

Point de vue

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, vise notamment à freiner l'augmentation des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire. Une évaluation réalisée sur plusieurs années doit permettre d'analyser les effets de la révision et de définir si celle-ci atteint ses buts. Cette évaluation, qui se terminera en 2019, fera l'objet d'un rapport à l'attention du Conseil fédéral.

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique a chargé l'Obsan d'observer et d'analyser l'évolution des coûts et du financement du système de soins.

Les chiffres actuellement disponibles, qui couvrent la période de 2010 à 2015, montrent que, dans le secteur hospitalier stationnaire, le financement des prestations s'est substitué dans une large mesure au financement de l'établissement, comme l'a souhaité le législateur. La contribution des cantons au financement des prestations hospitalières stationnaires atteint près de 55%, le minimum légal depuis le 1^{er} janvier 2017. Elle était toutefois plus basse en 2015. Après avoir été marquée pendant les années précédentes, la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire semble faiblir légèrement depuis 2013.

Il serait toutefois prématuré, sur la base des données et analyses actuelles, de parler d'un ralentissement de la croissance des coûts à moyen et à long termes sous l'effet de la révision. Il faudra attendre la réalisation, d'ici à 2019, des rapports finaux de l'Obsan et de l'évaluation dans le domaine des coûts et du financement pour savoir si la croissance des coûts se stabilisera à ce bas niveau, comment elle aura évolué depuis la révision et dans quelle mesure les développements observés seront imputables à la révision de la LAMal ou à d'autres facteurs.

Thomas Christen, vice-directeur, responsable de l'Unité de direction Assurance maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique

Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier

Actualisation 2014 – 2015

Le mandat

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Obsan actualise pour la deuxième fois depuis 2012 les chiffres de l'étude de base «Évolution des coûts et du financement du système de soins depuis la révision du financement hospitalier» (Pellegrini et Roth, 2015). Cette étude, réalisée dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, suit l'évolution des coûts du secteur hospitalier stationnaire d'une part, de son financement d'autre part. L'encadré 1 donne un aperçu des principaux résultats.

Encadré 1: principaux résultats 2014 – 2015

De manière générale, on observe en 2014 – 2015 une relative stabilisation des valeurs des indicateurs-clés:

- l'augmentation des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux est modérée;
- les clés de répartition des dépenses entre les financeurs évoluent faiblement;
- la croissance des cas d'hospitalisation se poursuit sans signe d'accélération;
- l'adaptation aux nouvelles règles de financement se poursuit.

Évolution des dépenses hospitalières

Dès 2013, les dépenses hospitalières retrouvent un rythme de croissance plus habituel

Après la hausse marquée lors du passage au nouveau système, les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux retrouvent dès 2013 un rythme de croissance plus habituel pour le secteur de la santé (voir graphique G1).

Au cours des années 2011¹ et 2012, les revenus du secteur stationnaire des hôpitaux avaient connu une augmentation massive (au total +2 milliards de francs, soit +14% en deux ans).

¹ Probablement par effet d'anticipation de la révision.

Encadré 2: méthode

La méthode est identique à celle de l'étude de base (Rapport Obsan 61) et à l'actualisation 2013 (Bulletin Obsan 1/2016). Deux adaptations mineures ont été effectuées concernant les points ci-dessous.

Nouveau mode de correction du nombre de cas d'hospitalisation

En 2012, avec l'introduction des SwissDRG, la définition du cas hospitalier a été modifiée, créant une rupture dans la série temporelle du nombre de cas d'hospitalisation. À partir de 2012 en effet, toutes les réhospitalisations dans les 18 jours pour le même groupe majeur de diagnostic (MDC) appartiennent au cas initial. Ce changement de définition conduit à ce qu'il y ait dès 2012, toutes choses égales par ailleurs, moins d'hospitalisations qu'auparavant. Sans correction statistique, l'évolution du nombre de cas dans le temps n'est de ce fait pas interprétable.

Dans les précédentes publications, la comparabilité avait été assurée en appliquant la définition valable avant 2012 à l'ensemble de la période d'observation, autrement dit en comptant les réhospitalisations (dans les 18 jours) comme un cas séparé. Dans l'intervalle, un algorithme a été développé permettant de rétrogrouper les cas d'hospitalisation d'avant 2012 selon les règles actuelles. Cette solution, plus élégante, permet de travailler avec les données OFS actuelles et de n'appliquer une correction qu'aux cas des années 2010 et 2011.

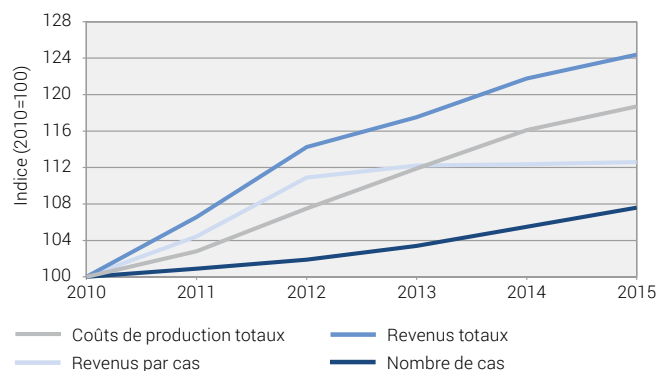
Revenu stationnaire comme indicateur principal de l'évolution des dépenses

D'un point de vue théorique, les revenus des hôpitaux, qui par définition correspondent aux dépenses des agents financeurs, sont l'indicateur le plus approprié pour suivre l'évolution des coûts des hôpitaux pour le système de santé.

Les revenus du secteur stationnaire sont tirés de la comptabilité analytique des hôpitaux, telle que relevée dans la Statistique des hôpitaux (OFS – KS 2010 – 2015). Ils comprennent les revenus des prestations hospitalières stationnaires ainsi que les contributions pour les autres mandats de prestations (prestations d'intérêt général, recherche et formation universitaire).

Dès 2013, le nombre de valeurs manquantes relatives aux revenus a clairement diminué et les estimations sont devenues plus robustes. De ce fait, cet indicateur peut être considéré comme suffisamment fiable et, à la différence des publications précédentes, être utilisé comme indicateur principal de l'évolution des coûts des hôpitaux pour le système de santé. Dans son édition 2015 de la Statistique des coûts et financement du système de santé, l'OFS a aussi adopté cette pratique (OFS 2017).

Les résultats continuent néanmoins à être plausibilisés par comparaison avec les autres sources de données (notamment les chiffres de l'Administration fédérale des finances AFF et la Statistique des coûts et financement du système de santé OFS).

Évolution des revenus, des cas et des revenus par cas ainsi que des coûts de production du secteur stationnaire des hôpitaux, 2010–2015**G 1**

Note: analyse basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est supérieur à zéro pour chaque année. Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir encadré 2).

Source: OFS – Statistique médicale (MS) et des hôpitaux (KS), 2010–2015/analyse obsan

© Obsan 2017

Dès 2013, la hausse des revenus, qui par définition est aussi celle des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux, revient à des valeurs plus modérées, avec une augmentation annuelle moyenne de 2,9% sur les années 2013, 2014 et 2015².

Les revenus par cas (G1), qui avaient eux aussi augmenté massivement lors de l'introduction de la révision (+10,6% en deux ans), voient leurs montants se stabiliser avec une croissance quasi nulle dans les trois années suivantes (augmentation annuelle moyenne de +0,5%).

Quant aux coûts de production des hôpitaux (G1), depuis 2013, leur croissance suit une évolution parallèle à celle des revenus. Les coûts de production totaux, qui représentent la somme des moyens investis par les hôpitaux pour fournir les prestations de soins, montrent une progression modérée (augmentation de 3,4% en moyenne annuelle sur les années 2013, 2014 et 2015). Les coûts par cas amorcent une stabilisation (augmentation annuelle moyenne de +1,5% sur les trois années concernées).

Depuis 2013, l'augmentation des dépenses provient essentiellement de l'augmentation du nombre de cas

Si les revenus totaux augmentent tandis que les revenus par cas restent stables, cela signifie (comme l'illustre le graphique G1) que l'augmentation des dépenses que l'on observe dans les années récentes provient en premier lieu de l'augmentation du nombre de cas d'hospitalisation. Leur nombre augmente de 2,4% en moyenne annuelle au cours des années 2013, 2014 et 2015, ce qui représente au total près de 100 000 cas supplémentaires en 2015 par rapport à 2012.

² Avec une approche méthodologique différente, la Statistique des coûts et financement du système de santé (OFS 2017) aboutit à des valeurs similaires (augmentation annuelle moyenne de 3,0% sur les années 2013, 2014 et 2015). Une plausibilisation à l'aide des chiffres 2015 de l'AFF, qui n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent bulletin, n'a pas été possible.

L'augmentation du nombre de cas ne s'est pas accélérée depuis la révision

Face à une augmentation des cas, il est légitime de se demander si le rythme de croissance actuel est comparable à celui qui prévalait avant la révision. Comme la Suisse a connu une croissance démographique relativement importante au cours des quinze dernières années, une partie de l'augmentation provient de l'augmentation de la taille de la population. Pour tenir compte de ce paramètre, il est approprié d'utiliser le taux d'hospitalisation, à savoir la proportion de la population hospitalisée au cours d'une année donnée, comme indicateur de l'évolution des cas (G2).

Le taux d'hospitalisation (G2) est de manière générale en hausse depuis le début des années 2000 (+1,7 points de pourcentage par rapport à 2003, soit +11% en 12 ans). Ceci concerne tous les secteurs, les soins somatiques aigus comme la psychiatrie et la réadaptation/gériatrie. Cette évolution est régulière et aucun à-coup n'est observable en 2012, de sorte qu'à ce stade, rien ne permet de dire que le rythme des hospitalisations s'est modifié depuis l'introduction des SwissDRG.

Une analyse des taux standardisés par âge (voir Hedinger et al., 2017) montre que l'essentiel de l'augmentation des taux d'hospitalisation en soins somatiques aigus s'explique par le vieillissement démographique. Les taux d'hospitalisation en réadaptation/gériatrie et en psychiatrie ont par contre connu une légère augmentation en plus de celle liée à l'augmentation de la taille de la population et à son vieillissement. Le lien avec la révision n'est pas clair.

Des augmentations de cas ciblées ne sont pas exclues

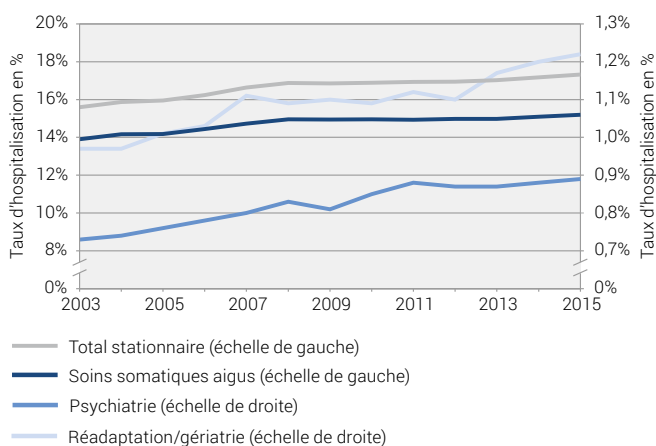
Le constat général de non accélération du rythme des hospitalisations est effectué au niveau de l'ensemble des hospitalisations, soit à un niveau très agrégé (plus d'un million de cas par an). Il n'exclut pas la possibilité de phénomènes plus ciblés, concernant par exemple des domaines de prestations ou des types d'établissements particuliers. Une étude, réalisée par Polynomics sur mandat de l'OFSP, a analysé cette question en détail (Widmer et al., 2017). Sur la période 2007–2014, elle n'identifie pas non plus d'augmentations du volume de prestations qui puissent être mises en lien avec la révision de manière univoque.

Une croissance annuelle de 3%: un chiffre durable?

En conclusion, à ce stade du déploiement des effets de la révision, le niveau des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux est plus important qu'avant la révision et la croissance se poursuit à un rythme annuel de l'ordre de 3%. Évaluer si cette croissance est similaire ou éventuellement plus faible qu'avant la révision est délicat, les données statistiques d'avant 2010 (ancienne KS) étant considérées comme relativement peu fiables sur cet aspect. Néanmoins, l'analyse de l'évolution des charges et des produits issus de la comptabilité financière sur la période 2000–2009 suggérerait plutôt une croissance annuelle de l'ordre de 4–5%. Il se pourrait donc que les 3% actuels soient un peu plus bas que

Évolution des taux d'hospitalisation en soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation/gériatrie et total, 2003–2015

G 2



Source: OFS – Statistique médicale (MS) et des hôpitaux (KS) et STATPOP 2003–2015

© Obsan 2017

les taux d'avant la révision. L'avenir montrera si les 3% actuels, obtenus essentiellement par la stabilisation des revenus par cas, vont pouvoir se maintenir dans le temps ou s'ils sont le résultat transitoire de la correction à la baisse des taux de base observée à partir de 2013 (voir Felder et al. 2016).

Comparaison avec les autres secteurs de soins

La croissance annuelle de quelque 3% du secteur stationnaire est plus faible que celle des autres secteurs de soins sur la même période (2013–2015) (G3). Cela vaut en particulier pour l'ambulatoire hospitalier qui, sur la même période, connaît des augmentations annuelles moyennes de l'ordre de 6,7%, mais aussi pour les services d'aide et de soins à domicile (SASD) avec 5,7% annuellement. Seuls les EMS³ connaissent un développement comparativement moindre de leur activité avec 1,9% d'augmentation annuelle dans les trois dernières années. EMS et secteur stationnaire des hôpitaux croissent donc comparativement moins vite que le secteur ambulatoire, une évolution conforme au virage ambulatoire amorcé par de nombreux cantons (Roth et Pellegrini 2015, Füglistler-Dousse et al. 2015).

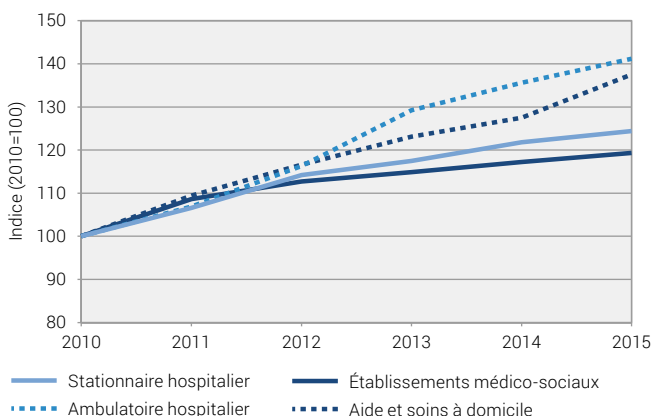
Des reports de soins sur le reste du système de santé?

Cette croissance comparativement plus faible du stationnaire hospitalier se fait-elle par report de soins sur le reste du système de santé? Plusieurs études se sont penchées sur la question du déplacement – partiel ou total – de certaines prestations de soins hors des soins somatiques aigus stationnaires, pour l'heure seuls concernés par les forfaits par cas.

³ y compris maisons pour personnes âgées.

Évolution des revenus totaux des principaux secteurs de soins¹, 2010–2015

G 3



¹ Il n'existe pas de données comparables pour les cabinets médicaux.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux, SOMED, SPITEX 2010–2015/analyse Obsan

© Obsan 2017

Felder et al. (2014), dans une étude réalisée sur mandat de la FMH et de H+, concluent que «depuis l'introduction de SwissDRG, davantage de prestations ambulatoires sont fournies avant et après un séjour à l'hôpital. Ces transferts partiels ont principalement concerné les spécialistes et moins les médecins de famille. En revanche, les transferts complets de traitements du secteur stationnaire au secteur ambulatoire sont rares.» (Felder et al. 2014).

Hedinger et al. (2017), dans l'analyse de l'évolution de la qualité des prestations stationnaires depuis la révision LAMal du financement hospitalier réalisée sur mandat de l'OFSP, se sont intéressés aux interfaces entre les soins somatiques aigus et les secteurs de soins en aval. Ils montrent une augmentation de la proportion de patients qui, après un séjour en soins somatiques aigus, ont une suite de traitement en EMS ou par les services d'aide et de soins à domicile (SASD). Un mouvement similaire s'observe de la réadaptation vers les EMS, ainsi que de la psychiatrie vers les EMS, suggérant un allongement des chaînes de soin, avec davantage d'intervenants.

Enfin, Polynomics (Widmer et al., 2017) dans leur très récente étude sur mandat de l'OFSP, confirment le déplacement partiel de prestations en amont et en aval du secteur stationnaire, en particulier vers l'ambulatoire hospitalier. La quantification des volumes correspondants (p. 57 et ss.) montre cependant que les reports de soins calculés en CHF sont relativement faibles.

Toutes les études suggèrent l'existence de reports de soins vers les autres secteurs. Ces transferts de prestations génèrent des coûts supplémentaires dans le secteur ambulatoire et en EMS. Il est clair que les coûts de prise en charge y sont moins élevés que dans les soins somatiques aigus hospitaliers. Cette évolution a priori favorable en termes de coûts pour l'ensemble du système de santé ne le devient véritablement que si la hausse engendrée s'accompagne d'une baisse au moins équivalente dans les soins somatiques aigus stationnaires. En évaluer l'impact final sur les coûts de la santé nécessiterait de comparer les coûts de la prise en charge complète, sur l'ensemble de la chaîne de soins, avant et après la révision, un élément qui reste cependant difficile à calculer.

Financement: état de la mise en œuvre

Dans l'esprit de la révision sur le financement hospitalier, les hôpitaux sont rémunérés pour les prestations qu'ils fournissent, qu'il s'agisse de prestations de soins ou d'autres mandats (prestations d'intérêt général, recherche et formation universitaire). Le principe de subventions et de couverture de déficit sont ainsi abandonnés au profit d'une rémunération liée à la prestation. Les paragraphes qui suivent font un état de la mise en œuvre de la nouvelle législation à fin 2015 à partir des indicateurs chiffrés disponibles.

Comptabilité plus transparente

Les hôpitaux qui, dans la comptabilité analytique (KS), ne séparent pas les revenus en provenance des cantons entre les comptes «Prestations de soins» et «Contributions» ont quasi disparu. En 2015, ils sont encore au nombre de trois. La quasi disparition de ce cas de figure dans le cadre du relevé statistique KS constitue un réel progrès, dans la mesure où elle rend possible une analyse séparée des revenus provenant des prestations de soins et des contributions pour les autres mandats de prestations, telle qu'effectuée ci-dessous (voir «Montants des contributions pour les autres mandats en baisse»). On relèvera en passant que les hôpitaux contribuant le moins à cet effort de transparence sont les établissements privés, encore nombreux à ne livrer que partiellement leurs données de comptabilité analytique.

Couvertures de déficit en fort recul

Si 50 établissements bénéficiaient d'une couverture de déficit en 2010 (G4), seuls 8 sont encore dénombrés en 2015 (un nombre stable depuis 2012). Quant aux montants, qui avaient déjà fortement diminué en 2012, ils ont une nouvelle fois reculé en 2015 pour ne représenter plus que 0,5% de l'ensemble du financement du secteur stationnaire.

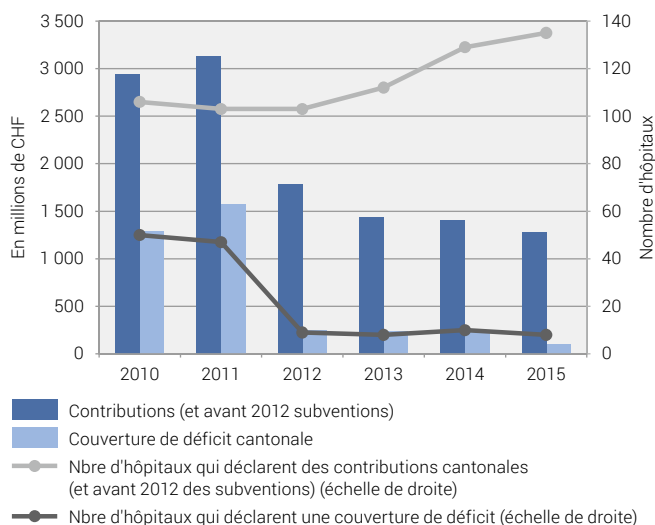
Montants des contributions pour les autres mandats en baisse

En ce qui concerne les contributions payées pour la fourniture de prestations d'intérêt général (y c. recherche et formation universitaire), on relève, à partir de 2012, une augmentation du nombre d'hôpitaux qui en bénéficient (de 103 en 2012 à 135 en 2015). Davantage d'établissements disposent ainsi d'au moins un mandat de prestations en plus des soins (G4). Par contre, les montants totaux diminuent, massivement au moment de la mise en application des dispositions concernées en 2012, puis régulièrement depuis 2013 de sorte que ces contributions représentent depuis lors moins de 10% de l'ensemble du financement du secteur stationnaire (G5).

Cette baisse massive des contributions entre 2011 et 2012, observée dans les données de la comptabilité analytique (KS), reflète avant tout un changement des pratiques comptables en lien avec les exigences de la nouvelle loi. Le graphique G5 illustre

Contributions et couvertures de déficit: montants et nombre d'hôpitaux, 2010–2015

G 4



Source: OFS – Statistique des hôpitaux, 2010–2015/analyse Obsan © Obsan 2017

bien ces changements: on y observe une diminution comptable des contributions destinées aux autres mandats de prestations, une diminution de la couverture de déficit et, en parallèle, une augmentation des revenus de prestations de soins. Ce changement reflète avant tout la diminution du nombre d'hôpitaux comptabilisant tout le budget reçu des cantons dans le compte «Contributions», alors qu'une partie du montant était destinée aux prestations de soins. Ce phénomène est également illustré au graphique G6 au travers de l'augmentation de la part des prestations de soins stationnaires financée par les cantons (assurés de base, prestations LAMal) entre 2011 et 2012.

Cantons et AOS à parité dans le financement des prestations hospitalières stationnaires

En 2015, pour la première fois, une répartition de 50/50 a été atteinte entre cantons et AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal. L'augmentation de la part cantonale correspond ainsi à l'évolution attendue dans le cadre des mesures transitoires, qui laissent aux cantons jusqu'à 2017 pour atteindre la quote-part de 55% que leur impose la loi. Jusqu'en 2015, aucun canton ne semble être allé au-delà de ce minimum légal (CDS 2015).

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

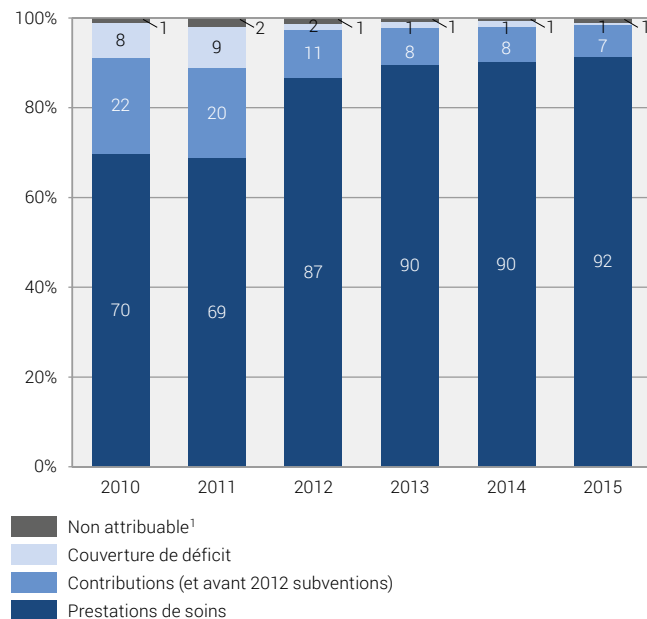
T 1

%	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tous les hôpitaux						
Part AOS	73,8	74,1	59,6	53,3	50,4	49,9
Part cantonale	26,2	25,9	40,4	46,7	49,6	50,1

Source: OFS – Statistique des hôpitaux, 2010–2015/analyse Obsan © Obsan 2017

Répartition des revenus totaux du secteur stationnaire, 2010–2015

G 5



Note: analyse basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est supérieur à zéro pour chaque année.

¹ Non attribuable signifie que ces revenus ne concernent ni des prestations de soins, ni des autres mandats de prestations.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux, 2010–2015/analyse Obsan © Obsan 2017

En conclusion, la mise en application des nouvelles règles de financement se poursuit

Tous les indicateurs calculables vont dans le sens prévu par le nouveau cadre légal: les couvertures de déficit et les montants des contributions pour les autres mandats de prestations sont en recul; le financement des prestations de soins s'achemine vers l'objectif légal (min. 55% cantons / max. 45% AOS) à atteindre en 2017. Des améliorations sont à relever dans la transparence des flux financiers, en particulier la séparation des montants perçus à titre de rémunération des prestations de soins et à titre de contributions aux autres mandats de prestations.

Le point de mise en œuvre encore largement discuté concerne les contributions pour des prestations d'intérêt général. Les études réalisées à ce sujet (von Stokar et al. 2016; Felder et al. 2016) montrent d'une part que les règles et définitions varient grandement d'un canton à l'autre et d'autre part que les données sont encore insuffisantes pour une analyse pertinente.

Financement des prestations hospitalières stationnaires

La révision du financement hospitalier a modifié les règles de financement auparavant en vigueur, modifiant à plusieurs égards la répartition des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires entre les différents financeurs. Sont en particulier concernés l'inclusion du financement des investissements dans les forfaits par cas (qui charge l'AOS et décharge les cantons⁴), accompagnée de la modification de la clé de répartition pour les prestations de soins LAMal qui diminue la part AOS (de max. 50% à max. 45%) et augmente celle des cantons. S'y ajoute le financement identique des prestations de soins LAMal indépendamment de leur lieu de fourniture (dans ou hors canton, dans un établissement public ou privé) qui charge les financeurs LAMal (surtout les cantons) et décharge les assurances complémentaires.

Au final, qui prend en charge quelle proportion des dépenses? Qui paie plus, qui paie moins que par le passé? Et est-ce que cela correspond à ce qui était prévu? Les paragraphes qui suivent tentent d'amener un peu de lumière sur ces questions, à partir de données disponibles.

La répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires s'est largement stabilisée ces dernières années

Comme l'illustre le graphique G6, les parts respectives prises en charge par les différents agents payeurs sont largement stabilisées à partir de 2013. Désormais 85% des prestations hospitalières stationnaires relèvent de la LAMal (somme des parts AOS et cantonales pour les assurés de base ainsi que pour les assurés privés et semi-privés; G6). Les autres assurances sociales y contribuent à hauteur de 5,5% (assurance accidents LAA, assurance invalidité LAI, assurance militaire LAM). Enfin la part des assurances complémentaires et de l'out-of-pocket⁵, qui a sensiblement diminué en 2012 avec l'introduction de la révision, s'est stabilisée aux alentours de 11%.

Ce mouvement à la hausse de la part LAMal et à la baisse de la part relevant des assurances complémentaires reflète le transfert de charges des assurances complémentaires vers l'AOS et les cantons liés aux nouvelles règles de financement des hospitalisations hors canton ou dans des établissements privés.

Dans le domaine LAMal, les cantons prennent en charge un part plus importante des dépenses et soulagent progressivement l'AOS

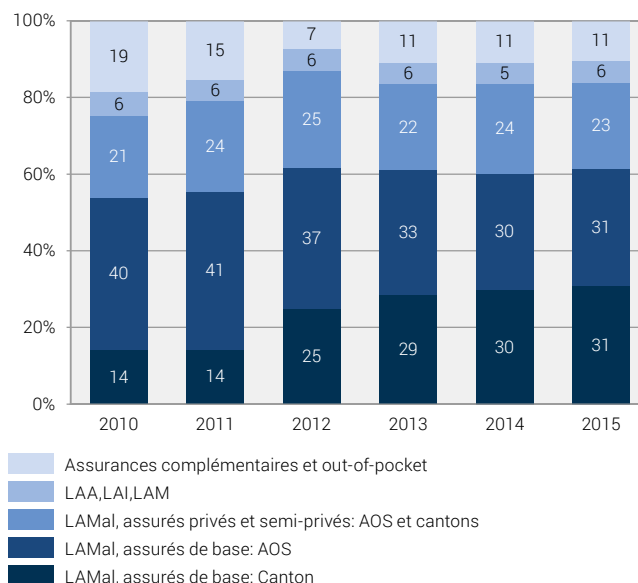
Une analyse attentive du graphique G6 montre que la part des cantons au financement des prestations hospitalières stationnaires augmente légèrement, mais régulièrement depuis 2013.

⁴ Avant 2012, les investissements n'étaient aucunement financés par l'AOS, mais seulement par les cantons dans le cas d'un établissement public.

⁵ Il s'agit des montants directement payés par le patient (franchise, quote-part).

Répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires, 2010–2015

G 6



Note 1: entre 2011 et 2012, l'augmentation de la part des prestations de soins stationnaires financée par les cantons (assuré de base, prestations LAMal) provient principalement d'une modification des pratiques comptables. Pour plus de détails se référer au paragraphe relatif au graphique G5.

Note 2: la catégorie Assurances complémentaires et out-of-pocket est une catégorie résiduelle, estimée par différence. Comme les cliniques privées sont sous-représentées dans l'échantillon (lequel est composé des hôpitaux ayant livré leurs revenus à chacune des années analysées), les revenus en provenance des assurances complémentaires pourraient être sous-estimés dans cette figure.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux, 2010–2015/analyse Obsan

© Obsan 2017

En effet, pour les assurés de base (la seule catégorie pour qui les données permettent de distinguer entre AOS et cantons), la part des cantons passe de 29% en 2013 à 31% à 2015.

Cette impression se confirme si l'on analyse la question du point de vue de l'AOS (G7). Sur cette figure, on observe que le montant moyen pris en charge par l'AOS pour chaque cas d'hospitalisation (dépenses AOS par cas AOS) diminue légèrement à partir de 2013. Considérant, comme indiqué au graphique G1, que les dépenses par cas sont stables depuis 2013, la baisse des dépenses AOS par cas signifie, selon le principe des vases communicants, que les cantons paient en proportion davantage. Cette évolution est cohérente avec l'augmentation progressive de la contribution des cantons en direction des 55% prévus par la loi.

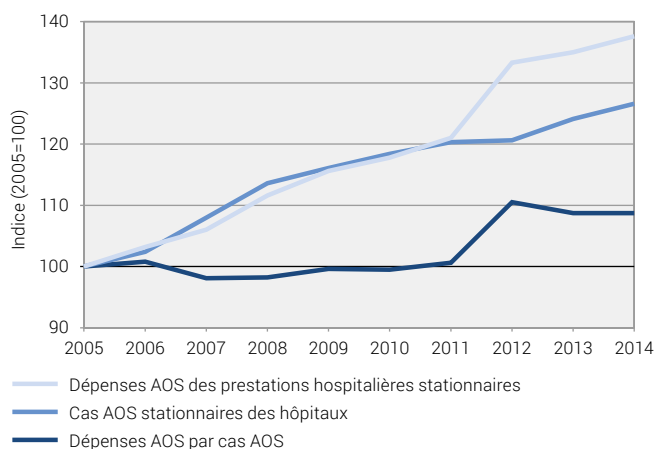
Conclusion

Les pratiques se mettent progressivement en conformité avec les règles du nouveau financement hospitalier

En conclusion, au cours des années 2014 et 2015, objet de la présente actualisation, la mise en application du nouveau financement hospitalier s'est poursuivie. À plusieurs égards, on se rapproche des objectifs fixés par le législateur, avec un recul des couvertures de déficit et des contributions pour les autres mandats de prestations que les soins hospitaliers. Le financement

Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires, 2005–2014

G 7



Note: les données AOS annuelles 2015 n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent bulletin.

Source: SASIS SA – pool de données, 2005–2014
(données annuelles par années de traitement)/analyse Obsan

© Obsan 2017

des prestations hospitalières LAMal se rapproche aussi de la valeur-cible (min. 55% cantons / max. 45% AOS) fixée par la loi. Enfin, on note une amélioration progressive de la qualité des données et, partant, de la transparence dans les flux financiers, ceci même si certains aspects sont encore en développement. La question du financement des prestations d'intérêt général et des investissements reste en effet encore largement débattue et les pratiques y relatives différentes selon les cantons.

Les indicateurs-clés du secteur stationnaire se stabilisent

Pour le reste, les années 2014 et 2015 se caractérisent par une relative stabilisation des valeurs des indicateurs-clés. Les dépenses pour le secteur stationnaire augmentent à des rythmes très comparables à chacune de ces années, les clés de répartition des dépenses entre les financeurs évoluent faiblement, qu'il s'agisse du financement des prestations de soins ou de la structure générale du financement du secteur stationnaire (G5 et G6). Le système semble donc être entré dans une première phase de stabilisation, dans lequel les adaptations se poursuivent mais sans choc.

Une dernière actualisation de cette étude en 2018

Cette étude fera l'objet d'une dernière actualisation l'année prochaine, avec les chiffres de l'année 2016. Le rapport final, qui portera ainsi sur l'ensemble de la période 2010–2016, reprendra et actualisera les contenus du rapport Obsan 61, tout en intégrant les indicateurs nouvellement calculables. Ceux-ci concerneront en particulier l'ambulatoire hospitalier (déjà partiellement intégré dans le présent Bulletin) et une analyse détaillée des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation.

Encadré 3: données utilisées

La Statistique des hôpitaux

Les analyses concernant les coûts et le financement des hôpitaux se basent sur les Statistiques médicale (MS) et des hôpitaux (KS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). La Statistique des hôpitaux (KS) recense en particulier les domaines d'activité, le personnel et les infrastructures ainsi que les données financières des établissements. Il s'agit d'un relevé exhaustif, mis à jour annuellement.

L'importante révision de la KS en 2010, effectuée en prévision de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier, a amené des changements importants dans la structure du relevé. La rupture dans les séries statistiques qui s'ensuit rend inapproprié le recours aux données de coûts de l'ancienne KS (avant 2010) pour le présent projet.

Le pool de données de SASIS SA

Le pool de données est un système d'information au service des assureurs et recense toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données regroupe toutes les factures saisies auprès des assureurs participant à la statistique, participation des assurés aux coûts incluse (franchise, quote-part et participation aux coûts des hospitalisations).

L'Obsan exploite le pool de données depuis plus de quinze ans. Il reçoit chaque année une nouvelle version du pool de données contenant les cinq dernières années disponibles et actualisées. Les analyses sont effectuées au niveau suisse (ensemble des cantons et catégories «inconnu», «étranger» comprises) et selon l'année de traitement. Les données sont extrapolées lorsque le taux de couverture des assurés du pool de données est inférieur à 100% (pour plus détails voir Obsan rapport 61, page 39).

Encadré 4: bibliographie

- Conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé (2015), *Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012, état au 1.4.2015*. Berne: CDS.
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T. & Pfinninger, T. (2014), *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Schlussbericht*. Studie im Auftrag von FMH und H+. Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG und Universität Basel.
- Felder, S., Meyer, S., Bieri, D. (2016). *Tarif- und Finanzierungssunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Basel: Universität Basel.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Évolutions 2006 – 2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Hedinger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). *Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité de 2009 à 2015*. (Obsan Bulletin 2/2017). Etude sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

OFS (2017), *Statistique des coûts et financement du système de santé*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?* (Obsan Rapport 68). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

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

Pellegrini, S. & Roth, S. (2016). *Évolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Actualisation 2013*. (Obsan Bulletin 1/2016). Etude sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

von Stokar, T., Vettori, A., Gschwend, E. & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Zürich: INFRAS.

Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P. & Telser, H. (2017). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich*. Zusammenfassung. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Olten: Polynomics.

D'autres documents et rapports relatifs à l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux peuvent être trouvés sur le site de l'Office fédéral de la santé publique: www.bag.admin.ch/evalfinanzementhospitalier.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan 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.

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Sonia Pellegrini, Sacha Roth, Obsan

Référence bibliographique

Pellegrini, S. & Roth, S. (2017) Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2014 – 2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Etude sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

Direction de projet à l'OFSP

Cornelia Stadter, Section tarifs et fournisseurs de prestations I

Renseignements / informations

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

Langue du texte original

Français; cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1703).

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratuit)

Numéro OFS

1034-1703

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

© Obsan 2017



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.