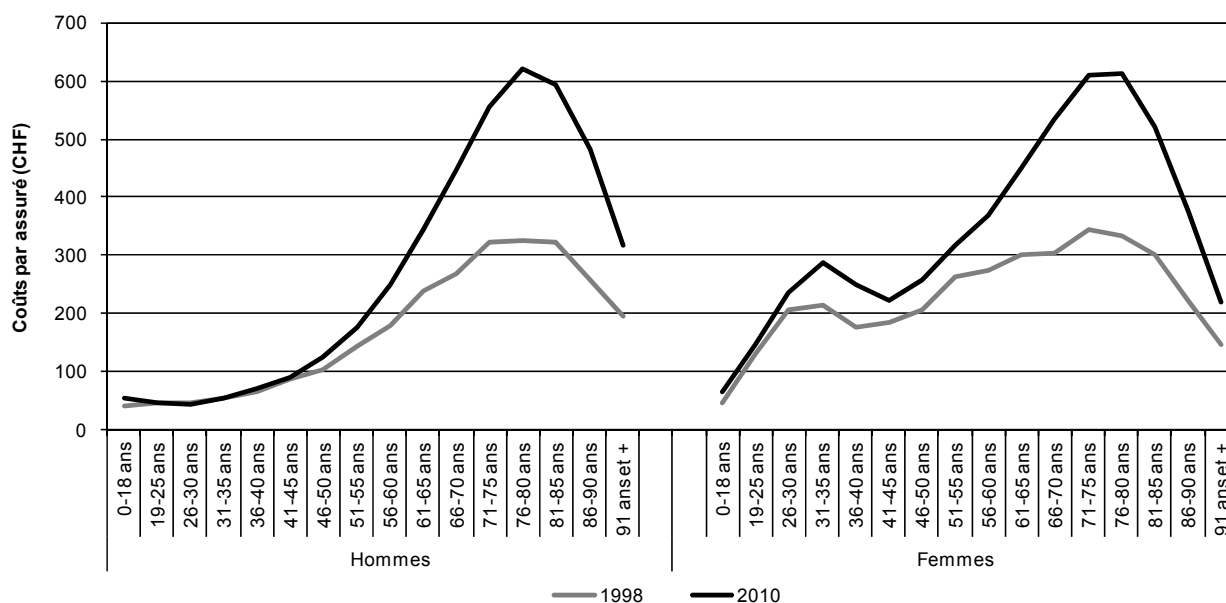
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Pour le prestataire **médecine spécialisée sans psychiatrie**, les coûts ont augmenté entre 1998 et 2010 pour toutes les classes d'âge, avec une augmentation particulièrement marquée pour les classes d'âge entre 66 et 80 ans (environ 75%) pour les femmes et entre 76 et 90 ans pour les hommes (environ 85%) (figure 24). Cette forte augmentation peut être la conséquence d'un transfert de prestations des hôpitaux intra-muros vers la médecine spécialisée rendu possible grâce aux développements des pratiques médicales, comme par exemple une chirurgie de moins en moins invasive. L'augmentation du recours du prestataire médecine spécialisée sans psychiatrie pour les classes d'âge en question (figure 25) confirme cette hypothèse.

Pour les deux sexes, à partir de la classe d'âge des 41 à 45 ans, les coûts augmentent fortement jusqu'à la classe d'âge des 76 à 80 ans, puis ils diminuent (figure 24). Cette baisse des coûts peut s'expliquer par le fait que certains traitements, notamment certaines interventions ne se pratiquent plus ou ne sont plus prescrites à un âge avancé. Il est aussi possible que les personnes âgées soient moins informées des nouvelles technologies thérapeutiques existantes ou que les médecins spécialistes renoncent à pratiquer certaines opérations sur des patients très âgés (Schellhorn, Stuck et al. 2000).

Figure 24 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine spécialisée sans psychiatrie, à prix constants (1998=100)



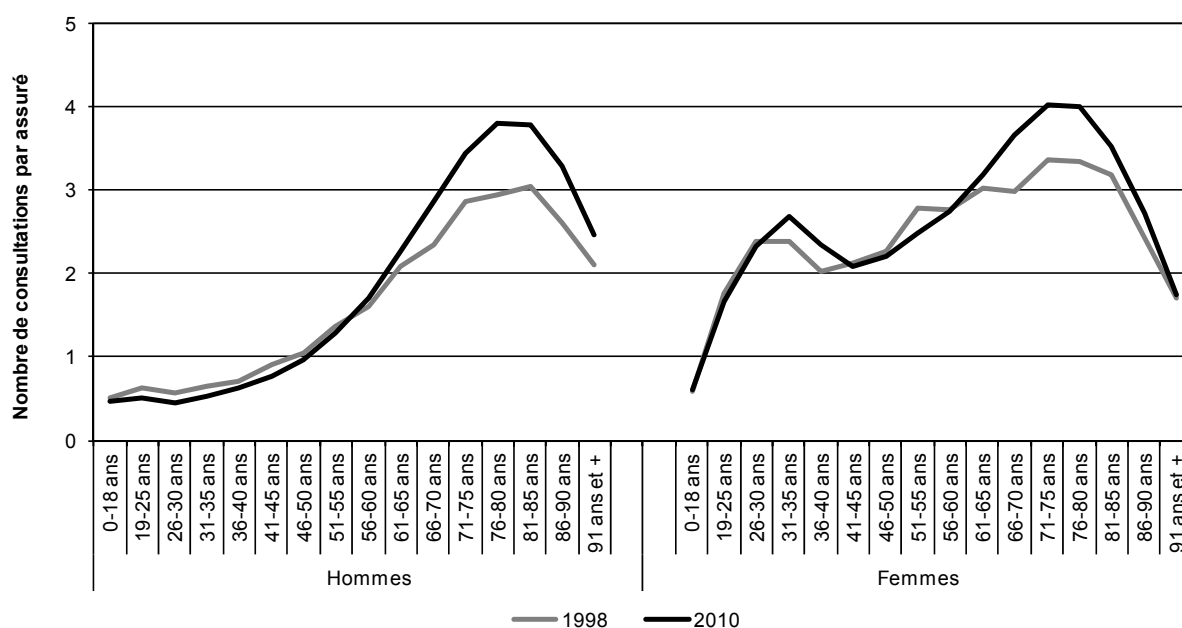
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

L'évolution du recours entre 1998 et 2010 dépend des classes d'âge considérées (figure 25). Chez les hommes le recours est plus faible en 2010 jusqu'à la classe d'âge des 56 à 60 ans. Chez les femmes, il a peu évolué aux deux premières classes d'âge. Entre 31 et 40 ans, le recours est plus élevé en 2010 (+12% entre 31 et 35 ans et +16% entre 36 et 40 ans). L'augmentation de l'indicateur conjoncturel de fécondité¹⁵ (OFS 2011d) et un changement d'habitude dans la fréquence des consultations inhérentes à ces classes d'âge peuvent être deux facteurs explicatifs de l'augmentation du recours. Entre 41 et 60 ans, il est plus faible en 2010 qu'en 1998. L'introduction de nouvelles franchises jouent un rôle dans l'évolution du recours (voir commentaires figures 22 et 23) en diminuant la part à la charge de l'AOS des assurés qui choisissent des franchises élevées. Le recours lié à la maternité n'est pas soumis à la franchise. L'effet franchise a donc une influence limitée sur la partie du recours lié à la maternité des classes d'âge entre 31 et 40 ans chez les femmes. Pour les classes d'âge suivantes, le recours est toujours plus élevé en 2010 qu'en 1998. L'augmentation du recours est la plus marquée pour les trois classes d'âge entre 66 et 80 ans pour les femmes (respectivement +22%, +19%, +20%) et pour les hommes entre 76 et 90 ans (respectivement +30%, +25%, +27%). Cette augmentation du recours n'explique donc pas l'entier de la variation des coûts pour ces classes d'âge. Ainsi, l'hypothèse d'un transfert de prestations de l'intra-muros vers la médecine spécialisée n'est pas l'unique raison de l'augmentation des coûts. Une analyse détaillée selon le titre fédéral de spécialiste permettrait de mieux comprendre cette évolution.

¹⁵ L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) exprime le nombre moyen d'enfants par femme qui serait soumise à chaque âge, durant sa vie féconde, aux conditions de fécondité observées durant l'année considérée.

Figure 25 Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médecine spécialisée sans psychiatrie



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

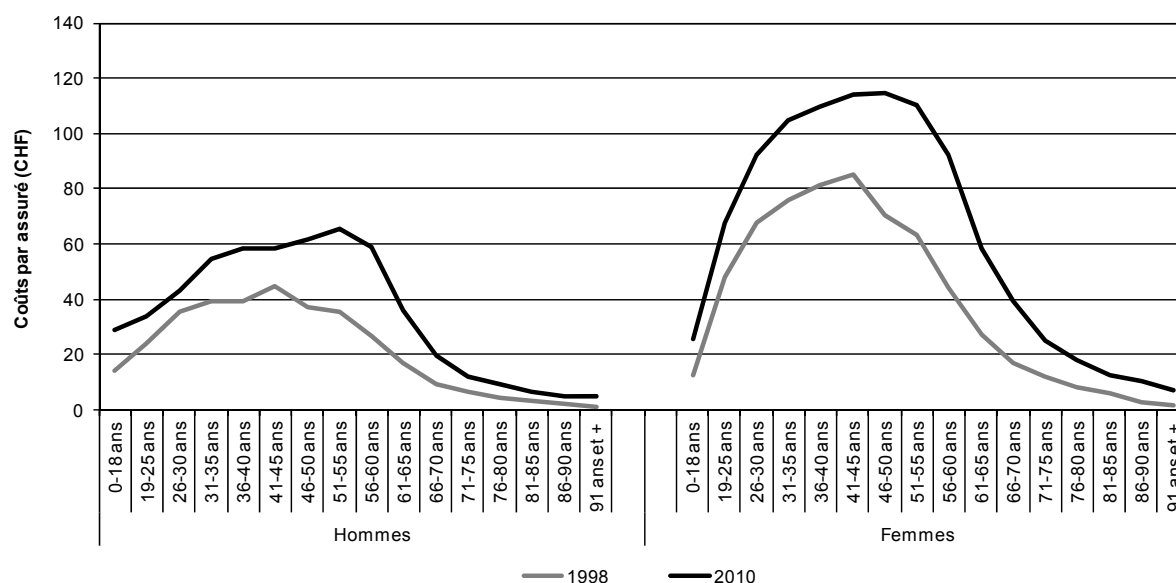
© Obsan

Pour le prestataire **psychiatrie**, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 pour toutes les classes d'âge (figure 26). La classe d'âge possédant les coûts les plus élevés a changé entre 1998 et 2010. Elle est passée des 41 à 45 ans à celle des 51 à 55 ans pour les hommes et des 41 à 45 ans à celle des 46 à 50 ans pour les femmes.

Les courbes des coûts nets pas assuré ont le même profil entre les hommes et les femmes. Les coûts augmentent jusqu'à 50 ans environ, puis diminuent constamment. A l'exception de la première classe d'âge, les coûts inhérents aux femmes sont plus élevés que ceux des hommes.

Pour ce prestataire, il n'est pas possible d'estimer le recours. En effet, le nombre de consultations de psychiatrie enregistrées dans le pool de données à notre disposition est incomplet.

Figure 26 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, psychiatrie, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Pour le prestataire **ambulatoire hospitalier**, entre 1998 et 2010, la courbe de coûts, à l'exception des dernières classes d'âge, se déplace clairement vers le haut (figure 27). Il est difficile d'expliquer le changement de profil de la courbe de coûts pour ces classes d'âge entre 1998 et 2010. La forte augmentation des coûts à partir de 80 ans en 1998 ne s'explique pas par une augmentation du recours (figure 28). Elle est perceptible en 1998 et en 1999, tandis que les années suivantes ont un profil similaire à 2010. Ce changement relativement soudain peut refléter à la fois des changements dans les données et/ou dans la structure du marché (développement des soins à domicile par exemple). La variation des coûts la plus prononcée se situe entre 66 et 80 ans (environ 100%). La croissance du recours est plus importante que celle des coûts. Le coût par consultation a donc diminué. Le transfert de l'intra-muros vers l'ambulatoire hospitalier est l'une des hypothèses pour expliquer l'augmentation des coûts et du recours. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que l'ambulatoire hospitalier a agi comme un substitut aux soins des cabinets privés en raison de l'entrée en vigueur en 2002 de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. Les patients ont par exemple plus tendance à s'adresser directement aux services des urgences des hôpitaux au lieu de consulter leur médecin de garde ou de famille (Flaig, Zehnder et al. 2002; Guntensperger, Pinzello-Hurlimann et al. 2010).

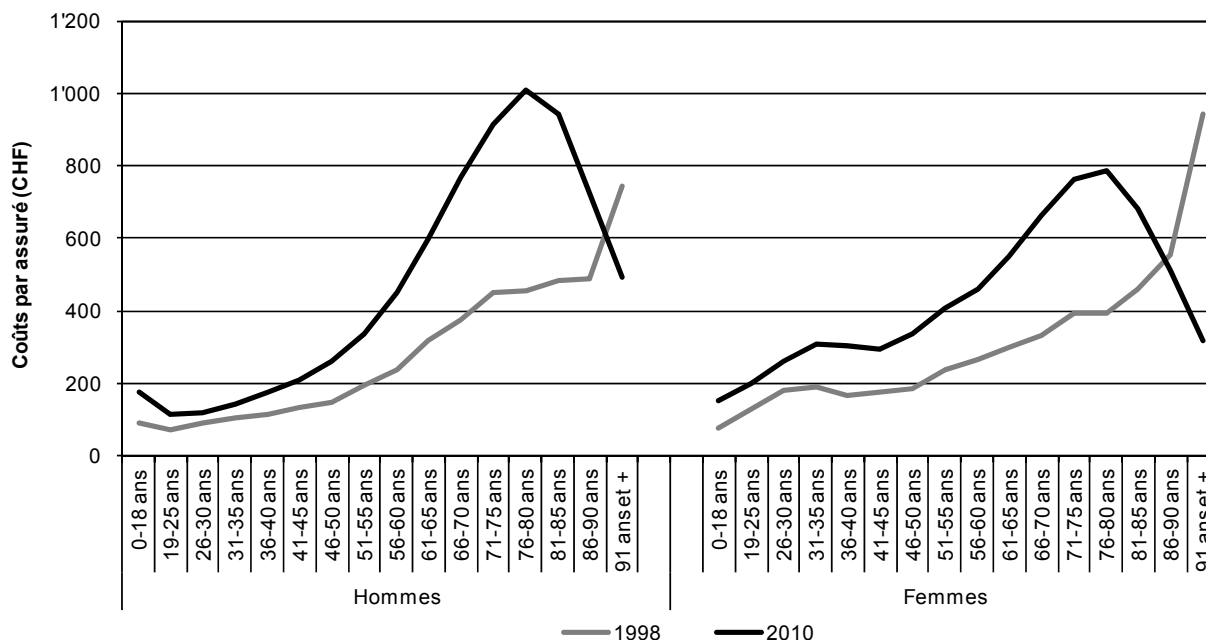
Les courbes de coûts par assuré inhérents aux femmes et aux hommes diffèrent sur plusieurs aspects. Entre les deux premières classes d'âge, les coûts diminuent uniquement chez les hommes. Chez les femmes, ils augmentent jusqu'à 35 ans, puis diminuent légèrement¹⁶. Cela traduit les coûts liés à la maternité. A la première classe d'âge, les coûts sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes¹⁷. Les coûts deviennent à nouveau plus élevés chez les hommes à partir de 60 ans environ. Cette différence peut s'expliquer en partie par le comportement particulier vis-à-vis des soins. Les hommes d'un âge avancé résident à domicile et sont soignés par leur épouse, généralement plus jeune (en raison du décalage d'âge au moment du mariage) et en meilleure santé. Ils recourent plus facilement à l'ambulatoire hospitalier en cas de problème de santé. Les femmes sont plus nombreuses à bénéficier des soins à domiciles ou à recourir aux soins des EMS car elles sont généralement seules ou veuves au moment où elles perdent une partie de leur autonomie. En 2010, la baisse des coûts à partir de la classe d'âge des 76 à 80 ans peut s'expliquer par l'augmentation des

¹⁶ Pour plus de précisions se référer aux commentaires de la figure 19.

¹⁷ Pour plus de précisions se référer aux commentaires de la figure 23.

soins à domicile et par le fait que certaines prestations ne sont plus délivrées à un âge avancé ou sont prises en charge dans les hôpitaux intra-muros.

Figure 27 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital ambulatorie, à prix constants (1998=100)

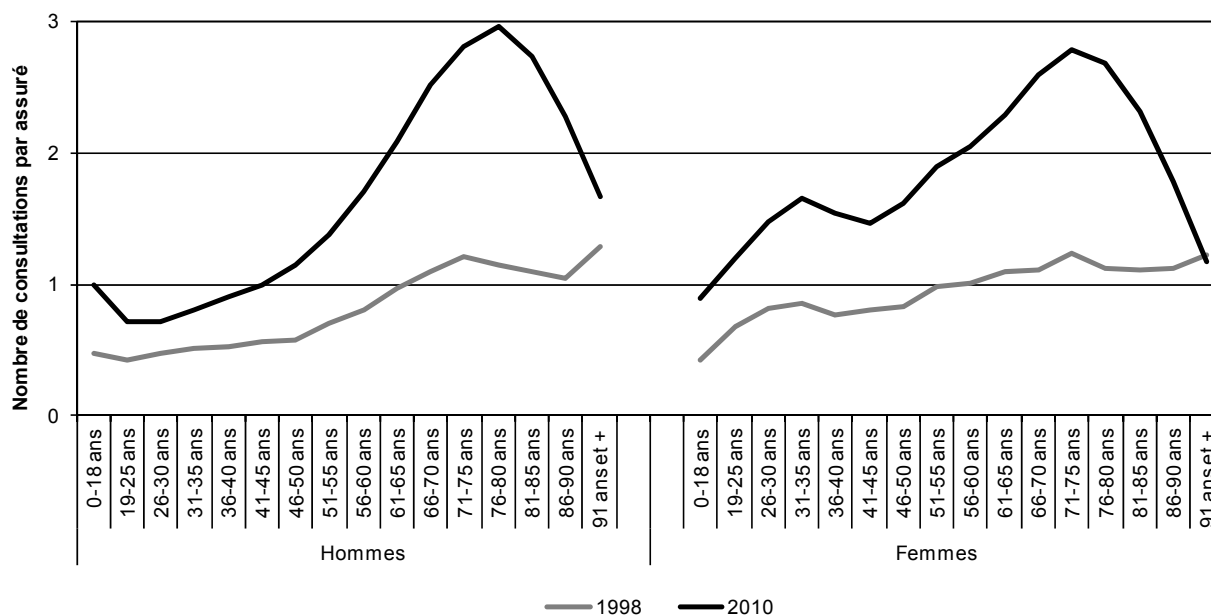


Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Le recours a fortement augmenté entre 1998 et 2010 pour le prestataire hôpital ambulatorie, notamment entre 60 ans et 85 ans (figure 28). L'augmentation la plus forte se trouve à la classe d'âge des 76 à 80 ans pour les deux sexes (+139% pour les femmes et +160% pour les hommes). Le recours le plus important se trouve à la classe d'âge des 71 ans à 75 ans pour les femmes et à celle des 76 ans à 80 ans pour les hommes. Cette forte augmentation du recours s'explique par les mêmes hypothèses émises pour l'évolution des coûts.

Figure 28 Consultations par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, hôpital ambulatoire



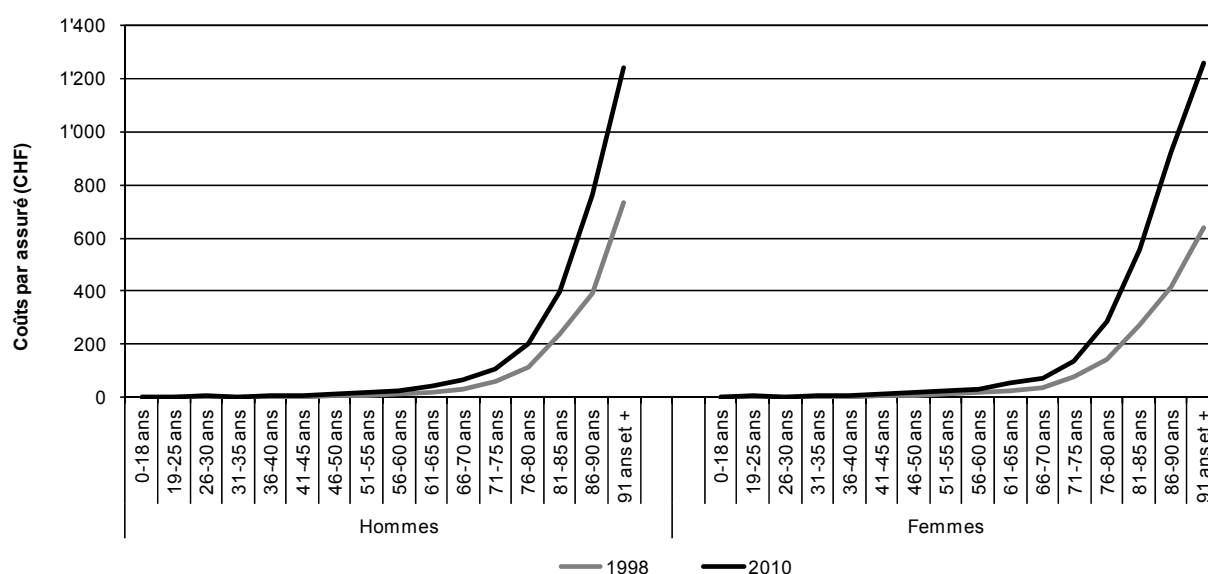
Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Pour le prestataire **soins à domicile**, les coûts par assuré ont augmenté pour toutes les classes d'âge indépendamment du sexe entre 1998 et 2010 (figure 29). A partir de 61 ans, cette augmentation se situe entre 70% et 140% selon la classe d'âge et le sexe. Malheureusement, les données ne permettent pas de calculer le recours pour ce prestataire. Par contre, le monitoring par indicateur de l'Obsan montre que le nombre de cas et le nombre d'heures par client ont augmenté entre 2000 et 2010 respectivement de 33% et 43% (Obsan 2011a).

Les courbes de coûts par assuré des femmes et des hommes sont très similaires, caractérisées par une progression relativement faible jusqu'à la classe d'âge des 66 à 70 ans, suivie d'une progression soutenue. Les coûts par assuré inhérents aux femmes sont plus élevés que ceux inhérents aux hommes, à l'exception de la dernière classe d'âge pour 1998. A nouveau, cette différence s'explique par le fait que les femmes (dont l'espérance de vie est plus longue) s'occupent souvent de leur époux à domicile. Les hommes ont donc moins recours aux organisations de soins à domicile.

Figure 29 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, soins à domicile, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

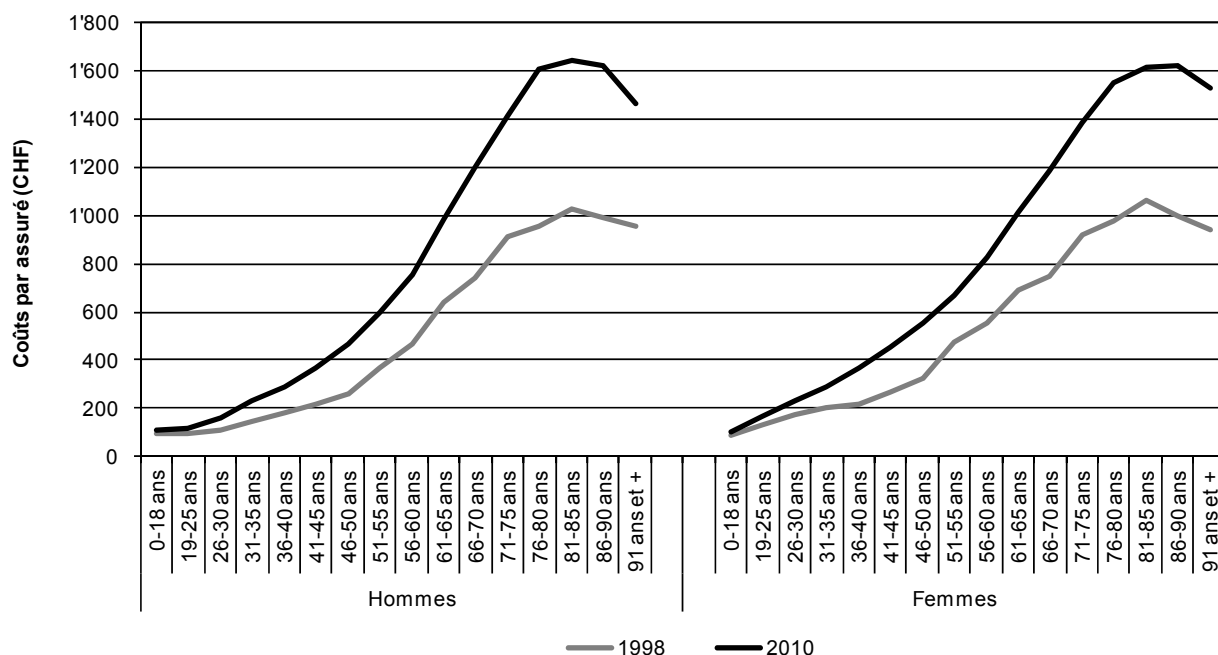
3.4.4 Médicaments et matériel

Pour la catégorie de prestations Médicaments et matériel, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 pour toutes les classes d'âge (figure 30). La variation est importante pour toutes les classes d'âge et particulièrement entre 36 et 50 ans chez les femmes (+ 70%) et entre 41 et 50 ans chez les hommes (+73%). D'après Roth et Moreau-Gruet (2011), l'augmentation marquée des coûts s'explique par l'utilisation de médicaments existants plus chers, par l'arrivée sur le marché de médicaments de plus en plus onéreux (DFE 2003) et dans une moindre mesure par l'augmentation de la consommation.

Les courbes de coûts des femmes et des hommes sont très similaires, avec une augmentation jusqu'à la classe d'âge des 81 à 85 ans, puis les coûts baissent légèrement. La différence de coûts entre les hommes et les femmes apparaît à la classe d'âge des 19 à 25 ans et s'estompe vers 60 ans¹⁸. Cette différence s'explique par les coûts liés à la maternité (Camenzind, Meier et al. 2005).

¹⁸ Les coûts bruts des médicaments par assuré, selon la classe d'âge et le sexe sont analysés dans le rapport 50 de l'Obsan (Roth et Moreau-Gruet, 2011).

Figure 30 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, médicaments et matériel, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

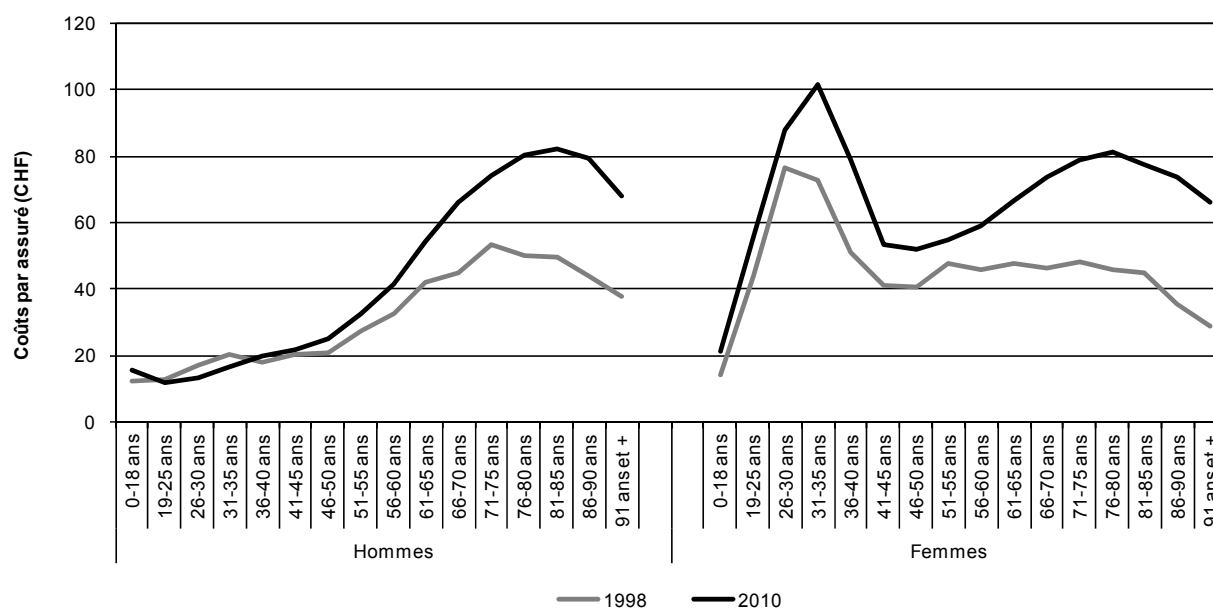
© Obsan

3.4.5 Analyses médicales

A l'exception des hommes entre 19 et 35 ans, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998. Cette augmentation est plus marquée aux âges avancés (figure 31). Les croissances les plus fortes se situent aux deux dernières classes d'âge, respectivement 81% et 80% pour les hommes et 107% et 127% pour les femmes. Les données utilisées ne permettent pas d'estimer un recours.

Les courbes de coûts ont un profil différent selon le sexe. La courbe de coûts des femmes présente un maximum vers 30 ans reflétant les coûts liés à la maternité. La courbe de coûts des hommes a une croissance plus monotone, atteignant un maximum aux classes d'âge avancé, avant de diminuer légèrement

Figure 31 Coûts nets par assuré par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, laboratoires¹⁹, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

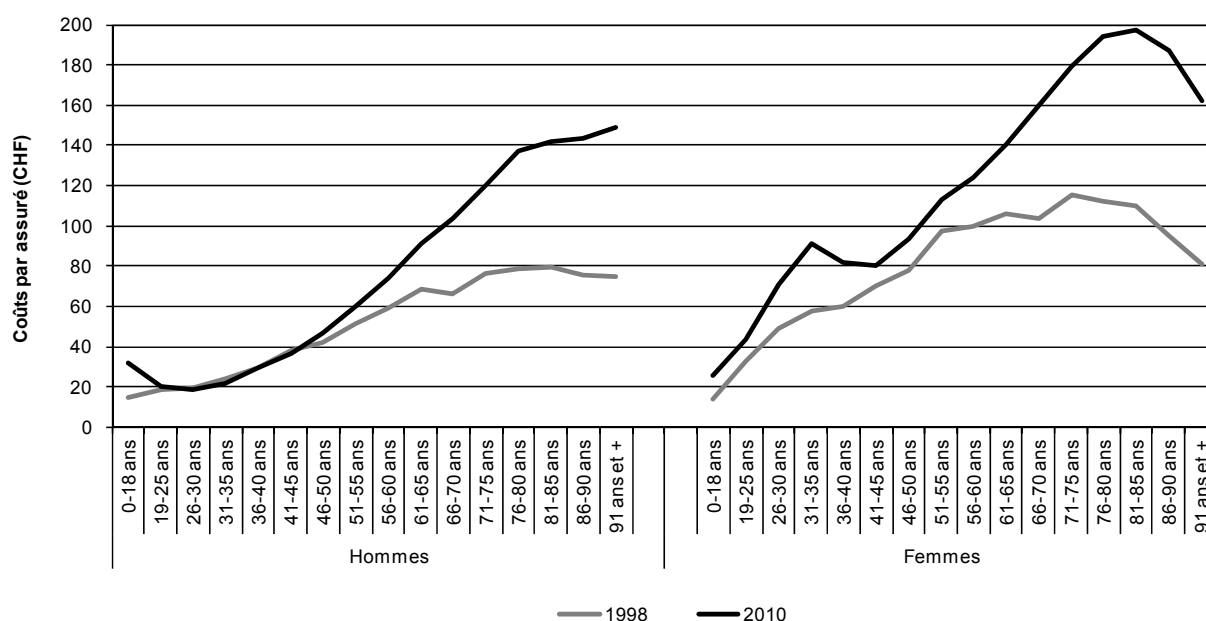
3.4.6 Thérapies spécifiques

A l'exception des hommes entre 26 et 35 ans et entre 41 et 45 ans, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998 (figure 32). La différence s'accroît fortement à partir de 50 ans. Les variations les plus prononcées se situent aux deux dernières classes d'âge, respectivement + 89% et + 100% pour les hommes et + 96% et + 101% pour les femmes.

Le coût par assuré des hommes augmente avec l'âge de manière relativement monotone. Chez les femmes un maximum local se trouve vers 30 ans. Ce maximum provient du prestataire sages-femmes dont les coûts sont concentrés aux alentours de 30 ans. Hormis pour la première classe d'âge le coût par assuré est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Cet écart tend à s'amenuiser avec l'âge.

¹⁹ Correspond à la partie laboratoire du point 3.2.5

Figure 32 Coûts nets par assuré, par sexe et âge, Suisse, 1998 et 2010, thérapies spécifiques, à prix constants (1998=100)



Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

3.4.7 Décomposition de l'évolution des coûts AOS

Nous avons montré aux chapitres précédents l'évolution des coûts AOS et du recours aux soins. Ce dernier est un facteur explicatif des coûts au même titre que la variation de la population et la structure d'âge. Bien entendu d'autres facteurs sont susceptibles d'expliquer les coûts AOS. Une publication ultérieure de l'Obsan analysera en détail ces différents facteurs et leurs influences sur les coûts AOS.

Les coûts nets totaux de l'AOS à prix constants ont augmenté pour les dix catégories de prestations et prestataires²⁰ (tableau 1). Le prestataire médecine de 1^{er} recours possède la plus faible variation entre la moyenne des coûts nets totaux de 1998-2000 et celle de 2008-2010 (+ 15,4%) et la catégorie de prestations analyses médicales la plus forte (+ 144,5%). Nous avons ensuite isolé la part de la croissance des coûts qui est attribuable : 1) à l'augmentation de la population, 2) à la modification de la structure d'âge de la population, 3) à l'évolution du recours et 4) à d'autres facteurs.

L'augmentation de la population entre 1998 et 2010 a induit une augmentation des coûts de 6,7%. **La variation de la structure d'âge** (vieillessement de la population) a une responsabilité limitée dans l'augmentation des coûts quelle que soit la catégorie de prestations. Toutes choses étant égales par ailleurs, le vieillissement de la population entraîne une baisse de 0,9% des coûts pour le prestataire psychiatrie et une hausse de 15,0% pour le prestataire EMS. Ces chiffres ne sont pas surprenants dans la mesure où les coûts du prestataire psychiatrie sont relativement faibles aux âges avancés (figure 26) et que ceux du prestataire EMS sont eux très élevés à ces âges (figure 20). En outre, ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle le vieillissement de la population joue un rôle mineur dans l'évolution des coûts (Zweifel, Felder et al. 1999; Beck et Käser-Meier 2003; Dormont 2009; Nöthen 2011).

Toutes choses étant égales par ailleurs, **l'évolution du recours** (qui peut être calculé uniquement pour cinq catégories de prestations) provoque une baisse des coûts de 16,3% et de 5,4% des catégories de prestations hôpital intra-muros, respectivement de médecine de 1^{er} recours et une augmentation des coûts de la catégorie de prestations hôpital ambulatoire de 82,4%. Ces résultats

²⁰ Ce sont les catégories de prestations pour lesquelles une analyse par sexe et âge a été effectuée.

sont en adéquation avec les analyses graphiques (figures 19, 23 et 28). L'importance de l'effet recours dans la variation des coûts du prestataire hôpital ambulatoire est surprenante puisqu'il dépasse la variation réelle. Une explication possible est que cet effet intègre une partie de l'innovation médicale, dans le sens où une innovation médicale permet de soigner certaines pathologies qui n'étaient pas traitées auparavant en ambulatoire. Cette innovation peut induire une augmentation du recours (nombre de consultations par habitant) et/ou une augmentation de l'intensité du recours (nombre de consultations par patient). L'évolution du recours induit une augmentation des coûts de la catégorie de prestations médecine spécialisée, sans psychiatrie de 1,4%. Ce résultat mérite d'être nuancé tant le contraste du point de vue du recours entre les moins et les plus de 60 ans est fort (figure 25). Ainsi, pour les plus de 60 ans, l'effet recours serait plus grand, alors que pour les moins de 60 ans, il aurait certainement un signe négatif.

L'effet autres facteurs regroupe les facteurs inexpliqués par le modèle et le recours pour les catégories où il n'a pas été possible de l'estimer. Il s'agit par exemple de l'innovation médicale, du changement de comportement des praticiens et des patients, de la variation de l'état de santé de la population, des changements dans les tarifs médicaux. D'après la littérature topique (Dormont 2009; Lamiraud et Lhuillery 2010), le progrès technique (innovation médicale) doit jouer un rôle important dans cet effet. Comme nous l'avons vu au point 3.4.1, la variation de l'état de santé (en Suisse une amélioration de l'état de santé) devrait, toutes choses étant égales par ailleurs, freiner l'augmentation des coûts voire les diminuer. En outre, il n'est pas possible de comparer cet effet entre les catégories de prestations dont nous avons estimé le recours et celles où ce n'était pas possible. En effet pour ces dernières, l'effet autres facteurs englobe l'effet recours.

Pour les catégories de prestations dont nous avons estimé le recours, l'effet autres facteurs provoque une diminution des coûts pour les prestataires hôpital ambulatoire et EMS de respectivement -22,9% et -4,2%. Le signe négatif du prestataire hôpital ambulatoire est difficilement interprétable. Nous attendions plutôt un effet positif, notamment dû aux progrès techniques. Cela confirme l'hypothèse précitée que l'effet recours prend déjà en compte une partie de l'innovation médicale. L'effet autres facteurs provoque une augmentation des coûts pour les trois autres prestataires. Pour les catégories de prestations dont nous n'avons pas pu estimer le recours, cet effet provoque à chaque fois une augmentation des coûts.

Tableau 1 Décomposition de la variation des coûts nets selon la catégorie de prestations, Suisse, 1998-2000 à 2008-2010, en millions de francs et en %, à prix constants (1998=100)

	Hôpital intra-muros		EMS		Médecine de 1er recours		Médecine spécialisée, sans psychiatrie		Psychiatrie		Hôpital ambulatoire		Soins à domicile		Médicament et Matériel		Analyses médicales		Thérapies spécifiques	
	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010	1998-2000	2008-2010
Valeurs réelles (1)	3'331	5'087	1086	1581	1359	1568	181	1696	264	421	1469	2'501	196	416	2'571	4'159	254	621	384	542
Effet population (2)	3'331	3'554	1086	1'169	1359	1450	181	1260	264	281	1469	1567	196	209	2'571	2'743	254	271	384	409
Effet population/âge (3)	3'331	3'764	1086	1322	1359	1497	181	1310	264	279	1469	1628	196	235	2'571	2'909	254	273	384	426
Effet population/âge/reco (4)	3'331	3'220	1086	1626	1359	1424	181	1326	-	-	1469	2'838	-	-	-	-	-	-	-	-
Variation réelle (5)	52.7		45.5		15.4		43.6		59.6		70.3		112.0		61.0		144.5		41.4	
Variation due à la population (6)	6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7		6.7	
Variation due à l'âge (7)	6.3		15.0		3.5		4.2		-0.9		4.1		13.0		6.5		0.9		4.4	
Variation due au recours (8)	-16.3		28.0		-5.4		14		-		82.4		-		-		-		-	
Variation due à d'autres facteurs (9)	56.1		-4.2		10.6		31.3		53.8		-22.9		92.3		47.8		166.9		30.3	
Part effet population (10)	9.7		13.5		32.3		15.4		11.1		7.2		6.0		11.0		4.6		16.2	
Part effet âge (11)	9.1		30.2		16.7		9.6		*		4.4		116		10.6		0.6		10.6	
Part effet recours (12)	*		56.3		*		3.2		-		88.4		-		-		-		-	
Part effet autres facteurs (13)	812		*		51.0		718		88.9		*		82.4		78.4		94.8		73.2	

Note : - signifie que les données ne sont pas disponibles. * signifie que la variation de l'effet est négative, la part de cet effet est donc considérée comme nulle. Les lignes (1), (2), (3) et (4) ne tiennent pas compte des coûts qui ne peuvent pas être attribués à une classe d'âge ou à un sexe, ainsi il est possible de trouver une légère différence avec les chiffres exposés au point 3.2. Les lignes (1), (2), (3) et (4) sont en millions de francs ; les lignes (5) à (13) sont en %. Les lignes (10) à (13) représentent les parts des effets de l'écart absolu entre une variation négative et la variation réelle. S'il n'y a pas de variation négative, les lignes (10) à (13) représentent les parts des effets de la variation réelle.

4 Synthèse

Ce travail donne un aperçu de l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins entre 1998 et 2010. Il décrit les différences d'évolution selon les catégories de prestations, les disparités cantonales, ainsi que l'évolution selon l'âge et le sexe des assurés. L'impact de l'évolution démographique (population et vieillissement) et le recours aux soins ont été mis en évidence. Comme indiqué dans l'introduction, ce travail descriptif sera complété par une publication ultérieure qui analysera d'autres facteurs explicatifs de l'évolution et des différences régionales des coûts décrits ici.

La littérature aborde souvent la question de la croissance des dépenses de santé sans distinction des catégories de prestations délivrées. Or, une différenciation des dépenses selon les catégories de prestations est essentielle pour en interpréter l'évolution. Par exemple, la croissance des dépenses de la catégorie de prestations soins intra-muros est plus modérée que celle de la catégorie de prestations soins ambulatoires et des médicaments/matériel, les disparités cantonales des dépenses des EMS sont plus importantes que celles des dépenses des médecins et la répartition des dépenses par âge et sexe varie considérablement selon la catégorie de prestations analysée.

Les disparités cantonales en matière de coûts sont restées importantes au cours des 12 années analysées. Ainsi les cantons présentant les coûts les plus élevés en 1998 (Genève, Bâle-Ville) restent les cantons avec les coûts les plus élevés en 2010. L'inverse se vérifie également puisque les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et de Nidwald présentent toujours les coûts les plus bas. Quelques cantons ont en revanche modifié leur rang en termes de dépenses AOS par assuré pendant cette période. Les disparités relatives à la croissance des coûts dans les cantons reflètent parfois des choix politiques différents. Par exemple dans le canton de Berne, le report de prestations des assurances complémentaires vers l'assurance de base est en partie responsable de l'augmentation des dépenses AOS. Si les dépenses de santé sont une fonction croissante de l'âge des assurés, les résultats sont nuancés selon la catégorie de prestations. Par exemple, les dépenses pour la médecine spécialisée et l'ambulatoire hospitalier décroissent à partir des classes d'âge avancé, alors qu'elles continuent de croître pour les EMS et les soins à domicile. Les principaux résultats selon la catégorie de prestations sont mis en évidence ci-après.

Les soins intra-muros

Les soins intra-muros, composés des hôpitaux (séjours) et des EMS enregistrent une croissance annuelle moyenne des coûts nets de 3,3% entre 1998 et 2010. En comparaison avec les autres catégories de prestations, cette augmentation est modérée et inférieure à la croissance de l'ensemble des dépenses AOS sur la période observée. Les disparités cantonales observées dans cette catégorie sont importantes et reflètent des choix politiques parfois différents (regroupements d'établissements hospitaliers, promotion des soins à domicile, etc.). Certains cantons voient même leurs coûts nets diminuer (Neuchâtel et Vaud) alors que d'autres enregistrent une forte croissance (Berne et Argovie). Le coût net par assuré de la catégorie EMS augmente parfois fortement dans les cantons qui présentaient des coûts nets en-dessous de la moyenne en 1998.

L'hôpital intra-muros a pour particularité de voir le nombre de journées d'hospitalisation diminuer entre 1998 et 2010. Cette diminution reflète la diminution de la durée moyenne de séjour. Toutefois, elle n'a pas entraîné une diminution des coûts. L'augmentation des coûts de la journée d'hospitalisation est imputable à une augmentation des prestations ou/et des traitements plus onéreux (par exemple en raison des progrès techniques). Pour les EMS, le nombre de journées d'hospitalisation ainsi que le coût par assuré augmentent pour toutes les classes d'âge. Presque un tiers de cette augmentation est due au vieillissement de la population (30%) et environ 56% à un effet recours. C'est dans cette dernière catégorie de prestataire que l'impact du vieillissement est le plus important.

Les soins ambulatoires

Les coûts nets de la catégorie soins ambulatoires ont augmenté de façon constante et en moyenne annuelle de 4,2% entre 1998 et 2010. Il s'agit de la seconde plus forte croissance, après les médicaments/matériel. Cette croissance est en grande partie imputable à l'expansion des prestations de l'ambulatoire hospitalier (recours aux soins) et dans une moindre mesure aux effets démographiques (population, vieillissement). Cette catégorie de prestations est concernée par plusieurs changements au cours des dernières années, le principal étant l'introduction du nouveau tarif médical TARMED. Par ailleurs un transfert de prestations de l'intra-muros vers l'ambulatoire hospitalier et le progrès technique sont des éléments qui ont eu pour conséquence une augmentation importante du recours dans cette catégorie. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que l'ambulatoire hospitalier a agi comme un substitut aux soins des cabinets privés suite à l'entrée en vigueur en 2002 de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. Effectivement, tous les cantons ont enregistré une forte augmentation de leurs prestations ambulatoires hospitalières avec des croissances annuelles moyennes pouvant aller jusqu'à 9,4% (Grisons).

La médecine de premier recours a la particularité d'enregistrer une très faible croissance des coûts entre 1998 et 2010. Cette croissance est attribuable pour moitié à l'évolution démographique (49%). Le recours aux médecins de premier recours a en revanche reculé (-5,4%), les autres facteurs expliquant la croissance résiduelle des coûts. Pour la médecine spécialisée et la psychiatrie, les facteurs démographiques n'expliquent qu'une petite partie de l'augmentation des coûts. Bien que le recours aux soins spécialisés joue un faible rôle dans cette augmentation, il convient de nuancer ce résultat tant l'évolution du recours entre les moins et les plus de 60 ans diverge. Ainsi, pour les plus de 60 ans l'effet recours serait plus grand, alors que pour les moins de 60 ans, il aurait certainement un signe négatif. Ce sont toutefois les autres facteurs qui expliquent la plus grande part de la croissance des coûts (plus de 70%). Les progrès techniques, rendant la chirurgie de moins en moins invasive, peuvent par exemple expliquer une partie de l'augmentation du recours en médecine spécialisée pour les classes d'âge à partir de 60 ans. Pour les soins à domicile, l'évolution des coûts entre 1998 et 2010 s'explique à plus de 82% par des facteurs autres que démographiques.

Médicaments/matériel

La catégorie médicaments et matériel enregistre la plus forte hausse des coûts entre 1998 et 2010 avec une croissance moyenne annuelle de 4,9%. Cette augmentation est due pour une part d'environ 21,6% à des facteurs démographiques (vieillissement et croissance de la population), la part restante étant imputable à d'autres facteurs. De fortes disparités tant au niveau de la quantité de médicaments délivrés que des prescriptions existent entre les cantons. Pour toutes les classes d'âge, les coûts sont plus élevés en 2010 qu'en 1998. Cette évolution s'explique par l'utilisation de médicaments existants plus chers et par des médicaments plus onéreux arrivés sur le marché, dans une moindre mesure aussi par l'augmentation de la consommation de médicaments observée entre 1992 et 2007 (Roth et Moreau-Gruet 2011).

Analyses médicales

Le coût des analyses médicales des laboratoires ne représente qu'une faible proportion des dépenses AOS (1,9% en 2010). Entre 1998 et 2010, les coûts nets augmentent en moyenne annuelle de 3,2% et ceci en dépit d'une baisse du tarif du point de 1 franc à 90 centimes en 2006. Les disparités cantonales sont importantes, puisque les coûts par assuré sont par exemple 5 fois plus élevés dans le canton de Genève que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. L'augmentation des coûts par assuré est plus marquée aux âges avancés.

Thérapies spécifiques

Les thérapies spécifiques enregistrent une hausse annuelle moyenne de 3,9% pendant la période sous revue. La physiothérapie qui représente 75% des prestations dans cette catégorie enregistre une hausse modérée des coûts (3,3%). Cette augmentation depuis 1998 est pour une part de 26,8% imputable aux effets démographiques. Notons que la différence des coûts par assuré entre 1998 et 2010 est plus prononcée à partir de 50 ans.

5 Conclusion

Trois catégories de prestations représentent plus de 90 pour cent des dépenses de l'AOS, à savoir les soins intra-muros, les soins ambulatoires et les médicaments/matériel. La croissance des dépenses de la catégorie soins intra-muros est l'une des plus faibles. Elle est en revanche plus rapide dans les catégories soins ambulatoires et médicaments/matériel.

La plupart des disparités cantonales de coûts qui existaient en 1998 ont persisté jusqu'en 2010. Les catégories de prestations EMS et hôpital ambulatoire enregistrent des évolutions très différentes d'un canton à l'autre et ceci pour deux raisons. D'abord, l'infrastructure des cantons en matière d'hébergement et de soins aux personnes âgées s'adapte à l'évolution démographique des populations cantonales et à leurs habitudes (vieillesse, recours aux prestations des EMS, soins à domicile, etc.). Deuxièmement, les structures ambulatoires hospitalières répondent certes à un changement d'habitude de recours aux soins, mais aussi à une modification des prestations délivrées par les hôpitaux, notamment dans la répartition des prestations entre les domaines intra-muros et ambulatoires.

La décomposition de la variation des coûts nets en quatre effets (population, âge, recours et autres facteurs) montre que les catégories de prestations sont affectées dans des mesures différentes par l'évolution démographique. Une part importante de l'évolution des coûts de la médecine de premier recours et des EMS s'explique par l'évolution démographique. L'hôpital intra-muros s'est aussi transformé au cours de la période observée avec pour particularité une réduction importante de la durée moyenne de séjour et par conséquent du nombre de journées d'hospitalisation. Les coûts ont toutefois augmenté en partie pour des raisons démographiques, mais principalement en raison d'autres facteurs (progrès techniques, moyens diagnostiques, etc.). La modification du financement hospitalier (Introduction des SwissDRG en 2012) va à l'avenir modifier la gestion des hôpitaux. Il conviendra de mesurer l'impact de ce changement sur l'évolution des coûts. Dans les autres catégories de prestations, les facteurs démographiques ont eu un impact plus limité et ce sont d'autres facteurs qui expliquent la majorité de l'évolution des coûts. Parmi eux, le transfert de prestations de l'hôpital intra-muros vers les soins ambulatoires est probable, de même qu'une substitution des cabinets de premier recours par l'ambulatoire hospitalier. Le progrès médical est aussi un facteur qui joue un rôle déterminant dans l'évolution des dépenses de santé, mais aussi dans la qualité des prestations proposées aux patients.

L'impact des changements démographiques n'a pas encore pris toute son ampleur. Par ailleurs, selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la proportion de maladies chroniques augmentera ces prochaines années. Ainsi, la demande de prestations médicales (recours aux soins) continuera de progresser non seulement pour des raisons démographiques mais aussi en raison des maladies chroniques et de la polymorbidité (CDS et OFSP 2012). Les habitudes de recours aux soins des patients se modifient également. Une prise en charge globale (care management) par exemple par des centres de santé font partie des attentes toujours plus importantes des patients. De nombreuses innovations thérapeutiques et diagnostiques sont encore attendues dans les prochaines décennies. Elles seront certainement coûteuses, mais permettront d'améliorer continuellement la qualité des soins délivrés aux patients.

6 Littérature

- Beck, K. et U. Käser-Meier (2003). Les coûts maladie en cas de décès - une analyse statistique descriptive. *Managed Care*(2/2003): p. 24-26.
- Camenzind, P. (2008). Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen : Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur - mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Camenzind, P. (2012). Explaining regional variations in health care utilization between Swiss cantons using panel econometric models. *BMC Health Services Research* 12(1): 62.
- Camenzind, P., C. Meier, et al. (2005). Les coûts de la santé selon le sexe : analyse différenciée des données pour la Suisse. Bern [etc.], H. Huber.
- CDS et OFSP (2012). Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. Rapport du Groupe de travail „Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours“ de la CDS et de l'OFSP. Berne.
- DFE (2003). Surveillance des prix. Explosion des coûts des médicaments: pas un problème de quantités. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.preisueberwacher.admin.ch/dokumentation/00050/00051/00134/00135/index.html?lang=fr>.
- Dormont, B. (2009). Les dépenses de santé : une augmentation salubre ? Paris, Ed. rue d'Ulm: 80 p.
- Dormont, B., J. O. Martins, et al. (2010). Health expenditures, longevity and growth
- Dreyer, G. (2011). Les familles en bonne santé et la charge annuelle des frais obligatoires de santé. *Sécurité sociale CHSS*(2): 91-95.
- Flaig, C., K. Zehnder, et al. (2002). Selbsteinweisungen ins Spital. *Primary care* 2: 280-283.
- Gerber, Y.-A. (2005). Coûts du système de santé et démographie. *Sécurité sociale : CHSS*(6): 365-369.
- Guntensperger, U., R. Pinzello-Hurlimann, et al. (2010). Primary care emergency services utilization in German-speaking Switzerland: a population-based cross-sectional study. *Swiss Med Wkly* 140: w13111.
- HealthCanada (2001). Health Expenditures in Canada by Age and Sex, 1980-81 to 2000-01, Health Policy and Communications Branch.
- Höpflinger, F. et L. Bayer-Oglesby (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz : Methodik und kantonale Kennzahlen. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: 55, A15 S.
- Jaccard Ruedin, H. (2007). Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Kocher, G. (2011). Die Gründe der "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen. *SAeZ* 92(38): 1466-1468.
- Lamiraud, K. et S. Lhuillery (2010). New Technologies and Medical Costs: 44.
- Nöthen, M. (2011). Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik*(Juli 2011).
- Obsan (2011a). Monitoring par indicateur: Soins ambulatoire - Recours aux services de soins à domicile. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind37.indicator.149035.370101.html>.
- Obsan (2011b). Monitoring par indicateurs: Soins stationnaires - Durée de séjour dans les hôpitaux de soins aigus. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind37.indicator.149038.370102.html>.
- Obsan (2011c). Monitoring par indicateurs: Soins stationnaires - Taux d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins généraux. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind37.indicator.149037.370102.html>.

- Obsan (2011d). Monitoring par indicateurs: Soins stationnaires - Taux de prise en charge par les institutions médico-sociales. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind37.indicator.149040.370102.html>.
- OCDE (2010a). Health care systems: Getting more value for money. O. E. D. P. Notes.
- OCDE (2010b). Optimiser les dépenses de santé. Paris, Organisation de coopération et de développement économique: 228.
- OCDE (2011). Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011, Éditions OCDE.
- OFS (2009). La mortalité par génération en Suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2011a). Coûts et financement du système de santé 2009. Consulté le 30.03.2012, de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05.html>.
- OFS (2011b). Etat de santé et maladie. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01/01.html>.
- OFS (2011c). Evolution démographique. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>.
- OFS (2011d). Indicateur de fécondité en Suisse. Consulté le 30.05.2012, de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/05.Document.67148.xls>.
- OFS (2011e). Indice des prix à la consommation. Consulté le 30.03.2012, de www.IPC.bfs.admin.ch.
- OFS (2012). Coûts et financement du système de santé 2010. Consulté le 03.04.2012, de http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2012-344.
- OFSP (2011). Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2009. Berne, OFSP: 219.
- Roth, S. et F. Moreau-Gruet (2011). Consommation et coût des médicaments en Suisse : analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Santésuisse (2005). Kommentar zur Branchen-CD, Jahresdaten 2000-2004. Soleure, santésuisse.
- Santésuisse (2007). Newsletter SIB n°4.
- Schellhorn, M., A. E. Stuck, et al. (2000). Health services utilization of elderly Swiss: evidence from panel data. *Health Econ* 9(6): 533-545.
- Schuler, D., P. Rüesch, et al. (2007). La santé psychique en Suisse : monitoring. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Sturny, I. (2004). Comparaison 1999-2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse : analyse des dépenses des assureurs-maladie (AOS) effectuée sur la base du pool de données de santésuisse. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Widmer, M. et F. Weaver (2011). Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen : Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zweifel, P., S. Felder, et al. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 8(6): 485-496.

7 Annexes

Annexe 1 Taux de couverture des assurés du pool de données par canton, en %, 1998-2010

Canton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ZH	92.6	92.3	91.6	91.1	94.8	94.1	97.2	97.0	96.8	96.9	96.6	96.7	97.4
BE	93.9	92.7	92.1	93.2	94.0	92.3	95.8	95.9	95.6	96.8	96.9	97.5	97.6
LU	95.7	95.7	95.4	96.0	96.5	95.8	98.4	97.5	99.1	98.9	97.3	98.0	97.3
UR	93.8	93.8	93.4	94.9	95.4	94.9	99.1	98.9	98.9	98.9	98.9	99.0	99.3
SZ	92.9	92.9	91.2	93.7	95.4	94.9	98.5	98.4	98.3	97.8	97.9	98.4	98.6
OW	91.7	92.0	91.7	94.7	95.3	94.7	97.9	98.2	98.0	97.7	98.1	98.4	98.5
NW	92.9	92.9	92.5	95.0	95.8	95.1	97.8	97.8	97.4	97.3	97.7	98.1	97.7
GL	89.6	84.4	82.2	93.6	95.0	94.3	96.8	96.4	96.9	97.6	96.4	96.8	96.6
ZG	90.8	91.1	90.8	92.2	93.2	93.0	98.2	98.2	97.9	97.2	96.9	96.2	95.5
FR	97.1	97.0	96.4	96.1	94.3	97.4	99.1	98.7	97.8	97.6	97.6	97.5	97.4
SO	92.5	92.5	92.4	95.0	95.1	94.9	97.1	96.8	96.4	96.2	95.3	97.0	96.9
BS	96.3	95.6	95.3	94.7	95.1	96.6	96.8	96.9	98.1	97.8	97.1	96.9	96.8
BL	92.5	93.0	92.8	93.9	94.0	93.5	96.3	96.5	96.6	96.4	96.4	96.5	96.6
SH	90.8	90.3	89.9	90.3	91.1	89.4	95.1	95.7	95.6	95.1	94.7	94.5	94.4
AR	91.6	90.1	88.8	88.8	90.5	89.1	96.1	95.8	95.2	94.9	95.2	95.3	94.4
AI	93.1	92.9	92.1	93.3	93.1	91.0	97.9	97.7	97.2	97.5	98.2	97.7	97.8
SG	93.6	94.2	93.5	93.8	95.3	94.5	97.6	97.5	96.9	96.5	95.1	95.5	95.4
GR	87.3	88.2	89.0	90.8	99.0	96.4	98.5	97.8	97.4	97.2	97.5	97.4	96.9
AG	94.5	92.8	92.0	92.3	95.1	94.5	97.0	96.8	96.4	96.5	96.2	96.3	94.9
TG	86.9	90.8	92.7	92.9	93.4	92.1	96.9	96.9	97.1	97.0	96.7	96.6	96.5
TI	95.2	95.0	94.2	95.5	95.8	96.3	97.2	97.7	97.7	97.5	97.1	96.9	96.6
VD	84.0	83.7	83.8	82.4	85.9	93.0	96.4	96.9	97.4	98.1	97.9	98.6	98.7
VS	88.9	88.3	87.1	90.8	92.4	94.0	96.2	96.7	99.5	97.5	96.2	96.5	97.1
NE	95.2	92.1	93.7	92.2	93.1	97.3	97.8	99.0	99.1	99.3	97.7	95.7	95.5
GE	93.6	93.7	92.5	91.4	86.3	91.9	95.7	96.8	99.2	98.6	98.4	98.1	98.6
JU	94.7	94.0	94.2	90.5	88.6	91.9	96.6	94.6	92.4	93.7	93.4	91.3	92.7
CH	93.0	92.8	92.2	92.9	94.1	94.3	97.4	97.4	97.7	97.7	97.6	98.0	97.9
Etat des données	24.04.2003	28.04.2004	04.06.2005	16.05.2006	25.04.2007	25.04.2008	25.04.2008	25.04.2008	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011	17.06.2011

Sources : Institution commune LAMal: Données de la compensation des risques ; Office fédéral des migrations: statistique en matière d'asile ; santésuisse, pool de données / analyse Obsan
© Obsan

Annexe 2 Nombre d'assurés par canton, 1998-2010

Canton	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*	2009*	2010*
ZH	1207'074	1216'832	1223'231	1239'626	1250'672	1258'383	1266'164	1274'554	1284'816	1302'316	1324'391	1343'279	1358'292
BE	956'167	958'239	954'481	952'850	954'625	957'292	958'362	958'483	959'959	963'181	967'354	973'125	977'172
LU	350'066	352'411	353'160	354'158	355'977	357'264	357'850	359'132	360'566	364'788	369'474	373'929	377'573
UR	36'099	35'979	35'867	35'615	35'513	35'411	35'371	35'235	35'198	35'117	35'292	35'551	35'448
SZ	126'860	128'810	129'663	131'005	132'847	134'743	136'280	137'241	138'615	140'667	143'217	145'110	146'250
OW	32'813	33'084	33'305	33'408	33'605	33'810	33'920	33'914	34'132	34'531	34'930	35'425	35'888
NW	37'060	37'383	37'727	38'102	38'570	38'757	39'061	39'344	39'613	39'908	40'198	40'490	40'620
GL	39'434	39'328	38'896	38'710	38'902	38'852	38'762	38'530	38'358	38'343	38'535	38'622	38'806
ZG	96'434	97'800	98'813	99'870	101'169	102'210	103'786	105'400	106'727	108'311	109'966	110'915	111'921
FR	234'692	237'166	238'928	240'349	243'904	247'296	250'415	253'935	259'531	263'605	268'781	274'685	279'469
SO	247'476	247'216	247'092	246'813	247'749	248'856	249'403	249'668	250'441	251'868	253'696	255'277	256'498
BS	191'469	189'389	186'785	185'795	185'300	183'865	183'321	182'306	179'208	178'964	179'621	180'960	182'454
BL	259'180	260'991	261'590	262'416	263'713	265'193	265'849	266'108	267'054	268'991	271'417	273'434	274'773
SH	75'146	75'437	75'234	74'863	75'317	75'383	75'372	75'081	75'346	75'834	76'415	77'110	77'362
AR	55'002	54'867	54'450	54'062	53'828	53'734	53'587	53'421	53'225	53'373	53'592	53'759	53'649
AI	14'902	14'929	14'948	14'947	14'945	15'003	14'996	15'144	15'295	15'387	15'503	15'633	15'707
SG	451'858	453'888	454'754	456'132	459'049	460'671	461'893	463'163	464'718	467'497	471'379	475'390	477'865
GR	196'638	195'317	194'374	193'686	193'352	193'339	194'100	193'436	193'599	194'226	195'101	196'540	197'002
AG	550'461	554'573	557'728	562'728	562'630	566'228	569'894	574'063	579'036	585'574	594'355	603'661	611'677
TG	228'940	229'971	230'224	230'393	231'392	232'795	234'138	235'444	237'234	239'600	242'376	245'482	248'391
TI	307'848	309'990	311'148	312'570	314'114	315'386	316'266	317'718	318'352	321'719	325'160	328'622	331'361
VD	614'370	619'575	622'421	627'444	632'399	637'651	641'826	647'249	652'992	660'992	672'085	683'822	693'426
VS	281'107	282'572	283'197	283'835	286'911	290'527	293'163	296'261	298'852	302'846	306'427	310'599	313'986
NE	168'590	168'818	168'330	167'990	168'668	168'948	168'943	168'895	169'613	170'121	171'044	172'179	172'644
GE	381'583	383'693	385'672	388'760	395'952	396'321	399'343	401'463	405'673	410'367	412'964	418'401	422'379
JU	70'323	70'447	70'241	69'931	70'011	69'854	69'667	69'551	69'577	69'750	70'053	70'426	70'657
CH	7'211'592	7'248'704	7'262'247	7'296'059	7'341'111	7'377'772	7'411'732	7'444'739	7'488'730	7'558'129	7'643'662	7'732'768	7'801'547

* A partir de 2007, en raison de la modification du 16 décembre 2005 de la loi sur l'asile du 26 juin 1998 (article 82a de la loi sur l'asile) ainsi que de la LAMal (article 105a), les assurés en procédure d'asile ont été exclus de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques. Ces assurés sont ajoutés à l'effectif de la compensation des risques car ils sont inclus dans l'effectif du pool de données de santé suisse.

Sources : Institution commune LAMal: Données de la compensation des risques, Office fédéral des migrations: statistique en matière d'asile

Annexe 3 Catégories de prestataires

Soins intra-muros

Prestataire	Catégorie de prestataires	Sous-catégorie de prestataires
Hôpitaux	Hôpitaux universitaires	Prise en charge centralisée, niveau 1
	Hôpitaux de soins généraux	Prise en charge centralisée, niveau 2
		Hôpitaux de soins généraux, niveau 2
		Hôpitaux de soins généraux, niveau 3
		Hôpitaux de soins généraux, niveau 4
		Hôpitaux de soins généraux, niveau 5
	Cliniques psychiatriques	Cliniques psychiatriques, niveau 1
		Cliniques psychiatriques, niveau 2
	Autres	Cliniques spécialisée en chirurgie
		Cliniques spécialisée en pédiatrie
		Cliniques spécialisée en gériatrie
		Cliniques spécialisée en gynécologie / néonatalogie
		Maisons de naissance
		Cliniques de réadaptation
		Autres cliniques spécialisées
		Autres hôpitaux
EMS ¹	Etablissements pour personnes âgées et spécialisés	Etablissements médico-sociaux
		Home pour personnes âgées
		Maison pour personnes handicapées
		Maison pour cas psycho-sociaux
		Etablissements médico-sociaux, cas spéciaux

1. Les EMS constituent une nouvelle catégorie de prestataires à partir de 2002. Cette catégorie contient également les prestations EMS des hôpitaux.

Soins ambulatoires

Prestataire	Catégorie de prestataires	Sous-catégorie de prestataires
Médecins	Médecine de 1er recours	Médecine générale
		Médecine interne
		Médecine praticienne sans sous-spécialisation
		Cabinet de groupe
		Pédiatrie
	Médecine spécialisée	Toutes les autres spécialités
	Psychiatrie	Psychiatrie et psychothérapie
		Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
Hôpitaux	Voir catégories ci-dessus	
Soins à domicile		
Infirmiers/infirmières		

Médicaments / Matériel

Prestataire	Catégorie de prestataires	Sous-catégorie de prestataires
Médecins	Médecine de 1er recours	Voir sous-catégories ci-dessus
	Médecins spécialisées	
	Psychiatrie	Voir sous-catégories ci-dessus
Pharmacies		
Hôpitaux	Médicaments délivrés dans le domaine ambulatoire des hôpitaux	
Centre de remise LiMA		

Analyses médicales

Prestataire	Catégorie de prestataires
Laboratoires	Laboratoires privés
	Centres pour les dons du sang
	Laboratoires de micro-biologie
	Laboratoires de génétique
	Laboratoires de micro-biologie et génétiques
	Laboratoires, cas spéciaux
Médecins	Laboratoires des cabinets médicaux

Thérapies spécifiques

Prestataire	Catégorie de prestataires
Physiothérapeutes	Centre de physiothérapie
	Physiothérapeutes
Chiropraticiens	
Ergothérapeutes	Centre d'ergothérapie
	Ergothérapeutes
Sages-femmes	
Logopédistes	
Diététiciens	

Autres prestations

Prestataire	Catégorie de prestataires
Dentistes	
Transport / sauvetage	
Spa	
Médecine empirique (RME)	
Qualitop	
Médecine complémentaire (ASCA)	
Autres prestataires	Etranger
	Institution commune LAMal
	Tâches communes des assureurs-maladie (SVK)
	Maisons de cure
	Autres prestataires
Inconnu	

Annexe 4 Indice suisse des prix à la consommation (IPC)

Année	IPC
1998	100.0
1999	100.8
2000	102.3
2001	103.4
2002	104.1
2003	104.7
2004	105.5
2005	106.8
2006	108.0
2007	108.7
2008	111.3
2009	110.8
2010	111.6

Source: OFS, IPC

Annexe 5 Coûts nets selon la catégorie de prestations, en milliers de francs, 1998-2010, à prix courants

Catégorie de prestations	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins intra-muros ¹													
Hôpitaux universitaires	-	-	-	555'685	539'530	627'724	693'324	721'046	745'542	786'787	792'912	820'948	857'508
Hôpitaux de soins généraux	-	-	-	1682'760	1779'318	2'010'672	2'375'339	2'540'837	2'608'821	2'754'704	2'857'255	2'958'695	3'009'263
Cliniques psychiatriques	-	-	-	353'087	376'881	406'695	467'647	492'544	503'024	496'920	517'245	547'674	539'872
Autres hôpitaux	-	-	-	865'036	780'036	762'059	760'786	737'056	718'099	745'474	771'385	802'983	784'579
Total hôpitaux intra-muros	3'267'817	3'346'340	3'382'982	3'456'567	3'475'763	3'807'150	4'297'096	4'497'483	4'575'487	4'783'984	4'938'797	5'130'301	5'197'222
EMS	977'205	1'082'686	1'236'540	1'300'532	1'430'593	1'488'676	1'456'979	1'553'402	1'601'161	1'667'387	1'708'431	1'769'471	1'799'182
Total soins intra-muros	4'245'022	4'429'026	4'619'522	4'757'099	4'906'357	5'295'826	5'754'075	6'044'885	6'176'648	6'451'271	6'647'228	6'899'718	6'990'404
Soins ambulatoires													
Médecine de 1 ^{er} recours	136'196	137'470	138'5434	1483'147	1519'856	1534'543	1574'267	1601'874	1583'538	1650'026	1699'950	1755'379	1776'742
Médecine spécialisée	1094'661	1'145'925	1'343'373	1'414'963	1'423'884	1'467'504	1'558'429	1'592'161	1'592'161	1'702'388	1'821'383	1'880'939	1'957'027
Psychiatrie	258'281	262'224	278'970	294'384	302'566	313'837	381'384	408'083	414'764	426'348	447'239	466'788	490'314
Ambulatoire hospitalier	1362'435	1'486'083	1'607'962	1'738'030	1'767'849	1'917'875	1'941'891	2'273'976	2'228'296	2'385'572	2'567'608	2'787'601	2'994'411
Soins à domicile	179'175	196'803	219'045	245'322	257'925	294'771	322'209	344'655	373'536	405'118	433'866	462'972	490'342
Infirmiers/-ières	5'541	9'478	11'985	14'270	16'373	17'359	19'163	22'638	26'194	30'188	33'005	37'022	41'723
Total soins ambulatoires	4'261'288	4'473'983	4'846'769	5'200'116	5'288'464	5'599'889	5'751'530	6'209'656	6'218'490	6'599'639	7'003'050	7'390'702	7'750'560
Médicaments / matériel													
Médecine de 1 ^{er} recours	702'896	756'417	813'823	836'816	855'828	884'311	929'536	954'575	943'470	945'877	999'015	994'828	973'831
Médecine spécialisée	152'132	173'227	222'274	225'104	229'354	237'958	261'405	298'929	307'947	329'703	374'202	394'731	404'103
Psychiatrie	7'183	9'197	11'110	13'587	17'983	16'080	16'965	19'050	18'837	19'803	21'704	22'087	21'483
Ambulatoire hospitalier	66'702	88'760	104'436	132'001	179'187	206'249	236'420	313'737	333'782	373'312	463'395	521'767	585'529
Pharmacie	1409'825	1'486'146	1'694'321	1'827'219	2'039'818	2'126'771	2'207'889	2'283'709	2'300'001	2'376'743	2'487'566	2'599'940	2'680'111
Soins à domicile ²	-	-	-	-	7'977	9'752	10'301	11'041	11'317	11'897	13'023	13'656	14'043
Centres de remise LIMA	33'899	33'808	35'312	42'435	48'107	50'472	54'363	61'549	68'564	77'901	87'233	96'557	107'095
Total médicaments / matériel	2'372'636	2'547'556	2'818'1276	3'077'162	3'378'265	3'530'992	3'716'878	3'942'558	3'983'917	4'135'236	4'446'139	4'643'574	4'724'095
Analyses médicales													
Laboratoires	241'498	252'736	276'103	296'448	307'617	312'382	320'087	335'519	314'751	336'683	370'101	371'003	394'439
Analyses cabinets médicaux ³	-	-	-	-	-	-	227'828	344'294	312'963	315'540	342'471	316'703	277'280
Total analyses médicales	241'498	252'736	276'103	296'448	307'617	312'382	547'916	679'814	627'714	652'223	712'572	687'706	671'700
Thérapies spécifiques													
Physiothérapeutes	291'027	307'343	319'785	361'097	363'272	364'144	366'621	388'744	396'987	415'942	432'412	448'445	479'162
Chiropraticiens	40'425	43'128	45'637	47'528	47'208	47'372	48'045	48'521	47'330	49'663	50'636	51'889	52'662
Ergothérapeutes	14'848	18'863	21'675	23'344	25'914	28'755	30'713	35'786	38'261	42'361	46'806	51'081	57'520
Sages-femmes	10'895	12'088	13'576	15'540	16'595	17'668	20'179	22'151	24'324	25'897	28'590	31'655	34'332
Logopédistes	15'46	21'064	21'502	2'824	3'062	3'171	3'253	3'231	3'265	3'726	4'012	4'084	4'253
Dietéticiens	47'12	6'200	6'976	7'820	8'612	9'361	9'730	10'402	10'046	10'477	10'676	10'929	10'951
Total thérapies spécifiques	363'453	389'685	410'151	458'154	464'664	470'470	478'541	508'835	520'213	548'065	573'131	598'093	638'880
Autres prestations	347'294	292'707	325'850	353'714	411'273	337'248	360'678	354'687	385'866	390'893	398'807	393'419	390'439
Total	11'831'191	12'385'693	13'359'671	14'142'693	14'756'178	15'546'808	16'381'789	17'336'171	17'599'884	18'461'788	19'438'456	20'296'509	20'888'818

Données extrapolées à 100% selon l'effectif des assurés de la compensation des risques

1. Les données sont ventilées selon la typologie des hôpitaux à partir de 2004 et rétroactivement depuis 2000. En 2000, la qualité des données ne permet pas d'attribuer clairement les hôpitaux sans numéro REE aux catégories adéquates.
2. Les médicaments/matériel des soins à domicile sont disponibles séparément depuis 2002. Auparavant, la catégorie soins à domicile comprenait aussi les médicaments/matériel.
3. Ces prestations sont déjà comptabilisées dans les prestations ambulatoires de la médecine de premier recours et spécialisée. Elles ne peuvent être comptabilisées séparément qu'à partir de 2004.

Etat des données: 1998: 24.4.2003, 1999: 28.4.2004, 2000: 4.6.2005, 2001: 16.05.2006, 2002: 25.4.2007, 2003-2005: 25.4.2008, 2006-2010: 17.6.2011

Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

© Obsan

Annexe 6 Coûts nets par assuré (en francs) et croissance annuelle moyenne (en %) selon la catégorie de prestations, par canton de domicile des assurés, 1998 et 2010, à prix courants

Cantons	Soins intra-muros			Soins ambulatoires			Médicaments / Matériel			Analyses médicales			Thérapies spécifiques			Autres			Total		
	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%	1998	2010	%
ZH	622	860	2.7	666	1039	3.8	309	581	5.4	29	48	4.1	45	83	5.2	41	45	0.7	1712	2656	3.7
BE	578	126	5.7	513	978	5.5	353	612	4.7	29	42	3.3	44	75	4.6	39	48	1.6	1556	2881	5.3
LU	459	839	5.2	412	765	5.3	280	537	5.6	20	34	4.6	45	74	4.3	32	40	1.9	1247	2289	5.2
UR	426	796	5.3	437	730	4.4	291	501	4.6	17	34	5.8	30	54	4.9	24	50	6.3	1226	2164	4.8
SZ	423	760	5.0	417	798	5.6	277	510	5.2	20	40	6.1	43	73	4.4	40	46	1.2	1220	2227	5.1
OW	463	668	3.1	453	726	4.0	251	486	5.7	23	38	4.5	46	72	3.9	28	45	4.1	1264	2037	4.1
NW	402	650	4.1	390	739	5.5	234	474	6.1	24	38	4.0	43	81	5.3	36	46	2.0	1129	2028	5.0
GL	489	809	4.3	465	801	4.6	296	581	5.8	20	35	4.9	40	87	6.6	30	42	3.0	1340	2355	4.8
ZG	418	792	5.5	451	794	4.8	250	493	5.8	29	50	4.6	48	73	3.6	33	51	3.7	1230	2253	5.2
FR	613	835	2.6	526	927	4.8	328	557	4.5	38	51	2.6	42	71	4.5	29	43	3.5	1575	2484	3.9
SO	544	791	3.2	518	943	5.1	315	639	6.1	27	41	3.5	40	75	5.4	38	40	0.3	1482	2528	4.5
BS	941	1222	2.2	883	1271	3.1	419	788	5.4	39	50	2.3	75	106	3.0	122	57	-6.2	2478	3494	2.9
BL	516	913	4.9	624	1100	4.8	308	642	6.3	31	48	3.7	59	98	4.4	38	43	1.0	1576	2845	5.0
SH	574	857	3.4	534	912	4.6	319	627	5.8	21	32	3.6	49	96	5.7	37	45	1.8	1534	2570	4.4
AR	458	806	4.8	427	767	5.0	242	477	5.8	17	28	4.4	30	60	5.8	27	35	2.1	1201	2174	5.1
AI	399	645	4.1	329	602	5.2	190	404	6.5	13	27	6.2	21	59	9.0	29	32	0.8	980	1767	5.0
SG	477	759	3.9	431	795	5.2	271	516	5.5	17	31	4.9	38	76	5.9	34	42	1.8	1269	2218	4.8
GR	489	831	4.5	382	792	6.3	286	543	5.5	21	35	4.3	46	73	3.9	49	58	1.5	1274	2334	5.2
AG	487	840	4.7	501	887	4.9	289	581	6.0	22	35	3.7	40	77	5.7	29	39	2.5	1368	2459	5.0
TG	601	865	3.1	523	796	3.6	260	467	5.0	22	28	2.3	41	84	6.1	43	42	-0.2	1490	2283	3.6
TI	728	1180	4.1	672	1011	3.5	416	665	4.0	54	66	1.6	67	86	2.1	47	54	1.1	1985	3062	3.7
VD	696	802	1.2	768	1263	4.2	394	708	5.0	49	76	3.7	60	89	3.4	92	49	-5.2	2059	2987	3.1
VS	518	760	3.2	451	921	6.1	315	607	5.6	37	49	2.5	44	72	4.2	27	52	5.4	1392	2461	4.9
NE	789	942	1.5	634	960	3.5	400	671	4.4	38	72	5.6	47	75	3.9	95	49	-5.3	2003	2769	2.7
GE	737	945	2.1	1047	1452	2.8	459	766	4.4	94	123	2.2	116	116	0.0	117	57	-5.8	2570	3458	2.5
JU	700	1011	3.1	651	971	3.4	371	643	4.7	31	37	1.6	39	66	4.4	34	35	0.3	1826	2763	3.5
CH	589	896	3.6	589	993	4.4	329	606	5.2	33	51	3.5	50	82	4.1	50	51	0.2	1641	2678	4.2

Etat des données : 1998 : 24.4.2003, 2010 : 17.06.2011

© Obsan

Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan

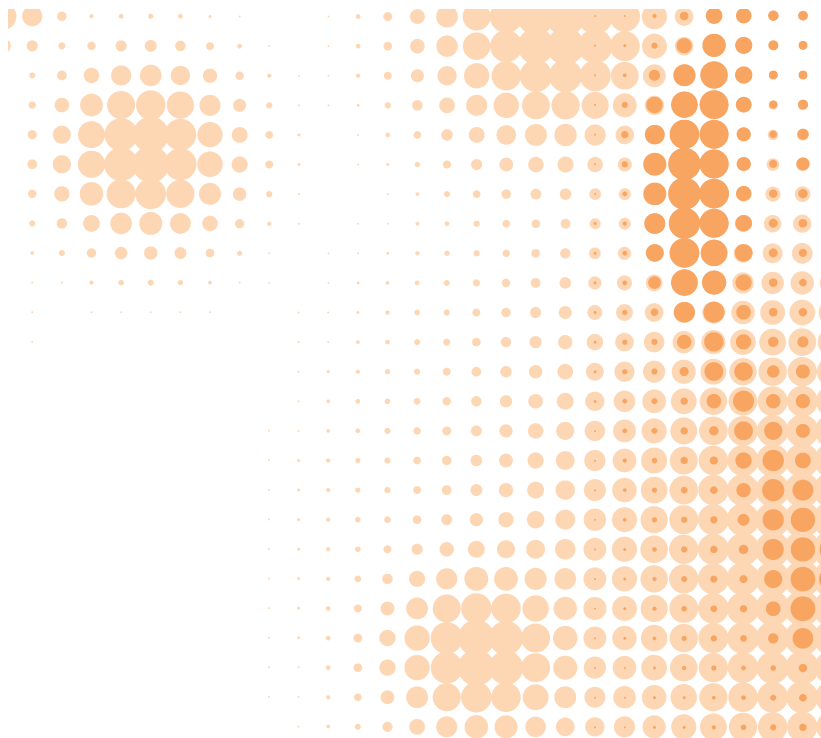
Annexe 7 Coûts nets par assuré (en francs) de l'ensemble des catégories de prestations selon le sexe et l'âge, Suisse, 1998 à 2010, à prix courants

Sexe	Classe d'âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Homme	0-18 ans	569	577	597	622	631	649	677	719	719	761	767	799	793
	19-25 ans	513	518	547	573	578	598	602	597	577	577	574	605	611
	26-30 ans	564	584	592	611	629	650	656	677	637	633	641	666	668
	31-35 ans	667	685	716	731	745	773	786	813	772	773	767	799	799
	36-40 ans	773	786	830	841	864	929	946	984	933	937	943	982	1'004
	41-45 ans	975	999	1'048	1'075	1'111	1'128	1'158	1'192	1'153	1'161	1'165	1'206	1'227
	46-50 ans	1'099	1'138	1'207	1'265	1'319	1'406	1'442	1'500	1'454	1'462	1'470	1'511	1'541
	51-55 ans	1'502	1'548	1'654	1'719	1'767	1'800	1'873	1'940	1'903	1'933	1'961	2'026	2'036
	56-60 ans	1'857	1'918	2'046	2'123	2'220	2'343	2'474	2'566	2'540	2'576	2'603	2'696	2'704
	61-65 ans	2'551	2'643	2'780	2'883	2'931	2'978	3'139	3'303	3'261	3'403	3'429	3'545	3'590
	66-70 ans	3'059	3'223	3'407	3'484	3'579	3'870	4'052	4'217	4'159	4'302	4'377	4'509	4'575
	71-75 ans	3'985	4'195	4'406	4'576	4'749	4'807	5'084	5'365	5'311	5'476	5'490	5'666	5'762
	76-80 ans	4'655	4'839	5'115	5'289	5'320	5'782	6'086	6'466	6'460	6'686	6'787	7'024	7'126
	81-85 ans	5'878	6'080	6'419	6'652	6'762	6'942	7'280	7'564	7'612	7'902	8'001	8'145	8'348
	86-90 ans	7'249	7'176	7'494	7'706	7'872	8'468	9'038	9'213	9'261	9'472	9'535	9'810	10'070
	91 ans et +	10'795	10'433	10'565	11'043	11'153	11'307	11'908	11'921	11'998	12'284	12'387	12'262	12'843
	Hommes	1'336	1'393	1'502	1'587	1'656	1'763	1'847	1'971	1'981	2'063	2'146	2'216	2'269
Femme	0-18 ans	536	547	572	591	600	621	653	695	694	730	736	772	760
	19-25 ans	925	939	984	1'009	1'019	1'038	1'062	1'084	1'032	1'046	1'073	1'129	1'139
	26-30 ans	1'332	1'355	1'410	1'405	1'427	1'455	1'522	1'583	1'510	1'517	1'537	1'617	1'632
	31-35 ans	1'425	1'465	1'539	1'566	1'588	1'645	1'732	1'799	1'778	1'815	1'864	1'923	1'951
	36-40 ans	1'266	1'284	1'365	1'428	1'450	1'522	1'606	1'678	1'645	1'693	1'742	1'823	1'850
	41-45 ans	1'362	1'413	1'482	1'529	1'567	1'545	1'603	1'661	1'638	1'684	1'710	1'783	1'799
	46-50 ans	1'493	1'529	1'640	1'704	1'751	1'818	1'900	1'964	1'926	1'941	1'986	2'046	2'079
	51-55 ans	1'917	1'983	2'127	2'213	2'232	2'214	2'290	2'350	2'303	2'383	2'411	2'471	2'501
	56-60 ans	2'120	2'195	2'343	2'453	2'508	2'621	2'716	2'788	2'741	2'772	2'818	2'915	2'941
	61-65 ans	2'546	2'677	2'854	3'003	3'057	3'053	3'198	3'343	3'308	3'407	3'440	3'562	3'555
	66-70 ans	2'893	3'012	3'192	3'344	3'432	3'649	3'866	4'005	3'980	4'106	4'194	4'346	4'368
	71-75 ans	3'816	3'968	4'194	4'340	4'466	4'494	4'794	4'961	4'970	5'158	5'204	5'437	5'466
	76-80 ans	4'696	4'849	5'070	5'238	5'355	5'700	6'000	6'215	6'216	6'426	6'517	6'782	6'884
	81-85 ans	6'555	6'776	7'127	7'303	7'457	7'484	7'866	8'051	8'056	8'284	8'386	8'664	8'779
	86-90 ans	8'721	8'910	9'081	9'472	9'671	10'181	10'757	10'807	10'813	11'007	11'051	11'159	11'535
	91 ans et +	13'694	13'626	13'873	14'307	14'797	14'555	15'074	14'915	15'147	15'529	15'321	15'478	15'833
	Femmes	1930	2010	2158	2270	2345	2440	2560	2689	2706	2809	2927	3022	3074
Total		1'641	1'709	1'840	1'938	2'010	2'107	2'210	2'337	2'350	2'443	2'543	2'625	2'678

Etat des données : 17.06.2011

© Obsan

Source : santésuisse, pool de données / analyse Obsan



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.