



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

Rapport final

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

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

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

– Sonia Pellegrini, Obsan
– Sacha Roth, Obsan

Direction de projet à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Cornelia Stadter, Section tarifs et fournisseurs de prestations I

Direction du projet à l'Obsan

Sonia Pellegrini

Série et numéro

Obsan Rapport 73

Référence bibliographique

Pellegrini, S. & Roth, S. (2018) *Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)* (Obsan Rapport 73).
Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

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

Langue du texte original

Français

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

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

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

Hertig + Co. SA, Lyss

Commandes d'imprimés

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

Numéro OFS

874-1801

Prix

17 francs (TVA excl.)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

ISBN

978-2-940502-72-1

© Obsan 2018



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

Rapport final

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

Rédaction Sonia Pellegrini, Obsan
Contenu Sonia Pellegrini, Obsan; Sacha Roth, Obsan
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2018

Table des matières

Point de vue	5	3 Évolution des coûts et des revenus des hôpitaux	34
Standpunkt	5	3.1 Ensemble du secteur stationnaire des hôpitaux	34
Résumé	7	3.1.1 Évolution des revenus totaux	34
Zusammenfassung	15	3.1.2 Effet-prix ou effet-quantité?	36
1 Introduction	23	3.1.3 Évolution des taux d'hospitalisation	36
1.1 Contexte	23	3.1.4 Évolution des coûts de production des prestations hospitalières stationnaires	37
1.2 Évaluation de la révision LAMal sur le financement hospitalier	23	3.1.5 Comparaison avec les autres secteurs de soins	38
1.3 Effets de la révision sur les coûts et le financement du système de soins	23	3.1.6 Comparaison avec le passé	40
1.4 Mandat de l'Obsan	24	3.2 Autres prestations des hôpitaux	40
1.5 Démarche	25	3.2.1 Recherche et formation universitaire	40
1.6 Structure du rapport	26	3.2.2 Autres prestations d'intérêt général (PIG)	41
2 Méthode	27	4 Évolution par domaine d'activité	42
2.1 Généralités	27	4.1 Soins aigus	42
2.2 Données de la comptabilité analytique des hôpitaux (KS, OFS)	28	4.1.1 Évolution générale en soins aigus	43
2.2.1 Structure du module de comptabilité analytique	28	4.1.2 Évolution par type d'hôpitaux	43
2.2.2 Qualité des données du module de comptabilité analytique	29	4.1.3 Hôpitaux sous un régime de DRG avant 2012	44
2.3 Le pool de données de SASIS SA	32	4.1.4 Hôpitaux publics et privés	45
2.4 Stratégie d'analyse	32	4.2 Psychiatrie	46
2.4.1 Analyses temporelles	32	4.2.1 Évolution générale en psychiatrie	46
2.4.2 Analyse de type «ex ante/ex post»	32	4.2.2 Évolution par type d'hôpitaux	47
2.4.3 Analyses multivariées non réalisables	32	4.2.3 Hôpitaux publics et privés	48
2.4.4 Analyses par domaines d'activité	33	4.3 Réadaptation/gériatrie	49
		4.3.1 Évolution générale en réadaptation/gériatrie	49
		4.3.2 Évolution par type d'hôpitaux	50
		4.3.3 Hôpitaux publics et privés	51
		4.4 Évolution comparée des trois domaines d'activité	51

5	Évolution du financement des hôpitaux	53	8	Index des tableaux, des figures et des abréviations	67
5.1	État de la mise en œuvre des nouvelles règles de financement	53	8.1	Index des tableaux	67
5.1.1	Comptabilisation des revenus pour des prestations hospitalières stationnaires et pour des autres mandats de prestations	53	8.2	Index des figures	67
5.1.2	Couverture de déficit	53	8.3	Index des abréviations	68
5.1.3	Montants des contributions pour les autres mandats de prestations	54	9	Bibliographie	69
5.1.4	Part des revenus des prestations hospitalières stationnaires au financement du secteur stationnaire	55	Annexe		71
5.1.5	Part des cantons et de l'AOS dans le financement de prestations hospitalières stationnaires	55			
5.2	Financement des prestations hospitalières stationnaires	56			
6	Gros plan sur l'AOS	58			
6.1	Évolution des dépenses AOS	58			
6.2	Effet-prix et effet-quantité	60			
6.3	Évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux par activité	61			
7	Synthèse et conclusion	62			
7.1	Qualité des données et transparence	62			
7.2	Mise en œuvre des nouvelles règles de financement	63			
7.3	Effets sur les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux	64			
7.4	Effets distributifs de la révision	65			
7.5	Évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux	65			
7.6	Conclusion et perspectives	66			

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 analysera comment la révision est mise en œuvre, quels sont ses effets et déterminera si celle-ci a 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 (OFSP) a chargé l'Obsan d'observer et d'analyser l'évolution des coûts et du financement du système de soins. Avec le présent rapport, l'Obsan conclut désormais ce monitoring.

Les chiffres actuellement disponibles, qui couvrent la période jusqu'à 2016, montrent que, dans le secteur hospitalier stationnaire, le financement des prestations s'est substitué dans une large mesure au financement de l'établissement. La contribution des cantons au financement des prestations hospitalières stationnaires atteint près de 55%, le minimum légal depuis le 1^{er} janvier 2017. Après avoir été marquée pendant les années précédentes, la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire a été un peu plus modérée depuis 2013.

Les résultats du monitoring de l'Obsan liés à ceux d'autres études constituent la base descriptive pour le rapport final de l'évaluation dans le domaine «coûts et financement», que le B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung prépare actuellement pour le compte de l'OFSP et qui sera disponible en 2019. Ce rapport évaluera la mise en œuvre et les effets de la révision, sur la base des objectifs du législateur. En s'appuyant sur les résultats des trois domaines thématiques de l'évaluation, le rapport final de l'évaluation démontrera au Conseil fédéral de manière concluante si la révision a atteint ses objectifs et si des mesures complémentaires s'imposent.

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

Standpunkt

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft trat, soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich gebremst werden. In einer mehrjährigen Evaluation wird untersucht, wie die Revision umgesetzt wird, welche Auswirkungen sie hat und ob sie ihre Ziele erreicht hat. Die Evaluation wird 2019 mit einem Bericht an den Bundesrat abgeschlossen.

Im Rahmen der Evaluation hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Obsan mit der Beobachtung und Analyse der Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems beauftragt. Mit dem vorliegenden Bericht schliesst das Obsan dieses Monitoring nun ab.

Die vorliegenden Kennzahlen, die den Zeitraum bis einschliesslich 2016 abdecken, zeigen, dass die Leistungsfinanzierung die frühere Objektfinanzierung im stationären Spitalbereich weitgehend abgelöst hat. Der Finanzierungsanteil der Kantone an der Vergütung der stationären Spitalleistungen bewegt sich auf das ab 1. Januar 2017 vorgeschriebene Minimum von 55 Prozent zu. Nach einem markanten Kostenanstieg im stationären Spitalbereich in den Jahren zuvor fällt das Kostenwachstum seit 2013 etwas moderater aus.

Gemeinsam mit den Resultaten weiterer Studien bilden die Ergebnisse des Obsan-Monitorings die Grundlage für den Schlussbericht im Themenbereich «Kosten und Finanzierung» der Evaluation, den B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des BAG derzeit erstellt und der 2019 vorliegen wird. Dieser wird – ausgehend von den Zielen des Gesetzgebers – die Umsetzung und Wirkungen der Revision bewerten. Sich auf die Ergebnisse aus den drei Themenbereichen der Evaluation stützend, wird der Schlussbericht zur Evaluation abschliessend aufzeigen, ob die Revision ihre Ziele erreicht hat und wo allenfalls Handlungsbedarf besteht.

Thomas Christen,
Vizedirektor, Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit

Résumé

Le mandat

Les chambres fédérales ont adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier le 21 décembre 2007. La révision est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Les nouvelles dispositions légales sont majoritairement appliquées depuis le début de l'année 2012 (OFSP 2015b). La révision vise essentiellement à freiner l'augmentation des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire, tout en garantissant l'accès à des soins de qualité élevée.

Le nouveau système de financement des hôpitaux a pour principaux éléments:

- l'introduction de forfaits liés aux prestations, fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale (SwissDRG en 2012, TARPSY en 2018 et ST Reha attendu pour 2022)
- le financement dual-fixe des prestations hospitalières (part cantonale 55% min; part AOS 45% max.)
- la planification cantonale des hôpitaux selon les critères de qualité et d'économicité (fixés par ordonnance et valables au niveau national)
- l'extension du libre choix de l'hôpital
- l'exigence accrue d'information et de transparence (livraison et publication de données supplémentaires, dès 2009)

À l'exception des nouvelles structures tarifaires TARPSY et ST Reha introduites plus tard, les mesures du nouveau financement hospitalier s'appliquent aussi aux activités de psychiatrie et de réadaptation dès 2012.

L'évaluation de la révision, conduite par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur mandat du Conseil fédéral, comporte trois domaines thématiques, dont les effets de la révision sur les coûts et le financement du système de santé – objet de la présente étude. Sur mandat de l'OFSP, l'Obsan réalise depuis 2013 un monitoring annuel des indicateurs permettant d'observer l'évolution des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux d'une part, de leur financement d'autre part (Pellegrini et Roth, 2015, 2016 et 2017). Le présent rapport final constitue la dernière actualisation de ce monitoring et couvre l'ensemble de la période d'observation, soit les deux années précédant la mise en œuvre des principales mesures de la révision en 2012 (2010 – 2011) et les cinq années qui l'on suivies (2012 – 2016).

Questions directrices

L'analyse est structurée autour de deux questions directrices: les effets de la révision sur les *dépenses* pour le secteur stationnaire des hôpitaux (question 1) et les effets de la révision sur le *financement* du secteur stationnaire des hôpitaux (question 2).

En termes de dépenses (question 1), les effets attendus de la révision, souhaités et non souhaités, sont un ralentissement de la croissance dans le secteur stationnaire des hôpitaux, un possible transfert de prestations et de coûts vers les autres secteurs de soins (établissements médico-sociaux (EMS), soins à domicile, médecins en cabinets et ambulatoire hospitalier) et une éventuelle augmentation stratégique des volumes d'hospitalisations. Afin d'éclairer ces aspects, les indicateurs suivants sont calculés: évolution des coûts et revenus dans le secteur stationnaire des hôpitaux, évolution du nombre de cas et des taux d'hospitalisation. L'analyse principale est menée au niveau de l'ensemble du secteur stationnaire. Dans une logique d'analyse comparative, profitant du fait que pendant la période d'observation l'activité de soins somatiques¹ aigus est la seule concernée par la rémunération par forfaits, elle est répétée en distinguant entre les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation/gériatrie. Enfin, une comparaison est effectuée entre le rythme de croissance du secteur stationnaire des hôpitaux et des autres secteurs de soins. Pour ce faire, l'évolution des revenus et des cas ou consultations dans les différents secteurs est calculée.

En termes de financement (question 2), les effets attendus et souhaités de la révision sont une évolution de la structure comptable des hôpitaux et une modification de la répartition des dépenses entre les agents financeurs du secteur stationnaire des hôpitaux (effets distributifs). Sur le plan comptable, le passage à un financement lié à la prestation fait en principe disparaître les subventions et couvertures cantonales de déficit et accroît le financement lié aux prestations. Une analyse de la structure de financement des établissements hospitaliers est effectuée afin d'observer la progression de la mise en œuvre des nouvelles règles. Au niveau de la répartition des dépenses entre les agents financeurs du secteur stationnaire des hôpitaux, les évolutions attendues et souhaitées sont une stabilisation de la part de l'assurance obligatoire des soins (AOS), une augmentation de la part des cantons et une diminution de la part des assurances complémentaires.

¹ Dans la suite du rapport, les soins somatiques aigus sont résumés par l'expression soins aigus.

Différentes difficultés liées aux données ont constitué des défis méthodologiques sérieux et limité le potentiel d'analyse de la présente étude. Ces limitations concernent en particulier les coûts et le financement de la recherche et formation universitaire et des autres prestations d'intérêt général (PIG), la désagrégation par type d'activité (soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie) et certains aspects de la répartition par agents financeurs. D'autres aspects n'ont pu être investigués qu'à un niveau d'agrégation élevé. Des études spécifiques ont pu être mandatées par l'OFSP dans le cadre de l'évaluation, dont les résultats sont pris en compte dans la présente étude.

L'Encadré 1 donne un aperçu des principaux résultats.

Données et méthode

Le présent rapport est la dernière actualisation des analyses effectuées depuis 2013 concernant l'évolution des coûts et des revenus des hôpitaux ainsi que de leur financement. La méthode est par conséquent identique à celle des travaux précédents. Les éléments de méthode centraux sont rappelés ici:

- L'analyse se base sur les données des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (MS et KS, OFS) ainsi que sur le pool de données de SASIS SA. D'autres données sont utilisées à titre complémentaire, notamment la Statistique des coûts et financement du système de santé (OFS) et les chiffres de l'Administration fédérale des finances (AFF).
- L'analyse se base à titre principal sur le module de comptabilité analytique des hôpitaux (KS). Ce module a été introduit en 2010 dans la KS. Il est la seule source de données permettant de distinguer entre les coûts des activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie, ainsi qu'entre le domaine ambulatoire et stationnaire. Cette source de données présentait toutefois des limitations importantes durant plus de la moitié de la période d'observation. Le mandat s'est ainsi déroulé dans des conditions difficiles en matière de données.
- L'approche retenue est une analyse temporelle descriptive. Elle décrit et interprète les évolutions observées. L'état des données ne permet pas de réaliser des analyses de causalité avec des méthodes d'analyses multivariées. L'évaluation, en tant que jugement de l'adéquation et de l'efficacité de la révision, est l'objet du rapport thématique d'évaluation (B,S,S., à venir 2019).
- Afin de garantir une base d'analyse (Grundgesamtheit) stable dans le temps, seuls les hôpitaux ayant fourni des données sur l'ensemble de la période d'observation 2010 – 2016 sont pris en compte. La sélection d'hôpitaux utilisée couvre 90% des établissements et plus de 90% des dépenses. Les cliniques spécialisées privées, avec un taux de couverture de 80%, sont les moins bien représentées.

Évolution des dépenses hospitalières

Relative stabilisation de la croissance après une forte hausse initiale

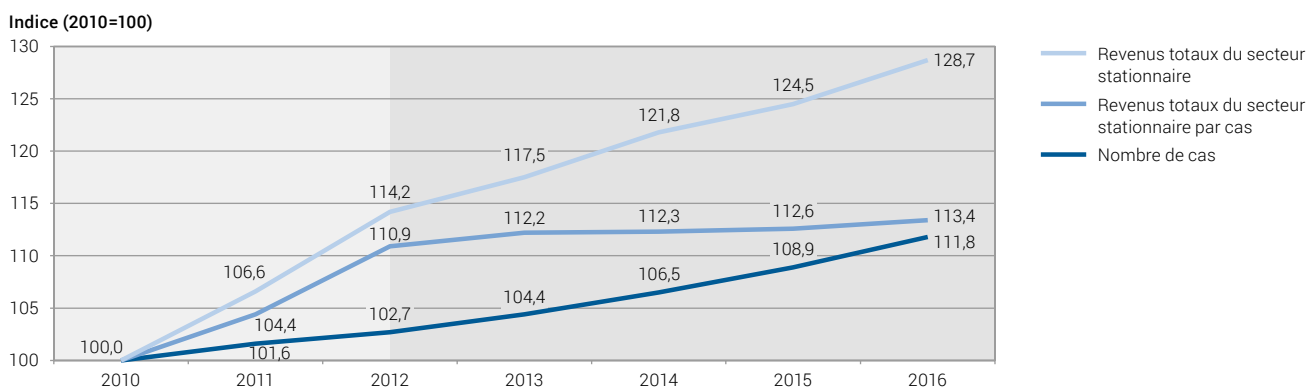
Avec une croissance annuelle moyenne de 3,0% sur les années 2013 à 2016², les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux, mesurées à partir des revenus stationnaires des hôpitaux³, semblent augmenter un peu moins vite sur cette période qu'avant la révision⁴. Cette évolution suggère un certain effet en direction d'une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières. Elle ne doit toutefois pas faire oublier le bond qu'ont effectué les dépenses hospitalières lors du changement de système. Au cours des années 2011 et 2012, les revenus du secteur stationnaire des hôpitaux ont en effet connu une augmentation massive (au total +2 milliards de francs, soit +14% en deux ans) (G1). L'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas⁵

explique une partie au moins de la hausse observée entre 2011 et 2012. En 2011, elle peut aussi s'expliquer par un effet d'anticipation du changement de loi⁶. La documentation plus attentive des prestations effectuées, l'effet de la structure tarifaire ou le niveau initial des tarifs de base (baserate) peuvent aussi avoir contribué à cette hausse (voir OFSP 2015a pp. 29–30 pour une discussion détaillée de ces différents facteurs).

La hausse initiale des dépenses ne peut être compensée par la croissance annuelle moindre que si celle-ci se maintient dans le long terme. Or en 2016, les revenus par cas montrent un léger signe de réaccélération (+0,7%), dont on ne sait pas, avec les données actuelles, s'il est ponctuel ou l'amorce d'un changement de tendance (G1). L'avenir montrera si la croissance actuelle, obtenue essentiellement grâce à la stabilisation des revenus par cas, va pouvoir se maintenir dans le temps ou si elle est le résultat transitoire de la correction à la baisse des taux de base (baserate) observée dans les années 2013–2015 (voir Felder et al. 2016).

Évolution des revenus totaux, du nombre de cas et des revenus par cas du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G1



Note: L'analyse des revenus est basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Les revenus stationnaires 2016 sont le résultat d'une répartition des revenus totaux des hôpitaux entre les secteurs ambulatoire, stationnaire et de longue durée basée sur les montants des prestations hospitalières stationnaires (voir Encadré 3.1). Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1).

Pour 2010 à 2012: prédominance de l'effet-prix
 Pour 2012 à 2016: prédominance de l'effet-quantité

Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

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 3,4% sur les années 2013–2016). Une plausibilisation à l'aide des chiffres 2016 de l'Administration fédérale des finances (AFF), qui n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du présent rapport, n'a pas été possible.

³ D'un point de vue comptable en effet, il s'agit des deux faces de la même médaille: les revenus des uns (en l'occurrence les hôpitaux) sont les dépenses des autres (les financeurs: assurances, cantons et assuré).

⁴ L'analyse de l'évolution des charges et des produits issus de la comptabilité financière suggèrent une croissance annuelle de l'ordre de 4–5% sur la période 2000–2009.

⁵ La rémunération des investissements par l'intermédiaire des forfaits par cas fait partie intégrante de la révision du financement hospitalier. Sur décision du Conseil fédéral, un supplément équivalent à 10% du forfait par cas avait été appliqué en 2012. Par la suite, le taux a été convenu entre les partenaires tarifaires. Ce supplément de rémunération est destiné à couvrir les investissements. Avant 2012, les investissements étaient financés séparément et n'apparaissaient pas ou partiellement dans la statistique administrative des hôpitaux (KS).

⁶ Il est probable que certains investissements ou contributions cantonales uniques aient été effectués en 2011, avant le changement de loi.

Les volumes d'hospitalisation sont actuellement le principal facteur de croissance des dépenses

L'augmentation des dépenses pour le secteur hospitalier est, dans la période récente (2012–2016), principalement le fait des quantités. Comme l'illustre le graphique G1, le nombre de cas croît de 2,1% annuellement tandis que les revenus par cas sont relativement stables (+0,6% par an sur la période 2012–2016). Dans la période récente, l'effet-quantité prédomine donc sur l'effet-prix dans l'augmentation totale des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux. Sur la période 2010–2012, la situation était inverse: l'augmentation provenait essentiellement d'une hausse des revenus par cas (+5,3% par an) et dans une faible proportion de l'augmentation du nombre de cas (+1,3% par an).

L'augmentation du nombre de cas observée sur la période 2012–2016 est relativement rapide, et notamment un peu plus rapide que la moyenne de long terme (1,9% en moyenne sur la période 2000–2016). Elle s'explique toutefois largement par l'évolution démographique, du moins dans les soins aigus. Lorsque l'on tient compte de l'augmentation de la taille de la population et de son vieillissement au travers de taux standardisés⁷ (Tuch et al. 2018), on observe que les taux d'hospitalisation en soins aigus restent stables sur l'ensemble de la période 2010–2016 (G2). La part de la population suisse hospitalisée chaque année en soins aigus est inchangée (par ailleurs dans un contexte de transfert vers l'ambulatoire).

Les taux d'hospitalisation en réadaptation⁸ 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. Une proportion un peu plus importante de la population

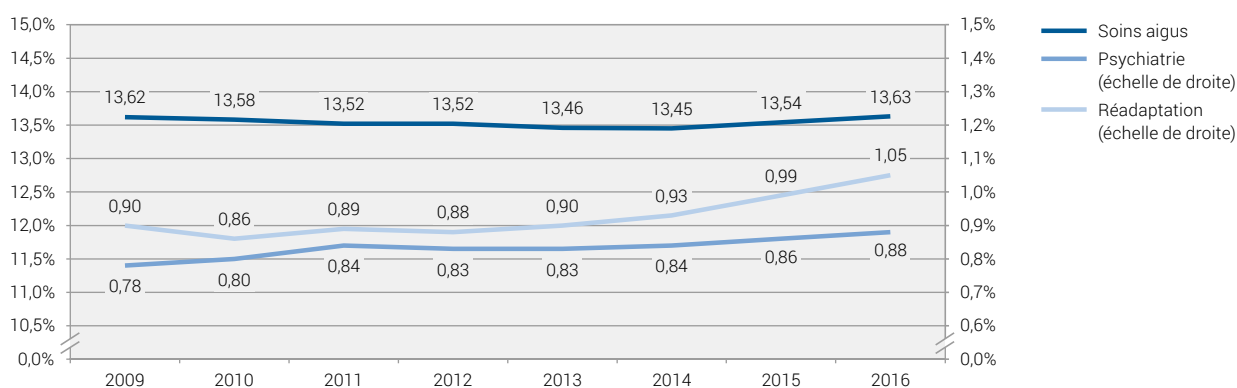
effectue, en 2016, un séjour hospitalier en réadaptation ou en psychiatrie. L'augmentation des transferts des soins aigus vers la réadaptation observée par Tuch et al. (2018) explique en partie la fréquence plus importante de séjours en réadaptation. En psychiatrie par contre, aucune hausse des transferts en provenance des soins aigus n'est constatée et l'existence d'un lien éventuel entre la hausse des taux d'hospitalisation en psychiatrie et la révision n'est pas claire (Tuch et al. 2018).

Estimation des coûts sur l'ensemble de la chaîne de soins

Toutes les études suggèrent l'existence de reports de soins vers d'autres secteurs (Tuch et al. 2018, Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Les effets sont particulièrement clairs vers les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide et de soins à domicile ainsi que, comme mentionné, vers la réadaptation. Ces transferts de prestations génèrent des coûts supplémentaires dans le secteur ambulatoire et en EMS, des secteurs dans lesquels les coûts de prise en charge sont en général moins élevés que dans les soins aigus hospitaliers. Cette évolution semble ainsi à priori favorable en terme de coûts pour l'ensemble du système de santé. Toutefois elle ne le devient véritablement que si la hausse engendrée s'accompagne d'une baisse au moins équivalente dans les soins 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, et n'a pas pu être réalisé dans le cadre de cette étude.

Évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation standardisés par âge et sexe, de 2009 à 2016

G2



Note: Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1). Ici, la catégorie contient la réadaptation uniquement, à l'exclusion de la gériatrie (données de la MS).

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP de 2010 à 2016, calculs Tuch et al. 2018 (T7.1, T7.24 et T7.35)

© Obsan 2018

⁷ Les taux standardisés sont calculés à partir d'une population de référence, dont la répartition de la population dans les classes d'âge n'évolue pas. Cela permet de tenir compte du vieillissement de la population suisse.

⁸ En réadaptation uniquement, à l'exclusion de la gériatrie.

Financement des hôpitaux

Les nouvelles règles de financement sont pour l'essentiel mises en œuvre

Outre une nouvelle répartition entre les agents financeurs, la révision impose un changement de paradigme dans le financement des hôpitaux. Ceux-ci ne sont en effet plus financés en tant que tel, mais pour les prestations qu'ils fournissent, qu'il s'agisse de prestations de soins aux patients ou d'autres mandats de prestations (recherche et formation universitaires, autres prestations d'intérêt général (PIG)). Ce passage d'un financement de l'objet à un financement de la prestation met fin au principe de subventions et de couverture de déficit, tout comme aux différences de financement entre établissements privés et publics (effet direct). Un effet indirect attendu de cette mesure est l'amélioration de la transparence des flux financiers en direction des hôpitaux.

La mise en œuvre de ce nouveau principe de financement concerne plusieurs aspects de la structure de financement des hôpitaux et a généré d'importants mouvements comptables en 2012–2013.

La nouvelle réglementation a obligé à distinguer la part des contributions cantonales destinée au financement des prestations hospitalières stationnaires et celle affectée aux autres mandats de prestations. L'adaptation à ces nouvelles règles et l'introduction des comptabilités analytiques se sont étalées sur quelques années, créant un certain flou dans les données des années de transition. En 2015 cependant, seule une infime minorité des établissements (3) n'effectue pas cette distinction.

Le nombre et le montant des couvertures cantonales de déficit reculent, les montants des contributions pour les autres mandats de prestations sont en baisse et le financement des prestations hospitalières stationnaires est en passe d'atteindre l'objectif légal à atteindre en 2017 (cantons 55% min.; AOS 45% max.). À fin 2016, on peut considérer que la nouvelle législation est pour l'essentiel appliquée. Des différences cantonales dans leur application subsistent néanmoins.

Le secteur stationnaire des hôpitaux est désormais financé à plus de 90% par la rémunération des prestations hospitalières stationnaires

Le secteur stationnaire des hôpitaux est désormais financé à hauteur de 91% par la rémunération des prestations hospitalières stationnaires et de 7% par la recherche et formation universitaire ainsi que par les autres PIG. Ces proportions, valables au niveau national, varient néanmoins selon les cantons comme l'a montré Felder et al. (2017), de même que Cosandey et al. (2018).

Les données concernant les PIG restent à améliorer

Les travaux susmentionnés (Felder et al. 2017, Cosandey et al. 2018) utilisent en partie les informations livrées par les hôpitaux dans le cadre de la Statistique des hôpitaux (KS), en partie des informations récoltées auprès des cantons ainsi que des estimations par triangulation avec les taux de base (Felder et al. 2017) pour estimer les montants perçus par les hôpitaux au titre de PIG. Cette situation illustre bien la conclusion tirée par von Stokar et al. (2016), et réitérée par l'Obsan dans le présent rapport, quant à l'insuffisance des données livrées à ce sujet dans le cadre de la statistique publique.

Financement des prestations hospitalières stationnaires

Légère décharge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et accroissement du financement par les cantons

Sur le plan du financement, la révision a permis une légère décharge (en %) de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La part des dépenses hospitalières stationnaires du domaine LAMal prises en charge via les primes est passée de 53% en 2012 à 48% en 2016⁹. Cette décharge de l'AOS est obtenue par un financement accru par les cantons, et donc par l'impôt. Le financement des prestations hospitalières LAMal s'achemine ainsi vers la clé de répartition légale de 55% min. pour les cantons et 45% max. pour l'AOS à atteindre en 2017.

Décharge des assurances complémentaires et transfert vers le domaine LAMal

La révision s'est également traduite par une décharge (en %) des assurances complémentaires d'hospitalisation. Leur part aux dépenses pour des séjours hospitaliers est passée de 19% en 2010 à 11% en 2016¹⁰ (G3). Cette décharge des assurances complémentaires s'est effectuée par transfert de coûts des assurances complémentaires vers le domaine LAMal (AOS et cantons).

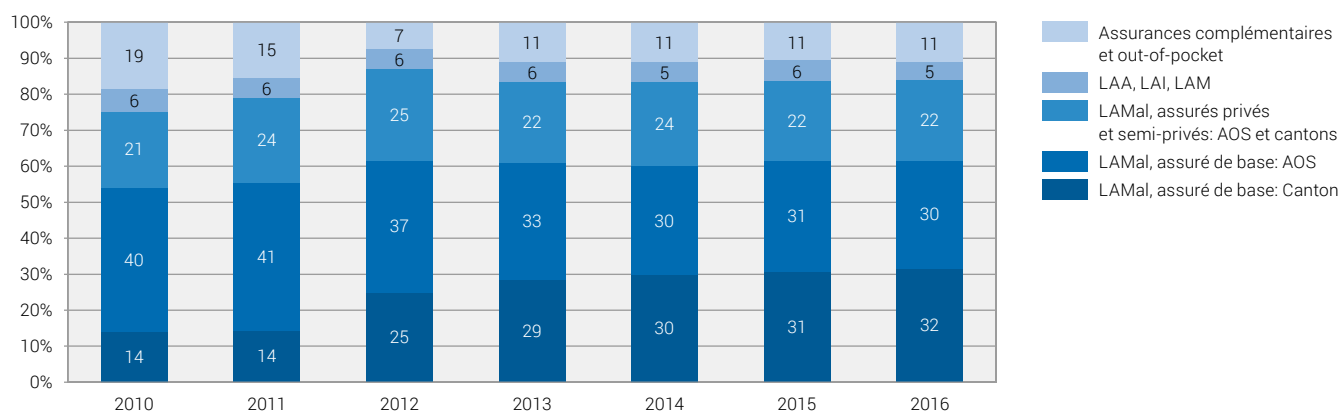
Elle trouve son origine dans l'égalité de traitement des établissements privés et publics dans la foulée du financement dual-fixe des prestations, par lequel le canton se substitue à l'assurance complémentaire lors de prestations LAMal dans un établissement privé, ainsi que dans l'extension du libre choix de l'hôpital,

⁹ Dans un contexte de croissance des dépenses hospitalières, les montants en francs ont, eux, continué à augmenter.

¹⁰ Du fait que les cliniques privées sont légèrement sous-représentées dans l'analyse, la part de financement des assurances complémentaires pourrait être sous-estimée sur l'ensemble de la période d'observation. Les taux de croissance des dépenses des assurances complémentaires pour des prestations hospitalières stationnaires calculés par la Finma (chiffres internes) sont comparables aux taux de croissance des revenus totaux figurant dans le rapport. Fait exception l'année 2016 où une croissance plus importante est constatée par la Finma. À noter encore que cette part comprend aussi l'out-of-pocket car la part des assurances complémentaires et l'out-of-pocket ne peuvent être distingués dans la Statistique des hôpitaux (KS).

Répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016

G3



Note 1: Entre 2011 et 2012, l'augmentation de la part des prestations hospitalières stationnaires financée par les cantons (assurés de base, prestations LAMal) provient principalement d'une modification des pratiques comptables. Pour plus de détails se référer au paragraphe 5.1.1.

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 d'analyse (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 ce graphique.

Note 3: Analyse basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

par lequel le canton se substitue à l'assurance complémentaire¹¹ pour les séjours hors canton sans indication médicale ni urgence. Ce transfert est visible dans les statistiques en 2012, année de l'entrée en vigueur des dispositions légales correspondantes. Si une adaptation des primes des assurances complémentaires à la baisse a bien eu lieu grâce au travail de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), il est difficile, avec les données disponibles, d'évaluer si une neutralité complète des coûts a pu être atteinte.

Ralentissement de la croissance des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires

Après 2012, on observe un ralentissement de la croissance des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires (1,5% en moyenne annuelle entre 2012 et 2016), alors que sur la période 2005 à 2011, elles ont crû de 3,2% en moyenne annuelle. Dans l'appréciation de cette évolution, il faut toutefois tenir compte qu'entre 2012 et 2016, dans le cadre des mesures transitoires, la quote-part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires diminue. Cette diminution a, de fait, permis de modérer l'augmentation des dépenses AOS. En outre, ce ralentissement de la croissance des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires ne doit pas non plus occulter la forte augmentation entre 2011 et 2012 (+10,1%).

Conclusion et perspectives

Cette étude marque la fin du monitoring régulier des coûts et du financement des hôpitaux. Pourtant la révision continue à déployer ses effets et il faudra probablement au total une dizaine d'années avant de pouvoir mesurer pleinement ses effets de long terme. Dans un tel contexte, une analyse périodique des principaux indicateurs pourrait s'avérer utile. Dans une variante minimale, on pourrait en particulier suivre l'évolution des revenus totaux et par cas ainsi que des volumes d'hospitalisation. À l'aide de ces trois indicateurs, il est possible de savoir si le ralentissement de la croissance des dépenses se poursuit et, si ce n'est pas le cas, si la cause principale est les quantités ou les prix. Le suivi des dépenses AOS pour le secteur stationnaire serait aussi d'importance.

Le rapport d'évaluation thématique (B,S,S., à venir 2019) évaluera l'atteinte des objectifs poursuivis par la révision pour la dimension coûts et financement du système de santé et identifiera les points où des mesures sont nécessaires.

¹¹ Jusqu'à concurrence du tarif cantonal de référence.

Encadré 1 Principaux résultats

En matières de coûts et financement, on retiendra des évolutions 2010–2016 que:

- Les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux ont connu une hausse marquée en 2011 et 2012 (au total +2 milliards, soit +14% en deux ans). Cette hausse initiale lors du passage à la rémunération par forfaits dans les soins aigus s'explique en partie au moins par l'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas. Elle peut aussi s'expliquer par un effet d'anticipation de la nouvelle réglementation ainsi que d'autres facteurs.
- La croissance des dépenses s'est ensuite poursuivie à un rythme de l'ordre de 3% par an sur la période 2013–2016. Cette croissance est plus faible que celle actuellement observée dans les autres secteurs de soins, en particulier ambulatoires, et est probablement inférieure au rythme qui prévalait avant la révision.
- Les revenus par cas sont stables sur la période 2013–2015. 2016 montre à nouveau un léger signe d'accélération du rythme de croissance des revenus par cas (+0,7%), qui sera à surveiller afin d'identifier s'il s'agit d'une variation ponctuelle ou d'un renversement de tendance.
- Les volumes d'hospitalisation sont, sur la période récente, le principal facteur de croissance des dépenses (2,1% en moyenne annuelle sur la période 2013–2016). Leur évolution s'explique largement par l'évolution démographique dans les soins aigus. Des augmentations de cas ciblées ne sont toutefois pas exclues. La réadaptation et la psychiatrie montrent une augmentation en sus de celle liée à la démographie.
- Toutes les études ayant examiné la question suggèrent l'existence de reports de soins vers les autres secteurs de soins. Ces transferts de prestations génèrent des coûts supplémentaires dans le secteur ambulatoire et en EMS. Les coûts de prise en charge y sont, en général, moins élevés que dans les soins aigus hospitaliers. Cette évolution à 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 aigus stationnaires.
- Lors de son introduction en 2012, la révision a déplacé une partie du financement des prestations hospitalières stationnaires des assurances complémentaires vers l'assurance-maladie de base LAMal, puis au sein de cette dernière, progressivement déchargé l'assurance obligatoire des soins (AOS) et accru la part des cantons.
- La croissance des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux a ralenti après 2012. Entre 2012 et 2016, elle se situe à 1,5% en moyenne annuelle, alors que sur la période 2005 à 2011, elle était de 3,2%. Dans l'appréciation de cette évolution, il faut toutefois tenir compte qu'entre 2012 et 2016, dans le cadre des mesures transitoires, la quote-part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires diminue. Cette diminution a, de fait, permis de modérer l'augmentation des dépenses AOS.
- Tout comme les dépenses totales pour le secteur stationnaire des hôpitaux, les dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux ont fortement augmenté entre 2011 et 2012 (+10,1%).
- Les nouvelles règles de financement en matière de garanties de déficit et de contributions cantonales sont pour l'essentiel mises en œuvre.
- La qualité des données a évolué positivement tout en restant à améliorer. Elle a constitué le grand facteur limitant de la présente étude.

Zusammenfassung

Auftrag

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedet. Die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Die Massnahmen werden mehrheitlich seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt (vgl. BAG, 2015b). Mit der Revision soll insbesondere das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden, ohne die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu gefährden.

Die zentralen Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind:

- Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen (SwissDRG, TARPSY und ST Reha)
- dual-fixe Leistungsfinanzierung (Finanzierungsanteil Kantone mind. 55%; Finanzierungsanteil OKP max. 45%)
- Spitalplanung nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien und Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragspitälern (interkantonal koordinierte, bedarfsgerechte Spitalplanungen (Spitallisten) und Erteilung der Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit und Qualität)
- erweiterte Spitalwahl (Vergütung ausserkantonalen stationärer Behandlungen in Listenspitälern durch Kantone und OKP, einschliesslich Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler sowie Erfüllung der Aufnahmepflicht durch Listenspitäler)
- erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität (vergleichbare und öffentlich zugängliche Spitalkennzahlen inkl. Qualitätsindikatoren)

Mit Ausnahme der neuen Tarifstrukturen ST Reha und TARPSY gilt die Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung seit 2012 auch für die Aktivitätstypen Rehabilitation und Psychiatrie. Die Umsetzung der Tarifstruktur TARPSY¹² fand erst 2018 statt und die Tarifstruktur ST Reha ist frühesten für 2022 geplant.

Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Bundesrats durchgeführte Evaluation der Revision umfasst drei Themenbereiche. Einer davon betrifft die Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems, das Gegenstand dieser Studie ist. Das Obsan führt seit 2013 im Auftrag des BAG ein jährliches Monitoring der

Indikatoren durch. Damit wird die Entwicklung der Ausgaben im stationären Spitalbereich sowie deren Finanzierung untersucht (Pellegrini und Roth, 2015, 2016 und 2017). Dieser Schlussbericht gibt Auskunft über die Entwicklungen während des gesamten Beobachtungszeitraums, d. h. in den zwei Jahren vor der Umsetzung der Revision im Jahr 2012 (2010 – 2011) und in den fünf Jahren danach (2012 – 2016).

Leitfragen

Die Analysen im vorliegenden Bericht orientieren sich an zwei Leitfragen:

1. Wie wirkt sich die Revision auf die Ausgaben im stationären Spitalbereich aus?
2. Welchen Einfluss hat die Revision auf die Finanzierung des stationären Spitalbereichs?

Bezüglich der Ausgaben (Frage 1) wurden folgende erwünschte und nicht erwünschte Auswirkungen der Revision erwartet: verlangsamtes Wachstum im stationären Spitalbereich, möglicher Leistungs- und Kostentransfer in andere Pflegebereiche (Alters- und Pflegeheime, Spitex, Hausarztpraxen, ambulanter Spitalbereich), mögliche strategische Vergrösserung des Hospitalisierungsvolumens. Zur näheren Beleuchtung dieser Aspekte wurden folgende Indikatoren berechnet: Entwicklung der Kosten und Einnahmen im stationären Spitalbereich, Entwicklung der Fallzahlen und der Hospitalisierungsrate. Die Hauptanalyse basiert auf dem gesamten stationären Bereich. Da im Beobachtungszeitraum einzig in der Akutsomatik Fallpauschalen zur Anwendung kamen, wurde zusätzlich – im Sinne eines «Kontrollgruppenvergleichs» – die Akutsomatik mit den Aktivitätstypen Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie verglichen. Zudem wurden die Wachstumsraten des stationären Spitalbereichs mit jenen der übrigen Versorgungsbereiche (z.B. Spitalambulant, Spitex, etc.) verglichen. Dazu wurde die Entwicklung der Erträge und der Fälle bzw. Konsultationen in den verschiedenen Versorgungsbereichen berechnet.

In Zusammenhang mit der Finanzierung (Frage 2) wurde erwartet, dass die Revision zu einer veränderten buchhalterischen Struktur der Spitäler und bei den Finanzierungsträgern des stationären Spitalbereichs zu einer veränderten Verteilung der Ausgaben (Verteilungseffekte) führt. Aus buchhalterischer Sicht entfallen durch die Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung die Subventionen sowie kantonalen Defizitdeckungen grundsätzlich und die leistungsbezogene Finanzierung nimmt entsprechend zu.

¹² In der Erwachsenenpsychiatrie wurde TARPSY per 1.1.2018 eingeführt, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Einführung für 2019 geplant.

Die Finanzierungsstruktur der Spitäler wurde mit der Frage analysiert, inwieweit die neuen Bestimmungen umgesetzt wurden. Bei der Ausgabenverteilung zwischen den Finanzierungsträgern des stationären Spitalbereichs wurde erwartet, dass sich der Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stabilisiert, der Anteil der Kantone zunimmt und jener der Zusatzversicherungen abnimmt.

Bei den Daten sind verschiedene Schwierigkeiten aufgetaucht, die grosse methodische Herausforderungen mit sich gebracht und das Analysepotenzial dieser Studie eingeschränkt haben. Die Einschränkungen betreffen in erster Linie die Angaben zu den Kosten und zur Finanzierung von universitärer Lehre und Forschung sowie anderer gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL), die Auswertung auf Ebene der Aktivitätstypen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie) und bestimmte Aspekte der Aufteilung der Ausgaben zwischen den Finanzierungsträgern. Weitere Aspekte konnten aufgrund der hohen Aggregation dieser Studie nicht angemessen untersucht werden. Das BAG hat im Rahmen der Evaluation themenspezifische Studien in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse hier berücksichtigt werden.

Im Kasten 1 sind die Hauptergebnisse im Überblick dargestellt.

Daten und Methode

Bei diesem Bericht handelt es sich um die dritte und letzte Aktualisierung der seit 2013 durchgeführten Analysen zur Entwicklung der Spitalkosten und -erträge sowie zur Spitalfinanzierung. Folglich wurde die gleiche Methodik angewandt wie bei den vorangehenden Analysen. Sie zeichnet sich im Wesentlichen durch folgende Merkmale aus:

- Die Analysen basieren auf Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) sowie der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie des Datenpools der SASIS AG. Ergänzend werden weitere Daten, insbesondere aus der Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS), und Zahlen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) hinzugezogen.
- Wichtigste Analysegrundlage bildet das 2010 in die KS eingeführte Modul der Kostenträgerrechnung der Spitäler. Es ist die einzige Datenquelle, bei der zwischen Kosten für Leistungen der Akutsomatik, der Psychiatrie und der Rehabilitation/Geriatrie sowie zwischen ambulantem und stationärem Bereich unterschieden werden kann. Allerdings ist diese Datenquelle für fast die Hälfte des Beobachtungszeitraums sehr lückenhaft, was die Erfüllung des Auftrags erheblich erschwerte.
- Die Ergebnisse beruhen auf einer deskriptiven zeitlichen Analyse. Sie beschreibt und interpretiert die beobachteten Entwicklungen. Angesichts der unzureichenden Datenlage können keine Kausalzusammenhänge anhand multivariater Analysemethoden untersucht werden. Ob die Revision zweckmässig und effizient ist, wird im thematischen Evaluationsbericht (B, S, S., erscheint 2019) untersucht.
- Um eine im Zeitverlauf stabile Grundgesamtheit zu gewährleisten, wurden nur diejenigen Spitäler berücksichtigt, die ihre Daten während des gesamten Beobachtungszeitraums 2010 – 2016 geliefert haben. Die ausgewählten Spitäler decken 90% der Spitäler und über 90% der Ausgaben ab. Private Spezialkliniken sind mit einem Abdeckungsgrad von 80% am wenigsten stark vertreten.

Entwicklung der Spitalausgaben

Stabilisierung der Ausgaben nach anfänglich starkem Anstieg

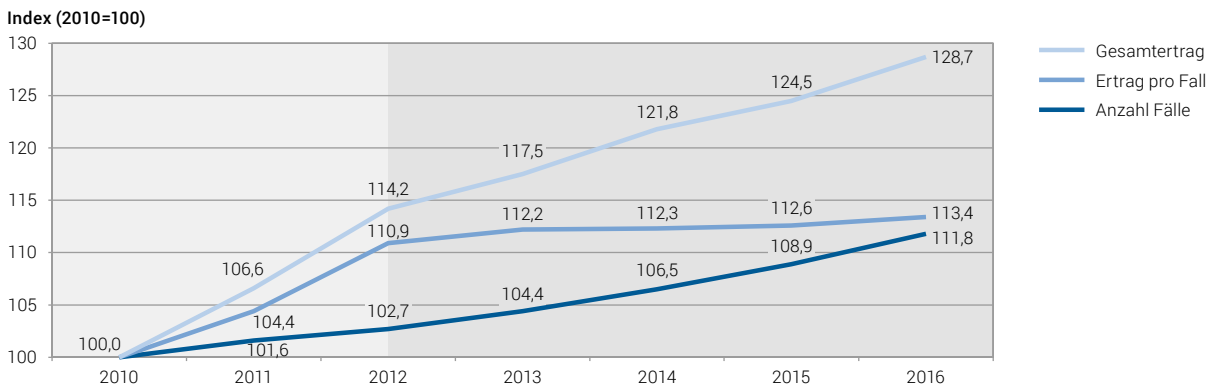
Mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,0% in den Jahren 2013 bis 2016¹³ scheinen die anhand der Erträge¹⁴ gemessenen Ausgaben für den stationären Spitalbereich etwas weniger schnell zu wachsen als vor der Revision¹⁵. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass die Revision greift und für eine Eindämmung der Spitalausgaben sorgt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Spitalausgaben nach dem Systemwechsel sprunghaft angestiegen waren. Im Verlauf der Jahre 2011 und 2012 hatten die Erträge im stationären Spitalbereich eine massive Zunahme verzeichnet (insgesamt +2 Milliarden Franken, was +14% in zwei Jahren entspricht) (G1). Dieser Anstieg lässt sich zumindest teilweise mit der Abgeltung der Anlagenutzungskosten über die Fallpauschalen erklären¹⁶. Die Zunahme im Jahr 2011

kam wahrscheinlich auch aufgrund von Antizipationseffekten der Gesetzesänderung¹⁷ zustande. Weitere Ursachen für den Anstieg könnten eine genauere Dokumentation der erbrachten Leistungen, die neue Tarifstruktur oder die ursprüngliche Höhe der Basisfallpreise (Baserate) sein (für eine ausführliche Diskussion der verschiedenen Faktoren siehe BAG 2015a, S. 29 – 30).

Der initiale Anstieg der Ausgaben zwischen 2010 und 2012 kann durch das anschliessende geringere jährliche Wachstum nur ausgeglichen werden, wenn dieses langfristig anhält. 2016 zeigten sich beim Ertrag pro Fall jedoch erneut Zeichen eines Anstiegs (+0,7%), wobei anhand der verfügbaren Daten nicht ermittelt werden kann, ob dieser punktuell ist oder eine Trendwende einläutet (G1). Die Zukunft wird zeigen, ob die Erträge pro Fall weiterhin nur leicht zunehmen werden und somit das derzeitige moderate Ausgabenwachstum anhalten wird oder ob dieses das vorübergehende Ergebnis der Herabsetzung der Basisfallpreise (Baserate) in den Jahren 2013 – 2015 ist (siehe Felder et al. 2016).

Entwicklung der Erträge, der Anzahl Fälle und des Ertrags pro Fall im stationären Spitalbereich, 2010–2016, Index (2010=100)

G1



Anmerkung: Die Analyse der Erträge basiert auf Daten von 229 Spitälern, deren Ertrag in der Kostenträgerrechnung für jedes untersuchte Jahr positiv ausfiel. Die auf den Pflegeleistungsbeträgen basierenden Erträge 2016 des stationären Bereichs ergeben sich aus der Verteilung des Gesamtertrags der Spitäler auf den ambulanten, stationären und Langzeitbereich (siehe im Kasten 3.1). Die Fallzahlen für 2010 und 2011 wurden gemäss der neuen SwissDRG-Definition korrigiert (siehe Kasten 3.1).

Zwischen 2010 und 2012: der Preiseffekt überwiegt
Zwischen 2012 und 2016: der Mengeneffekt überwiegt

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Krankenhausstatistik, 2010–2016

© Obsan 2018

¹³ Auf der Grundlage eines anderen methodischen Ansatzes gelangte die Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS 2017) zu ähnlichen Werten (durchschnittliche jährliche Zunahme um 3,4% in den Jahren 2013–2016). Eine Plausibilisierung mithilfe der Zahlen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) für 2016 war nicht möglich, da diese zum Zeitpunkt der Redaktion dieses Berichts noch nicht vorlagen.

¹⁴ Die Erträge der Spitäler entsprechen definitionsgemäss den Ausgaben der Finanzierungsträger (was die einen bezahlen, nehmen die anderen ein).

¹⁵ Die Analyse der Entwicklung der in der Finanzbuchhaltung ausgewiesenen Aufwände und Erträge legen für den Zeitraum von 2000–2009 ein jährliches Wachstum in der Grössenordnung von 4% bis 5% nahe.

¹⁶ Die Abgeltung der Investitionen über die Fallpauschalen ist ein fester Bestandteil der Revision der Spitalfinanzierung. 2012 wurde auf Beschluss des Bundesrats ein Investitionszuschlag von 10% der Fallpauschale erhoben. Anschliessend wurde der Prozentsatz zwischen den Tarifpartnern vereinbart. Dieser Investitionszuschlag dient der Finanzierung der Investitionen. Vor 2012 wurden die Investitionen separat finanziert und nicht oder nur teilweise in der Krankenhausstatistik (KS) ausgewiesen.

¹⁷ Bestimmte Investitionen oder kantonale Beiträge sind vermutlich 2011 noch vor der Gesetzesänderung erfolgt.

Die Zahl der Hospitalisierungen ist derzeit der grösste Kostentreiber

In jüngster Zeit (2012–2016) waren die steigenden Ausgaben für den stationären Spitalbereich hauptsächlich mengenbedingt. Wie Grafik G1 zeigt, nahmen die Fallzahlen jährlich um 2,1% zu, während der Ertrag pro Fall relativ stabil blieb (2012–2016: +0,6% pro Jahr). Der Mengeneffekt hatte in jüngster Zeit bei der Gesamterhöhung der Ausgaben für den stationären Spitalbereich somit mehr Gewicht als der Preiseffekt. Von 2011 bis 2012 war es umgekehrt: In diesem Zeitraum war das Wachstum vornehmlich auf einen Anstieg des Ertrags pro Fall (+5,3% pro Jahr) und in geringem Ausmass auf eine Zunahme der Fallzahlen (+1,3% pro Jahr) zurückzuführen.

Zwischen 2012–2016 stiegen die Fallzahlen relativ rasch und vor allem etwas schneller als im langfristigen Mittel (+1,9% pro Jahr im Zeitraum 2000–2016). Diese Zunahme lässt sich jedoch zumindest in der Akutsomatik weitgehend mit der demografischen Entwicklung erklären. Berücksichtigt man das Bevölkerungswachstum und die Bevölkerungsalterung anhand von standardisierten Raten¹⁸ (Tuch et al. 2018), ist die Hospitalisierungsrate in der Akutsomatik über den gesamten Zeitraum 2010–2016 hinweg stabil geblieben (G2). Der Anteil der jährlich in der Akutsomatik hospitalisierten Schweizer Wohnbevölkerung hat sich nicht verändert (dies trotz der Verlagerung von stationär zu ambulant).

In der Rehabilitation¹⁹ und in der Psychiatrie verzeichnete die Hospitalisierungsrate hingegen – zusätzlich zum Anstieg aufgrund des Bevölkerungswachstums und der demografischen Alterung – eine leichte Zunahme. 2016 war in der Rehabilitation

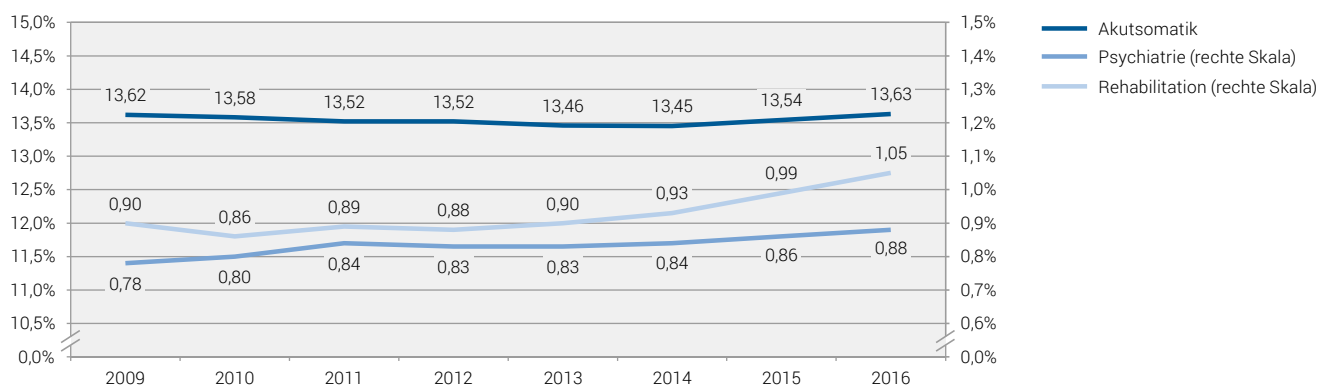
und in der Psychiatrie ein etwas grösserer Bevölkerungsanteil hospitalisiert als 2013. Ein Grund für die häufigeren Aufenthalte in der Rehabilitation ist die von Tuch et al. (2018) beobachtete Zunahme der Verlagerungen von der Akutsomatik in die Rehabilitation. In der Psychiatrie hingegen sind die Verlagerungen aus der Akutsomatik nicht angestiegen, wobei nicht klar ist, ob der Anstieg der Hospitalisierungsrate in der Psychiatrie mit der Revision der Spitalfinanzierung zusammenhängt (Tuch et al. 2018).

Kostenschätzung für die gesamte Versorgungskette

Sämtliche Studien gelangen zum Erkenntnis, dass eine Verlagerung stationärer Spitalleistungen in andere Bereiche stattfindet (Tuch et al. 2018, Felder et al. 2014, Widmer et al. 2017). Besonders eindeutig sind Leistungsverchiebungen in die Alters- und Pflegeheime, die Spitex und wie erwähnt in die Rehabilitation. Sie verursachen im ambulanten Bereich und in den Alters- und Pflegeheimen zusätzliche Kosten, die in der Regel jedoch weniger hoch sind als in der stationären Akutsomatik. Auf den ersten Blick mag diese Entwicklung für das gesamte Gesundheitswesen kostendämmend erscheinen. Dies trifft aber nur zu, wenn der in den anderen Bereichen verursachte Kostenanstieg mit einem mindestens gleich grossen Kostenrückgang in der stationären Akutsomatik einhergeht. Für eine abschliessende Beurteilung dieser Leistungsverlagerungen müssten die Kosten der gesamten Versorgung, d. h. über die ganze Behandlungskette hinweg, vor und nach der Revision, miteinander verglichen werden. Ein solcher Vergleich ist methodisch jedoch anspruchsvoll und konnte ihm Rahmen der vorliegenden Studie nicht realisiert werden.

Entwicklung der Hospitalisierungsrate in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, nach Alter und Geschlecht standardisiert, 2009–2016

G2



Anmerkung: Die Anzahl Fälle für 2010 und 2011 wurde gemäss der neuen SwissDRG-Definition korrigiert (siehe Kasten 3.1). Hier umfasst die Kategorie lediglich die Rehabilitation. Die Geriatrie wurde nicht berücksichtigt (MS-Daten).

Quelle: BFS – STATPOP 2010–2016. Berechnungen Tuch et al. 2018

© Obsan 2018

¹⁸ Die standardisierten Raten werden auf Basis einer Referenzbevölkerung berechnet, deren Verteilung auf die Altersklassen sich nicht verändert, sodass der Alterung der Schweizer Bevölkerung Rechnung getragen werden kann.

¹⁹ nur in der Rehabilitation, ohne Geriatrie

Spitalfinanzierung

Die neuen Finanzierungsregeln sind weitgehend umgesetzt

Die Revision führte nicht nur zu einer neuen Ausgabenverteilung auf die Finanzierungsträger, sondern bewirkte auch einen Paradigmenwechsel bei der Spitalfinanzierung. Neu werden nicht mehr die Spitäler finanziert, sondern die von ihnen erbrachten Leistungen, d. h. Spitalleistungen an Patientinnen und Patienten oder andere Leistungsaufträge (universitäre Lehre und Forschung, andere GWL). Mit dieser Umstellung von der Objekt- zur Leistungsfinanzierung wurden sowohl das Prinzip der Subventionierung und Defizitdeckung zugunsten einer leistungsbezogenen Vergütung als auch die unterschiedliche Finanzierung von privaten und öffentlichen Spitälern (Direkteffekt) aufgegeben. Weiter soll diese Umstellung die Transparenz der Finanzflüssen an die Spitäler erhöhen.

Die Umsetzung dieses neuen Finanzierungsprinzips betraf mehrere Aspekte der Finanzierungsstruktur der Spitäler und verursachte zwischen 2012 und 2013 erhebliche buchhalterische Bewegungen.

Neu mussten die Spitäler ab 2012 für die kantonalen Beiträge explizit ausweisen, welcher Anteil für die Finanzierung der Spitalleistungen und welcher für andere Leistungsaufträge aufgewendet wird. Die Einführung und Umsetzung dieser Regelung sowie der Kostenträgerrechnung dauerten mehrere Jahre und führten in den Übergangsjahren zu einer unklaren Datenlage. 2015 war diese Übergangphase mehrheitlich abgeschlossen, so dass nur noch eine kleine Minderheit der Spitäler (3) keine vollständigen Angaben zur Allokation der kantonalen Beiträge machte.

Die Anzahl und der Betrag der kantonalen Defizitdeckungen sind rückläufig, die Beiträge für andere Leistungsaufträge sinken ebenfalls und die Finanzierung der stationären Spitalleistungen entwickelt sich in Richtung des bis 2017 zu erreichenden gesetzlichen Ziels (min. 55% Kantone / max. 45% OKP). Es kann davon ausgegangen werden, dass die neue Gesetzgebung Ende 2016 weitgehend umgesetzt war. Bei der Umsetzung bestehen allerdings weiterhin kantonale Unterschiede.

Heute wird der stationäre Spitalbereich zu rund 90% mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert.

Heute wird der stationäre Spitalbereich zu 91% mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert. Weitere 7% fließen in die universitäre Lehre und Forschung sowie in die anderen GWL. Wie Felder et al. (2017) und Cosandey et al. (2018) nachgewiesen haben, sind diese gesamtschweizerischen Anteile jedoch kantonal unterschiedlich.

Bei den Daten zu den GWL besteht Verbesserungsbedarf

Die obengenannten Studien (Felder et al. 2017, Cosandey et al. 2018) verwenden für die Schätzung der von den Krankenhäusern erhaltenen Beiträge für GWL teilweise Daten der KS, teilweise direkt bei den Kantonen erhobene Angaben sowie Schätzungen der Baserates mithilfe einer Triangulationsmethode (Felder et al. 2017). Wie bereits in den Schlussfolgerungen von von Stockar et al. (2016) bemerkt und vom Obsan in diesem Bericht bestätigt, werden im Rahmen der öffentlichen Statistik zu diesem Thema unzureichende Daten zur Verfügung gestellt.

Finanzierung der stationären Spitalleistungen

Leichte Entlastung der OKP und höherer Finanzierungssanteil der Kantone

Durch die Revision konnte die OKP hinsichtlich ihres Finanzierungsanteils etwas entlastet werden. 2012 wurden 53% der KVG-pflichtigen stationären Spitalausgaben durch Prämien gedeckt, 2016 waren es 48%²⁰. Diese Entlastung der OKP ist eine Folge der höheren finanziellen Beteiligung der Kantone in Form von Steuerbeiträgen. Die Finanzierung der KVG-pflichtigen Spitalleistungen nähert sich damit dem gesetzlichen, 2017 zu erreichenden Verteilschlüssel von mindestens 55% zulasten der Kantone und höchstens 45% zulasten der OKP.

Entlastung der Zusatzversicherungen und Verlagerung in den KVG-Bereich

Auch die Spitalzusatzversicherungen wurden durch die Revision entlastet – wiederum relativ zu den anderen Kostenträgern gesehen. Ihr Anteil an den Kosten der Spitalaufenthalte sank von 19% im Jahr 2010 auf 11% im Jahr 2016²¹ (G 3). Die Entlastung der Zusatzversicherungen ist eine Folge der Kostenverschiebung von den Zusatzversicherungen hin zum KVG-Bereich (OKP und Kantone).

Diese Kostenverlagerung hat ihren Ursprung einerseits in der Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler im Zuge der dual-fixen Finanzierung, mit der in einer Privatklinik erbrachte KVG-Leistungen nicht wie vor der Revision von der Zusatzversicherung, sondern vom Kanton abgegolten werden, und andererseits in der Ausweitung der freien Spitalwahl, mit der nicht mehr die Zusatzversicherung, sondern der Kanton für ausserkantonale Spitalaufenthalte – auch ohne medizinische Indikation oder Notfall – aufkommt²². Diese Verlagerung ist in den Statistiken von 2012, als die relevanten Gesetzesänderungen in Kraft traten, deutlich zu erkennen. Dank der Arbeit der

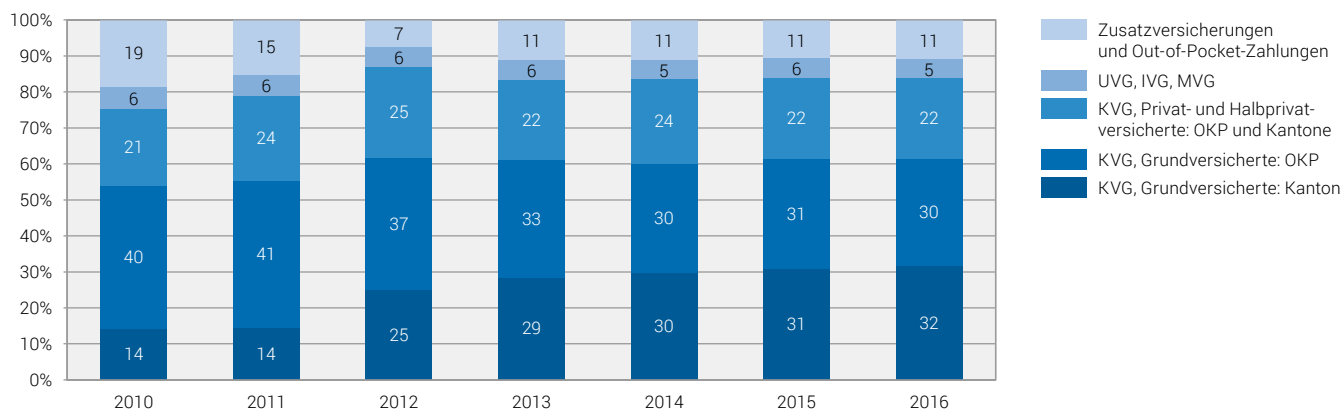
²⁰ Die Frankenbeträge haben sich aufgrund der steigenden Spitalausgaben weiter erhöht.

²¹ Darin enthalten sind auch die Out-of-Pocket-Zahlungen. In der Krankenhausstatistik (KS) kann nicht zwischen Zusatzversicherungen und Out-of-Pocket-Zahlungen differenziert werden.

²² bis maximal der kantonalen Baserate

Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich (2010–2015)

G3



Anmerkung 1: Zwischen 2011 und 2012 war die Zunahme des Anteils der von den Kantonen finanzierten stationären Spitalleistungen (Grundversicherte, KVG-pflichtige Leistungen) hauptsächlich auf eine Änderung der Verbuchungspraxis zurückzuführen. Für Einzelheiten siehe Abschnitt 5.1.1.

Anmerkung 2: Bei der Kategorie «Zusatzversicherungen und Out-of-Pocket-Zahlungen» handelt es sich um eine Restkategorie, die durch Differenzberechnung ermittelt wird. Da die Privatspitäler in der Stichprobe (bestehend aus Spitälern, die ihre Erträge für jedes untersuchte Jahr bereitgestellt haben) untervertreten sind, könnten die Erträge aus den Zusatzversicherungen in dieser Grafik unterschätzt sein.

Anmerkung 3: Die Analyse der Erträge basiert auf Daten von 229 Spitälern, deren Ertrag in der Kostenträgerrechnung für jedes untersuchte Jahr grösser als Null ausfiel.

Quelle: BFS – Krankenhausstatistik, 2010–2015 / Analyse Obsan

© Obsan 2018

Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) wurden die Prämien der Zusatzversicherungen zwar nach unten korrigiert, dennoch kann anhand der verfügbaren Daten nicht beurteilt werden, ob tatsächlich eine Kostenneutralität erreicht wurde.

Verlangsamtes Wachstum der OKP-Ausgaben für die stationären Spitalleistungen

Nach 2012 nahmen die OKP-Ausgaben für die stationären Spitalleistungen weniger stark zu (durchschnittlich +1,5% pro Jahr zwischen 2012 und 2016). Im Zeitraum von 2005 bis 2011 waren sie im Jahresdurchschnitt noch um 3,2% angestiegen. Bei der Beurteilung dieser Entwicklung ist allerdings zu beachten, dass der OKP-Anteil an der Finanzierung der stationären Spitalleistungen zwischen 2012 und 2016 im Rahmen der Übergangsmassnahmen zurückging und das Wachstum der OKP-Ausgaben so eindämmte. Das verlangsamte Wachstum der OKP-Ausgaben für die stationären Spitalleistungen darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die OKP-Ausgaben zwischen 2011 und 2012 massiv erhöht hatten.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit dieser Studie wird das regelmässige Monitoring der Spitalkosten und ihrer Finanzierung abgeschlossen. Die langfristigen Auswirkungen der Revision werden sich vermutlich erst in rund zehn Jahren in vollem Ausmass erfassen lassen. Eine periodische Analyse der wichtigsten Indikatoren könnte unter diesen Umständen nützlich sein. In einer Minimalvariante könnte insbesondere die Entwicklung des Gesamtertrags und des Ertrags pro Fall sowie der Zahl der Hospitalisierungen beobachtet werden. Anhand dieser drei Indikatoren lässt sich erkennen, ob die Verlangsamung des Ausgabenwachstums anhält oder, falls das Wachstum nicht gebremst wird, was verantwortlich ist, die Anzahl der Hospitalisierungen oder die Preise. Ausserdem wäre es wichtig, die Entwicklung der OKP-Ausgaben für den stationären Bereich im Auge zu behalten.

Der Schlussbericht des Themenbereichs «Kosten und Finanzierung» (B,S,S., erscheint 2019) wird aufzeigen, ob die Revisionsziele im Bereich Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens erreicht wurden und Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Systems formulieren.

Kasten 1 Hauptergebnisse

Die Kosten und die Finanzierung haben sich in den Jahren 2010 – 2016 wie folgt entwickelt:

- Die Ausgaben für den stationären Spitalbereich erhöhten sich 2011 und 2012 massiv (insgesamt +2 Mrd. Franken bzw. +14% in zwei Jahren). Dieser sprunghafte Anstieg fiel mit der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen in der Akutsomatik zusammen und lässt sich zumindest teilweise mit der Abgeltung der Anlagenutzungskosten über die Fallpauschalen erklären. Weitere Gründe sind der Antizipationseffekt der Revision sowie weitere Faktoren.
- In den Jahren 2013 bis 2016 stiegen die Ausgaben mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund 3% weiter an, allerdings weniger stark als derzeit in den anderen, insbesondere ambulanten Versorgungsbereichen, und wahrscheinlich auch weniger stark als vor der Revision.
- Der Ertrag pro Fall ist im Zeitraum 2013 – 2015 konstant geblieben. 2016 zeigten sich beim Ertrag pro Fall erneut Zeichen eines Anstiegs (+0,7%), wobei zum jetzigen Zeitpunkt nicht klar ist, ob es sich um eine punktuelle Veränderung handelt oder ob der Anstieg eine Trendwende einläutet.
- Die Anzahl Hospitalisierungen war in jüngster Zeit der grösste Kostentreiber (durchschnittlich +2,1% pro Jahr im Zeitraum 2013 – 2016). Dieses Mengenwachstum ist jedoch zumindest in der Akutsomatik weitgehend auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Dennoch sind punktuelle Mengenausweitung nicht auszuschliessen. In der Rehabilitation und der Psychiatrie hingegen lässt sich das Mengenwachstum nicht restlich mit dem demografischen Wachstum erklären.
- Gemäss einschlägigen Studien verlagern sich die stationären Spitalleistungen zunehmend in die anderen Versorgungsbereiche. Diese Leistungsverlagerungen verursachen im ambulanten Bereich und in den Alters- und Pflegeheimen zusätzliche Kosten, die jedoch weniger hoch sind als in der stationären Akutsomatik. Auf den ersten Blick mag diese Entwicklung für das gesamte Gesundheitswesen kostendämmend erscheinen. Dies trifft aber nur zu, wenn der in den anderen Bereichen verursachte Kostenanstieg mit einem mindestens gleich grossen Kostenrückgang in der stationären Akutsomatik einhergeht.
- Mit der Umsetzung der Revision im Jahr 2012 wurde die Finanzierung stationärer Spitalleistungen von den Zusatzversicherungen teilweise in den KVG-Bereich und darin schrittweise von der OKP auf die Kantone verlagert.
- Nach 2012 verlangsamte sich das Wachstum der OKP-Ausgaben für den stationären Spitalbereich. Zwischen 2012 und 2016 nahmen sie im Jahresdurchschnitt 1,5% zu, während sie im Zeitraum von 2005 bis 2011 noch um jährlich 3,2% angestiegen waren. Bei der Beurteilung dieser Entwicklung ist allerdings zu beachten, dass der OKP-Anteil an der Finanzierung der stationären Spitalleistungen zwischen 2012 und 2016 im Rahmen der Übergangsmassnahmen zurückging und das Wachstum der OKP-Ausgaben so eindämmte.
- Analog zu den Gesamtausgaben für den stationären Spitalbereich erhöhten sich auch die OKP-Ausgaben für den stationären Spitalbereich zwischen 2011 und 2012 massiv (+10,1%).
- Die neuen Finanzierungsregeln hinsichtlich Defizitgarantien und Kantonsbeiträge sind weitgehend umgesetzt.
- Die Datenqualität hat sich positiv entwickelt, bleibt aber verbesserungswürdig. Sie schränkt die Erkenntnisse der vorliegenden Studie stark ein.

1 Introduction

1.1 Contexte

Les chambres fédérales ont adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier le 21 décembre 2007. La révision est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Les nouvelles dispositions légales sont majoritairement appliquées depuis le début de l'année 2012 (OFSP 2015b). La révision vise essentiellement à freiner l'augmentation des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire, tout en garantissant l'accès à des soins de qualité élevée.

Le nouveau système de financement des hôpitaux a pour principaux éléments:

- l'introduction de forfaits liés aux prestations, fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale (SwissDRG en 2012, TARPSY en 2018 et ST Reha attendu pour 2022)
- le financement dual-fixe des prestations hospitalières (part cantonale 55% min; part AOS 45% max.)
- la planification cantonale des hôpitaux selon les critères de qualité et d'économicité (fixés par ordonnance et valables au niveau national)
- l'extension du libre choix de l'hôpital
- l'exigence accrue d'information et de transparence (livraison et publication de données supplémentaires, dès 2009)

À l'exception des nouvelles structures tarifaires TARPSY et ST Reha introduites plus tard, les mesures du nouveau financement hospitalier s'appliquent aussi aux activités de psychiatrie et de réadaptation dès 2012.

1.2 Évaluation de la révision LAMal sur le financement hospitalier

L'évaluation de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, conduite par l'OFSP sur mandat du Conseil fédéral, s'étend sur la période 2012 – 2019. Celui-ci doit permettre d'analyser la mise en œuvre de la révision et ses effets afin d'évaluer si elle atteint ses buts. Au terme de la première étape (2012 – 2015), l'OFSP a remis un rapport au Conseil fédéral résumant les résultats intermédiaires (OFSP 2015a). La seconde partie de l'évaluation (2016 – 2019) approfondit l'analyse sur les trois thèmes suivants:

- la qualité des prestations hospitalières stationnaires
- le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins
- les coûts et le financement du système de soins – objet de la présente étude.

L'évaluation, qui se terminera en 2019, fera l'objet d'un rapport à l'attention du Conseil fédéral.

1.3 Effets de la révision sur les coûts et le financement du système de soins

Différents effets, directs et indirects, souhaités et non souhaités, sont attendus des mesures de la révision LAMal sur le financement hospitalier. Les effets attendus sont décrits de manière détaillée une première fois dans l'étude de concept et de faisabilité (Pellegrini et al. 2010), puis dans le document de l'OFSP «Évaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global» publié en 2015 dans sa version révisée (OFSP 2015b). Le lecteur intéressé par une description détaillée des objectifs de la révision ainsi que des effets attendus est invité à se référer à ces documents (en ce qui concerne les coûts et le financement voir en particulier, Pellegrini et al. 2010, chap. 5.4 et Annexe 6, Outcomes 2 a – e, p. 134 et Impacts 2 s – t, p. 136).

De manière succincte, et pour *le domaine des coûts et du financement*, les effets attendus de la révision peuvent se résumer comme suit:

Sur le plan des coûts:

- Avec le passage à une rémunération par forfaits liés aux prestations et l'accroissement de la concurrence, la révision pose de nouvelles conditions-cadre devant amener à davantage d'efficacité au sein des hôpitaux. L'objectif premier de ces mesures est une meilleure maîtrise des dépenses pour le secteur hospitalier stationnaire. L'effet attendu est un ralentissement de la croissance des dépenses du secteur stationnaire des hôpitaux.
- Un effet indirect potentiel de cette pression sur les coûts est le déplacement de prestations vers les autres secteurs de soins. Il est en effet envisageable que la pression financière accrue dans les soins somatiques aigus²³ favorise un déplacement de prestations et de coûts au sein du secteur stationnaire (vers la psychiatrie ou vers la réadaptation) ou en amont et/ou en aval du secteur stationnaire des hôpitaux (vers l'ambulatoire hospitalier, les médecins en cabinets, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile).

²³ Dans la suite du rapport, les soins somatiques aigus sont résumés par l'expression soins aigus.

- Enfin, un deuxième effet indirect potentiel est une augmentation stratégique du nombre de cas d'hospitalisation. Une rémunération forfaitaire peut, selon la théorie économique, inciter à une augmentation du volume d'activité afin de maintenir le niveau du chiffre d'affaires.

Sur le plan du financement:

Plusieurs mesures de la révision modifient la répartition des dépenses entre les agents financeurs. Il s'agit principalement du financement dual-fixe des prestations hospitalières stationnaires, du financement des prestations indépendamment du lieu de fourniture (pour autant que l'hôpital figure sur une liste hospitalière) et de l'inclusion des investissements dans les forfaits liés aux prestations. On en attend les effets suivants:

- du côté des prestataires, un financement des prestations hospitalières stationnaires identique pour les prestataires publics et privés;
- du côté des agents financeurs LAMal, une stabilisation des dépenses à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et un accroissement de la contribution des cantons;
- du côté des assurances complémentaires, une diminution de leur participation aux dépenses d'hospitalisation.

Outre une nouvelle répartition entre les agents financeurs, la révision impose un changement de paradigme dans le financement des hôpitaux. Ceux-ci ne sont en effet plus financés en tant que tel, mais pour les prestations qu'ils fournissent, qu'il s'agisse de prestations de soins aux patients ou d'autres mandats (recherche et formation universitaire, autres prestations d'intérêt général (PIG)). Ce passage d'un financement de l'objet à un financement de la prestation met fin au principe de subventions et de garanties de déficit cantonales, tout comme aux différences de financement entre établissements privés et publics (effet direct). Un effet indirect attendu de cette mesure est l'amélioration de la transparence des flux financiers en direction des hôpitaux et en particulier une clarification de l'affectation des fonds aux différents types de prestations fournies.

1.4 Mandat de l'Obsan

Sur mandat de l'OFSP, l'Obsan contribue depuis 2013 aux analyses du thème «Coûts et financement du système de soins». C'est tout d'abord une large étude de base, comprenant d'une part une analyse de faisabilité et d'autre part les résultats pour les années 2010–2012, qui a été réalisée (rapport Obsan 61, Pellegrini et Roth, 2015). Sur la base de ces premières analyses, un monitoring basé sur les principaux indicateurs a été établi et régulièrement actualisé (voir Pellegrini et Roth (2016) pour l'actualisation avec les données 2013 et Pellegrini et Roth (2017) pour l'actualisation avec les données 2014 et 2015). La présente étude actualise l'ensemble des indicateurs sur la période 2010–2016 et étend les analyses aux activités de la psychiatrie et de la réadaptation/gériatrie. Le présent rapport constitue le point final du mandat de l'Obsan dans l'évaluation du nouveau financement hospitalier.

Les questions de recherches formulées dans le cahier des charges sont les suivantes (traduction propre):

A Coûts et revenus des hôpitaux

- Quels sont les effets de la révision sur les coûts et revenus des hôpitaux en lien avec la fourniture de leurs prestations hospitalières stationnaires?
- Quels sont les effets de la révision sur les coûts et revenus des hôpitaux en lien avec la fourniture de leurs prestations hospitalières ambulatoires?

B Dépenses AOS

- Quels sont les effets de la révision sur les dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires?
- Dans quelle mesure la révision provoque des déplacements de coûts entre les soins aigus, la psychiatrie et la réadaptation ainsi qu'entre le secteur stationnaire et les secteurs de soins en amont et en aval?
- Quels sont les effets de la révision sur l'ensemble des dépenses AOS?

C Dépenses totales pour le secteur stationnaire des hôpitaux

- Quels sont les effets de la révision sur les coûts totaux pour les prestations hospitalières stationnaires?
- Quels sont les effets de la révision sur les dépenses totales pour le secteur stationnaire des hôpitaux (prestations hospitalières stationnaires et prestations d'intérêt général (PIG))?

D Financement

- Quels sont les effets de la révision sur les parts de financements des agents financeurs au financement des prestations hospitalières stationnaires?

Le mandat de l'Obsan porte à titre principal sur l'élaboration d'indicateurs chiffrés et à leur analyse statistique. Les travaux de faisabilité réalisés dans le cadre de l'étude de base (Pellegrini et Roth 2013) et ensuite ont montré que les données disponibles ne permettent pas de répondre à chacune des questions ci-dessus ou ne permettent pas d'y répondre entièrement. Ces limitations concernent en particulier les coûts et le financement de la recherche et formation universitaire et des autres PIG, la désagrégation par type d'activité (soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie) et certains aspects de la répartition par agents financeurs.

La situation en matière de données ayant évolué au cours de la période d'observation, le présent rapport final conserve une composante d'analyse de faisabilité avec pour mission de rendre compte de l'évolution de la qualité des données et de faire le point sur les indicateurs calculables avec les données 2016.

Sur le plan de l'interprétation, l'étude aurait dans l'idéal dû montrer les évolutions et établir un lien de causalité avec les mesures de la révision. De facto, l'interprétation des résultats est essentiellement descriptive. Les évolutions observées sont décrites et autant que possible mises en lien avec les mesures du nouveau financement hospitalier ou d'autres facteurs pouvant les expliquer. Les données disponibles ne permettent en effet pas de réaliser une analyse de causalité au sens strict. Enfin,

l'évaluation à proprement parler, c'est-à-dire l'appréciation de l'atteinte des objectifs poursuivis par la révision en matière de coûts et financement, ne fait pas partie du mandat. Elle sera effectuée dans le rapport d'évaluation thématique correspondant (B,S,S., à venir 2019).

1.5 Démarche

Le mandat tel que formulé ci-dessus comporte des questions se rapportant à deux concepts économiques distincts: d'un côté, l'évolution des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux, c'est-à-dire la somme des moyens économiques consacrés à ce secteur (question 1); de l'autre, l'évolution du financement de ce secteur, c'est-à-dire la répartition de cet agrégat entre les différents agents financeurs. Le rapport est structuré en conséquence autour de ces deux concepts et organisé autour de deux grandes questions directrices: quels sont les effets de la révision sur les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux (question 1) et quels sont les effets de la révision sur la répartition de ces dépenses entre les agents financeurs (question 2).

Afin d'apporter des éléments de réponses aux deux questions directrices de l'étude et en se basant sur les effets attendus de la révision sur le plan des coûts et du financement (chapitre 1.3), différents indicateurs ont été développés, à différents niveaux d'agrégation. La démarche suivie est la suivante:

Question 1 – Dépenses pour le secteur stationnaire

Afin d'évaluer si l'on observe le ralentissement attendu dans la croissance des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux, l'évolution des indicateurs ci-dessous a été suivie:

- Revenus totaux et par cas du secteur stationnaire, nombre de cas d'hospitalisation. A eux trois, ces indicateurs montrent l'évolution des dépenses (mesurée à partir des revenus totaux) et si celle-ci est influencée de manière prépondérante par un effet-prix (hausse des revenus par cas) ou un effet-quantité (hausse du nombre de cas d'hospitalisation)²⁴.
- Coûts de production totaux et par cas du secteur stationnaire. Ces deux indicateurs donnent une information sur les coûts assumés par les hôpitaux pour la fourniture des prestations hospitalières stationnaires. Avec la pression financière exercée par une rémunération par forfaits liés aux prestations, on s'attend à ce que leur croissance ralentisse.

Pendant la période d'observation, le système de rémunération par forfaits liés aux prestations s'applique exclusivement aux soins aigus. De ce fait, la comparaison avec les autres activités stationnaires hospitalières (psychiatrie et réadaptation/gériatrie) offre la possibilité d'isoler l'effet d'une telle mesure (groupe de contrôle). Les indicateurs de l'analyse précédente (revenus totaux et par cas, coûts de production totaux et par cas, nombre de cas d'hospitalisation) sont répliqués en distinguant entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie²⁵. Au vu

des effets attendus d'une rémunération par forfaits (pression sur les coûts), on attendrait une croissance des coûts et revenus par cas moindre en soins aigus et une évolution incertaine du nombre de cas d'hospitalisation.

L'hypothèse d'un déplacement de prestations et de coûts vers les secteurs en amont et en aval du secteur stationnaire ne peut être analysée adéquatement au niveau macro auquel se situe la présente étude. Ce constat avait été posé dès l'étude de base (Pellegrini et Roth, 2015) de sorte que, suivant les recommandations effectuées alors, une étude approfondie sur le sujet a pu être mandatée (Widmer et al., 2017b). Dans la présente étude, cette question est abordée en comparant l'évolution du secteur stationnaire avec celle des autres secteurs de soins, sur le plan des revenus et du nombre de cas traités. Les conclusions qui peuvent être tirées d'une telle analyse sont toutefois limitées et elles doivent être utilisées en complément à des études approfondies sur le sujet. A défaut de pouvoir réaliser une analyse approfondie sur le sujet, la présente étude effectue une synthèse de la littérature sur le transfert vers les secteurs en amont et en aval du secteur stationnaire (Kägi et al., 2014; Felder et al., 2014; Widmer et al., 2017b et Tuch et al., 2018).

L'hypothèse d'une augmentation stratégique des cas d'hospitalisation est elle aussi délicate à analyser au niveau macro. Avec plus d'un million d'hospitalisations annuelles en soins aigus, l'augmentation devrait être massive pour être perceptible. Comme pour l'hypothèse précédente, ce constat posé dès l'étude de base (Pellegrini et Roth, 2015) a permis qu'une étude approfondie sur le sujet puisse être mandatée (Widmer et al., 2017a). Dans la présente étude, cette question est abordée en analysant l'évolution du nombre de cas et des taux standardisés d'hospitalisations, ces derniers permettant de neutraliser l'effet du vieillissement démographique. Les principaux résultats de l'étude approfondie (Widmer et al. (2017a)) sont intégrés au présent rapport.

Question 2 – Financement

La question des effets de la révision sur le financement du secteur stationnaire est abordée sous deux angles différents: d'une part sous l'angle de sa mise en œuvre²⁶ et de la manière dont elle se reflète dans l'évolution des agrégats comptables, d'autre part sous l'angle des effets distributifs de la révision.

La mise en œuvre d'un financement à la prestation en lieu et place d'un financement de l'objet a une incidence sur la structure comptable des établissements hospitaliers. Les agrégats non liés à une prestation sont amenés à disparaître (subventions et couvertures de déficit) tandis que d'autres gagnent en importance (revenus des prestations hospitalières stationnaires, contributions pour les autres mandats de prestations). L'évolution de ces différents agrégats comptables est observée afin d'évaluer la progression de la mise en œuvre du nouveau principe de financement. L'application de la nouvelle clé de répartition des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires (cantons 55% min; AOS 45% max., à atteindre d'ici 2017) est également observée. Elle l'est en moyenne suisse ainsi qu'en distinguant entre

²⁴ Dans l'idéal, cette analyse aurait dû pouvoir distinguer entre l'évolution des revenus pour les prestations hospitalières stationnaires et pour les PIG. Dans la période d'observation 2010–2016, les données ne permettent cependant pas d'analyser ces deux agrégats séparément (voir explication au chap. 2.2.2).

²⁵ Distinguer entre réadaptation et gériatrie n'est pas possible dans la KS.

²⁶ Au sens d'une «Vollzugsanalyse».

établissements privés et publics, puisque dans le cadre d'un financement à la prestation les différences de financement qui existaient sont amenées à disparaître.

Sur le plan distributif, on s'intéresse à l'évolution des parts de financement assumées par les différents agents prenant en charge les dépenses générées par le secteur hospitalier stationnaire, à savoir les cantons, l'AOS, les autres assurances sociales, les assurances complémentaires et les patients. Sur le plan du financement, les données ne permettent pas de distinguer entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie. Une analyse spécifique est réalisée pour l'AOS car la révision vise spécifiquement à stabiliser la part et les montants à charge de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires et ce faisant à ralentir la croissance des dépenses dans l'AOS. L'existence d'une source de données spécifique à l'AOS (pool de données SASIS SA) rend cette analyse possible, alors qu'elle ne l'est pas pour les autres financeurs à partir des données de la KS.

Enfin, le chapitre 7 reprend tous ces chapitres sous forme de synthèse. Le résumé comprend les mêmes éléments de résultats que la synthèse mais, au niveau de sa forme, il suit l'architecture des précédents Bulletin Obsan. Les lecteurs familiers avec les précédentes actualisations retrouvent ainsi la structure habituelle des résultats.

1.6 Structure du rapport

Partant du principe que les rapports sont de moins en moins lus d'un bout à l'autre, de manière linéaire, le rapport a été conçu de manière à ce que les chapitres et sous-chapitres constituent des unités de lecture relativement autonomes. Afin de faciliter la lecture, certains éléments de méthode sont introduits dans les chapitres de résultats, à l'endroit où le lecteur en a besoin pour comprendre les résultats (ce qui peut ponctuellement engendrer certaines répétitions à l'échelle de l'ensemble du rapport). La table des matières peut être utilisée comme outil de navigation à travers le document.

Sur le plan de son contenu, le rapport s'articule comme suit. Le chapitre 2 présente la méthode d'analyse et les données. Le présent rapport étant une extension de travaux antérieurs, seuls les principaux éléments de méthode sont rappelés à la section 2.1. La section 2.2.1 décrit les informations contenues dans le module de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux (OFS, KS), principale source de données de la présente étude. Les facteurs limitant le potentiel d'exploitation du module de comptabilité analytique sont exposés à la section 2.2.2.

Le chapitre 3 présente l'évolution des coûts et revenus pour l'ensemble du secteur stationnaire des hôpitaux. Comme mentionné, ces résultats agrégés sont les plus robustes. Le chapitre 4 effectue une analyse similaire pour chaque domaine d'activité séparément et observe l'évolution des coûts et revenus dans les soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie. Ensemble, les chapitres 3 et 4 répondent à la question 1 (dans toute la mesure permise par les données).

Le chapitre 5 porte sur le financement des hôpitaux. La section 5.1 s'intéresse au degré de mise en œuvre des règles du nouveau financement hospitalier tandis que la section 5.2 analyse leur impact distributif sur les différents agents financeurs. Le chapitre 6 porte spécifiquement sur l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ensemble, les chapitres 5 et 6 répondent à la question 2 (dans toute la mesure permise par les données).

2 Méthode

2.1 Généralités

Le présent rapport consiste pour l'essentiel en une actualisation jusqu'à l'année 2016 des analyses effectuées dans l'étude base et dans ses différentes actualisations (Pellegrini et Roth 2015, 2016 et 2017). La méthode est par conséquent la même que dans les travaux précédents et seuls les principaux éléments de méthode sont rappelés ici²⁷.

Les éléments de méthode centraux sont les suivants:

- **L'analyse se base sur les données des Statistiques médicale et administrative des hôpitaux** de l'Office fédéral de la statistique (KS et MS, OFS) ainsi que sur le pool de données de SASIS SA (Encadré 2.1). D'autres données sont utilisées à titre complémentaire, notamment la Statistique des coûts et financement du système de santé (OFS) et les chiffres de l'Administration fédérale des finances (AFF).

- **L'analyse se base à titre principal sur le module de comptabilité analytique des hôpitaux (KS)**. Ce module a été introduit en 2010 dans la KS. Il est la seule source de données permettant de distinguer entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie, ainsi qu'entre le domaine ambulatoire et stationnaire. Cette source de données est décrite à la section 2.2, en illustrant son potentiel ainsi que ses limitations. L'autre source de données importante pour nos analyses, en l'occurrence le pool de données de SASIS SA, est présentée plus en détail à la section 2.3.
- **L'analyse réalisée est une analyse temporelle**. Elle porte sur les années 2010 à 2016. Là où cela est possible une série temporelle plus longue est fournie. Pour être fiable, une analyse temporelle exige une base de calcul stable dans le temps. L'analyse se base pour ce faire sur une sélection d'hôpitaux composée des seuls hôpitaux ayant fournis des données sur

Encadré 2.1 Description générale des bases de données

La Statistique des hôpitaux

Les analyses concernant les coûts et le financement des hôpitaux se basent sur les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Depuis 1998, les hôpitaux et les cliniques suisses doivent fournir des données administratives et des données concernant les hospitalisations au sein de leurs établissements. La Statistique médicale (MS) permet notamment de connaître le nombre de séjours hospitaliers, le centre de prestations principal et le canton de domicile du patient. La Statistique administrative (KS) s'intéresse quant à elle aux hôpitaux et fournit différentes informations structurelles sur les établissements hospitaliers du pays. Elle recense en particulier les domaines d'activité, le personnel et les infrastructures ainsi que les données financières des établissements. Ces deux bases de données constituent des relevés exhaustifs, mis à jour annuellement. Les données définitives de l'année 2016 étaient les dernières disponibles lors de la rédaction du présent rapport³².

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 Pellegrini et Roth 2015, page 39).

²⁷ Les détails méthodologiques peuvent être consultés dans l'étude de base (Pellegrini et Roth 2015).

²⁸ Les analyses se basent sur l'état des données au 03.01.2018. D'éventuelles modifications ou compléments apportés aux statistiques par la suite ne sont pas prises en compte.

l'ensemble de la période d'observation 2010 – 2016. L'opérationnalisation de cette exigence dans la présente étude est rappelée à la section 2.4.1.

- **L'analyse est principalement descriptive.** Les évolutions observées sont décrites, analysées et interprétées. Les données sont insuffisantes pour établir des liens de causalité statistiques entre les évolutions observées et les mesures de la révision. Le jugement de l'adéquation et de l'efficacité de la révision, soit l'évaluation elle-même, ne peut être effectuée par l'Obsan dans le cadre de son mandat de prestations. Elle est l'objet du rapport d'évaluation thématique correspondant (B,S,S., à venir 2019).

2.2 Données de la comptabilité analytique des hôpitaux (KS, OFS)

Le mandat reçu (voir section 1.4) implique de suivre l'évolution des coûts et des revenus des hôpitaux en distinguant entre le domaine stationnaire et le domaine ambulatoire, et au sein du domaine stationnaire, entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie. Le module de comptabilité analytique de la Statistique des hôpitaux (KS, OFS) est la seule source de données offrant un tel niveau de désagrégation.

2.2.1 Structure du module de comptabilité analytique

La comptabilité analytique comptabilise les coûts et les revenus des hôpitaux séparément pour les différents centres de coûts d'un hôpital (G2.1). Elle est structurée par domaine et par type d'activité; autrement dit, elle distingue entre les domaines ambulatoire, stationnaire et des soins de longue durée²⁹ et au sein des deux premiers, entre l'activité de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie³⁰. Chacune de ces activités forme un centre de coûts et tous les coûts et les revenus imputables, directement ou indirectement, à un cas d'hospitalisation sont comptabilisés dans le centre de coût correspondant³¹ (OFS 2010, conception détaillée, p. 37).

La comptabilité analytique distingue les prestations de soins aux patients enregistrées sous «Prestations hospitalières» et les autres prestations fournies à la collectivité regroupées sous «Mandats». Ces derniers comprennent la recherche et la formation universitaire ainsi que, sous le libellé «Autres mandats», les autres prestations d'intérêt général (PIG).

Structure du module de comptabilité analytique

G2.1

	Activité de réadaptation/gériatrie	Ambulatoire	Stationnaire	(Longue durée)
	Activité de psychiatrie	Ambulatoire	Stationnaire	(Longue durée)
Activité de soins aigus	Ambulatoire	Stationnaire	(Longue durée)	
Prestations hospitalières				
Coûts directs	
Coûts indirects	
Mandats				
Formation universitaire			...	
Recherche			...	
Autres mandats			...	
Coûts totaux				

Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

²⁹ Les hôpitaux ayant une activité d'EMS ont la possibilité de déclarer les coûts et revenus correspondants dans la rubrique Soins de longue durée de la KS et sont exemptés de l'obligation de répondre à la Statique des établissements médico-sociaux (SOMED).

³⁰ Ainsi que les maisons de naissances, non analysées ici. En termes de coûts, il s'agit d'une catégorie marginale et mal documentée en début de période dans la KS. La réadaptation et la gériatrie sont relevés ensemble dans la KS.

³¹ Dans une comptabilité analytique, à la différence d'une comptabilité financière, l'affectation des ressources est déterminante. Par exemple, une salle d'opération qui est utilisée pour des interventions aussi bien stationnaires qu'ambulatoires verra ses coûts imputés à chacun des deux centres de coûts en proportion de son utilisation.

2.2.2 Qualité des données du module de comptabilité analytique

Le module de comptabilité analytique a été introduit dans la Statistique des hôpitaux lors de sa révision en 2010. Ce nouveau module, introduit en prévision de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier, présente une triple difficulté en vue de son utilisation dans la présente étude, explicitée ci-après :

- valeurs manquantes et autres problèmes de jeunesse;
- modifications des pratiques comptables;
- modifications intervenues sur le relevé KS.

On pourra retenir de ce qui suit que la présente étude a dû être réalisée dans un contexte de données particulièrement difficile et mouvant. Le tableau T.2.1 résume les principales limites des données.

Valeurs manquantes et autres problèmes de jeunesse

La première difficulté provient de ce que, comme toute statistique à ses débuts, ce relevé comporte des problèmes de jeunesse sous forme de valeurs manquantes et de problèmes liés à une mauvaise compréhension de ce qui est attendu ou au fait que les hôpitaux ne disposaient pas encore d'une comptabilité analytique au moment où le relevé a débuté. Ce type de difficultés affecte toujours les premières années d'un nouveau relevé³². Il pose un problème dans le cas particulier, dans la mesure où la question de recherche (évaluer les effets du nouveau financement hospitalier) nécessite de comparer la situation avant et après 2012 et rend indispensable d'utiliser les données 2010 – 2012 en dépit des difficultés mentionnées.

Les différentes parties du module de comptabilité analytique sont touchées différemment par ces difficultés (T.2.1):

- Les coûts de production des prestations hospitalières stationnaires ainsi que les revenus totaux du secteur stationnaire (somme des prestations hospitalières stationnaires et des mandats) sont tous deux suffisamment bien renseignés dès le début du relevé pour permettre une exploitation statistique. La part des établissements qui ne fournissaient pas d'information, autant sur leurs coûts que sur leurs revenus totaux est passée de 10% en 2010 à 2% en 2016³³. On peut noter toutefois que la rémunération des médecins honoraires n'est pas incluse de manière systématique (la pratique varie d'un établissement à l'autre), ce qui peut induire une sous-estimation des coûts de production.
- Au cours de la période d'observation, un effort important a été consenti concernant la documentation des coûts de production de la recherche et formation universitaire. La part d'établissements fournissant des informations est passée de 12% en 2010 à 95% en 2016 (voir graphique G.2.2 et chapitre 3.2.1 pour plus de détails).

- La documentation des coûts de production des autres prestations d'intérêt général (PIG) s'est aussi améliorée, passant de 57 établissements fournissant des chiffres en 2010 à 137 en 2016. Toutefois, sans savoir combien des 283 d'établissements recensés en 2016 ont un mandat pour des PIG (autre que recherche et formation universitaire), il n'est pas possible de calculer le taux de couverture auquel correspondent ces 137 établissements. Cette limitation concerne de manière identique la documentation des contributions perçues pour des PIG.
- Les revenus des prestations hospitalières stationnaires peuvent être analysés à partir des données 2013, une fois achevé le processus de modification des pratiques comptables (voir explications ci-dessous). En 2016, on dénombre 1% de valeurs manquantes.
- Enfin, les informations sur la répartition des revenus des prestations hospitalières stationnaires par agents financeurs (partie de droite du tableau 2.1) s'est également améliorée. La part des établissements ne fournissant aucune information sur la répartition de leur revenu des prestations hospitalières stationnaires est passée de 18% en 2010 à 2,5% en 2016. Il n'est par contre pas possible de donner une information sur la qualité par agents financeurs car les données ne permettent pas de différencier les valeurs manquantes des «vrais zéros». Un établissement qui, par exemple, n'indique aucun revenu pour des prestations hospitalières stationnaires LAMal pour les assurés de base peut effectivement ne pas prendre en charge des assurés de base (vrai zéro) ou alors ne pas avoir renseigné cette variable (valeur manquante).

³² Par exemple, la Statistique médicale des hôpitaux, relevée depuis 1995 est considérée comme exploitable à partir de 1998.

³³ En 2016, il n'est plus possible de différencier les revenus par domaine d'activité (voir explication à ce sujet en fin de section).

Vue d'ensemble de la qualité des données, comptabilité analytique des hôpitaux, 2016

T2.1

% de valeurs manquantes en 2016			
	Coûts	Revenus	Agents financeurs des prestations hospitalières stationnaires
Prestations hospitalières stationnaires	2,0%	1,0%	AOS LAA, LAI, LAM Assurances complémentaires et out-of-pocket*
Mandats			Cantons Autres
Formation et recherche universitaire	5,0%		
Aucune information	2,0%	2,1% ¹	Aucune information 2,5% ¹

¹ Données 2015. En 2016, il n'est plus possible de différencier les revenus par domaine d'activité (voir fin de cette section pour plus de détails).

* Estimation par différence

Note: Les zones grises indiquent les informations non disponibles.

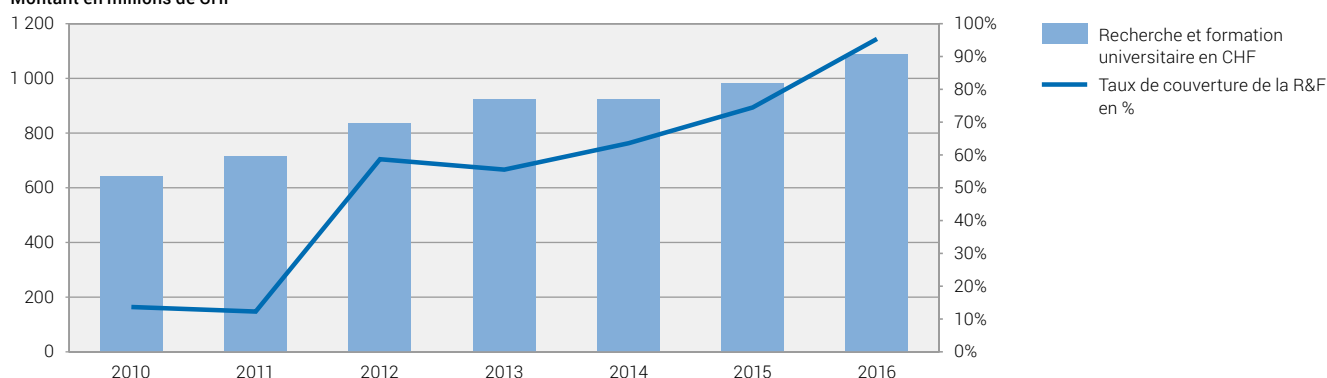
Source: OFS – Statistique des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

Taux de couverture et montants déclarés pour la recherche et formation universitaire, de 2010 à 2016

G2.2

Montant en millions de CHF



Note: Cette analyse comprend tous les hôpitaux.

Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016 / exploitation OFS

© Obsan 2018

Modifications des pratiques comptables au cours de la période d'observation

La seconde difficulté vient du décalage entre le moment de l'introduction du nouveau relevé (en 2010) et celui de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (en 2012). Or le nouveau financement hospitalier a beaucoup modifié la manière de comptabiliser les coûts et les revenus, avec pour conséquence que leur évolution dans le temps reflète simultanément leur évolution réelle et la modification de la pratique comptable, surtout dans les années 2010–2012. Les modifications observées sont expliquées plus en détail dans les paragraphes suivants:

- **Contributions cantonales non différenciées selon leur affectation.** Du côté des revenus, les données des années 2010 et 2011 reflètent la situation législative d'avant 2012, où il n'y avait pas, dans la comptabilité, une séparation stricte des montants alloués par le canton pour le financement de l'hôpital et la part cantonale au financement des cas d'hospitalisation LAMaI. Dès 2011, en vue de se mettre en conformité

avec les règles du nouveau financement hospitalier, beaucoup d'hôpitaux ont – sur le plan comptable – déplacé une grande partie de la contribution des cantons sous la rubrique «Prestations hospitalières stationnaires», faisant augmenter le montant des revenus provenant des prestations de soins aux patients (artefact comptable). Il en résulte que l'évolution des revenus des prestations hospitalières stationnaires n'est pas interprétable puisque l'évolution de cet indicateur est influencée simultanément par l'évolution réelle des revenus et par la modification de la pratique comptable. La série temporelle concernant les revenus des seules prestations hospitalières stationnaires n'est par conséquent pas exploitable sur l'ensemble de la période, mais seulement depuis 2013, année à partir de laquelle la part des revenus des hôpitaux provenant des prestations hospitalières stationnaires est stable. C'est pourquoi, afin de pouvoir présenter une estimation sur

l'ensemble de la période d'observation, nous ne présentons que les revenus totaux³⁴ (car le total n'est pas affecté par les mouvements comptables au sein des rubriques qui le composent).

- **Pratique de documentation.** Une seconde modification des pratiques concerne l'attention portée à la documentation de la consommation de biens et services lors de la fourniture des soins aux patients (qui affecte les coûts de production) et au codage médical des diagnostics et interventions (qui affecte la facturation et donc les revenus). Avec l'introduction de comptabilités analytiques et avec le passage à la tarification SwissDRG, ces éléments ont gagné en importance et ont été documentés de manière plus systématique. Comme pour le cas ci-avant, le mélange d'une modification des pratiques et de l'évolution effective de l'indicateur exige que l'on interprète les résultats avec prudence, surtout dans les années 2010 – 2012.

Modifications intervenues sur le relevé KS au cours de la période d'observation

La troisième difficulté enfin provient des révisions partielles intervenues dans les Statistiques médicale et administrative des hôpitaux au cours des sept ans de la période d'observation. Plusieurs variables ou définitions ont été modifiées, avec des conséquences parfois importantes pour l'interprétation, la comparabilité ou la disponibilité des données. Ces différentes modifications et leurs conséquences sont listées ci-dessous.

- **Changement de définition du cas hospitalier (2012).** En 2012, l'introduction des SwissDRG a modifié la définition du cas hospitalier. Sous les SwissDRG en effet, une réhospitalisation dans les 18 jours pour le même groupe majeur de diagnostic (MDC) n'est plus comptée comme un cas séparé mais appartient au cas initial. Toutes choses égales par ailleurs, ce changement de définition diminue le nombre d'hospitalisations observées à partir de 2012. Sans une correction statistique, cette rupture dans la série de données rend ininterprétable l'évolution du nombre de cas dans le temps.

Afin d'assurer la comparabilité entre la période avant et après le passage aux SwissDRG, la méthode suivante a été utilisée: Dans les premières publications (rapport de base Obsan 61 et Bulletin 1/2016 (Pellegrini et Roth 2015 et 2016)), l'interprétation et 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. En 2016, l'Obsan a développé un algorithme permettant de rétrogrouper les cas d'hospitalisation d'avant 2012 selon les règles actuelles³⁵.

Cette solution permet de n'appliquer une correction qu'aux cas des années 2010 et 2011. Cette méthode est utilisée dans le Bulletin 3/2017 (Pellegrini et Roth, 2017) et le présent rapport.

- **Disparition de la variable «Privé/public» (2012).** La variable «privé – public/subventionné» a disparu en 2012, car les éléments nécessaires à sa construction statistique ne sont plus pertinents, à savoir l'existence d'un subventionnement ou de garanties financières de l'État, celles-ci n'étant plus prévues par le nouveau cadre légal. De ce fait, la KS ne permet plus de distinguer les hôpitaux publics des hôpitaux privés. Des discussions sont en cours pour réintroduire une variable de ce type. Dans l'intervalle, les estimations réalisées dans la présente étude utilisent le statut de l'établissement lors du dernier relevé à fin 2011.
- **Changement de types d'hôpitaux (2013 et 2016).** Tous les trois ans, les cantons réévaluent l'appartenance des hôpitaux situés sur leur territoire aux catégories de la typologie des hôpitaux. Lors de la réévaluation de 2013, douze établissements ont changé de catégorie, passant pour la plupart de la catégorie «Hôpitaux de soins de base» à «Hôpitaux de prise en charge centralisée». Huit autres changements de catégories ont eu lieu lors de la réévaluation de 2016. Ces nombreux changements font que l'évolution observée, par exemple pour les hôpitaux de prise en charge centralisée, mêle l'évolution effective (p. ex. du nombre de cas d'hospitalisation) et l'augmentation du nombre d'hôpitaux dans cette catégorie. Cette rupture dans la série temporelle fait que le suivi des coûts ou des dépenses par type d'hôpital, tel qu'il avait été réalisé dans le rapport de base (Pellegrini et Roth 2015) n'est plus effectué dans le présent rapport car ininterprétable.
- **Fin du relevé des contributions pour les secteurs ambulatoire, stationnaire et de longue durée séparément (2016).** Dans la KS, à partir de 2016, les revenus des contributions pour les autres mandats de prestations, de même que le total des revenus, ne sont plus relevés de manière séparée pour les secteurs stationnaire, ambulatoire et des soins de longue durée des hôpitaux (voir OFS, INFO KS-03-2018). Il n'existe plus qu'un seul chiffre indiquant les contributions totales, respectivement le revenu total, d'un hôpital. Les revenus totaux pour le seul secteur stationnaire doivent par conséquent être estimés. Dans le présent rapport, la répartition est effectuée sur la base du montant des revenus des prestations hospitalières stationnaires de chacun des secteurs en 2016³⁶.

³⁴ Les revenus totaux correspondent à la somme des deux rubriques «Contributions» et «Prestations de soins» ainsi que de la couverture de déficit cantonale.

³⁵ Une description détaillée de la méthode de groupage ainsi que de l'incidence du changement de définition sur le nombre de cas peut être consultée chez Tuch et al. 2018, section 2.1.1.

³⁶ La plausibilisation suivante a été effectuée afin de valider cette méthode d'imputation: La répartition des revenus des prestations soins entre les secteurs stationnaire, ambulatoire et des soins de longue durée des hôpitaux a été comparée à la répartition des revenus totaux. Comme ces deux indicateurs se répartissent de manière similaire, et ceci de manière stable à chacune des années de 2010 à 2015, il est statistiquement possible d'utiliser la répartition des revenus des prestations de soins 2016 pour estimer les revenus totaux du secteur stationnaire en 2016.

2.3 Le pool de données de SASIS SA

Le pool de données est une base statistique produite par SASIS SA (filiale de santésuisse). Il permet d'étudier le comportement des prestataires de service (notamment le contrôle de l'économicité) ainsi que l'évolution des primes et des coûts dans le domaine de l'AOS. Il repose sur une base facultative et couvre, en 2016, 100% des personnes assurées en Suisse.

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

L'Obsan reçoit chaque année une nouvelle version du pool de données contenant les cinq dernières années disponibles et actualisées. La version mise à la disposition de l'Obsan ne fournit pas de données individuelles sur les fournisseurs de prestations. L'analyse se fonde donc uniquement sur des données agrégées – groupes d'assurés et groupes de fournisseurs de prestations. Les données de l'année 2016 (par année de traitement) étaient les dernières disponibles au moment de clôturer le rapport.

2.4 Stratégie d'analyse

2.4.1 Analyses temporelles

Analyses basées sur une sélection d'hôpitaux

Une exigence propre à toute analyse temporelle est celle d'une base de calcul identique sur toute la période d'observation. C'est pourquoi nous retenons pour les analyses les hôpitaux ayant livré leurs données sur l'ensemble de la période d'observation 2010–2016. En ce sens, le nombre relativement plus important de valeurs manquantes en début de période pénalise l'analyse par rapport à une même analyse qui serait réalisée avec 2012 ou 2013 comme année de départ. Néanmoins comme l'a montré le contrôle réalisé dans l'étude de base (Pellegrini et Roth 2015, p. 23), la sélection d'hôpitaux couvre près de 90% des établissements. Avec un taux de couverture de l'ordre de 80%, les cliniques spécialisées privées sont un peu sous-représentées dans la sélection d'hôpitaux. Ces cliniques étant comparativement de petite taille, cela n'a pas d'impact sur les estimations concernant l'ensemble du secteur stationnaire. Le nombre d'établissements inclus dans l'analyse est mentionné sous chaque graphique.

Évolution observée sur la base d'indices

L'évolution temporelle est présentée sous forme d'un indice, avec une base 100 en 2010. L'interprétation se fait par rapport à l'année de base: par exemple, le passage d'un indice de 100 à 107 correspond à une augmentation de +7%. Par contre, le passage d'un indice de 104 à 107, correspond à une augmentation de +3 points de pourcentage, qui correspond à une augmentation de +2,88% ($(107 \times 100 / 104) = 2,88\%$). Du fait qu'il s'agit d'une sélection d'hôpitaux, présenter les montants en chiffres absolus n'est pas pertinent, puisque ces résultats ne représentent pas la totalité des coûts et des revenus des hôpitaux. De plus, ce sont moins les montants qui nous intéressent que leur progression au fil du temps, ce dont rend bien compte un indice.

2.4.2 Analyse de type «ex ante/ex post»

Afin d'observer les effets potentiels du nouveau financement hospitalier sur les coûts ou le financement des hôpitaux, l'évolution dans le temps de différents indicateurs est analysée. En principe, une analyse comparative de type «ex ante/ex post» devrait porter sur la période précédant l'entrée en vigueur de la révision et être comparée avec la période la suivant, à la recherche de différences statistiquement significatives. Comme dans le cas particulier, une partie des hôpitaux avait déjà adopté une rémunération par forfaits liés aux cas avant 2012 (système APDRG), que certaines adaptations avaient été effectuées en 2011 déjà par anticipation de la nouvelle réglementation et enfin que la mise en œuvre elle-même du nouveau système de financement en 2012 a nécessité une phase d'adaptation au-delà de 2012 (notamment l'introduction des comptabilités analytiques et la modification des pratiques comptables), les effets de la révision ne s'observent pas sur un seul point fixe dans le temps. De ce fait, les années 2011 et 2012, voire 2013, sont des années de transition au cours desquelles un certain tâtonnement dans la mise en œuvre est encore observable, de même qu'une relative hétérogénéité dans les pratiques. Une stricte comparaison des périodes avant 2012 / après 2012 est dans ce contexte peu appropriée et il faut lui préférer une analyse de l'ensemble de la série temporelle.

2.4.3 Analyses multivariées non réalisables

En principe, évaluer les effets d'une mesure politique exige non seulement que l'on observe un changement de tendance suite à l'introduction de la mesure (ou un ensemble de mesures), mais que l'on établisse un *lien de cause à effet* entre celle-ci et l'éventuel changement de tendance. Ceci requiert des études au design complexe (de type différence-in-différence) et au minimum des modèles d'analyses multivariées. La possibilité de réaliser des analyses multivariées en plus des analyses descriptives a été examinée dans une analyse de faisabilité réalisée dans le cadre du présent mandat. Elle conclut par la négative, pour plusieurs

raisons. D'une part, car, afin d'isoler l'effet de la révision, les autres facteurs pouvant expliquer les évolutions observées (soit les facteurs de confusion; on pense ici en particulier à l'évolution technico-médicale), doivent pouvoir être intégrés au modèle. Or de telles variables ne sont pas disponibles et ne peuvent être aisément construites. D'autre part, une analyse de causalité nécessite une période d'observation suffisante et présuppose des données de base fiables, deux conditions qui ne sont pas remplies dans le cas présent. Au vu de ce qui précède, cette option n'a pas été poursuivie.

2.4.4 Analyses par domaines d'activité

Lorsque les indicateurs sont désagrégés entre les activités de soins aigus, de psychiatrie et de réadaptation/gériatrie, la définition utilisée est celle de la Statique des hôpitaux (KS). Celle-ci relève les coûts et revenus pour la réadaptation et la gériatrie dans une même catégorie, sans possibilité de distinction. Le relevé ne se fait en effet pas au niveau de chaque cas (comme dans la MS), mais à un niveau agrégé (par exemple Hôpital XY, revenus des prestations stationnaires de réadaptation/gériatrie: CHF \$\$\$ millions). Il n'existe par conséquent, dans la KS, aucun moyen d'identifier et d'isoler les coûts liés à la gériatrie, alors qu'une partie des cas ne relève pas de la réadaptation, mais de la gériatrie aiguë et de la psychiatrie gériatrique. Des discussions sont en cours pour affiner la délimitation. La question ne peut toutefois pas être résolue rétroactivement.

Enfin, en raison des limitations connues dans la qualité des données (voir les explications au chapitre 2.2), les résultats par domaine d'activité sont statistiquement moins robustes. Les deux domaines les plus petits en nombre de cas (psychiatrie et réadaptation/gériatrie) sont très sensibles à des variations dans les données et doivent par conséquent être considérés avec précaution. Du point de vue des auteurs, les résultats principaux sont les résultats agrégés au niveau de l'ensemble du secteur stationnaire.

Encadré 2.2 Définitions des principaux indicateurs utilisés

Coûts de production des prestations hospitalières stationnaires: ce montant correspond à la somme des coûts de personnel, de matériel et d'infrastructure imputés à la fourniture des prestations de soins aux patients. Il reflète ce que coûte aux hôpitaux la fourniture des soins aux patients.

Coûts de production par cas: les coûts de production des prestations hospitalières sont divisés par la somme des cas d'hospitalisation dans les hôpitaux correspondants.

Revenus des prestations hospitalières stationnaires: somme des montants perçus par les hôpitaux à titre de rémunération pour les prestations de soins délivrées aux patients.

Contributions: se réfère au compte de la comptabilité analytique où sont enregistrés les montants des contributions perçues au titre de rémunérations pour les mandats de prestations (recherche et formation universitaire, autres PIG). Avant 2012, ce compte enregistrait aussi les subventions.

Revenus totaux: les revenus totaux se composent des revenus des prestations hospitalières stationnaires et du montant des contributions (et avant 2012 des subventions) auxquels sont ajoutés les montants de la couverture de déficit cantonale indiqués dans la comptabilité financière.

Revenus par cas: les revenus totaux sont divisés par la somme des cas d'hospitalisation dans les hôpitaux correspondants. Ils représentent le montant total perçu par les hôpitaux par cas d'hospitalisation.

Dépenses AOS: Les dépenses AOS représentent le montant des prestations remboursées aux prestataires de soins (tiers payant) ou aux assurés (tiers garant) y compris la participation aux coûts des personnes assurées. Elles sont calculées selon l'année de traitement.

3 Évolution des coûts et des revenus des hôpitaux

Sur le plan politique, l'objectif de la révision est de freiner l'augmentation des dépenses dans le secteur stationnaire des hôpitaux. Le présent chapitre décrit l'évolution des coûts et des revenus des hôpitaux sur la période 2010 – 2016. L'analyse porte sur le secteur stationnaire des hôpitaux, cible première de la révision mise en œuvre en 2012. Le secteur stationnaire est examiné de manière approfondie (section 3.1), avec une analyse détaillée de l'évolution des revenus totaux (section 3.1.1), des revenus par cas et du nombre de cas (section 3.1.2), des taux d'hospitalisation (section 3.1.3) ainsi que des coûts de production (section 3.1.4). La section se conclut sur une comparaison de l'évolution du secteur stationnaire avec celle des autres secteurs de soins (section 3.1.5) et une mise en perspective des évolutions actuelle et passée (section 3.1.6). Une discussion concernant les autres prestations des hôpitaux (PIG) est ensuite menée (section 3.2), faisant le point sur les informations actuellement disponibles concernant les coûts de la recherche et formation universitaire (section 3.2.1) et des autres PIG (section 3.2.2).

Les principales évolutions constatées sur la période 2010 – 2016, à partir des indicateurs chiffrés disponibles, sont les suivantes:

- Les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux ont connu une hausse marquée en début de période avant de retrouver, dès 2013, un rythme de croissance plus modéré.
- La croissance observée dès 2013 provient majoritairement d'une augmentation des cas d'hospitalisation, elle-même largement mais pas exclusivement expliquée par la démographie.
- Les données concernant les coûts de la recherche et formation universitaire ainsi que des autres PIG sont encore insuffisantes pour une exploitation statistique robuste.

Ces différents résultats sont explicités en détails dans les paragraphes qui suivent.

3.1 Ensemble du secteur stationnaire des hôpitaux

3.1.1 Évolution des revenus totaux

Après avoir connu une hausse marquée lors du passage au nouveau système en 2012, les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux retrouvent dès 2013 un rythme de croissance plus habituel pour le secteur de la santé³⁷ (G3.1).

Les dépenses du système de santé pour les hôpitaux sont mesurées à partir des revenus des hôpitaux. D'un point de vue comptable en effet, il s'agit des deux faces de la même médaille: les revenus des uns (en l'occurrence les hôpitaux) sont les dépenses des autres (les financeurs: assurances, cantons et assurés). Les revenus analysés comprennent aussi bien la rémunération des prestations hospitalières stationnaires, les contributions pour les autres mandats (recherche et formation universitaire, autres PIG) que la couverture de déficit cantonale.

Le graphique G3.1 présente l'évolution de ces dépenses sur la période 2010 – 2016. On y observe que le système a connu un choc autour du moment de l'introduction des forfaits par cas. Dans le détail:

- Les revenus du secteur stationnaire des hôpitaux ont connu une augmentation de 7% en 2011, soit à l'année qui a précédé la mise en œuvre de la révision, probablement par effet d'anticipation du changement de loi³⁸.
- Ils ont connu une seconde augmentation de 7% en 2012, lors de l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations SwissDRG. L'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas³⁹ explique une partie au moins de la hausse observée entre 2011 et 2012. La documentation plus attentive des prestations effectuées, l'effet de la structure tarifaire ou le niveau initial des tarifs de base (baserate) peuvent aussi avoir contribué à cette hausse (voir OFSP 2015a pp. 29 – 30 pour une discussion détaillée de ces différents facteurs).

³⁷ La croissance annuelle moyenne des coûts de la santé est de l'ordre de 4% (OFS, Statistique des coûts et du financement du système de santé).

³⁸ Il est probable que certains investissements ou contributions cantonales aient été réalisés en 2011, avant le changement de loi.

³⁹ Sur décision du Conseil fédéral, un supplément équivalent à 10% du forfait par cas avait été appliqué en 2012. Par la suite, le taux a été convenu entre les partenaires tarifaires. Ce supplément de rémunération est destiné à couvrir les investissements. Avant 2012, les investissements étaient financés séparément et n'apparaissaient pas ou partiellement dans la KS.

- Dès 2013, ils reviennent à une croissance plus habituelle pour le système de santé, avec une augmentation moyenne⁴⁰ de 3,0% par an sur la période 2013–2016.

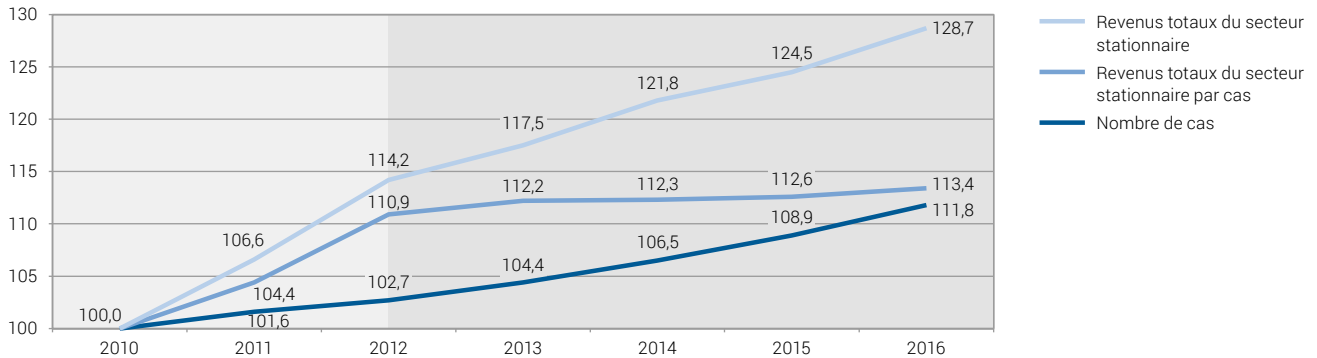
En résumé, lors du changement de système de financement, le niveau des dépenses a été déplacé vers le haut, de 14% en deux ans, soit de quelque +2 milliards de francs. La croissance est

ensuite répartie depuis ce niveau plus élevé, mais à un rythme plus modéré. Au total, sur l'ensemble de la période 2010–2016, les revenus du secteur stationnaire ont augmenté de 28,7%.

Évolution des revenus totaux, du nombre de cas et des revenus par cas du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G3.1

Indice (2010=100)



Note : L'analyse des revenus est basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Les revenus stationnaires 2016 sont le résultat d'une répartition des revenus totaux des hôpitaux entre les secteurs ambulatoire, stationnaire et de longue durée basée sur les montants des prestations hospitalières stationnaires (voir à l'Encadré 3.1). Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1).

Pour 2010 à 2012: prédominance de l'effet-prix
Pour 2010 à 2016: prédominance de l'effet-quantité

Source: OFS – Statistique médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Encadré 3.1 Rappel méthodologique⁴¹

Revenus de l'année 2016. Dans la KS, à partir de 2016, les revenus des contributions pour les autres mandats de prestations, de même que le total des revenus, ne sont plus relevés de manière séparée pour les secteurs stationnaire, ambulatoire et de longue durée des hôpitaux (voir OFS, INFO KS-03 – 2018). Il n'existe plus qu'un seul chiffre indiquant les contributions totales, respectivement le revenu total, d'un hôpital. Le montant des contributions pour les autres mandats de prestations imputés au secteur stationnaire, de même que les revenus totaux pour le seul secteur stationnaire, doivent par conséquent être estimés. Dans le présent rapport, la répartition est effectuée sur la base du montant des revenus des prestations hospitalières stationnaires de chacun des secteurs en 2016.

Changement de définition du cas hospitalier (2012). En 2012, l'introduction des SwissDRG a modifié la définition du cas hospitalier. Sous les SwissDRG en effet, une réhospitalisation dans les 18 jours pour le même groupe majeur de diagnostic (MDC)

n'est plus comptée comme un cas séparé mais appartient au cas initial. Toutes choses égales par ailleurs, ce changement de définition diminue le nombre d'hospitalisations observées à partir de 2012. Sans une correction statistique, cette rupture dans la série de données rend ininterprétable l'évolution du nombre de cas dans le temps.

Afin d'assurer la comparabilité entre la période avant et après le passage aux SwissDRG, la méthode suivante a été utilisée: dans les premières publications (rapport de base Obsan 61 et Bulletin 1/2016 (Pellegrini et Roth 2015 et 2016), 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. En 2016, l'Obsan a développé un algorithme permettant de rétrogrouper les cas d'hospitalisation d'avant 2012 selon les règles actuelles⁴². Cette solution permet de n'appliquer une correction qu'aux cas des années 2010 et 2011. Cette méthode est utilisée dans le Bulletin 3/2017 (Pellegrini et Roth 2017) et le présent rapport.

⁴⁰ Les variations annuelles sont fluctuantes (pas de tendance claire à une accélération ou un ralentissement de la croissance).

⁴¹ Voir aussi Section 2.2.2, Modifications intervenues sur le relevé KS au cours de la période d'observation.

⁴² Une description détaillée de la méthode de groupage ainsi que de l'incidence du changement de définition sur le nombre de cas peut être consulté chez Tuch et al. 2018 (section 2.1.1).

3.1.2 Effet-prix ou effet-quantité?

Constatant une hausse des revenus totaux des hôpitaux, on peut se demander si la cause première en est un plus grand nombre de cas d'hospitalisation ou des revenus par cas plus élevés. Autrement dit, si l'augmentation observée des dépenses se produit principalement sous l'effet d'une augmentation des prix (effet-prix) ou d'une augmentation des quantités (effet-quantité). Les paragraphes qui suivent rendent compte de l'évolution des revenus par cas, puis du nombre de cas d'hospitalisation avant d'analyser l'importance relative des deux effets sur la période.

Revenus par cas

Les revenus par cas d'hospitalisation représentent les montants totaux⁴³ perçus par les hôpitaux par cas d'hospitalisation. Sur la période d'observation, ils ont connu une évolution en deux étapes (G3.1):

- Tout comme les revenus totaux, ils ont d'abord augmenté massivement lors de l'introduction de la révision (augmentation de 10,9% en deux ans (2011 – 2012)).
- Ensuite, leur montant s'est stabilisé avec une croissance quasi nulle durant les années 2013 – 2016 (augmentation annuelle moyenne de 0,6%). À noter qu'en 2016, les revenus par cas repartent légèrement à la hausse (+0,7%). Sans information sur l'évolution en 2017, il n'est toutefois pas possible d'évaluer s'il s'agit d'un événement ponctuel ou d'un changement de tendance.

Au total, sur l'ensemble de la période 2010 – 2016, les revenus par cas d'hospitalisation ont augmenté de 13,4%.

Nombre de cas

Le nombre de cas d'hospitalisation est en hausse sur la période 2010 – 2016 (G3.1). Ici aussi, deux périodes un peu différentes se dessinent:

- Entre 2010 – 2012⁴⁴, l'augmentation annuelle a été modérée, avec une valeur moyenne de 1,3% par an.
- Entre 2013 – 2016, l'augmentation annuelle, avec une valeur moyenne de 2,1%, est comparativement plus importante.

Au total, sur l'ensemble de la période 2010 – 2016, les cas d'hospitalisation ont augmenté de 11,8%, ce qui représente une moyenne de 27 000 cas d'hospitalisation supplémentaires par an.

Deux périodes distinctes

L'examen simultané de l'évolution de nombre de cas et des revenus par cas fait apparaître deux périodes distinctes en matière d'effet-prix et d'effet-quantité (G3.1):

- La période 2011 – 2012, où l'augmentation provient essentiellement d'une hausse des revenus par cas d'hospitalisation (+10,9% en deux ans) et dans une faible proportion de l'augmentation du nombre de cas (+1,3%).
- La période 2013 – 2016 où le contraire prévaut: les revenus par cas sont stabilisés (croissance quasi nulle de +0,6% par an), tandis que les cas d'hospitalisation augmentent de 2,1% en moyenne annuelle.

Comme en période longue (2003 – 2015, voir Bulletin 3/2017, Fig. 2) la hauteur des augmentations annuelles du nombre de cas est fluctuante, alternant des phases d'augmentations plus fortes et plus faibles, il est difficile d'interpréter l'augmentation plus importante observée dans les années récentes. Les chiffres 2017 – 2018 seront déterminants pour juger du caractère ponctuel ou durable de cette évolution. L'analyse des taux d'hospitalisation standardisés par âge et sexe (section 3.1.3) donne néanmoins un éclairage sur la question.

3.1.3 Évolution des taux d'hospitalisation

Constatant une augmentation des cas d'hospitalisation, il est légitime de se demander si le rythme de croissance des hospitalisations observé actuellement est comparable à celui qui prévalait avant la révision.

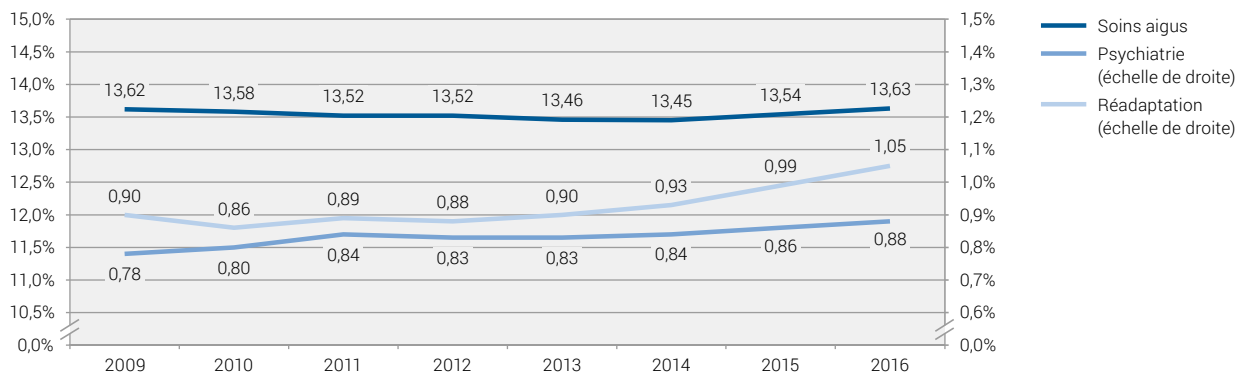
Comme la Suisse a connu une croissance démographique relativement importante au cours des quinze dernières années, une partie de l'augmentation provient de l'augmentation de la taille de la population. Pour tenir compte de ce paramètre, il est approprié d'utiliser le taux d'hospitalisation, à savoir la proportion de la population hospitalisée au cours d'une année donnée, pour mesurer si les hôpitaux ont intensifié leur activité en réponse au nouveau financement hospitalier. Il importe en effet de voir si *la part* de la population hospitalisée – par ailleurs dans un contexte de transfert vers l'ambulatoire – s'accroît. Il importe également de tenir compte du vieillissement de la population sur la période d'observation, autrement dit de corriger les taux d'hospitalisation de l'augmentation de l'âge moyen de la population. Les taux d'hospitalisation standardisés par âge sont présentés au graphique (G3.2), sur la base des calculs effectués par Tuch et al. (2018).

⁴³ Somme des revenus des prestations de soins, des contributions pour autres mandats et de la couverture de déficit cantonale.

⁴⁴ Le nombre de cas des années 2010 – 2011 est corrigé pour être comparable avec le nombre de cas selon la définition SwissDRG qui prévaut depuis 2012.

Évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation⁴⁵ standardisés par âge et sexe, de 2009 à 2016

G3.2



Note: Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1). Ici, la catégorie contient la réadaptation uniquement, à l'exclusion de la gériatrie (données de la MS).

Sources: OFS – MS, KS, STATPOP de 2010 à 2016, calculs Tuch et al. 2018 (T7.1, T7.24 et T7.35)

© Obsan 2018

L'analyse des taux standardisés (Tuch et al., 2018) montre que l'essentiel de l'augmentation des hospitalisations en soins aigus s'explique par la démographie (taille et vieillissement). En effet, les taux d'hospitalisation standardisés sont restés stables sur la période, avec de légères variations autour de 13,5%. Les taux d'hospitalisation en réadaptation⁴⁵ 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, avec des taux standardisés passant de 0,78% à 0,88% pour les hospitalisations psychiatriques et de 0,90% à 1,05% pour les hospitalisations en réadaptation. Si un lien peut être envisagé entre l'augmentation du taux d'hospitalisation en réadaptation et l'augmentation observée des transferts des soins aigus vers ce secteur (voir Tuch et al., 2018 ou un résumé de l'étude à la section 3.1.5), le lien avec la révision n'est pas clair en ce qui concerne la psychiatrie.

Des augmentations de cas ciblées ne sont pas exclues

Le constat général de non accélération du nombre d'hospitalisations en soins aigus est effectué 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. L'étude de Widmer et al. (2017a), réalisée sur mandat de l'OFSP, a analysé cette question en détail. 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. La période d'observation après 2012 est cependant très courte.

3.1.4 Évolution des coûts de production des prestations hospitalières stationnaires

Coûts de production totaux

Les coûts de production totaux représentent la somme des moyens investis par les hôpitaux pour fournir les prestations de soins stationnaires aux patients, soit l'ensemble des coûts de personnel, de matériel et d'infrastructure imputés à la fourniture des prestations hospitalières stationnaires⁴⁶.

Leur croissance a suivi une évolution parallèle à celle des revenus: elle a connu un pic en 2012, puis s'est ralentie de manière régulière dès 2013 (G3.3). Dans le détail:

- Les coûts de production des prestations stationnaires ont augmenté de 4,6% en 2012 (+2,8% en 2011).
- Depuis 2013, une diminution régulière de leur rythme de croissance s'observe, avec une croissance qui passe de +4,1% en 2013 à +1,6% en 2016 (l'augmentation moyenne sur les années 2013–2016 est de +2,9%).

Au total, sur l'ensemble de la période 2010–2016, les coûts de production des prestations stationnaires ont augmenté de 20,6%⁴⁷.

⁴⁵ Concerne la réadaptation uniquement; la gériatrie a été exclue.

⁴⁶ Les données concernant les coûts supportés par les hôpitaux pour fournir les autres mandats de prestations (recherche et formation universitaires, autres PIG) sont manquantes (voir section 2.2.2., Qualité des données).

⁴⁷ Ce chiffre n'est pas directement comparable à l'évolution des revenus totaux sur la période car, faute de données, il ne comprend pas les coûts de production des autres mandats (recherche et formation, PIG). On ne peut pas en déduire d'information sur l'évolution de la marge brute des hôpitaux.

Coûts de production par cas

Les coûts de production par cas d'hospitalisation ont suivi un même schéma que les coûts de production totaux (G3.3). Leur rythme de croissance a atteint un pic en 2012 (+3,5%), puis a ralenti dès 2013. Leur montant a même diminué en valeur absolue en 2016 (-0,8% en 2016). En 2016 pour la première fois, les coûts et les revenus par cas évoluent dans des directions différentes, les premiers diminuant tandis que les seconds augmentent.

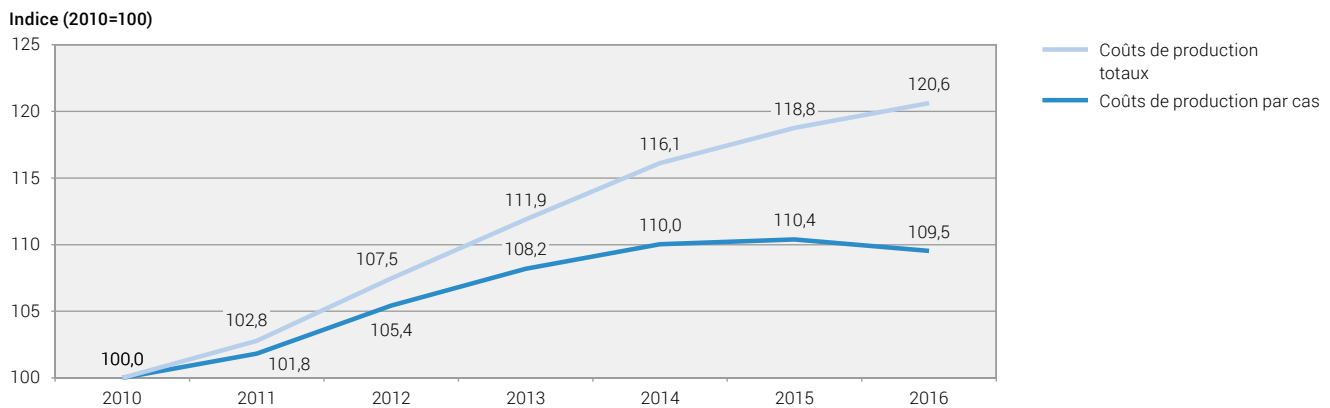
3.1.5 Comparaison avec les autres secteurs de soins

Croissance des autres secteurs de soins

Une fois passé le choc initial lié au changement de système, sur la période 2013–2016, la croissance annuelle moyenne du secteur stationnaire fluctue autour d'une moyenne de 3% par an. Cette croissance est plus faible que celle des autres secteurs de soins sur la même période (2013–2016) (G3.4).

Évolution des coûts de production totaux et par cas des prestations hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G3.3



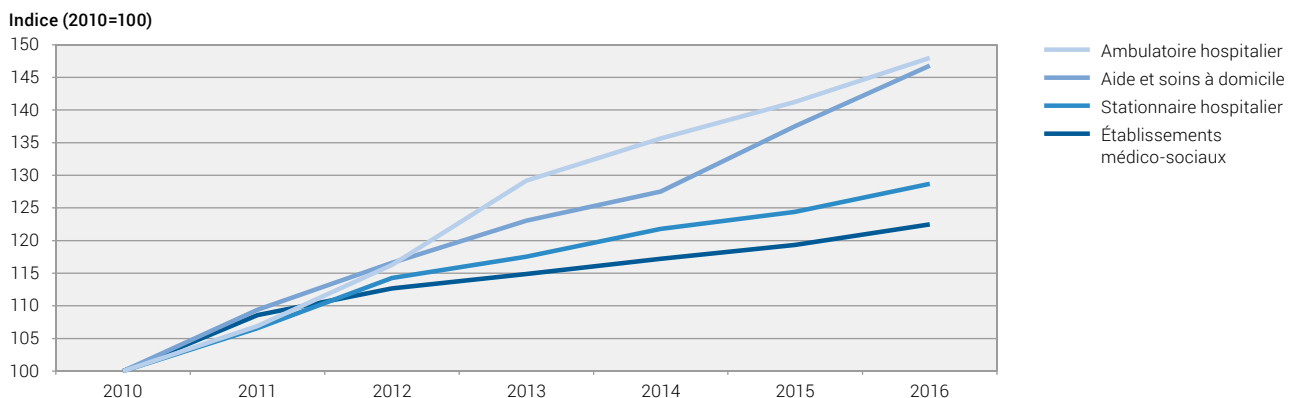
Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1).

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Évolution des revenus totaux des principaux secteurs de soins, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G3.4

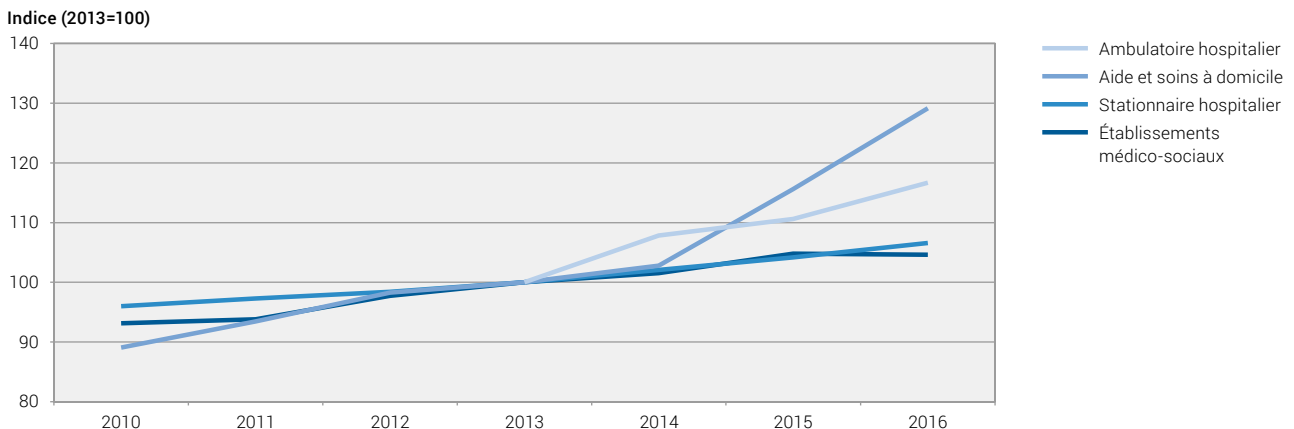


Source: OFS – KS, SOMED, SPITEX de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Évolution du nombre de cas ou de consultations des principaux secteurs de soins, de 2010 à 2016, indice (2013=100)

G3.5



Note: Base 2013=100 (au lieu de 2010=100) car les données de l'ambulatoire hospitalier ne sont disponibles qu'à partir de 2013.

Sources: OFS – KS, MS, SOMED, SPITEX de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Cela vaut en particulier pour l'ambulatoire hospitalier qui, sur la même période, connaît des augmentations annuelles moyennes de l'ordre de 6,2%, mais aussi pour les services d'aide et de soins à domicile (SASD) avec 5,9% annuellement. Seuls les EMS connaissent un développement comparativement moindre de leur activité avec 2,1% d'augmentation annuelle dans les années 2013–2016. 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; Roth et Pellegrini, 2018). Cette dernière étude montre en effet, pour une sélection d'interventions chirurgicales réalisables aussi bien de manière ambulatoire que stationnaire, qu'une majorité de cas sont actuellement déjà traités en ambulatoire tout en soulignant le potentiel encore existant pour étendre la prise en charge ambulatoire. Les études précédentes attestent également d'un transfert vers l'ambulatoire, avec des interventions où l'ambulatoire se substitue au stationnaire et d'autres où la croissance se poursuit dans les deux secteurs, mais moins rapidement en stationnaire (Roth et Pellegrini, 2015). Dans les soins de longue durée, les services d'aide et de soins à domicile prennent en charge de plus en plus de patients auparavant placés en EMS, avec pour la première fois en 2016 un recul du nombre de résidents en EMS (Füglistler-Dousse et al., 2015).

Le graphique G3.5 illustre l'évolution du nombre de cas ou de consultations sur la même période. On constate, comme pour les revenus, que c'est dans les deux secteurs d'activité ambulatoire (services d'aide et de soins à domicile et ambulatoire hospitalier) que la croissance est comparativement la plus forte. Le volume d'activité augmente comparativement moins vite dans le secteur stationnaire des hôpitaux et amorce même un recul dans les EMS en 2016.

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 aigus, pour l'heure seuls concernés par les forfaits par cas.

Felder et al. (2014), dans une étude réalisée sur mandat de la FMH et de H+, concluent que «depuis l'introduction de Swiss-DRG, 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).

Tuch et al. (2018), dans l'étude sur mandat de l'OFSP concernant la qualité des prestations stationnaires depuis la révision du financement hospitalier, se sont intéressés aux interfaces entre les soins aigus et les secteurs de soins en aval. Ils montrent une augmentation de la proportion de patients qui, après un séjour en soins 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, Widmer et al. (2017b) dans leur 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 francs 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 aigus hospitaliers. Cette évolution à 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 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.

3.1.6 Comparaison avec le passé

À l'heure de tirer un bilan intermédiaire des effets de la révision, le constat est le suivant: le *niveau* des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux est plus important qu'avant la révision⁴⁸ 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 les taux d'avant la révision. L'avenir montrera si la croissance actuelle, obtenue essentiellement par la stabilisation des revenus par cas, va pouvoir se maintenir dans le temps ou si elle est le résultat transitoire de la correction à la baisse des taux de base (base rate) observé dans ces années-là (voir Felder et al. 2016).

3.2 Autres prestations des hôpitaux

Au-delà des prestations de soins aux patients, les hôpitaux fournissent d'autres prestations pour la collectivité pour lesquelles ils sont rémunérés. Le relevé KS, dans le module de comptabilité analytique, distingue deux grandes catégories, – les activités de recherche et formation universitaire et les autres prestations d'intérêt général (PIG)⁴⁹. La révision de la LAMal sur le financement hospitalier a accru les exigences de transparence concernant ces activités également. L'évolution dans les données a été plus lente à se mettre en place que pour les prestations hospitalières soumises au régime des SwissDRG. Dans ce qui suit, à défaut de pouvoir fournir une estimation chiffrée, nous esquissons l'état des connaissances sur ces deux sujets.

3.2.1 Recherche et formation universitaire

Sur la période d'analyse 2010–2016, les coûts de la recherche et de la formation universitaire dans les hôpitaux ne sont pas calculables de manière satisfaisante, à la fois car les données manquent et par manque de consensus sur les définitions et les modes de calculs. Ce constat a été confirmé dans l'étude de faisabilité, mandatée par l'OFSP, destinée à évaluer les sources de données permettant de suivre l'évolution du financement des PIG et des investissements des hôpitaux (von Stokar et al. 2016). Les auteurs confirment que la KS est bien la source de données la plus appropriée mais que les données manquent encore de fiabilité.

En l'absence de données, différentes approches ont été utilisées pour réaliser des estimations de l'importance de ce poste dans les dépenses des hôpitaux. Une étude menée à l'hôpital universitaire de Zurich (Keune et al. 2014), basée sur la méthode d'estimation (de type bottom-up) proposée par l'OFS (Salgado, Teotino et Füglistner 2010), estime que les coûts de la recherche et formation universitaire représentent 8,6% des coûts globaux de cet hôpital.

Avec la révision partielle de la KS en 2013, un niveau de détail plus important a été introduit dans le relevé des coûts de la recherche et de la formation universitaire⁵⁰ ainsi que des mécanismes de contrôle plus stricts. Ces mesures ont permis d'augmenter le taux de réponse⁵¹ à ces questions, qui est ainsi passé de 14% en 2010 à 55% en 2013 pour atteindre pour la première fois 95% en 2016. Les hôpitaux ont déclaré un montant cumulé de CHF 1,09 milliards en 2016 à titre de coûts pour la recherche et la formation universitaire. Si le taux de réponse est maintenant élevé, les montants inscrits doivent encore être utilisés avec précautions. Comme le souligne Cosandey et al. (2018, p. 37), «Il existe une marge de manœuvre dans la définition de la recherche et de la formation universitaire. Les coûts de formation des médecins dans les hôpitaux sont gérés de manière très diverse». Il en résulte que les montants déclarés sont encore peu comparables entre les cantons ou entre les hôpitaux.

⁴⁸ L'une des causes évoquées par les experts est la charge d'investissement nouvellement payée pour les patients privés/semi-privés traités en cliniques privées.

⁴⁹ Cette distinction est effectuée uniquement dans la partie «Coûts» du module de comptabilité analytique. La partie «Revenus» ne fait pas cette distinction.

⁵⁰ Une distinction est nouvellement effectuée entre les coûts de la formation prégraduée, les coûts de la formation postgrade et les coûts de la recherche (voir OFS, Explications sur les nouvelles variables KS 2014).

⁵¹ Proportion des hôpitaux déclarant avoir une activité de recherche et formation universitaire ayant indiqué un montant pour les coûts de production correspondants.

3.2.2 Autres prestations d'intérêt général (PIG)

En sus de la recherche et formation universitaire, les cantons peuvent confier aux hôpitaux sis sur leur territoire d'autres tâches au titre de prestations d'intérêt général (PIG) et les rémunérer pour celles-ci (art. 49, al. 3, LAMal). En font partie le maintien des capacités pour des raisons de politique régionale et d'autres tâches pour lesquelles il n'existe à l'heure actuelle pas de définition exhaustive. Comme le précisent von Stokar et al. (2016), «La loi et l'ordonnance ne disent pas quelles prestations les cantons peuvent prendre en charge au titre des prestations d'intérêt général. Par voie de conséquence, les cantons prennent en charge différentes prestations d'intérêt général et affichent aussi des montants globaux très différents.»

Dans la KS, les données concernant ces autres PIG sont encore lacunaires. En 2016, 137 établissements déclarent fournir des PIG pour un coût total de CHF 944 millions. Les problèmes de définition et de méthode d'estimation concernant ces prestations sont toutefois encore non résolus et les montants déclarés varient en conséquence.

Felder et al. (2017) a tenté une première estimation des montants versés par canton pour des PIG (y.c. recherche et formation universitaire), reprise par la suite par Cosandey et al. (2018). Les estimations se basent sur les valeurs publiées dans les «Chiffres-clés des hôpitaux suisses⁵²» (2013/2015) en y apportant des corrections à partir de données cantonales pour huit cantons et en corrigeant les montants de la part attribuable aux activités de psychiatrie et de réadaptation. Les chiffres sont toutefois controversés.

⁵² Eux-mêmes tirés de la KS.

4 Évolution par domaine d'activité

Ce chapitre présente l'évolution des coûts et des revenus pour chacun des domaines d'activité séparément (soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie). Comme le système de rémunération des prestations par forfaits SwissDRG s'applique depuis 2012 exclusivement aux soins aigus, la comparaison entre les domaines d'activité permet en théorie d'observer s'il y a une évolution des coûts et des revenus en soins aigus que l'on ne retrouverait pas en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie. Au vu des effets attendus d'une rémunération par forfaits (pression sur les coûts), on attendrait une croissance des coûts et des revenus par cas moindre en soins aigus et une évolution incertaine sur le nombre de cas d'hospitalisation.

Chaque section examine tout d'abord l'évolution générale des revenus totaux et par cas, du nombre de cas et des coûts de production totaux et par cas pour chaque activité séparément (Soins aigus section 4.1.1, Psychiatrie section 4.2.1, Réadaptation/gériatrie section 4.3.1). Pour l'activité de psychiatrie, les données concernant les revenus sont peu stables et doivent être considérées avec prudence (G 4.5). Pour l'activité de réadaptation/gériatrie, les revenus montrent une évolution peu plausible et ne sont pas présentés (G 4.7).

Ensuite, comme cela avait été fait dans le rapport de base (Pellegrini et Roth, 2015), l'analyse est effectuée en distinguant selon le type d'hôpitaux, selon l'utilisation d'une rémunération par APDRG avant 2012 et selon le statut privé ou public de l'établissement. Idéalement, l'analyse devrait pouvoir être effectuée avec les coûts de production d'une part, avec les revenus d'autre part. Toutefois seuls les coûts de production sont suffisamment robustes à ces niveaux de désagrégation.

Limites à l'utilisation des présents résultats comme base pour l'évaluation future des effets des nouveaux systèmes de tarification en psychiatrie et en réadaptation

En théorie, ces analyses, réalisées pour la période 2010–2016, pourraient servir de base en vue de l'évaluation future des effets des nouveaux systèmes de tarification en psychiatrie et en réadaptation. Une rémunération par forfaits journaliers dégressifs liés aux prestations a en effet été introduite en psychiatrie et le sera en réadaptation. La psychiatrie facture depuis le 1.1.2018 avec le système TARPSY (soit une introduction hors de la période d'observation qui se termine en 2016). Les discussions sont encore en cours concernant le système de tarification pour la réadaptation ST Reha, dont l'introduction est attendue pour 2022.

Plusieurs éléments limitent toutefois l'utilisation de ces résultats dans ce but. Outre les réserves concernant les données des revenus mentionnées ci-avant, le domaine de la réadaptation souffre d'un problème de délimitation. La Statistique des hôpitaux (KS) relève en effet les coûts et revenus des hôpitaux pour la réadaptation/gériatrie dans une seule et même catégorie. Comme le relevé se fait à un niveau agrégé (par exemple Hôpital XY, revenus des prestations stationnaires de réadaptation/gériatrie: CHF \$\$\$ millions), il n'existe, dans la KS⁵³, aucun moyen d'identifier et d'isoler les coûts liés à la gériatrie, alors qu'une partie des cas ne relève pas de la réadaptation, mais de la gériatrie aiguë et de la psychiatrie gériatrique. Des discussions sont en cours pour mieux délimiter le périmètre de la réadaptation. Ce problème de délimitation ne peut cependant pas être résolu pour le passé.

De plus, les indicateurs utilisés dans la présente analyse dans le but de comparer les activités ne sont donc pas appropriés dans une perspective d'évaluation. Les acteurs des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation soulignent en effet qu'en vue d'une évaluation des effets des nouveaux tarifs, il sera indispensable de tenir compte des durées de séjour très variables des séjours en psychiatrie et en réadaptation et de recourir non pas à des coûts ou revenus *par cas*, mais *par jour*.

4.1 Soins aigus

Les soins aigus représentent l'essentiel de l'activité stationnaire. Cette activité est à l'origine de quelque 80% des coûts stationnaires, contre quelque 10% chacune pour la psychiatrie et pour la réadaptation/gériatrie. De ce fait, l'évolution observée pour l'ensemble du secteur stationnaire reflète essentiellement celle des soins aigus. En conséquence, les résultats généraux présentés ici (section 4.1.1) sont sensiblement les mêmes qu'au chapitre 3.1.

⁵³ La MS, qui contient des données individuelles par cas d'hospitalisation, permet sur la base des centres de coûts, une meilleure différenciation.

4.1.1 Évolution générale en soins aigus

Le graphique G 4.1 présente l'évolution générale des coûts, cas et revenus ainsi que de l'indice de casemix (ICM)⁵⁴ dans les soins aigus sur la période 2010–2016. On y observe que les coûts et revenus des soins aigus ont évolué de manière parallèle sur la période 2010–2016. Les revenus totaux sont passés d'un indice de 100 à 128 entre 2010 et 2016, avec le saut important déjà décrit au chapitre 3.1.1 autour du passage au nouveau système. Les coûts de production des prestations hospitalières stationnaires sont passés d'un indice de 100 à 120 sur la même période. Comme mentionné, les données n'autorisent pas de comparaison directe entre l'évolution des coûts et des revenus puisque du côté des coûts, il manque tout un pan de l'activité des hôpitaux, à savoir les coûts de la recherche et formation universitaire ainsi que des autres PIG.

Les revenus totaux *par cas* en soins aigus ont fortement augmenté jusqu'en 2012, puis faiblement. Au total, ils sont passés d'un indice de 100 en 2010 à 113 en 2016. L'ICM a augmenté de quelque 10% entre 2011 et 2012, ce qui s'explique en partie au moins par le fait que les coûts déterminants incluent dès cette année-là les coûts d'utilisation des immobilisations. Il est ensuite resté stable dans les années suivantes, oscillant autour de 1,06 ($\pm 0,005$).

Les coûts de production *par cas* en soins aigus ont d'abord augmenté de manière régulière, avant de se stabiliser à partir de 2014, affichant même un léger recul en 2016. Au total, leur valeur est passée d'un indice de 100 à 110 sur la période 2010–2016.

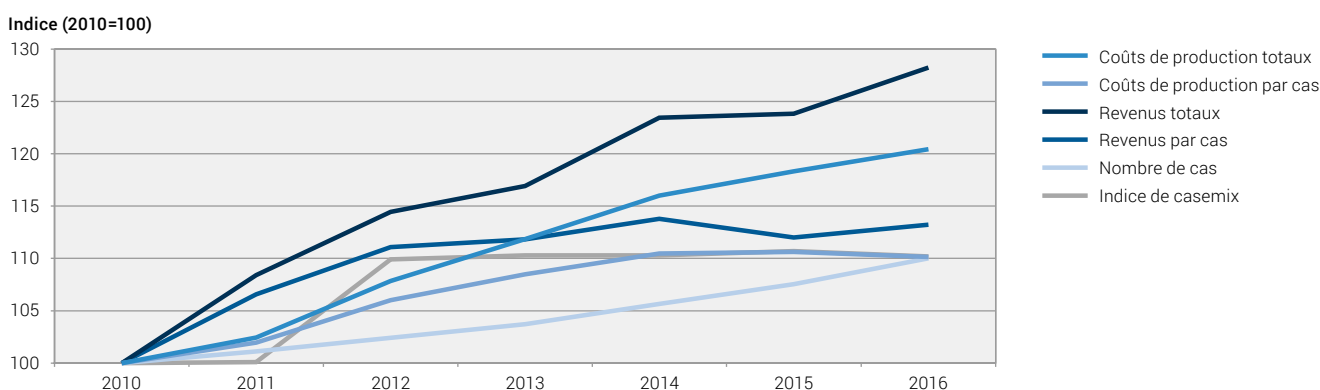
Enfin, le nombre d'hospitalisations en soins aigus est passé d'un indice de 100 en 2010 à 110 en 2016. Ils ont ainsi augmenté dans les mêmes proportions que les coûts par cas et revenus par cas, illustrant le fait que sur l'ensemble de la période d'observation, l'augmentation totale provient dans des proportions similaires d'un effet-prix et d'un effet-quantité (nombre de cas).

4.1.2 Évolution par type d'hôpitaux

La KS distingue les hôpitaux universitaires, les hôpitaux de prise en charge centralisée, les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. Du fait de leurs structures et de leurs missions différentes, ces différents types d'hôpitaux pourraient avoir été touchés différemment par la révision. Ce chapitre examine cet aspect à partir des coûts de production⁵⁵ des prestations hospitalières stationnaires. Seule l'analyse des coûts par cas est présentée car le changement de catégorie d'une vingtaine d'hôpitaux sur la période rend ininterprétable les évolutions des volumes totaux⁵⁶.

Évolution des coûts de production, des cas et des revenus dans les soins aigus, 2010–2016, indice (2010=100)

G 4.1



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts, respectivement les 229 dont le compte de revenus, de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. En 2014, un très grand hôpital a inscrit, pour une raison inconnue, des revenus supérieurs aux autres années en soins aigus et inférieurs en psychiatrie et en réadaptation/gériatrie et causant ainsi une bosse dans la série temporelle; ce point (année 2014) doit être ignoré au profit de la tendance générale. Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1).

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

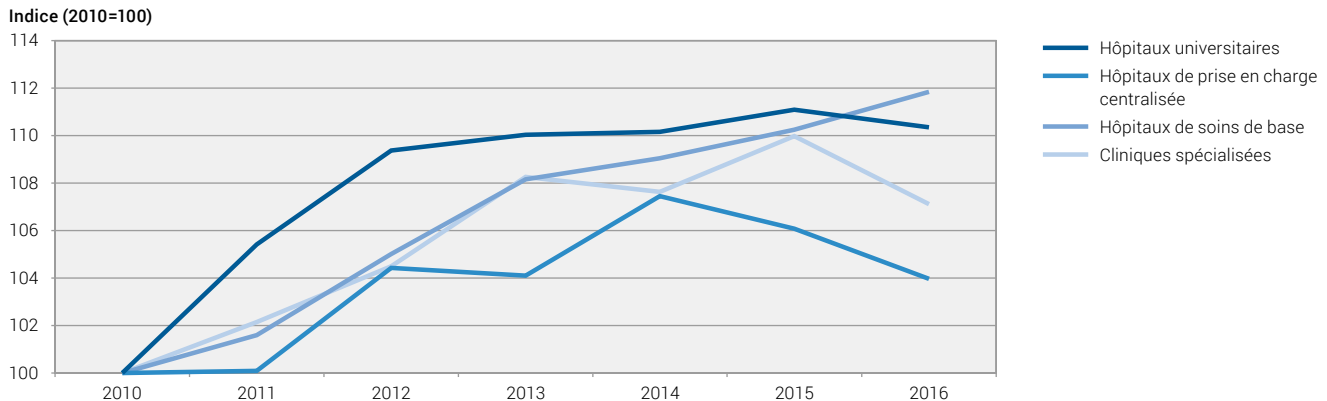
⁵⁴ Le case mix représente le degré de gravité des cas facturés par un hôpital. Il s'obtient par la somme des cost-weights des cas d'un hôpital. L'indice de case mix, soit le case mix divisé par le nombre de cas, correspond au degré de sévérité moyen de l'hôpital. (SwissDRG, <https://www.swissdr.org/fr/portrait/notions-elementaires>, consulté le 29.08.2018).

⁵⁵ À ces niveaux de désagrégation (par type d'hôpitaux, avec et sans APDRG ou selon le statut privé/public), l'analyse des revenus n'est plus robuste. Elle n'est de ce fait pas présentée dans le présent rapport.

⁵⁶ L'analyse de l'évolution des coûts par type d'hôpitaux qui avait été réalisée dans le rapport Obsan 61 (Pellegrini et Roth 2015) n'est plus possible. La Statistique des hôpitaux (KS) prévoit que, tous les trois ans, l'appartenance d'un hôpital à sa catégorie soit réévaluée par le canton dans lequel il a son siège. Comme le paysage hospitalier a beaucoup évolué, avec des regroupements ou fusions ainsi que des changements de mission, de nombreux changements de catégorie ont lieu en 2013 (12 hôpitaux) et en 2016 (8 hôpitaux). Ces changements dans la composition du groupe de base durant la période d'observation font que les résultats ne peuvent plus être interprétés.

Évolution des coûts de production par cas en soins aigus selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G4.2



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Le nombre de cas 2010 et 2011 est corrigé selon la nouvelle définition SwissDRG (voir Encadré 3.1). Les établissements sont classés selon leur appartenance à un type d'hôpital à l'année examinée.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Le premier constat est que les coûts par cas en soins aigus augmentent dans tous les types d'hôpitaux entre 2010 et 2016. Les évolutions varient sensiblement selon le type d'hôpitaux (G 4.2):

- Les hôpitaux universitaires ont les coûts de production les plus élevés, avec un peu plus de CHF 17 000 par cas en 2016. Leurs coûts ont fortement augmenté en 2011 et 2012, probablement sous l'effet d'une comptabilisation plus exacte des dépenses et des investissements, puis se sont stabilisés.
- Les hôpitaux de soins de base ont les coûts de production les plus bas, avec près de CHF 10 000 par cas en 2016. Ce sont toutefois eux dont les coûts ont crû le plus vite sur la période, avec un indice passant de 100 à 112 entre 2010–2016.
- Les hôpitaux de prise en charge centralisée ont des coûts par cas de l'ordre de CHF 11 000 en 2016, en diminution depuis 2015.
- Enfin, les cliniques spécialisées ont des coûts par cas de l'ordre de CHF 12 500 en 2016, qui amorcent une diminution en 2016.

Les grands hôpitaux semblent avoir été à même d'agir plus rapidement sur le contrôle de leurs coûts, avec des signes de stabilisation dès 2013 pour les hôpitaux universitaires, dès 2015 pour les hôpitaux de prise en charge centralisées (ceci après des augmentations initiales importantes). Les coûts des cliniques spécialisées évoluent pour l'instant en dents de scies, tandis que ceux des hôpitaux de soins de base ne donnent encore aucun signe de ralentissement.

4.1.3 Hôpitaux sous un régime de DRG avant 2012

L'un des espoirs associés à un système de rémunération par forfaits par cas liés aux prestations tel que les DRG est d'amener les hôpitaux à un meilleur contrôle de leurs coûts. En Suisse, dès 2002, deux cantons (VD et ZH) ont adopté le système de rémunération APDRG (« All patients diagnosis related groups»),

l'une des variantes du système DRG. Ils ont été suivis par d'autres cantons, en particulier romands. Si l'hypothèse d'une meilleure gestion des coûts se vérifie, les hôpitaux qui travaillaient déjà avec le système APDRG devraient avoir des coûts par cas inférieurs et une croissance plus modérée de leurs coûts. Dans ce qui suit, nous comparons donc l'évolution des coûts des prestations des hôpitaux qui facturaient déjà avant 2012 selon un système de forfaits par cas liés aux prestations, en l'occurrence le système APDRG, avec ceux des autres hôpitaux.

Le mode de facturation n'est pas une information relevée dans le cadre de la Statistique des hôpitaux. L'information avait été reconstituée dans le cadre d'un travail réalisé en 2013 par tarifsuisse SA et l'Obsan, sur mandat de l'OFSP⁵⁷. La classification ainsi établie distingue 40 modes de facturation différents, basés sur différentes combinaisons des systèmes de facturation qui existaient jusque-là. Pour les besoins de l'analyse, nous nous limitons à identifier les hôpitaux de soins aigus qui au début de notre période d'analyse, soit en 2010, facturaient avec le système APDRG. Nous en recensons 42 contre 120 qui avaient un autre système de facturation.

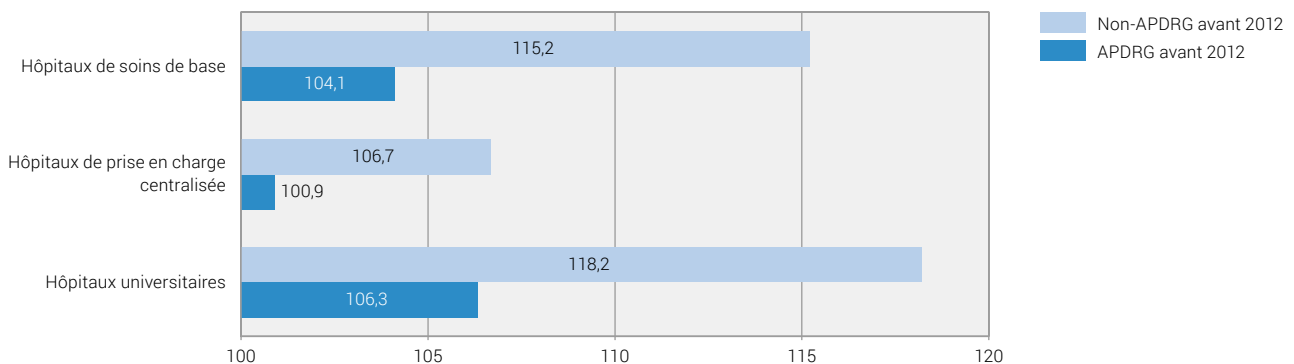
La facturation avec le système APDRG était plus répandue dans les grands hôpitaux. La moitié environ des hôpitaux universitaires et de prise en charge centralisée avaient déjà adopté ce système en 2010, contre un quart environ des hôpitaux de soins de base et un dixième des cliniques spécialisées actives dans les soins aigus. Si l'on compare l'évolution des coûts avec et sans APDRG dans les hôpitaux d'une même catégorie (G 4.3), on observe qu'entre 2010 et 2016, les coûts de production par cas croissent un peu moins vite dans les hôpitaux qui avaient déjà un système APDRG avant 2012. Les hôpitaux avec APDRG avaient des coûts de production par cas plus bas en 2010 et ont toujours des coûts plus bas en 2016. Font exception les hôpitaux

⁵⁷ Cette variable provient de l'étude préliminaire concernant les modes de facturation avant 2012 «Abrechnungsstrukturen Schweizer Spitäler zwischen 2009 und 2012», commandée par l'OFSP dans le cadre du programme d'évaluation de la révision de la LAMal du 21.12.2007.

Coûts de production par cas des prestations en soins aigus, par type d'hôpital et mode de facturation avant 2012, variation de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G 4.3

Indice (2010=100)



Note: Les cliniques spécialisées ne sont pas représentées car le petit nombre (n=5) de cliniques qui utilisaient les APDRG avant 2012 rendent l'interprétation peu fiable.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

universitaires avec APDRG avant 2012, qui avaient au départ des coûts par cas plus hauts et qui ont en 2016 des coûts à peine plus bas que leurs concurrents.

Il faut noter qu'il s'agit ici d'une première approximation – grossière – de la problématique, qui ne tient pas compte des autres différences entre les hôpitaux facturants ou non par APDRG, ni structurelles ni au niveau de leur patientèle. Une étude publiée en 2011 concluait à l'absence de différences dans les durées de séjours et les taux de réhospitalisation, une fois ces différences prises en compte (Widmer et al. 2011). Il se peut qu'il en aille de même des coûts de production par cas, une fois contrôlé l'effet des autres caractéristiques des hôpitaux. Il se peut aussi que les hôpitaux avec APDRG aient connu une phase d'augmentation de leurs coûts avant 2010, lors de leur passage au système APDRG, ce que nous ne sommes pas en mesure de voir avec les données dont nous disposons.

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

4.1.4 Hôpitaux publics et privés

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

Suivant la suggestion formulée par le groupe d'accompagnement au départ du projet⁵⁸, nous ne distinguons pas seulement entre hôpitaux privés et publics, mais aussi entre les hôpitaux privés qui avant 2012 étaient autorisés à pratiquer à charge de l'assurance-maladie de base en division commune (anciennement liste hospitalière A) et ceux qui l'étaient seulement en division (semi-)privée (anciennement seulement sur liste hospitalière B). Ces derniers traitaient exclusivement des patients au bénéfice d'une assurance (semi-) privée ou disposés à payer eux-mêmes les soins en sus du montant pris en charge par l'AOS.

La raison motivant cette distinction est la suivante. Du point de vue de tarifsuisse SA, les hôpitaux anciennement seulement sur liste B peuvent, *du point de vue des tarifs pratiqués envers l'AOS*, être assimilés à des hôpitaux publics. Ils facturaient en effet à l'AOS sur la base d'un tarif de référence correspondant au tarif négocié entre les assureurs LAMal et les hôpitaux publics. Ce tarif de référence n'avait aucun lien avec leurs propres coûts et étaient, toujours selon tarifsuisse SA, en général plus bas que leurs coûts effectifs. Le solde des coûts était pris en charge par l'assurance complémentaire.

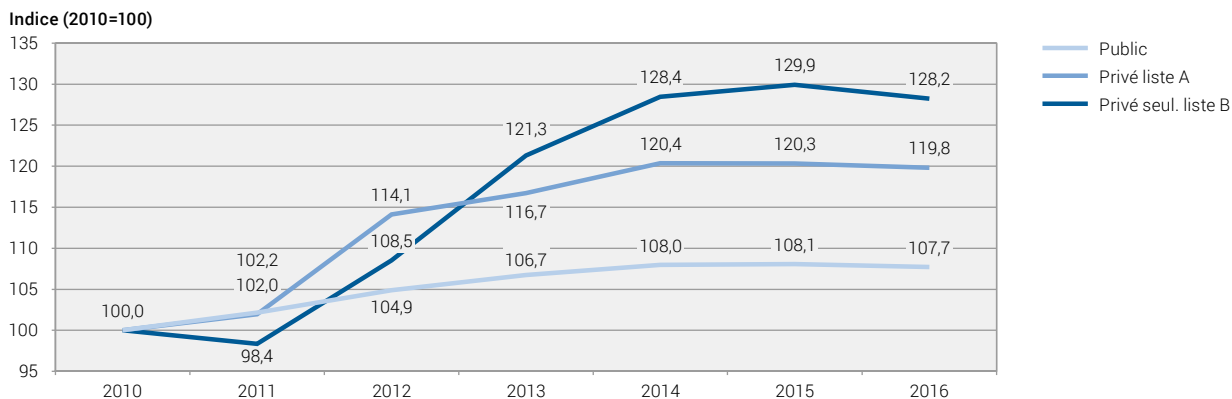
Si un correctif devait apparaître sur ces tarifs à partir de 2012, cette distinction influencerait en premier lieu l'évolution des dépenses à charge de l'AOS. On peut alors se demander si la distinction reste pertinente dans l'analyse des coûts de production que nous menons ici. De notre point de vue,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

La situation d'un hôpital sur liste A et/ou B n'est pas relevée dans le cadre de la Statistique des hôpitaux. L'information nous a été transmise par tarifsuisse SA, que nous remercions. En 2011, nous recensons, dans notre subset, 16 établissements actifs dans les soins aigus ne pratiquant pas à charge de la LAMal (seulement sur liste B) et 55 présents sur les deux listes. Tous

⁵⁸ Suggestion considérée comme encore pertinente au vu des importantes différences entre ces différents types d'hôpitaux.

Évolution des coûts de production par cas en soins aigus, dans les hôpitaux publics et privés, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G4.4



Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

les cantons ne connaissaient pas le système de la double liste. Seuls Zürich, Vaud, Genève et Appenzell Rhodes-Extérieures fonctionnaient selon ce modèle, les autres cantons établissant une liste intégrale.

Le statut public ou privé d'un établissement n'est plus relevé dans la KS depuis 2012. Pour la présente analyse, nous utilisons le statut de l'hôpital lors de ce dernier relevé. Un changement de statut de l'un ou l'autre hôpital entre 2012 et 2016 ne peut être exclu.

En valeurs absolues, les coûts par cas sont en partie conformes aux attentes théoriques (T4.1). Les hôpitaux privés anciennement sur liste A, avec des coûts par cas de l'ordre de 10 600 francs en 2016, ont des coûts de production moins élevés que les hôpitaux publics, qui se situent aux alentours de 11 900 francs par cas. À noter que pour être tout à fait correct dans la comparaison, il faudrait des chiffres tenant compte de l'indice casemix (coûts par cas ajustés selon l'ICM) et tenir compte des autres différences telles que l'existence d'un service d'urgence et la prise en charge 7/7 jours. Quant aux hôpitaux privés anciennement sur liste B, desservant uniquement une clientèle privée, ils ont des coûts par cas de l'ordre de 15 400 francs, qui peuvent s'expliquer par le supplément de confort hôtelier et les honoraires supplémentaires des médecins.

En termes d'évolution, les coûts par cas évoluent selon le même schéma dans les deux types d'hôpitaux privés. Ils connaissent une forte croissance jusqu'en 2014, avant de se stabiliser, voire de reculer légèrement (G4.4). Le schéma d'évolution est le même dans le secteur public, mais avec des augmentations plus faibles en pourcentage (mais un montant de départ plus élevé). L'hypothèse principale pour expliquer la hausse observée en début de période est l'amélioration des pratiques de codage médical et la prise en compte des investissements⁵⁹ dans le coût des prestations hospitalières stationnaires. Nous ne disposons pas d'autres éléments pour interpréter cette évolution des coûts de production par cas.

⁵⁹ Pour être exact, il faudrait parler des coûts d'utilisation des immobilisations (Anlagenutzungskosten).

Enfin, nous constatons aussi que les hôpitaux privés ont augmenté leur part de marché en six ans, laquelle se situe à 18,4% en 2016 contre 17,0% en 2010. Leur croissance en nombre de cas (+18,4%) a donc été plus rapide que celle des hôpitaux publics (+7,5%).

Coûts de production par cas en soins aigus, dans les hôpitaux publics et privés, 2016

T4.1

Coûts par cas en soins aigus, 2016	
Publics	11 900
Privés «liste A»	10 600
Privés seul. liste B	15 400

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, 2016

© Obsan 2018

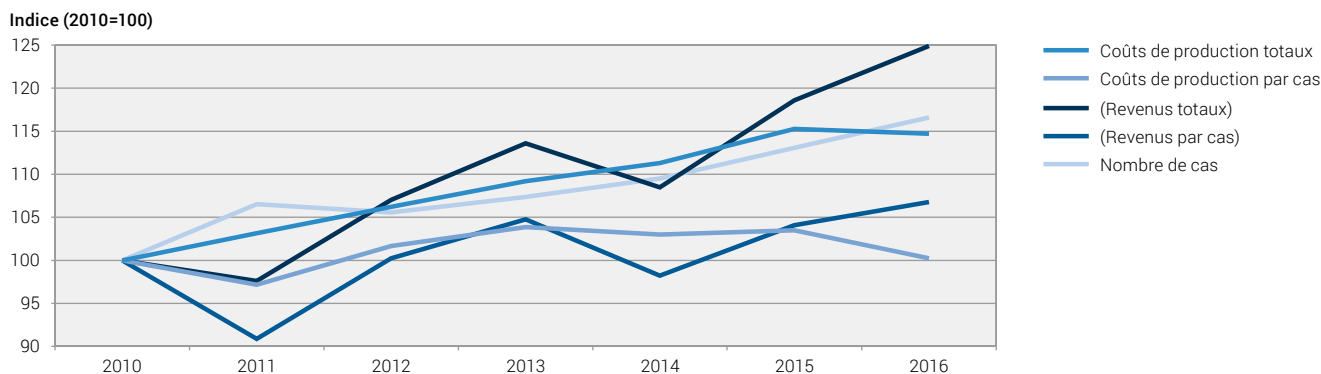
4.2 Psychiatrie

4.2.1 Évolution générale en psychiatrie

La psychiatrie représente environ 10% de l'activité stationnaire des hôpitaux. Elle est concernée par les différentes dispositions du nouveau financement hospitalier (par exemple le libre choix de l'hôpital ou le financement dual-fixe des prestations), mais les forfaits journaliers liés à la prestation TARPSY y ont été introduits au 1.1.2018, soit après la fin de la période d'observation de la présente étude (2010 – 2016). Dans une stratégie d'analyse comparative, l'évolution dans ce domaine, non concerné pendant la période d'observation par une rémunération par forfaits, est comparée avec celle des soins aigus à la recherche de différences qui donneraient des indices sur l'effet des forfaits par cas. Les données concernant les revenus en psychiatrie sont peu stables (G4.5) et doivent être considérées avec prudence.

Évolution des coûts de production, du nombre de cas et des revenus en psychiatrie, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G4.5



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts, respectivement les 229 dont le compte de revenus, de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Les séries dont la légende figure entre parenthèses doivent être considérées avec prudence.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

En principe, les chiffres présentés pourraient aussi constituer une base à laquelle comparer dans le futur les effets du nouveau système de rémunération. Toutefois, il faut savoir que les coûts par cas dans le secteur de la psychiatrie sont plus volatils qu'en soins aigus car la durée de séjour moyenne varie beaucoup, y compris d'une année à l'autre. Dans une perspective d'évaluation, le calcul de coûts par jour ou une prise en compte des durées de séjour serait, du point de vue des acteurs, nécessaire.

- Les coûts de production des prestations hospitalières stationnaires en psychiatrie sont passés d'un indice de 100 à 114 sur la période 2010–2016. Comme mentionné, les données n'autorisent pas de comparaison directe entre l'évolution des coûts et des revenus puisque du côté des coûts, il manque tout un pan de l'activité des hôpitaux, à savoir les coûts de la recherche et formation universitaire ainsi que des autres PIG.
- Les coûts de production par cas en psychiatrie ont un peu augmenté avant de se stabiliser, puis de diminuer pour retrouver leur niveau de début de période, avec un retour à l'indice 100 en 2016. La réduction de la durée de séjour moyenne en psychiatrie, qui est passée de 36 à 32 jours en moyenne entre 2010 et 2016, contribue à expliquer l'absence de hausse des coûts de production par cas.
- Enfin, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie est passé d'un indice de 100 à 117 en 2016. Puisque les coûts par cas n'ont pas augmenté, on en conclut que l'augmentation des coûts de production en psychiatrie sur la période 2010–2016 provient du nombre de cas.
- Selon les données figurant dans la KS, les revenus totaux pour l'activité de psychiatrie auraient augmenté d'un indice de 100 en 2010 à 125 en 2016. Cette évolution est en soi plausible car similaire à celle des soins aigus. L'allure chaotique de la série, avec des hausses et des baisses importantes et non explicables, incitent toutefois à considérer ces résultats avec prudence.

- Selon les données disponibles, les revenus totaux par cas pour l'activité de psychiatrie seraient passés d'un indice de 100 en 2010 à 107 en 2016. Toutefois, les mêmes réserves que ci-dessus s'appliquent à cette série.

4.2.2 Évolution par type d'hôpitaux

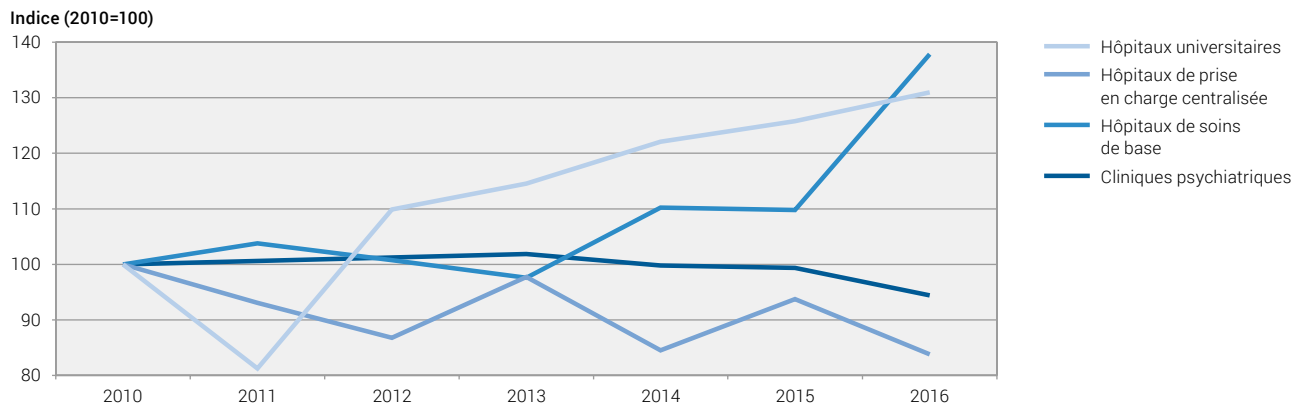
La KS distingue les hôpitaux universitaires, les hôpitaux de prise en charge centralisée, les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. Du fait de leurs structures et de leurs missions différentes, ces différents types d'hôpitaux pourraient avoir été touchés différemment par la révision. Ce chapitre examine cet aspect à partir des coûts de production⁶⁰ (G4.6). Seule l'analyse des coûts par cas est présentée car le changement de catégorie d'une vingtaine d'hôpitaux sur la période rend ininterprétable les évolutions des volumes totaux⁶¹.

⁶⁰ Cette série est robuste. Par contre, l'analyse des revenus par type d'hôpitaux, avec et sans APDRG ou selon le statut privé/public n'est pas robuste et n'est de ce fait pas présentée.

⁶¹ L'analyse de l'évolution des coûts par type d'hôpitaux qui avait été réalisée dans le rapport Obsan 61 (Pellegrini et Roth 2015) n'est plus possible. La Statistique des hôpitaux (KS) prévoit que, tous les trois ans, l'appartenance d'un hôpital à sa catégorie soit réévaluée par le canton dans lequel il a son siège. Comme le paysage hospitalier a beaucoup évolué, avec des regroupements ou fusions ainsi que des changements de mission, de nombreux changements de catégorie ont lieu en 2013 (12 hôpitaux) et en 2016 (8 hôpitaux). Ces changements dans la composition du groupe de base au cours de la période d'analyse font que les résultats ne peuvent plus être interprétés.

Évolution des coûts de production par cas en psychiatrie selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G 4.6



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Les établissements sont classés selon leur appartenance à un type d'hôpital à l'année examinée.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Le premier constat est qu'entre 2010 et 2016, les coûts par cas en psychiatrie augmentent dans certains types d'hôpitaux et diminuent dans d'autres. Les évolutions varient sensiblement selon le type d'hôpitaux (G 4.6):

- Les hôpitaux universitaires ont vu leurs coûts de production par cas augmenter sensiblement sur la période pour rejoindre le niveau des coûts par cas dans les cliniques psychiatriques en 2016 (CHF 24 500.– environ). Ils traitent moins de cas qu'en début de période, mais des cas en moyenne plus coûteux.
- Les cliniques psychiatriques, à l'inverse, ont diminué leurs coûts par cas, passant d'un indice de 100 en 2010 à 94 en 2016. Ceux-ci sont de l'ordre de CHF 24 500.– environ en 2016. Elles traitent sensiblement plus de cas qu'en 2010, ayant absorbé l'essentiel de la hausse du nombre de cas psychiatriques entre 2010 et 2016 (+14%).
- Les hôpitaux de soins de base ont les coûts de production les plus bas, avec près de CHF 10 000.– par cas en 2016. Ce sont eux toutefois dont les coûts ont crû le plus vite sur la période, avec un indice passant de 100 à 112 entre 2010–2016. Ils traitent un peu moins de cas de psychiatrie qu'en 2010.
- Les hôpitaux de prise en charge centralisée ont des coûts par cas de l'ordre de CHF 11 000.– en 2016, en diminution depuis 2015. Ils traitent quelques centaines de cas de psychiatrie de plus qu'en 2010.

En résumé, on observe une redistribution des tâches entre les différents types d'hôpitaux: les hôpitaux de soins généraux réduisent (en proportion) leur activité de psychiatrie au profit des cliniques spécialisées.

4.2.3 Hôpitaux publics et privés

En Suisse, la prise en charge psychiatrique stationnaire se fait essentiellement dans les établissements publics. Ceux-ci traitent 91,8% des cas en 2016, une part restée stable voire en très légère croissance depuis 2010 (où elle était de 91,3%).

Les coûts d'une prise en charge psychiatrique sont restés relativement stables sur la période 2010–2016, se montant à quelques CHF 24 300.– dans les hôpitaux publics et CHF 26 900.– dans les hôpitaux privés (T4.2). Il est intéressant de noter que si les coûts par cas sont restés stables, voire amorcent une diminution en 2016 dans les hôpitaux publics (passant d'un indice 100 en 2010 à 98 en 2016), les coûts par cas ont par contre augmenté dans les hôpitaux privés (anciennement sur liste A), passant d'un indice 100 à 111 en 2016 (alors qu'ils étaient au départ similaires).

Coûts de production par cas en psychiatrie, dans les hôpitaux publics et privés, 2016 T4.2

Coûts par cas en psychiatrie, 2016	
Publics	24 300
Privés «anc. sur liste A»	26 900
Privés «anc. seul. sur liste B»	(n. d.)

Note: (n. d.) problèmes dans les données rendant la série non exploitable.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, 2016

© Obsan 2018

4.3 Réadaptation/gériatrie

4.3.1 Évolution générale en réadaptation/gériatrie

La réadaptation/gériatrie représente environ 10% de l'activité stationnaire des hôpitaux. Elle est concernée par les différentes dispositions du nouveau financement hospitalier (par exemple le libre choix de l'hôpital ou le financement dual-fixe des prestations), mais les forfaits journaliers liés à la prestation n'y ont pas encore été introduits (introduction du tarif ST Reha à partir de 2022). Dans une stratégie d'analyse comparative, l'évolution dans ce domaine, non concerné pendant la période d'observation par une rémunération par forfaits, est comparée avec celle des soins aigus à la recherche de différences qui donneraient des indices sur l'effet des forfaits par cas. Les données concernant les revenus en réadaptation/gériatrie montrent cependant une évolution peu plausible sur la période 2010–2016 et ne sont pas présentées (G 4.7).

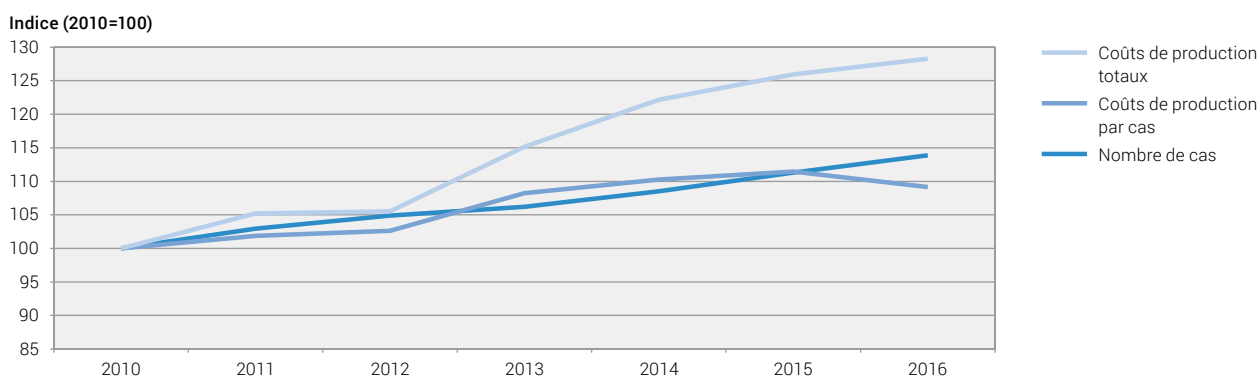
En principe, cette analyse pourrait aussi constituer une base à laquelle comparer dans le futur les effets du nouveau système de rémunération. Toutefois, il faut avoir à l'esprit que les chiffres de la KS concernent la réadaptation/gériatrie⁶² et pas uniquement la réadaptation. Or le nouveau tarif ST Reha ne s'appliquera qu'à la réadaptation. Les chiffres présentés ci-après ne sont donc pas appropriés en tant que base de comparaison pour mesurer les effets du futur système tarifaire ST Reha. Ces chiffres permettent par contre de mettre en lumière les limites des données actuelles et la nécessité de n'avoir à l'avenir non plus une catégorie mixte, regroupant réadaptation et gériatrie, mais de mieux définir le périmètre de l'activité de réadaptation. En sus, il faut savoir que

les coûts par cas dans le secteur de la réadaptation sont plus volatils qu'en soins aigus car la durée de séjour moyenne varie beaucoup, y compris d'une année à l'autre. Dans une perspective d'évaluation, le calcul de coûts par jour ou une prise en compte des durées de séjour sera, du point de vue des acteurs, nécessaire.

- Les coûts de production par cas en réadaptation/gériatrie ont peu augmenté entre 2010 et 2012, fait un saut en 2012, avant de se stabiliser en 2013–2015, puis d'amorcer une diminution en 2016. Au total, leur indice est passé de 100 en 2010 à 109 en 2016.
- Le nombre d'hospitalisations en réadaptation/gériatrie a augmenté régulièrement sur la période, avec un indice passant de 100 en 2010 à 114 en 2016.
- Sur la période 2010–2016, les coûts de production totaux des prestations hospitalières stationnaires en réadaptation/gériatrie sont passés d'un indice de 100 à 128. L'augmentation est toutefois surtout marquée à partir de 2012. Une explication probable est que l'introduction des forfaits par cas SwissDRG en 2012 ait obligé les hôpitaux pratiquant aussi bien des soins aigus que de la réadaptation à mieux séparer ces deux activités. Des coûts auraient ainsi été déplacés sur la plan comptable de l'activité «soins aigus» vers l'activité «réadaptation/gériatrie». Si tel est le cas, la hausse des coûts de production que montrent les données est surestimée par rapport à la réalité.

Évolution des coûts de production et du nombre de cas en réadaptation/gériatrie, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G 4.7



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts de la comptabilité analytique est supérieur à zéro pour chaque année. Les revenus ne sont pas présentés car ils présentent une évolution non plausible. Le nombre de cas provient de la KS.

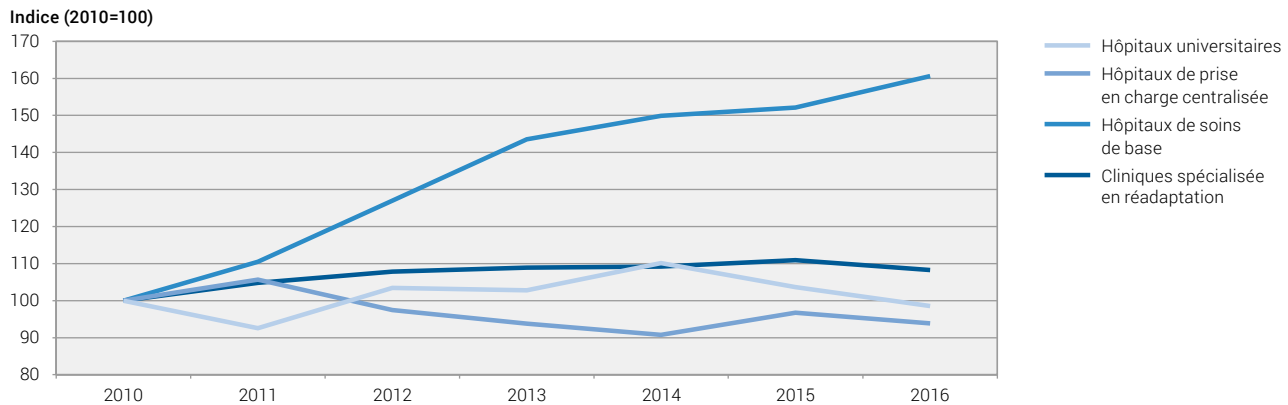
Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

⁶² La Statistique des hôpitaux (KS) relève les coûts et revenus des hôpitaux pour quatre activités: les soins somatiques aigus, la psychiatrie, la réadaptation/gériatrie et les maisons de naissance. Le relevé ne se fait pas au niveau de chaque cas d'hospitalisation (comme dans la MS), mais à un niveau agrégé (par exemple Hôpital XY, revenus des prestations stationnaires de réadaptation/gériatrie: CHF \$\$\$ millions). Il n'existe par conséquent, dans la KS, aucun moyen d'identifier et d'isoler les coûts liés à la gériatrie.

Évolution des coûts de production par cas en réadaptation/gériatrie selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)

G 4.8



Note: Analyse basée sur les 305 hôpitaux dont le compte de coûts de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année. Les établissements sont classés selon leur appartenance à un type d'hôpital à l'année examinée.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

4.3.2 Évolution par type d'hôpitaux

La KS distingue les hôpitaux universitaires, les hôpitaux de prise en charge centralisée, les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. Du fait de leurs structures et de leurs missions différentes, ces différents types d'hôpitaux pourraient avoir été touchés différemment par la révision. Ce chapitre examine cet aspect à partir des coûts de production⁶³. Seule l'analyse des coûts *par cas* est présentée car le changement de catégorie d'une vingtaine d'hôpitaux sur la période rend ininterprétable les évolutions des volumes totaux⁶⁴.

La plus grande partie de la réadaptation se fait en clinique de réadaptation (60% des séjours) puis dans des hôpitaux de prise en charge centralisée (19% des séjours). Le premier constat est qu'entre 2010 et 2016, les coûts *par cas* en réadaptation/gériatrie augmentent dans certains types d'hôpitaux et diminuent dans d'autres. Les évolutions varient sensiblement selon le type d'hôpitaux (G 4.8):

- Les hôpitaux universitaires ont les coûts de production par cas les plus élevés, avec CHF 24 650.– en 2016. Ce montant a d'abord augmenté puis diminué sur la période, pour tomber légèrement en-dessous du niveau des coûts par cas en début de période. Les hôpitaux universitaires traitent moins de cas de réadaptation/gériatrie qu'en début de période (– 22%).

- Les cliniques spécialisées en réadaptation ont des coûts de l'ordre de CHF 17 400.– par cas en 2016. Ils ont vu leurs coûts par cas augmenter jusqu'en 2015 avant d'amorcer une diminution en 2016, passant d'un indice de 100 en 2010 à 108 en 2016. Les cliniques de réadaptation traitent sensiblement plus de cas qu'en 2010, ayant absorbé une grande partie de la hausse du nombre de cas réadaptation/gériatrie entre 2010 et 2016 (+42%).
- Les hôpitaux de prise en charge centralisée ont des coûts par cas de l'ordre de CHF 14 300.– en 2016, tendanciellement en diminution sur la période. Ils traitent la moitié plus de cas de réadaptation/gériatrie qu'en 2010 (+49%).
- Les hôpitaux de soins de base ont des coûts de production similaires aux cliniques de réadaptation, avec près de CHF 18 000.– par cas en 2016. Ce sont eux toutefois dont les coûts ont crû le plus vite, avec un indice passant de 100 à 161 entre 2010–2016, ceci alors même que leur activité de réadaptation/gériatrie reculait fortement (– 62%).

En résumé, on observe une redistribution des tâches entre les différents types d'hôpitaux: les hôpitaux universitaires et de soins de base réduisent (en proportion et en nombres absolus) leur activité de réadaptation/gériatrie au profit des cliniques de réadaptation et des hôpitaux de prise en charge centralisée. Les coûts par cas amorcent une baisse en fin de période, sauf dans les hôpitaux de soins de base (dont l'activité en réadaptation recule).

⁶³ Cette série est robuste. Par contre, l'analyse des revenus par type d'hôpitaux, avec et sans APDRG ou selon le statut privé/public n'est pas robuste et n'est de ce fait pas présentée.

⁶⁴ L'analyse de l'évolution des coûts par type d'hôpitaux qui avait été réalisée dans le rapport Obsan 61 (Pellegrini et Roth 2015) n'est plus possible. La Statistique des hôpitaux (KS) prévoit que, tous les trois ans, l'appartenance d'un hôpital à sa catégorie soit réévaluée par le canton dans lequel il a son siège. Comme le paysage hospitalier a beaucoup évolué, avec des regroupements ou fusions ainsi que des changements de mission, de nombreux changements de catégorie ont lieu en 2013 (13 hôpitaux) et en 2016 (8 hôpitaux). Ces changements dans la composition du groupe de base au cours de la période d'analyse font que les résultats ne peuvent plus être interprétés.

4.3.3 Hôpitaux publics et privés

En Suisse, la prise en charge de réadaptation/gériatrie stationnaire se fait majoritairement dans les établissements publics. Ceux-ci traitent 67,0% des cas en 2016, une part en légère croissance depuis 2010 (où elle était de 65,8%).

En 2016, le coût d'une prise en charge de réadaptation/gériatrie se monte à CHF 17 900.– dans les hôpitaux publics et CHF 22 200.– dans les hôpitaux privés (T4.3). Il est intéressant de noter que si les coûts par cas sont restés stables, voire amorcent une diminution en 2016 dans les hôpitaux publics (passant d'un indice 100 en 2010 à 99 en 2016), les coûts par cas ont par contre augmenté dans les hôpitaux privés (anciennement sur liste A), passant d'un indice 100 à 126 en 2016 (alors qu'ils étaient au départ similaires).

Coûts de production par cas en réadaptation/gériatrie, dans les hôpitaux publics et privés, 2016

T4.3

Coûts par cas en réadaptation/gériatrie, 2016	
Publics	17 900
Privés «anc. sur liste A»	22 200
Privés «anc. seul. sur liste B»	(n. d.)

Note: (n. d.) Le nombre de cas est trop restreint (<100) rend la série non exploitable.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, 2016 © Obsan 2018

4.4 Évolution comparée des trois domaines d'activité

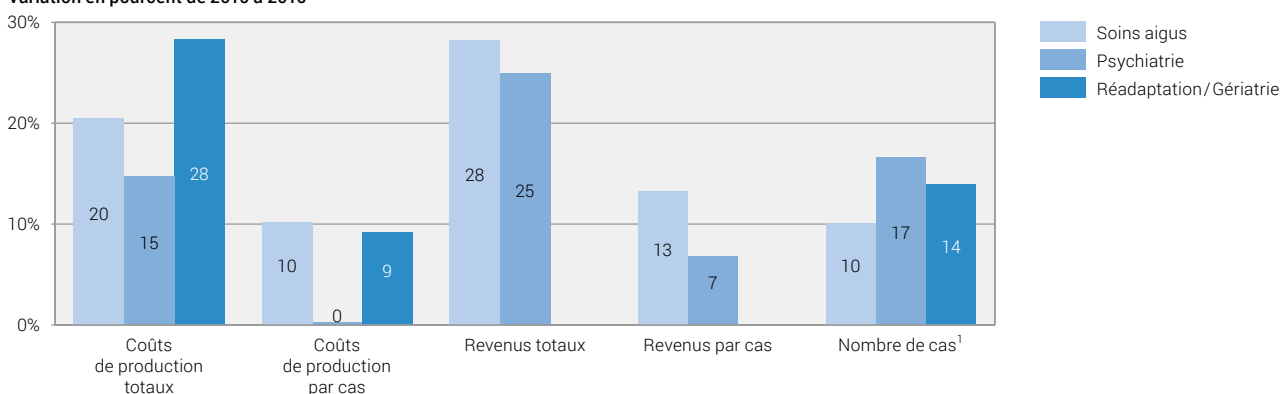
Le présent chapitre compare l'évolution des coûts et revenus en soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie⁶⁵ entre 2010 – 2016. Le graphique G 4.9 compare les évolutions observées dans chacune des trois activités entre 2010 et 2016. Il montre l'augmentation de la valeur de l'indice entre 2010 et 2016 (avec une base 100 en 2010). Les constats sont les suivants:

- Les revenus totaux ont augmenté dans des proportions similaires dans les soins aigus (+28%) et en psychiatrie (+25%).
- Selon les données disponibles, les revenus totaux par cas ont augmenté plus fortement en soins aigus (+13%) qu'en psychiatrie (+7%). Ce n'est pas *a priori* ce que l'on attendrait après l'introduction d'une rémunération par forfaits. Cependant on ne peut exclure un artefact statistique. En effet, si, comme le suggère Felder et al. (2017), certains hôpitaux imputent par défaut l'entier du montant des contributions pour PIG sur l'activité de soins aigus, les revenus de l'activité de soins aigus sont surestimés et ceux des autres activités (psychiatrie et réadaptation/gériatrie) sous-estimés. Les données à disposition ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure l'évolution des revenus par activité (totaux et par cas) observée dans les données correspond à une réalité ou à un artefact statistique.
- Les coûts de production *par cas* ont augmenté dans des proportions similaires en soins aigus et en réadaptation/gériatrie, alors qu'ils sont restés stables en psychiatrie. Ici aussi, l'évolution est peu conforme aux attentes, puisque l'on aurait attendu que la pression sur les coûts introduite par les SwissDRG

Évolution comparée des coûts de production totaux et par cas, du nombre de cas et des revenus totaux en soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie, de 2010 à 2016

G4.9

Variation en pourcent de 2010 à 2016



¹ Le nombre de cas est calculé pour l'ensemble des hôpitaux, alors que les coûts de production par cas et les revenus par cas le sont pour une sélection d'hôpitaux qui ont renseigné les variables de coûts de production et/ou de revenus sur l'ensemble de la période. Certaines incohérences peuvent donc apparaître entre les évolutions des différents agrégats présentés au G4.9. Pour les soins aigus et la psychiatrie, le nombre de cas provient de la MS et pour la réadaptation/gériatrie, il provient de la KS en raison de problèmes de définition.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

⁶⁵ Revenus non présentés pour la réadaptation/gériatrie car non plausibles.

amène une croissance plus lente des coûts de production par cas dans les soins aigus que dans les autres secteurs. En soins aigus, une explication envisageable à la hausse des coûts de production par cas réside dans la meilleure saisie des ressources consommées. La hausse est alors plus comptable que réelle. En psychiatrie, la stabilité des coûts de production par cas s'explique en partie au moins par la réduction des durées de séjours (quatre jours de moins en moyenne en 2016 qu'en 2010). Enfin, en réadaptation/gériatrie, il est possible que l'introduction des forfaits par cas SwissDRG en 2012 ait obligé les hôpitaux pratiquant aussi bien des soins aigus que de la réadaptation à mieux séparer ces deux activités et que des coûts aient été déplacés sur la plan comptable de l'activité «soins aigus» vers l'activité «réadaptation/gériatrie». La hausse des coûts de production en réadaptation/gériatrie serait alors aussi surestimée.

- Enfin, l'augmentation du nombre de cas d'hospitalisations a été proportionnellement la plus importante en psychiatrie (+17%), suivi de la réadaptation/gériatrie (+14%) et des soins aigus (+10%). Ce résultat est compatible avec les conclusions tirées en matière de taux d'hospitalisation, à savoir que la part de la population hospitalisée en soins aigus est restée stable, mais a légèrement crû en psychiatrie et réadaptation (G 3.2).

5 Évolution du financement des hôpitaux

La révision du financement hospitalier a modifié les règles de financement auparavant en vigueur, changeant à plusieurs égards la répartition des dépenses pour les prestations hospitalières stationnaires entre les différents financeurs. La révision vise également, de façon indirecte, à améliorer la transparence des flux financiers en direction des hôpitaux et en particulier une clarification de l'affectation des fonds aux différents types de prestations fournies. Les principales modifications des règles de financements sont les suivantes:

- Les hôpitaux sont rémunérés pour les prestations qu'ils fournissent, qu'il s'agisse de prestations de soins aux patients ou de mandats de prestations. Le principe de subventions et de couverture de déficit est abandonné au profit d'une rémunération liée à la prestation.
- L'inclusion du financement des investissements dans les forfaits par cas.
- La modification de la clé de répartition pour les prestations hospitalières stationnaires entre l'AOS et les cantons.
- Le financement identique des prestations hospitalières stationnaires indépendamment de leur lieu de fourniture (dans ou hors canton, dans un établissement public ou privé).

Ce chapitre est constitué de deux sections. La première fait un état des lieux de la mise en œuvre des nouvelles règles de financement (section 5.1). La seconde présente la répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires entre les différents agents financeurs (section 5.2).

5.1 État de la mise en œuvre des nouvelles règles de financement

Les paragraphes qui suivent montrent, à partir des indicateurs disponibles que 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:

- On observe une comptabilisation séparée des revenus pour des prestations hospitalières stationnaires et pour des autres mandats de prestations.
- Le nombre et le montant des couvertures cantonales de déficit reculent.
- Les montants des contributions pour les autres mandats de prestations sont en baisse.
- Le financement des prestations hospitalières stationnaires s'achemine vers l'objectif légal à atteindre en 2017.

Ces différents aspects sont examinés en détails dans les paragraphes qui suivent.

5.1.1 Comptabilisation des revenus pour des prestations hospitalières stationnaires et pour des autres mandats de prestations

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 hospitalières stationnaires ou d'autres mandats de prestations (recherche et formation universitaire, autres PIG). Or, avant 2012, de nombreux hôpitaux enregistraient l'entier des montants versés par les cantons sous «Contributions» sans en distinguer l'affectation, autrement dit sans distinguer entre la part cantonale au financement des prestations hospitalières stationnaires et la rémunération des autres mandats de prestations (et anciennement les subventions).

En 2015⁶⁶, les hôpitaux qui, dans la comptabilité analytique (KS), ne séparent pas les revenus en provenance des cantons entre les comptes «Prestations hospitalières stationnaires» et «Contributions» ont quasi disparu (3 en 2015 contre 30 en 2012). Du point de vue statistique, cela représente un véritable progrès, dans la mesure où une analyse séparée des revenus provenant des prestations hospitalières stationnaires et des contributions pour les autres mandats de prestations est ainsi devenue possible à partir des données 2013.

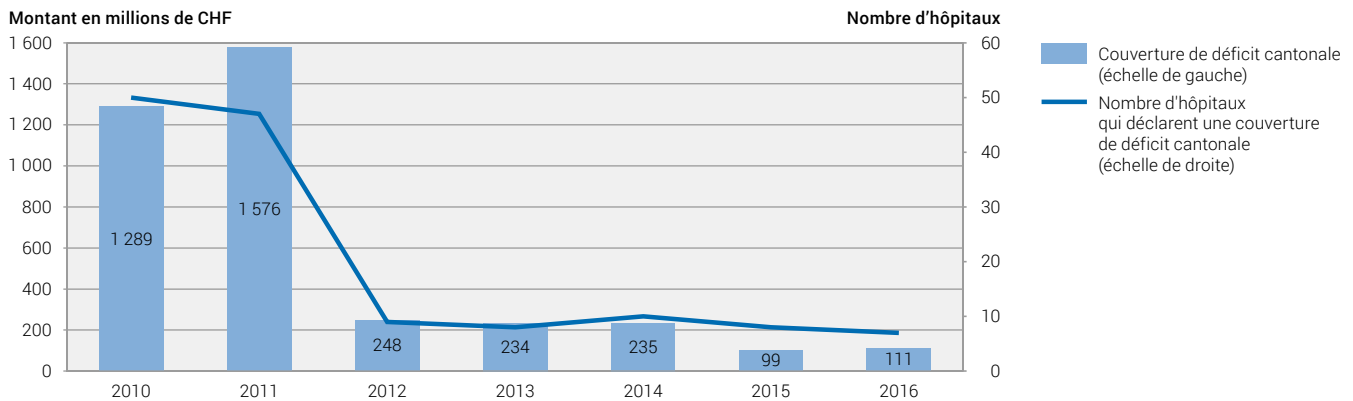
5.1.2 Couverture de déficit

Dans le nouveau financement hospitalier, le principe de subventions et de couverture de déficit est abandonné au profit d'une rémunération liée à la prestation. En 2016, la couverture de déficit n'a pas encore totalement disparu, mais elle diminue fortement, tant au niveau des montants perçus que du nombre d'établissements en bénéficiant.

⁶⁶ Les résultats sont donnés pour l'année 2015, car dès 2016 les contributions ne sont plus relevées séparément pour les trois secteurs (ambulatoire, stationnaire et de longue durée) mais comme un seul montant concernant l'hôpital dans son ensemble. La présente analyse ne peut par conséquent plus être effectuée.

Couverture de déficit cantonale: montants et nombre d'hôpitaux, de 2010 à 2016

G5.1

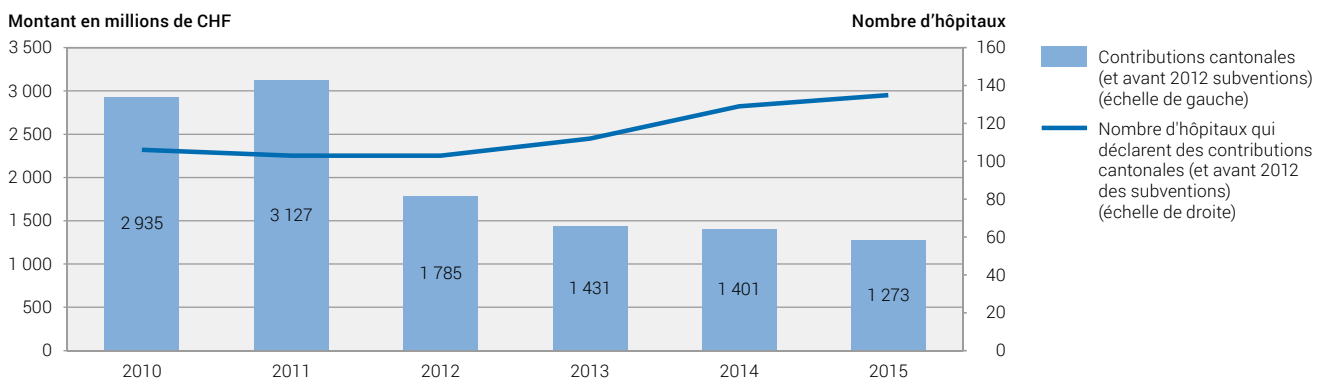


Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

Contributions cantonales: montants et nombre d'hôpitaux, de 2010 à 2015

G5.2



Note: En 2016, le compte «Contributions» n'est plus renseigné séparément pour les soins stationnaires, mais de manière agrégée entre les soins stationnaires, ambulatoires et des soins de longue durée (voir section 2.2.2, Modifications intervenues sur le relevé KS au cours de la période d'observation).

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2015

© Obsan 2018

Si 50 établissements bénéficiaient d'une couverture de déficit en 2010 (G5.1), seuls sept sont encore dénombrés en 2016 (un nombre stable depuis 2012). Les montants alloués à ce titre ont fortement diminué en 2012, passant de près de CHF 1600 millions à CHF 250 millions. Ils ont une nouvelle fois reculé en 2015 (à CHF 100 millions) et sont restés relativement stables en 2016. Ils représentent moins de 1% de l'ensemble du financement du secteur stationnaire des hôpitaux (proportion stable depuis 2012).

5.1.3 Montants des contributions pour les autres mandats de prestations

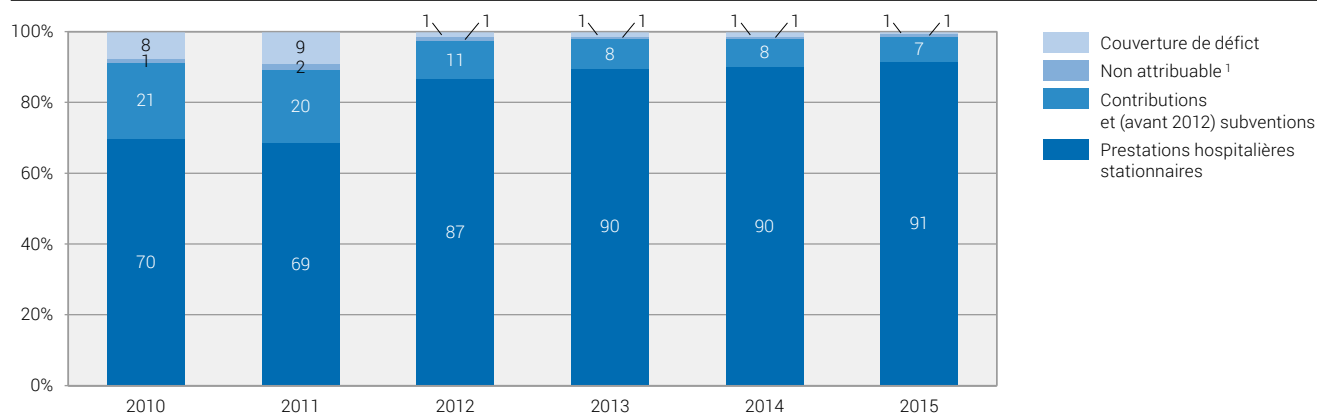
La loi vise à supprimer les subventions et à rémunérer les hôpitaux pour les autres mandats de prestations qu'ils fournissent (recherche et formation universitaire, autres PIG).

À partir de 2012, le nombre d'hôpitaux qui bénéficient de contributions augmente passant de 103 à 135 en 2015 (G5.2). Davantage d'établissements disposent d'au moins un mandat de prestations en plus des soins, dont un certain nombre d'établissements privés⁶⁷. Par contre, les montants totaux alloués diminuent. La baisse massive des contributions observée *dans les données de la comptabilité analytique (KS)* entre 2011 et 2012 reflète avant tout le changement des pratiques comptables expliqué à la section 5.1.1. Les baisses successives en 2013, 2014 et 2015 reflètent une baisse «réelle» des contributions.

⁶⁷ Il serait intéressant de voir l'évolution des montants pour des contributions allouées aux hôpitaux publics et privés. Les données sont malheureusement instables et ne permettent pas une analyse fiable.

Répartition des revenus totaux du secteur stationnaire, de 2010 à 2015

G5.3



¹ Non attribuable signifie que ces revenus ne concernent ni des prestations hospitalières stationnaires, ni des autres mandats de prestations. En 2016, le compte «Contributions» et l'agrégat «non attribuable» ne sont plus renseignés séparément pour les soins stationnaires, mais de manière agrégée entre les soins stationnaires, ambulatoires et des soins de longue durée (voir section 2.2.2, Modifications intervenues sur le relevé KS au cours de la période d'observation).

Note: Analyse basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2015

© Obsan 2018

Financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal (assurés de base)

T5.1

%		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tous les hôpitaux	Part AOS	73,8	74,1	59,6	53,3	50,4	49,9	48,6
	Part cantonale	26,2*	25,9*	40,4	46,7	49,6	50,1	51,4

* Avant 2012, la moitié des établissements publics/subventionnés n'indiquaient pas de revenus provenant des cantons pour des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal (Pellegrini et Roth, 2015). Ces montants étaient comptabilisés dans les contributions, baissant ainsi artificiellement la part cantonale au financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, 2016

© Obsan 2018

5.1.4 Part des revenus des prestations hospitalières stationnaires au financement du secteur stationnaire

La révision du financement hospitalier a modifié la structure comptable du financement des hôpitaux. Le graphique G5.3 illustre 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 des prestations hospitalières stationnaires. 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 correspond à la part cantonale au financement des prestations hospitalières stationnaires.

Dans le détail, depuis 2012, les revenus des prestations hospitalières stationnaires représentent environ 90% du financement du secteur stationnaire (G5.3). Ils en représentaient – sur le plan comptable – 70% avant 2012. En parallèle, les parts de la couverture de déficit et des contributions sont en baisse. Elles passent respectivement de 21% à 7% et de 8% à 1% entre 2010 et 2015. De manière générale, la répartition des revenus totaux du secteur stationnaire est stable depuis 2013.

5.1.5 Part des cantons et de l'AOS dans le financement de prestations hospitalières stationnaires

L'augmentation de la part cantonale dans le financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal se poursuit. Entre 2010 et 2016, elle a augmenté progressivement pour atteindre 51,4% en 2016⁶⁸ (T5.1). Cette augmentation correspond 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. La part cantonale est moins élevée que ce qu'on aurait pu attendre à une année de la fin de la période transitoire. La qualité de données, les tarifs dégressifs dans le cadre de budget globaux sont deux facteurs qui pourraient expliquer ce constat.

⁶⁸ Le tableau 10.1 (en annexe) présente les parts de financement cantonales par canton telles que relevées par la CDS. Ces chiffres peuvent être différents de l'estimation statistique du tableau 5.1, basée sur les données de la statistique des hôpitaux.

5.2 Financement des prestations hospitalières stationnaires

La révision du financement hospitalier a modifié les règles de financement auparavant en vigueur, changeant 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 cantons⁶⁹), accompagnée de la modification de la clé de répartition pour les prestations hospitalières stationnaires qui diminue la part AOS (de max. 50% à max. 45%) et augmente celle des cantons (à 55% min.). S'y ajoute le financement identique des prestations hospitalières stationnaires indépendamment de leur lieu de fourniture (dans ou hors canton, dans un établissement public ou privé) qui charge les cantons et décharge les assurances complémentaires. Les cantons se sont substitués aux assurances complémentaires dans les séjours hors canton sans indication médicale et dans les prestations LAMal effectuées dans un établissement privé.

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

Encadré 5.1 Rappel des principales modifications apportées au financement des hôpitaux par la révision de la LAMal

Financement des prestations hospitalières stationnaires

Précédemment la loi précisait que les assureurs prenaient à leur charge au maximum 50% des coûts imputables (coûts d'exploitations hors investissements) des hôpitaux subventionnés, le solde étant pris en charge par les cantons. La révision fixe la répartition du financement entre les cantons et assureurs: les cantons prennent à leur charge 55% au moins des forfaits liés aux prestations. L'inclusion des investissements dans les forfaits signifie que les coûts d'investissements des hôpitaux répertoriés (figurant sur une liste cantonale) sont financés par les cantons, mais aussi, nouvellement, par les assureurs-maladie. De ce point de vue, la révision implique un transfert de coûts des cantons vers les assureurs-maladie. En fixant à 55% la part cantonale minimale (contre 50% précédemment), le législateur avait pris une mesure destinée à compenser cet effet.

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

Les parts prises en charge par les différents agents financeurs sont stables depuis 2013 (G5.4). Le 84% des prestations hospitalières stationnaires relèvent de la LAMal (sommes des parts AOS et cantonales pour les assurés de base ainsi que pour les assurés privés et semi-privés). Les autres assurances sociales contribuent à hauteur de 5% à leur financement (assurance accidents LAA, assurance invalidité LAI, assurance militaire LAM). Enfin la part des assurances complémentaires et de l'out-of-pocket s'est stabilisée à 11%, après une baisse temporaire en 2012⁷⁰.

Ce mouvement à la hausse de la part LAMal et à la baisse de la part relevant de l'assurance complémentaire et de l'out-of-pocket reflète le transfert de charges des assurances complémentaires vers les financeurs LAMal (précisément vers les cantons) lié aux nouvelles règles de financement des hospitalisations hors canton ou dans des établissements privés.

La révision supprime le financement différencié des hôpitaux privés et subventionnés. Les cantons doivent cofinancer les prestations hospitalières stationnaires fournies dans les hôpitaux privés (pour autant qu'ils aient un mandat de prestations cantonal), auparavant pris en charge par les assurances complémentaires (ou lorsque celle-ci fait défaut, par les patients eux-mêmes). Un transfert de charge des assurances complémentaires vers les cantons est par conséquent attendu.

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

Financement des autres mandats de prestations

Enfin, la révision a aussi modifié les règles de financement en marquant la fin des subventions et des garanties de déficit. Les contributions doivent dédommager la fourniture de prestations définies (recherche et formation universitaire, autres PIG).

⁶⁹ Avant 2012, les investissements n'étaient aucunement financés par l'AOS, mais seulement par les cantons dans le cas d'un établissement public.

⁷⁰ Une plausibilisation à partir de données fournies par la Finma a été effectuée. À l'exception de l'année 2016, les taux de croissance des dépenses des assurances complémentaires pour des prestations hospitalières stationnaires sont comparables aux taux de croissance des revenus totaux figurant dans le rapport. La part des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires semble néanmoins systématiquement sous-estimée dans les données KS (voir note 2, G5.4).

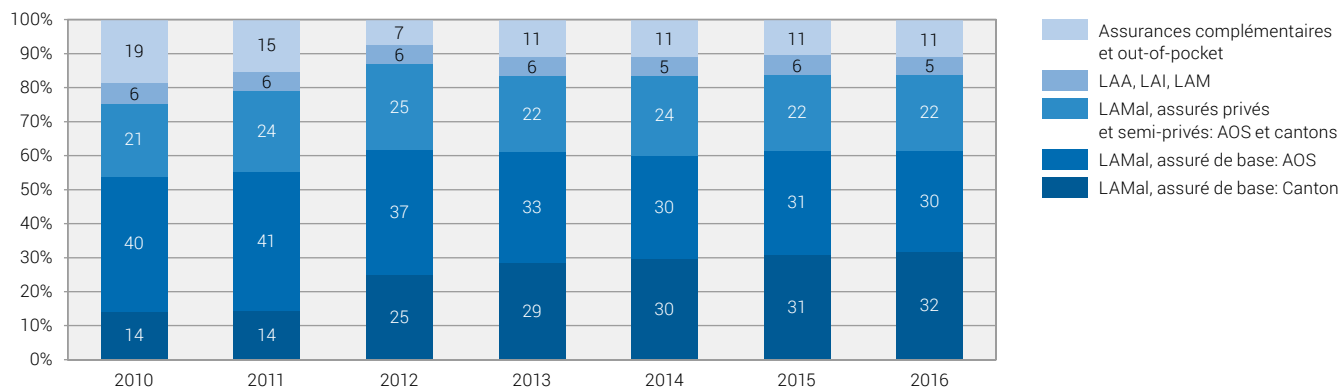
Dans le domaine LAMal, les cantons prennent en charge une part plus importante des dépenses et soulagent progressivement l'AOS.

Différents aspects de la révision concernent les dépenses AOS. Le financement dual-fixe des prestations hospitalières devrait réduire la part AOS et augmenter celle des cantons. À contrario, la rémunération des investissements via les forfaits par cas augmente les dépenses AOS. Enfin, le passage aux forfaits par cas liés à la prestation (SwissDRG) vise une relative neutralité en termes de coûts.

Une analyse attentive du graphique G5.4 montre que la part de l'AOS au financement des prestations hospitalières stationnaire diminue légèrement depuis 2013. En effet, pour les assurés de base, la part AOS passe de 33% en 2013 à 30% en 2016. Le mouvement inverse s'observe pour la part des cantons: elle passe de 29% en 2013 à 32% en 2016.

Répartition du financement des prestations de soins hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016

G5.4



Note 1: Entre 2011 et 2012, l'augmentation de la part des prestations hospitalières stationnaires financée par les cantons (assurés de base, prestations LAMal) provient principalement d'une modification des pratiques comptables. Pour plus de détails se référer au paragraphe 5.1.1.

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 d'analyse (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 ce graphique.

Note 3: Analyse basée sur les 229 hôpitaux dont le compte de revenus de la comptabilité analytique est renseigné pour chaque année.

Source: OFS – Statistiques médicale et administrative des hôpitaux, de 2010 à 2016

© Obsan 2018

6 Gros plan sur l'AOS

Les prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal sont financées conjointement par l'AOS et par les cantons. Différents aspects de la révision du financement hospitalier concernent les dépenses prises en charge par l'AOS. La modification de la clé de répartition pour les prestations hospitalières stationnaire diminue la part AOS (de max. 50% à max. 45%). A contrario, la rémunération des investissements via les forfaits par cas augmente les dépenses AOS. Enfin, le passage aux forfaits par cas liés à la prestation (SwissDRG) vise une relative neutralité en termes de coûts. Le bilan des différents changements ainsi que les incitations à l'efficacité introduites devraient être, selon le souhait du législateur, un ralentissement de la croissance des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux.

Ce chapitre propose un gros plan sur l'évolution des dépenses à charge de l'AOS, entre 2005 et 2016. La section 6.1 compare l'évolution des dépenses AOS des hôpitaux avec celle d'autres prestataires de soins. Une décomposition de la croissance des dépenses AOS entre un effet-prix et en effet-quantité est présentée à la section 6.2. La section 6.3 montre, à titre illustratif, l'évolution des dépenses AOS en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation.

L'analyse montre un ralentissement de la croissance des dépenses AOS pour les prestations hospitalières stationnaires après 2012. Dans l'appréciation de cette évolution, il faut toutefois tenir compte qu'entre 2012 et 2017, dans le cadre des mesures transitoires, la quote-part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires diminue pour atteindre 45% max. en 2017. Cette diminution a, de fait, permis de modérer l'augmentation des dépenses AOS. Dès 2017, sans l'effet de la diminution de la quote-part AOS au financement, il sera intéressant d'observer l'évolution des dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires. Continueront-elles de croître à un rythme moins soutenu ou au contraire retrouveront-elles le même rythme qu'avant 2012?

6.1 Évolution des dépenses AOS

Dans un contexte d'augmentation générale prononcée des dépenses AOS, +56,3% pour l'ensemble des prestataires de soins entre 2005⁷¹ et 2016, les dépenses AOS des hôpitaux augmentent encore plus fortement (+67,2%) (G 6.1). Le secteur ambulatoire est le principal moteur de l'augmentation des dépenses AOS des hôpitaux. En effet, les dépenses AOS du secteur ambulatoire des hôpitaux font plus que doubler entre 2005 et 2016, alors que les dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent de 41,7%.

Jusqu'en 2011, l'évolution des dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux est comparable à celle de l'ensemble des prestataires de soins. De 2011 à 2012, les dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent très fortement (+12 points de pourcentage), puis elles augmentent à un rythme plus modéré marquant ainsi une rupture avec l'évolution des dépenses AOS de l'ensemble des prestataires de soins.

Cette tendance est-elle propre aux prestations stationnaires des hôpitaux ou s'agit-il d'une tendance plus générale qui se retrouve également chez les autres prestataires de soins? La comparaison de l'évolution des dépenses AOS par prestataire de soins montre d'une part que le secteur stationnaire des hôpitaux présente l'augmentation la moins prononcée entre 2005 et 2016, à l'exception des EMS, et d'autre part que la croissance des dépenses AOS plus modérée à partir de 2012 ne concerne que le secteur stationnaire des hôpitaux et les EMS (G 6.2)

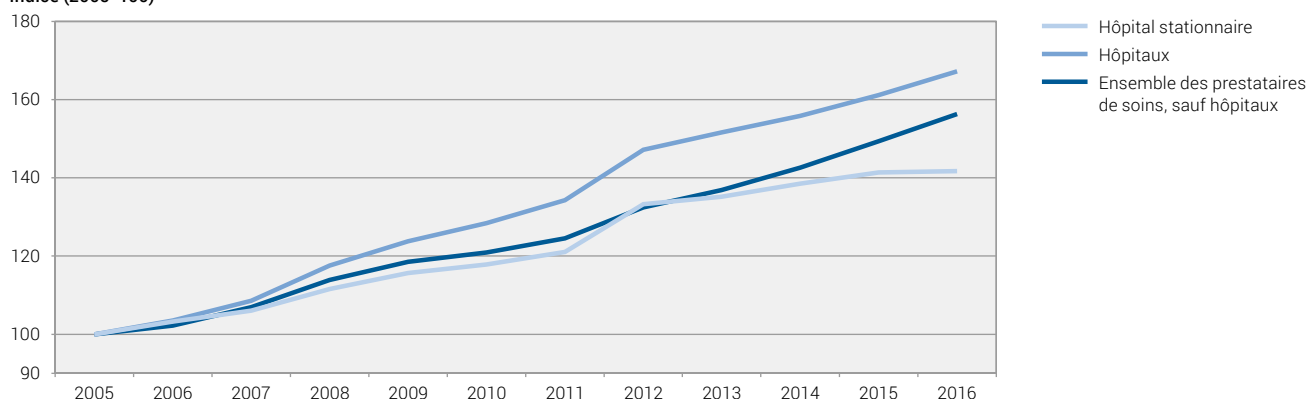
Ce dernier constat est confirmé par la comparaison des taux de croissance des dépenses AOS (T 6.1). La tendance à un ralentissement de la croissance des dépenses AOS après 2012 n'est pas générale. Pour la moitié des prestataires de soins (services d'aide et de soins à domicile (SASD), cabinets privés, autres prestataires), les taux de croissance des dépenses AOS sont plus prononcés après 2012 qu'avant (T 6.1); pour l'autre moitié (*hôpital ambulatoire et EMS*), le rythme de croissance est ralenti (T 6.1).

⁷¹ Le pool de données permet d'avoir une série temporelle plus longue que pour les analyses se basant sur la KS. L'année de départ (2005) avait été fixée par le mandat.

Évolution des dépenses AOS des hôpitaux et de l'ensemble des prestataires de soins, de 2005 à 2016, indice (2005=100)

G6.1

Indice (2005=100)



Note: «Hôpitaux» comprend l'ensemble des prestations facturées à l'AOS par les hôpitaux.

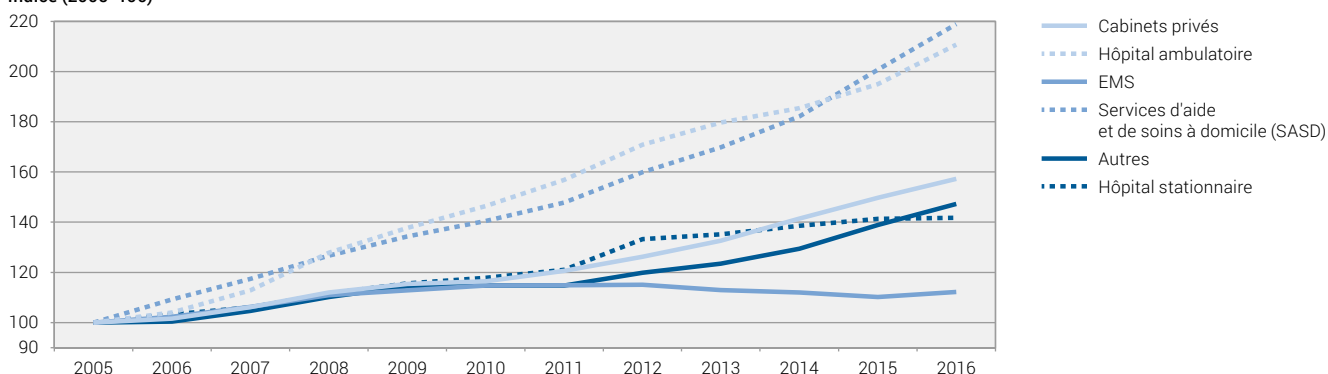
Source: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2005 à 2016

© Obsan 2018

Évolution des dépenses AOS par prestataire de soins, de 2005 à 2016, indice (2005=100)

G6.2

Indice (2005=100)



Source: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2005 à 2016

© Obsan 2018

Taux de croissance annuel moyen des dépenses AOS, avant et après la révision du système de financement hospitalier, par prestataires de soins

T6.1

Prestataires de soins	Taux de croissance annuel moyen des dépenses AOS		
	Avant la révision (de 2005 à 2011)	Année de la révision (de 2011 à 2012)	Après la révision (de 2012 à 2016)
Hôpital stationnaire	3,2%	10,1%	1,5%
Hôpital ambulatoire	7,8%	8,9%	5,4%
Cabinets privés	3,2%	4,6%	5,7%
EMS	2,3%	0,1%	-0,6%
Services d'aide et de soins à domicile (SASD)	6,7%	8,2%	8,2%
Autres	2,3%	4,5%	5,3%

Source: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2005 à 2016

© Obsan 2018

6.2 Effet-prix et effet-quantité

Entre 2005 et 2016, les dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent de 40% (G6.1). Cette augmentation provient-elle d'une augmentation du nombre de cas d'hospitalisation (effet-quantité) ou d'une augmentation des dépenses par cas (effet-prix)?

Un premier élément de réponse est donné par l'évolution du nombre de cas AOS stationnaires des hôpitaux et des dépenses AOS par cas AOS (G6.3). À partir de 2012, les dépenses AOS par cas AOS diminuent, alors que le nombre de cas augmente. Entre 2011 et 2012, la forte augmentation des dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux provient plutôt des dépenses par

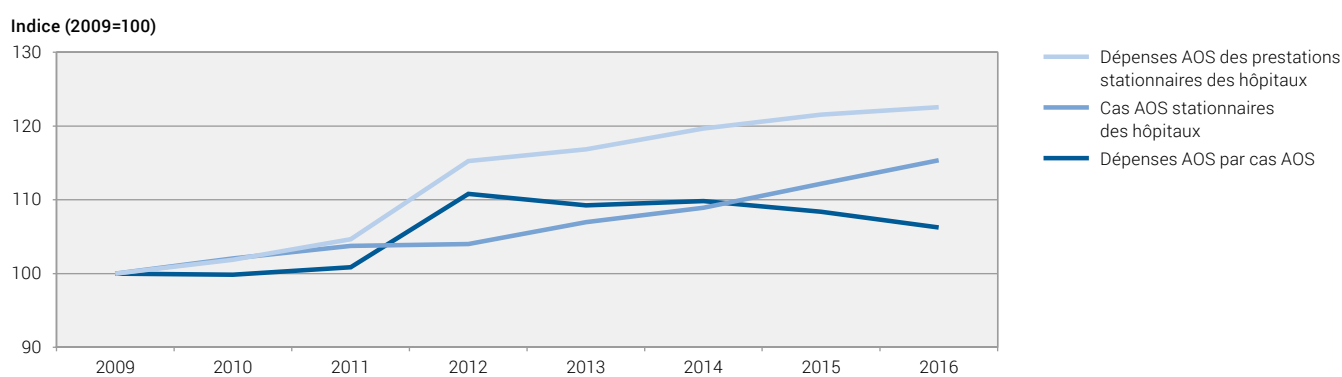
cas qui augmentent également fortement, alors que le nombre de cas reste relativement stable. La période avant 2011 est trop courte pour en retirer des informations pertinentes⁷².

Un second élément de réponse est la décomposition de la croissance des dépenses AOS en un effet-quantité et un effet-prix (G 6.4). Pour le secteur stationnaire, l'effet-prix représente 28% de la croissance des dépenses AOS entre 2009 et 2016 et l'effet quantité 68%. Pour les cabinets privés et le secteur ambulatoire de l'hôpital les deux effets sont plus équilibrés, avec respectivement 40% pour l'effet-prix et 51% pour l'effet-quantité.

Depuis 2012, la quote-part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires diminue dans le cadre des mesures transitoires, pour atteindre 45% max. en 2017⁷³. Cette

Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires, de 2009 à 2016, indice (2009=100)

G6.3

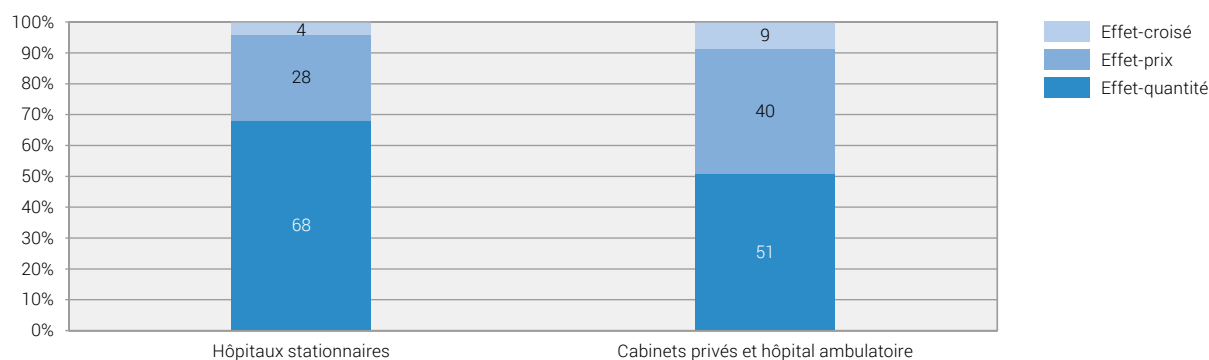


Sources: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2009 à 2016; OFS – Statistique des hôpitaux, de 2009 à 2016

© Obsan 2018

Décomposition de la croissance des dépenses AOS en un effet-quantité, un effet-prix et effet-croisé, de 2009 à 2016

G6.4



Note:

Effet-quantité: variation du nombre de cas AOS multipliée par le coût par cas AOS initial (on fait varier le nombre de cas AOS, et on fige le coût par cas AOS).

Effet-prix: variation de coût par cas AOS multipliée par le nombre de cas AOS initial (on fait varier le coût par cas, et on fige le nombre de cas AOS).

Effet-croisé: partie résiduelle de la croissance des dépenses qui est expliquée à la fois par la variation du coût par cas AOS et par la variation du nombre de cas AOS. L'effet quantité ne tient pas compte de la variation de la population et l'effet prix est calculé en valeur nominale (l'inflation n'a pas été retirée).

Source: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2010 à 2016

© Obsan 2018

⁷² L'analyse se limite ici aux années 2009–2016, car le nombre de cas AOS (tiré de la Statistique des hôpitaux), selon la définition retenue pour le présent rapport, n'est pas disponible pour les années antérieures à 2009.

⁷³ Le tableau TA 1 (annexe) présente l'évolution de la part cantonale dans le financement des prestations de soins stationnaires.

diminution a permis de modérer l'augmentation des dépenses AOS pendant la période de transition (le taux de croissance des dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux est de fait plus faible après la révision qu'avant (T6.1)). Dès 2017, à la fin de la période de transition, les dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux ne bénéficieront plus de cette baisse progressive de la part AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires. Il sera alors intéressant de voir si les dépenses AOS du secteur stationnaire des hôpitaux continuent de croître à un rythme moins soutenu ou au contraire retrouve le même rythme qu'avant la révision.

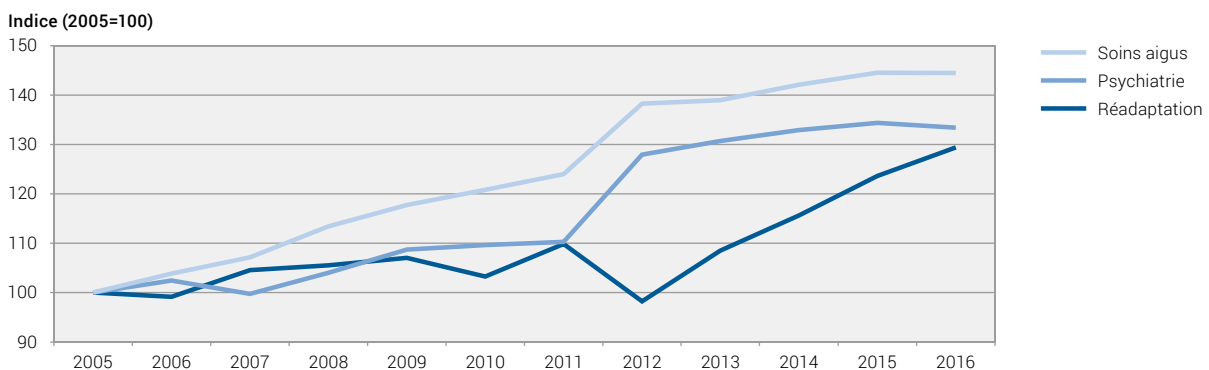
6.3 Évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux par activité

Le système de rémunération des prestations SwissDRG s'applique exclusivement aux prestations stationnaires en soins aigus. De ce fait, il est intéressant d'observer si les dépenses AOS en soins aigus évoluent au même rythme qu'en psychiatrie et qu'en réadaptation. Les résultats ci-dessous sont donnés à titre illustratif. Des changements de catégories limitent l'interprétation de ces évolutions (voir note graphique 6.5).

Entre 2005 et 2016, la croissance des dépenses AOS est plus soutenue pour les soins aigus (45%) que pour la psychiatrie (33%) et la réadaptation (30%). L'année 2012, année de transition dans le nouveau système, est marquée par une forte augmentation des dépenses AOS pour les soins aigus. À partir de 2012, les dépenses AOS pour les soins aigus et pour la psychiatrie augmentent plus modérément, alors qu'elles augmentent fortement pour la réadaptation.

Évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires, par activité, de 2005 à 2016, indice (2005=100)

G6.5



Note:

Psychiatrie: cliniques psychiatriques et secteur psychiatrique des établissements hospitaliers.

Réadaptation: cliniques de réadaptation et secteur de réadaptation des établissements hospitaliers.

Soins aigus: les établissements hospitaliers sans leurs secteurs psychiatriques et de réadaptation et sans les cliniques psychiatriques et de réadaptation.

La forte augmentation de la psychiatrie en 2012 est un artefact statistique. Le nombre de cliniques psychiatriques a augmenté suite à un transfert de la catégorie «inconnu» vers la catégorie «cliniques psychiatriques».

Source: SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2005 à 2016

© Obsan 2018

7 Synthèse et conclusion

Le présent rapport constitue la dernière actualisation du monitoring des coûts et du financement des hôpitaux effectuée par l'Obsan dans le cadre de l'évaluation du nouveau financement hospitalier. Ces travaux, exécutés depuis 2013 sur mandat de l'OFSP, montrent à un niveau agrégé l'évolution des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux et celle du financement hospitalier.

Le monitoring effectué par l'Obsan constitue une des études consacrées au thème d'évaluation «Coûts et financement du système de santé». Donnant suite aux recommandations formulées au terme de l'étude de base (Pellegrini et Roth 2015) et face aux importantes limitations dans les données, différentes études spécifiques ont été mandatées par l'OFSP afin de compléter les informations issues du monitoring. Le financement des investissements et des prestations d'intérêt général (von Stokar et al. 2016), l'évolution des volumes et le transfert de prestations (Widmer et al. 2017) ainsi que les interfaces entre les secteurs de soins (Tuch et al. 2018) ont ainsi été étudiés. D'autres travaux, issus de la recherche concomitante et mandatés par d'autres acteurs, complètent l'information. Les résultats issus de ces travaux ont été pris en compte dans la rédaction du présent rapport. Ces différentes études, complétées par des enquêtes auprès des cantons et des hôpitaux, devront ensemble contribuer à répondre aux questions centrales d'évaluation (voir OFSP 2015b, p. 9) dans le cadre d'une synthèse thématique (B,S,S., à venir 2019).

La synthèse résume et discute les principaux résultats de la présente étude. La section 7.1 est consacrée aux discussions autour de l'évolution des pratiques comptables et autour de la transparence à travers la qualité des données. La section 7.2 rend compte du degré de mise en œuvre des nouvelles règles de financement. Les sections suivantes sont consacrées aux effets produits par les changements législatifs sur l'évolution des dépenses à charge de la collectivité (section 7.3) et sur la répartition des dépenses entre les principaux agents financeurs (section 7.4). La section 7.5 discute de l'évolution des dépenses AOS. Enfin, la section 7.6 formule quelques recommandations en vue d'une éventuelle poursuite du monitoring.

7.1 Qualité des données et transparence

Au cours de la période 2010–2016, des efforts constants ont été déployés au niveau de la statistique publique (OFS) pour améliorer l'information disponible concernant les coûts et le financement des hôpitaux. Le taux de participation au module de comptabilité analytique (KS) a pu être augmenté et la part de valeurs manquantes globalement réduite (voir chapitre 2.2.2 pour le détail). L'important travail de contrôle, de suivi et de sanction effectué par l'OFS doit ici être salué⁷⁴.

Toutes les difficultés n'ont néanmoins pas pu être résolues et certaines parties de la comptabilité analytique restent insuffisamment renseignées en vue d'une exploitation statistique. Un accord a pu être trouvé concernant la définition et le mode de calcul des coûts de la recherche et la formation universitaire, permettant d'atteindre en 2016 un taux de réponse de 95% à la question correspondante. Dans les années précédentes, la variable n'est pas exploitable. Du côté des autres PIG, la liberté laissée aux cantons par la LAMal pour définir les PIG fait que ces données ne sont pas comparables entre les cantons. Les taux de réponse concernant les coûts de ces prestations sont encore insuffisants pour une exploitation statistique.

Les revenus *totaux* des hôpitaux ne sont encore véritablement exploitables qu'au niveau de l'ensemble de l'hôpital. Des incohérences apparaissent dès lors que l'on désagrège par activité (soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie, voir chapitre 4.4). À partir de 2016, l'OFS a renoncé à exiger l'imputation des contributions reçues pour les autres mandats entre les secteurs ambulatoire, stationnaire et des soins de longue durée (voir OFS, INFO KS-03-2018). Les revenus totaux ne sont de ce fait plus disponibles par secteur, mais seulement pour l'ensemble de l'hôpital.

Les revenus des prestations hospitalières stationnaires sont exploitables dans la plupart des hôpitaux à partir de 2013, une fois effectuée l'adaptation aux nouvelles règles de financement. La répartition par agent financeur (cantons, AOS, assurances complémentaires et out-of-pocket, autres assurances sociales) reste délicate, car les données ne permettent pas de différencier les valeurs manquantes des «vrais zéros». Un établissement qui, par exemple, n'indique aucun revenu pour des prestations

⁷⁴ La présente étude n'a pu que partiellement profiter des améliorations constatées. Une analyse longitudinale, telle qu'effectuée ici, est en effet conditionnée par la situation à l'année de départ de l'étude. Elle ne peut inclure que les établissements ayant fourni des données sur l'entier de la période d'observation, faute de quoi les indices augmenteraient non pas parce que les dépenses augmentent mais parce que le nombre d'hôpitaux inclus augmente.

hospitalières stationnaires LAMal pour les assurés de base peut effectivement ne pas prendre en charge des assurés de base (vrai zéro) ou ne pas avoir renseigné cette variable (valeur manquante).

En conclusion, si des améliorations notables ont pu être réalisées en matière de qualité des données, un chemin équivalent reste à parcourir avant d'avoir une base satisfaisante pour une évaluation et un pilotage fondé sur les données dans les statistiques publiques. Durant la période d'observation, l'effort s'est davantage concentré sur le développement d'outils et de données à destination principale des partenaires tarifaires.

En effet, parallèlement à la statistique publique, d'autres sources de données se sont développées. Le système Itar-K⁷⁵ notamment a connu un fort développement, qui a par rebond influencé certaines définitions de la statistique publique (KS, OFS). Il a aussi entraîné dans son sillage une augmentation du nombre d'établissements au bénéfice d'une certification REKOLE®, laquelle atteste de la bonne application des directives de comptabilité analytique à l'hôpital. L'association SpitalBenchmark a développé un système de benchmarking, essentiellement à destination de ses membres. Quelques extractions pertinentes dans le cadre des négociations tarifaires sont disponibles de manière nominative sur le site internet⁷⁶. Ces outils accroissent la transparence, pour les parties prenantes, dans le cadre des négociations tarifaires et du benchmarking entre les hôpitaux. Enfin les «Chiffres-clés des hôpitaux suisses» et les «Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus» publiés par l'OFSP contribuent aussi à accroître la transparence en matière de coûts et de qualité.

7.2 Mise en œuvre des nouvelles règles de financement

Sur le plan du financement, la révision impose un changement de paradigme dans le financement des hôpitaux. Ceux-ci ne sont en effet plus financés en tant que tel, mais pour les prestations qu'ils fournissent, qu'il s'agisse de prestations de soins aux patients ou d'autres mandats de prestations (recherche et formation universitaires, autres PIG). Ce passage d'un financement de l'objet à un financement de la prestation met fin au principe de subventions et de couverture de déficit, tout comme aux différences de financement entre établissements privés et publics (effet direct). Un effet indirect attendu de cette mesure est l'amélioration de la transparence des flux financiers en direction des hôpitaux et en particulier une clarification de l'affectation des fonds aux différents types de prestations fournies.

La mise en œuvre de ce nouveau principe de financement concerne plusieurs aspects de la structure de financement des hôpitaux et a généré d'importants mouvements comptables en 2012 – 2013. Sur ce sujet également, les données disponibles

ne permettent pas entièrement de dire dans quelle mesure les objectifs ont pu être atteints. Les éléments qu'elles permettent de mettre en évidence sont les suivants:

- Une clarification de l'affectation des fonds aux différents types de prestations fournies est perceptible, notamment à travers la comptabilisation séparée des revenus pour des prestations hospitalières stationnaires et pour des autres mandats. En 2015, les hôpitaux qui, dans la comptabilité analytique (KS), ne séparent pas les revenus en provenance des cantons entre les comptes «Prestations hospitalières stationnaires» et «Contributions» ont quasi disparu (3 en 2015 contre 30 en 2012).
- Davantage d'établissements disposent d'au moins un mandat de prestations en plus de soins. À partir de 2012, le nombre d'hôpitaux qui bénéficient de contributions augmente en effet de 103 en 2012 à 135 en 2015. Les montants des contributions ont en parallèle fortement diminué, reflétant, à un niveau agrégé, le financement accru du secteur stationnaire des hôpitaux par le biais de la rémunération des prestations hospitalières et la clarification des flux financiers attendus dans le cadre du passage d'un financement de l'objet à un financement à la prestation.
- Le nombre et le montant des couvertures de déficit reculent. En 2016, la couverture de déficit n'a pas encore totalement disparu, mais elle diminue fortement, tant au niveau des montants perçus (1300 millions en 2010 à 111 millions en 2016) que du nombre d'établissements en bénéficiant (50 en 2010 à sept en 2016).
- Le financement des prestations hospitalières stationnaires s'achemine vers l'objectif légal à atteindre en 2017 (financement cantonal de 55% min. et financement de l'AOS de 45% max.). En 2016, la part cantonale dans le financement des prestations hospitalières stationnaires s'élève à 51,4%.

En résumé, en 2016, on peut considérer que la mise en application des règles du nouveau financement hospitalier est largement effectuée, sans pour autant pouvoir la considérer comme achevée. On se rapproche à plusieurs égards des objectifs fixés par le législateur, avec un recul des couvertures de déficit et du montant des contributions pour les autres mandats de prestations (recherche et formation universitaire, autres PIG). La répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires se rapproche aussi de la valeur-cible (cantons 55% min./AOS 45% max.) à atteindre en 2017. Enfin, dans les statistiques publiques, 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 PIG et des investissements reste en effet encore largement débattue et les pratiques y relatives diffèrent selon les cantons.

⁷⁵ ITAR_K est un modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation. Comme l'indique H+, les Hôpitaux de Suisse, il s'est imposé comme «la méthode de calcul avec laquelle les charges d'exploitation des hôpitaux pertinentes aux vues du calcul des tarifs sont calculées de manière uniforme à l'échelle nationale». (Source: http://www.hplus.ch/fr/prestations/gestion/itar_k/, consulté le 14.5.2018).

⁷⁶ <https://www.spitalbenchmark.ch/fr/auswertungen/>, consulté le 14.5.2018, en allemand exclusivement.

Vue d'ensemble de l'évolution des coûts et des revenus du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016 T 7.1

Coûts pour système de santé (2016: 80,7 milliards de CHF)				
Hôpitaux (2016: 28,5 milliards de CHF)				
Secteur stationnaire des hôpitaux (2016: 21,7 milliards de CHF)				
	Coûts	Revenus	Acteurs du financement	
Prestations hospitalières	+20,6%		Ménages privés	
			Autres assurances sociales	
			AOS ¹	+19,3%
			Assurances complémentaires	
			Cantons ²	+28,1%
			Cantons	
Prestations d'intérêt général			Autres (p. ex. acteurs privés)	
Total		+28,7% ³		
Secteur ambulatoire des hôpitaux				
Autres fournisseurs de prestations (médecins en cabinets privés, soins à domicile, établissements médico-sociaux)				

¹ Pool de données (SASIS SA).

² Statistique des finances publiques (AFF).

³ La variation des revenus totaux est estimée d'après la sélection des hôpitaux qui ont renseigné le compte de revenus de la comptabilité analytique chaque année (229 hôpitaux). Les zones grisées ne peuvent pas être estimées dans l'état actuel des données.

Source: OFS – Statistique des hôpitaux de 2010 à 2016; SASIS SA – Pool de données (données annuelles par années de traitement), de 2005 à 2016; AFF – Statistique des finances publiques / analyses Obsan; OFS – Statistique des coûts et financement du système de santé, 2016

© Obsan 2018

7.3 Effets sur les dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux

Le nouveau financement hospitalier comprend différentes mesures qui visent *in fine* une meilleure maîtrise de la hausse des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux. Dans quelle mesure les évolutions observées jusqu'en 2016, soit cinq ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, vont-elles en direction de cet objectif ?

Si les données disponibles ne permettent pas de répondre complètement à cette question, elles délivrent néanmoins quelques informations essentielles, tout en s'achevant sur un nouveau point d'interrogation. Elles montrent en particulier les éléments suivants:

- La présence d'une hausse *du niveau* des dépenses lors du changement de système en 2011 – 2012, de l'ordre de deux milliards de francs. Cet effet de seuil, qui s'explique en partie au moins par l'inclusion des coûts d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas⁷⁷, a déplacé vers le haut la courbe des dépenses pour le secteur stationnaire des hôpitaux. En 2011, elle peut aussi s'expliquer par un effet d'anticipation du changement de loi⁷⁸. Le codage plus attentif des prestations délivrées, l'effet de la structure tarifaire ou le

niveau initial des tarifs de base (baserate) peuvent aussi avoir contribué à cette hausse (voir OFSP 2015a pp. 29 – 30 pour une discussion détaillée de ces différents facteurs).

- La croissance des dépenses s'est ensuite poursuivie à un rythme de l'ordre de 3% par an. Cette croissance est plus faible que celle actuellement observée dans les autres secteurs de soins, en particulier ambulatoires, et est probablement inférieure au rythme qui prévalait avant la révision. Elle provient majoritairement d'une augmentation des cas d'hospitalisation, elle-même largement mais pas exclusivement expliquée par la démographie.
- 2016 montre à nouveau un léger signe d'accélération du rythme de croissance des revenus par cas, qui sera à surveiller afin d'identifier s'il s'agit d'une variation ponctuelle ou d'un renversement de tendance.

⁷⁷ Sur décision du Conseil fédéral, un supplément équivalent à 10% du forfait par cas avait été appliqué en 2012. Par la suite, le taux a été convenu entre les partenaires tarifaires. Ce supplément de rémunération est destiné à couvrir les investissements. Avant 2012, les investissements étaient financés séparément et n'apparaissaient pas ou partiellement dans la KS.

⁷⁸ Il est probable que certains investissements ou contributions cantonales uniques aient été effectués en 2011, avant le changement de loi.

À l'exception de l'augmentation de revenus par cas de 2016 susmentionnée, les années 2013–2016 se caractérisent par une relative stabilisation 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 hospitalières stationnaires ou de la structure générale du financement du secteur stationnaire. Le système semble donc être entré dans une phase de stabilisation, dans lequel les adaptations se poursuivent mais sans choc.

Le tableau T 7.1 présente de manière synthétique l'évolution des coûts et des revenus sur l'ensemble de la période d'observation. Les zones grisées indiquent les informations non disponibles (données manquantes ou peu qualitatives, voir chap. 2.2.2 pour plus d'informations). Les informations permettent de situer le secteur stationnaire des hôpitaux dans l'ensemble du système de santé. Elles montrent aussi à quel point les données sont lacunaires sur la période d'observation et limitent les possibilités d'interprétation. Il n'est en particulier pas possible de comparer directement l'évolution des coûts et des revenus des hôpitaux.

7.4 Effets distributifs de la révision

La révision a modifié en profondeur les règles de financement et la clé de répartition entre les agents financeurs. Les données disponibles permettent de montrer certaines tendances dans la répartition du financement entre les agents financeurs:

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

La part cantonale dans le financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal augmente. Entre 2010 et 2016, elle a progressivement augmenté pour s'élever à 51,4% en 2016. Inversement, la part de l'AOS a diminué pendant cette période pour atteindre 48,6% en 2016. Le soulagement progressif de l'AOS est confirmé par la légère diminution du montant moyen pris en charge par l'AOS pour chaque hospitalisation depuis 2012 (l'indice passe de 110,8 en 2012 à 106,2 en 2016). Cette évolution est le résultat combiné de plusieurs mesures: l'augmentation progressive de la part cantonale prévue par les dispositions transitoires en direction des 55% à atteindre en 2017 (TA 1 en Annexe). Cette part avait été fixée plus haut pour les cantons en compensation de l'inclusion du coût d'utilisation des immobilisations dans les forfaits par cas, qui étaient ainsi nouvellement aussi financés par l'AOS. La contribution des cantons au financement des prestations dans les établissements privés et hors canton en remplacement de l'assurance complémentaire contribue également à expliquer l'augmentation de la part cantonale.

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

Les parts prises en charge par les différents agents financeurs sont stables depuis 2013. Le 84% des prestations hospitalières stationnaires relèvent de la LAMal (sommées des parts AOS et cantonales pour les assurés de base (30% et 32%) ainsi que pour les assurés privés et semi-privés (22%). Les autres assurances sociales contribuent à hauteur de 5% à leur financement (assurance accidents LAA, assurance invalidité LAI, assurance militaire LAM). Enfin la part des assurances complémentaires et de l'out-of-pocket s'est stabilisée à 11%, après une baisse en 2012.

Cette baisse de la part des assurances complémentaires et de l'out-of-pocket reflète le transfert de coûts des assurances complémentaires vers le domaine LAMal (AOS et cantons) lié aux nouvelles règles de financement des hospitalisations hors canton ou dans des établissements privés.

7.5 Évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux

Sur la période 2005 à 2016, l'évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux est singulière par rapport aux autres prestataires de soins. Elle peut être découpée en trois phases. Dans la première phase, de 2005 à 2011, les dépenses augmentent de 3,2% en moyenne annuelle. La deuxième phase, de 2011 à 2012, est caractérisée par une hausse marquée des dépenses de plus de 10%. La dernière phase, de 2012 à 2016, montre un ralentissement de la croissance des dépenses AOS, avec une augmentation annuelle moyenne de 1,5%. L'évolution des dépenses AOS est plutôt guidée par l'évolution des quantités (nombre de cas) que par l'évolution des prix.

De manière générale, l'évolution des dépenses AOS reflète, par construction, l'évolution des dépenses totales pour les prestations hospitalières stationnaires (voir 7.3). Ceci est somme toute logique puisque l'AOS finance conjointement avec les cantons les prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal. En d'autres termes, ils se partagent la facture de ces prestations. Dans l'appréciation de l'évolution des dépenses AOS pour le secteur stationnaire des hôpitaux, il faut toutefois tenir compte qu'entre 2012 et 2017, dans le cadre des mesures transitoires, la quote-part de l'AOS dans le financement des prestations hospitalières stationnaires diminue pour atteindre 45% max. en 2017. Cette diminution a, de fait, permis de modérer l'augmentation des dépenses AOS. Dès 2017, sans l'effet de la diminution de la quote-part AOS au financement, il sera intéressant d'observer l'évolution des dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires. Continueront-elles de croître à un rythme moins soutenu ou au contraire retrouveront-elles le rythme d'avant 2012?

7.6 Conclusion et perspectives

Cette étude marque la fin du monitoring régulier des coûts et du financement des hôpitaux. Après une phase de stabilisation, les résultats 2016 montrent une légère réaccélération de l'augmentation des dépenses par cas d'hospitalisation. Dans un tel contexte, une analyse périodique des principaux indicateurs pourrait s'avérer utile. La révision continue en effet à déployer ses effets et il faudra probablement au total une dizaine d'années avant de pouvoir mesurer pleinement ses effets de long terme.

Il serait probablement aussi utile de continuer à suivre l'évolution des volumes d'hospitalisation qui montrent des résultats ambivalents, avec d'un côté des taux d'hospitalisation standardisés stables en soins aigus, mais de l'autre côté des taux en augmentation en psychiatrie et en réadaptation⁷⁹, ainsi qu'un accroissement des transferts vers les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Comme les coûts de prise en charge dans ces secteurs sont moins élevés que dans les soins aigus hospitaliers, cette évolution apparaît à priori favorable en termes de coûts pour l'ensemble du système de santé. Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'elle ne le devient véritablement que si la hausse engendrée dans les secteurs en aval s'accompagne d'une baisse au moins équivalente dans les soins aigus stationnaires. Dans tous les autres cas, le transfert se traduit in fine par une augmentation des dépenses totales à prendre en charge, pour l'AOS comme pour la collectivité. Or, évaluer l'impact final sur les coûts de la santé exigerait de pouvoir 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 actuellement difficile à calculer.

Du fait que l'étude se situe à un niveau d'analyse très «macro», il faut aussi avoir conscience que certaines évolutions ne peuvent pas se voir à un niveau aussi agrégé. Lorsque l'on parle de millions de cas ou de milliards de francs annuellement, les différences en chiffres absolus doivent être importantes pour devenir statistiquement visibles. C'est pourquoi il serait utile de suivre certains aspects à un niveau plus désagrégé. On peut par exemple penser à l'évolution du nombre d'hospitalisations dans des DRG où il existe une marge médicale d'interprétation. Enfin, du point de vue du payeur de primes, il est aussi important de suivre l'évolution des dépenses à charge de l'AOS.

Le rapport d'évaluation thématique (B,S,S., à venir 2019) évaluera l'atteinte des objectifs poursuivis par la révision pour la dimension coûts et financement du système de santé et identifiera les points où des mesures sont nécessaires.

⁷⁹ La psychiatrie et la réadaptation hospitalière ont moins d'incitations mais aussi moins de possibilités pour déplacer des prestations vers d'autres prestataires. Tuch et al. (2018) montrent néanmoins une augmentation des transferts de la réadaptation vers les EMS.

8 Index des tableaux, des figures et des abréviations

8.1 Index des tableaux

T2.1	Vue d'ensemble de la qualité des données, comptabilité analytique des hôpitaux, 2016	30	G3.1	Évolution des revenus totaux, du nombre de cas et des revenus par cas du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	35
T4.1	Coûts de production par cas en soins aigus, dans les hôpitaux publics et privés, 2016	46	G3.2	Évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation standardisés par âge et sexe, de 2009 à 2016	37
T4.2	Coûts de production par cas en psychiatrie, dans les hôpitaux publics et privés, 2016	48	G3.3	Évolution des coûts de production totaux et par cas des prestations hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	38
T4.3	Coûts de production par cas en réadaptation/gériatrie, dans les hôpitaux publics et privés, 2016	51	G3.4	Évolution des revenus totaux des principaux secteurs de soins, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	38
T5.1	Financement des prestations hospitalières stationnaires relevant de la LAMal (assurés de base)	55	G3.5	Évolution du nombre de cas ou consultations des principaux secteurs de soins, de 2010 à 2016, indice (2013=100)	39
T6.1	Taux de croissance annuel moyen des dépenses AOS, avant et après la révision du système de financement hospitalier, par prestations de soins	59	G4.1	Évolution des coûts de production, des cas et des revenus dans les soins aigus, 2010–2016, indice (2010=100)	43
T7.1	Vue d'ensemble de l'évolution des coûts et des revenus du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016	64	G4.2	Évolution des coûts de production par cas en soins aigus selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	44
TA1	Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012	72	G4.3	Coûts de production par cas des prestations en soins aigus, par type d'hôpital et mode de facturation avant 2012, variation de 2010 à 2016, indice (2010=100)	45

8.2 Index des figures

G1	Évolution des revenus totaux, du nombre de cas et des revenus par cas du secteur stationnaire des hôpitaux, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	9	G4.4	Évolution des coûts de production par cas en soins aigus, dans les hôpitaux publics et privés, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	46
G2	Évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation standardisés par âge et sexe, de 2009 à 2016	10	G4.5	Évolution des coûts de production, du nombre de cas et des revenus en psychiatrie, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	47
G3	Répartition du financement des prestations hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016	12	G4.6	Évolution des coûts de production par cas en psychiatrie selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	48
G1	Entwicklung der Erträge, der Fälle und des Ertrags pro Fall im stationären Spitalbereich, 2010–2016, Index (2010=100)	17	G4.7	Évolution des coûts de production, du nombre de cas en réadaptation/gériatrie, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	49
G2	Entwicklung der Hospitalisierungsrate in der Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation/Geriatrie, nach Alter und Geschlecht standardisiert, 2009–2016	18	G4.8	Évolution des coûts de production par cas en réadaptation/gériatrie selon le type d'hôpital, de 2010 à 2016, indice (2010=100)	50
G3	Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich (2010–2015)	20	G4.9	Évolution comparée des coûts de production totaux et par cas, du nombre de cas et des revenus totaux en soins aigus, psychiatrie et réadaptation/gériatrie, de 2010 à 2016	51
G2.1	Structure du module de comptabilité analytique	28	G5.1	Couverture de déficit cantonale: montants et nombre d'hôpitaux, de 2010 à 2016	54
G2.2	Taux de couverture et montants déclarés pour la recherche et formation universitaire, de 2010 à 2016	30			

G5.2	Contributions cantonales: montants et nombre d'hôpitaux, de 2010 à 2015	54
G5.3	Répartition des revenus totaux du secteur stationnaire, de 2010 à 2015	55
G5.4	Répartition du financement des prestations de soins hospitalières stationnaires, de 2010 à 2016	57
G6.1	Évolution des dépenses AOS des hôpitaux et de l'ensemble des prestataires de soins, de 2005 à 2016, indice (2005=100)	59
G6.2	Évolution des dépenses AOS par secteur de soins, de 2005 à 2016, indice (2005=100)	59
G6.3	Dépenses AOS pour des prestations hospitalières stationnaires, de 2005 à 2016, indice (2005=100)	60
G6.4	Décomposition de la croissance des dépenses AOS en un effet-quantité, un effet-prix et effet-croisé, de 2009 à 2016	60
G6.5	Évolution des dépenses AOS pour des prestations stationnaires, par activité, de 2005 à 2016, indice (2005=100)	61
GA1	Évolution des taux d'hospitalisation en soins aigus, psychiatrie, réadaptation/gériatrie et total, 2003–2015	72

8.3 Index des abréviations

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

9 Bibliographie

B,S,S. (à venir 2019). *Évaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Auswirkungen der Revision auf die Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG* (titre de travail provisoire). Basel: B,S,S.

Cosandey, J., Roten, N. & Rutz S. (2018). *Une politique hospitalière saine. Plus de transparence, plus de souveraineté, moins de cantonalisme*. Zürich: Avenir Suisse.

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., & Selcik, F. (2017). *Différences de tarifs et de financement entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le secteur des soins aigus stationnaires, 2013 – 2015. Expertise établie sur mandat de l'association Cliniques Privées Suisses*. Bâle, Université de Bâle.

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 2009 – 2015*. (Obsan Bulletin 2/2017). Etude sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Kägi, W., Frey, M. & Lobsiger M. (2014). *Effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier sur le comportement des hôpitaux – premier bilan et étude de concept*, Bâle, B,S,S Volkswirtschaftliche Beratung AG.

Keune H., Weibel D. & Wissmath B. (2014). *Ermittlung der Kosten für Forschung und Lehre am Universitätsspital Zürich. Bulletin des médecins suisses, Editions médicales suisses*, 95:21, 839 – 842.

OFS (2018). *Statistique des coûts et financement du système de santé*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFSP (2015a). *Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier: Résultats intermédiaires. Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2015b). *Évaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global* (Version du 13 mai 2015). Rédaction: Weber, Markus/Vogt, Christian. Berne: Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier>, accès le 7.5.2018.

OFSP (2017a). *Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2016*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2017b). *Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (à venir 2019). *Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral* (titre provisoire de travail). Berne: Office fédéral de la santé publique.

Pellegrini S., Widmer T., Weaver, F., Fritschi, T. & Bennett, J. (2010). *KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Évaluation, Schlussbericht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Bern und Zürich: Berner Fachhochschule und Universität Zürich.

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.

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

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

Roth, S. & Pellegrini, S. (2018). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales* (Obsan Dossier 63). Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Salgado-Thalmann E., Teotino T. & Füglistner A. (2010). *Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitäts-spitälern*. Neuenburg, Bundesamt für Statistik.

Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualité des prestations stationnaires suite au nouveau financement hospitalier. Monitoring des indicateurs de qualité 2009 – 2016*. (Obsan Bulletin 4/2018). 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 Évaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Schlussbericht (anonymisiert)*. Zürich: INFRAS.

Widmer M. & Weaver F. (2011). *Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008* (Obsan Bericht 49). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

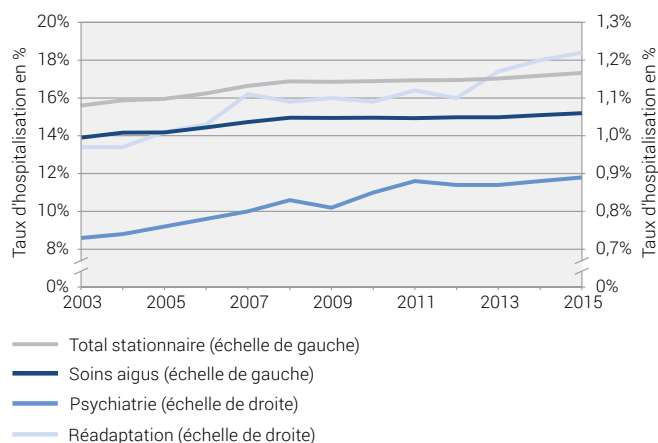
Widmer, P., Trottmann, M., Napierala, C. Hochuli, P. & Telser, H. (2017a). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Olten: Polynomics.

Widmer, P., Trottmann, M., Hochuli, P., Telser, H., Reich, O. & Früh, M. (2017b). *Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Olten: Polynomics.

Annexe

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

GA1



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

© Obsan 2018

Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012

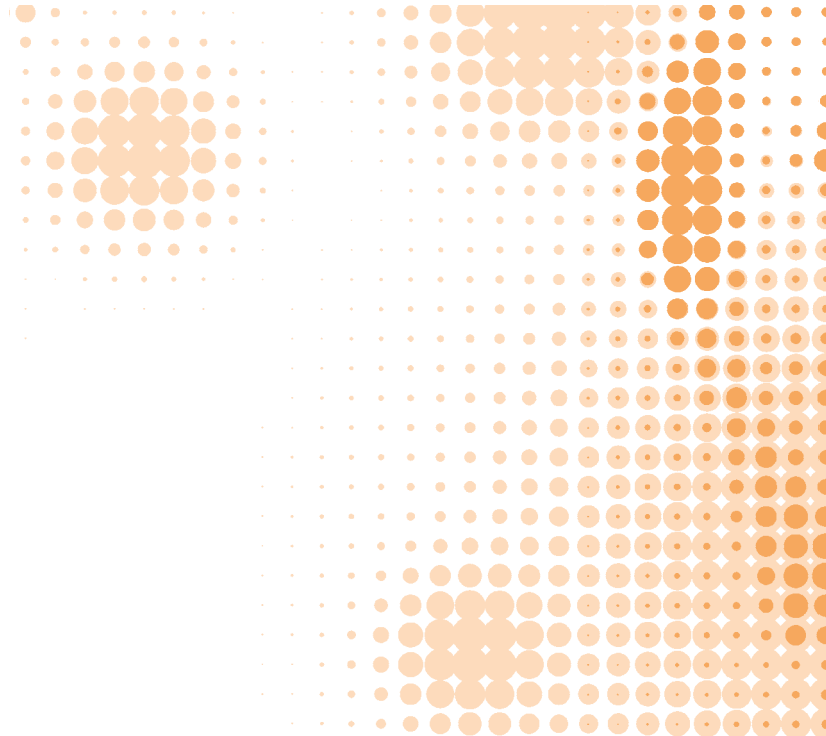
TA1

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Argovie	47%	48,6%	49%	51%	53%	55%	55%
Appenzell Rhodes-Intérieures	49%	49%	49%	51%	53%	55%	55%
Appenzell Rhodes-Extérieures	47%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
Berne	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Bâle-Campagne	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Bâle-Ville	55%	55%	55%	55%	56%	56%	56%
Fribourg	47%	49%	49%	51%	53%	55%	55%
Genève	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Glaris	52%	52%	53%	53%	54%	55%	55%
Grisons	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Jura	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Lucerne	50%	50%	49%	51%	53%	55%	55%
Neuchâtel	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Nidwald	45%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
Obwald	47%	47%	49%	51%	53%	55%	55%
Saint-Gall	50%	52%	54%	55%	55%	55%	55%
Schaffhouse	53%	53%	53%	53%	53%	55%	55%
Soleure	50%	51%	51%	51%	53%	55%	55%
Schwyz	50%	51%	52%	53%	54%	55%	55%
Thurgovie	48%	48%	49%	51%	53%	55%	55%
Tessin	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Uri	52%	50%	50%	51%	53%	55%	55%
Vaud	55%	55%	55%	55%	55%	55%	55%
Valais	53%	53%	53,5%	54%	54%	55%	55%
Zoug	47%	49%	51%	53%	53%	55%	55%
Zurich	51%	51%	51%	51%	53%	55%	55%

Note: La CDS ne garantit pas la justesse de cette liste

Source: CDS, état au 01.09.2017

© Obsan 2018



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.