



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

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

Etude de base 2010–2012

## **EXECUTIVE SUMMARY**

Sonia Pellegrini, Sacha Roth  
*Observatoire suisse de la santé (Obsan)*

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

Mars 2015

|   |   |
|---|---|
| <b>Numéro de contrat:</b>                         | 13.004266   |
| <b>Durée du projet:</b>                           | Avril/mai 2013 – novembre 2014  |
| <b>Direction du projet d'évaluation à l'OFSP:</b> | Christian Vogt, Section Tarifs et fournisseurs de prestations I   |
| <b>Groupe d'accompagnement:</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pascal Besson, H+ Les hôpitaux de Suisse (H+)</li> <li>– Andrea Bumbacher, Christin Probst, tarifsuisse sa (représentants de santéuisse)</li> <li>– Carsten Colombier, Michael Egger, Administration fédérale des finances (AFF)</li> <li>– Wolfgang Guetg, Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA)</li> <li>– Guido Klaus, Riccarda Schaller, curafutura</li> <li>– Stefan Leutwyler, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)</li> <li>– Michael Lindner, Giovanni Teotino, Office fédéral de la statistique (OFS)</li> <li>– Beatrix Meyer, Fédération des médecins suisses (FMH)</li> <li>– Erika Ziltener, Fédération Suisse des patients (FSDP)</li> </ul>                        |
| <b>Méta-évaluation:</b>                           | <p>L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un rédacteur externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. Par conséquent, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.</p> <p>Le projet du rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation par l'OFSP et le groupe d'accompagnement. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les normes de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Les résultats de la méta-évaluation ont été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.</p> |
| <b>Source:</b>                                    | Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. (Obsan Rapport 61). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.  |
| <b>Commande:</b>                                  | Service Evaluation et recherche (E+F)<br>Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne<br><a href="http://www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier">www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier</a>  |
| <b>Traduction:</b>                                | Services linguistiques de l'OFS   |
| <b>Adresse de correspondance:</b>                 | Sonia Pellegrini, Dr. sc. écon.<br>Responsable de domaines de compétences<br>Observatoire suisse de la santé (Obsan)<br>Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel<br>Tél. +41 58 463 68 02<br>E-mail: <a href="mailto:sonia.pellegrini@bfs.admin.ch">sonia.pellegrini@bfs.admin.ch</a><br><a href="http://www.obsan.ch">www.obsan.ch</a>   |

# Résumé

## Abstract

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

## Mots clés

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

## Introduction

### Nouveau financement hospitalier

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

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

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

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

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

### Etude de base en vue d'un monitoring

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

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

## Questions directrices

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

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

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

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

## Méthode

### Données de la Statistique des hôpitaux

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

### Données du pool de données de SASIS SA

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

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

## Démarche

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

## Résultats et discussion

### Qualité des données de la comptabilité analytique

*Des valeurs manquantes et une qualité encore peu homogène*

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

*Pas encore d'indications sur les coûts des mandats*

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

*Revenus des prestations de soins et autres contributions encore non séparables*

Les montants versés par les cantons concernent à la fois les prestations de soins et les autres mandats de prestations (formation et recherche, prestations d'intérêt général). En 2010, près de la moitié des hôpitaux publics/subventionnés<sup>1</sup> ne pouvaient pas encore distinguer entre ces deux affectations et inscrivaient la totalité du montant dans le même compte (hôpitaux avec enveloppe budgétaire cantonale globale). La conséquence en est l'absence d'estimation utilisable concernant les revenus des prestations de soins stationnaires et concernant le financement des mandats.

*Une situation en voie d'amélioration*

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

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

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

- Les dépenses de l'AOS<sup>3</sup> pour les prestations de soins stationnaires s'accroissent de 9,4% en 2012 (contre 2,6% l'année précédente), une augmentation que l'on ne retrouve pas dans une même ampleur dans les autres secteurs de soins.
- Les dépenses des cantons augmentent en 2012, avec une hausse estimée à 14% sur la base de la Statistique des finances publiques (AFF), contre +5,8% l'année précédente.

*Chiffres convergents avec ceux des autres acteurs*

Les présents résultats convergent avec ceux communiqués par d'autres acteurs. L'OFS indique, dans son communiqué du 13 mai 2014, une augmentation de 9,8% des dépenses de santé dans les hôpitaux (9,2% pour le seul secteur stationnaire). Une estimation effectuée pour l'OCDE, obtenue par une autre méthode, estime à 7,8% l'augmentation des dépenses de santé des hôpitaux<sup>4</sup> en 2012 (<http://www.oecd.org/statistics>). Elle est donc du même ordre de grandeur que le chiffre que nous obtenons pour l'augmentation des revenus totaux des hôpitaux (+7%). En résumé, toutes les estimations tendent à montrer que les dépenses hospitalières ont connu une hausse marquée en 2012.

*Le nombre de cas reste stable*

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

<sup>1</sup> La problématique ne concerne pas les hôpitaux privés.

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

<sup>3</sup> Analyse par année de traitement.

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

### **Augmentation pour le domaine LAMal, baisse pour les assurances complémentaires**

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

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

### **Convergence entre public et privé dans le financement des prestations stationnaires**

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

### **Evolution vers davantage de transparence**

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

### **Evolution variable des dépenses AOS selon les cantons**

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

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

## **Conclusions**

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

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

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

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

système de financement. Or on ne sait si ce que l'on observe en 2012 est un phénomène unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance. La situation concrète sur le terrain en 2015 peut déjà être une autre. Les données 2013 donneront une indication supplémentaire sur la direction qu'ont pris les coûts et le financement dans la deuxième année d'application de la loi modifiée.

## Suggestions pour la suite des travaux

### Actualisation des chiffres-clés (Monitoring)

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

### Amélioration de la qualité des données

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

### Analyses complémentaires

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