

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Eric Bonjour - En s'arrêtant trop sur les primes, on en oublierait les coûts de la santé dans le canton de Vaud, non ?

1 RAPPEL DE L'INTERPELLATION

Rappel de l'interpellation

En sa qualité de chef de la santé et des hôpitaux vaudois, M. le conseiller d'Etat P.-Y. Maillard développe une activité dynamique et très combative, en soi appréciable. Il ne manque pas de souligner, dans ce contexte, le poids que représentent les primes d'assurance maladie pour les ménages. Si je peux comprendre cette préoccupation que je partage, je souhaiterais savoir comment il analyse et apprécie l'évolution des coûts de la santé, dans le canton de Vaud en particulier, sachant que les primes sont le reflet de ces coûts. Il apparaît à cet égard que l'évolution des coûts dans notre canton connaît, après une accalmie en 2006, une progression à nouveau très sensible. Selon les statistiques de l'OFSP, cette croissance qui n'était encore que de 2,7% en 2007, frise pour les 9 mois de 2008, janvier à septembre, les 5% (+ 4.81%). Et au nombre des domaines dont la croissance est très marquée, il y a les hôpitaux vaudois : + 11,29% pour le domaine ambulatoire et + 5,75% pour le stationnaire. Or les coûts hospitaliers, sur lesquels le Conseil d'Etat a une influence directe, représentent 40% des coûts totaux de l'assurance de base.

Le Conseil d'Etat a par ailleurs modifié les régions des primes du canton, fusionnant Lausanne, la région la plus coûteuse, avec l'ancienne région 2, plus favorable en termes de coûts. Ce qui a fait l'objet d'une autre interpellation.

Voici mes questions :

1. *Le Conseil d'Etat confirme-t-il la progression globale des coûts pour 2008 dans le canton de Vaud ?*
2. *Le Conseil d'Etat confirme-t-il la progression des coûts dans le domaine hospitalier ?*
3. *Comment explique-t-il la progression très forte des coûts dans le domaine ambulatoire ?*
4. *Comment explique-t-il la hausse des coûts dans le stationnaire de 3,8% en 2008 alors qu'il y avait une baisse de 3,4% en 2007 ?*
5. *Y a-t-il eu un retard organisé dans la transmission des factures, destiné à alléger artificiellement l'évolution globale des coûts, en 2007 ?*
6. *Comment le conseil d'Etat explique-t-il la différence sensible des coûts entre le stationnaire et l'ambulatoire. Y a-t-il eu transfert de charges du stationnaire vers l'ambulatoire, permettant ainsi de décharger le canton puisque l'ambulatoire est entièrement à la charge des assureurs alors que, dans le stationnaire, il paie la moitié des prestations dispensées ?*
7. *Quelles mesures le Conseil d'Etat entend-il prendre pour maîtriser les coûts hospitaliers ?*
8. *Une restructuration, voire des fermetures d'hôpitaux ne sont-elles pas nécessaires au profit de structures moins coûteuses et plus légères ?*
9. *Comment le Conseil d'Etat explique-t-il que le CHUV soit notablement plus cher que l'hôpital universitaire de l'île à Berne ? Le coût moyen par cas au CHUV serait de 10'400 francs contre 9150 francs pour l'île dont les cas sont plus lourds et plus nombreux (différence de 13%).*

Je remercie le Conseil d'Etat pour ses réponses.

2 RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

Depuis 2004, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) diffuse une information sur les dépenses supportées par les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les données se présentent sous forme de dépenses par assuré et par domaine de soins, pour un canton donné.

Ces dépenses peuvent être mises en regard des primes que les assurés doivent acquitter. Elles ne correspondent cependant qu'à une partie du coût de la santé, puisque ce coût est également couvert par les subventions de l'Etat, par les contributions d'autres assureurs ainsi que par la participation directe des ménages. Selon une étude du SCRIS, la part des coûts à charge de l'AOS représente environ un tiers de l'ensemble des dépenses de santé occasionnées par les Vaudois en 2006. A relever que ce ratio est différent d'un canton à l'autre. Il dépend des politiques de subventionnement.

D'autres facteurs limitent l'usage qui peut être fait des statistiques de l'OFSP. Le relevé, qui est mis à disposition trimestriellement, enregistre les montants facturés par les prestataires de soins. Or, le critère d'attribution d'une facture à un trimestre donné est la date de paiement des prestations par l'assureur et non celle des traitements. Il en découle que des retards de facturation ou de paiement liés, par exemple, à des négociations tarifaires qui se prolongent, peuvent fausser les statistiques pour des périodes relativement courtes, comme celles auxquelles se réfère l'interpellateur.

Il faut enfin souligner que les coûts attribués à un canton sont ceux occasionnés par les assurés domiciliés dans le canton et non ceux des prestataires de soins actifs dans le canton.

Réponse à la question 1

Le Conseil d'Etat confirme-t-il la progression globale des coûts pour 2008 dans le canton de Vaud ?

La tendance mise en évidence par l'interpellateur n'est pas confirmée par les dernières statistiques de l'OFSP : pour l'ensemble de l'année 2008, la dépense moyenne de l'AOS par assuré vaudois, tous domaines confondus, s'établit à fr. 3347.-. Elle augmente de 3.3 % par rapport à 2007, mais moins que la moyenne suisse qui, elle, augmente de 4.3 %. Quant à la progression 2006-2007, elle est légèrement inférieure : 2.3 % (moyenne suisse : 3.7 %).

Ainsi, pour la période récente, les chiffres vaudois témoignent d'une croissance non seulement contenue des dépenses de l'AOS, mais moins rapide que celle observée en moyenne nationale.

Réponse à la question 2

Le Conseil d'Etat confirme-t-il la progression des coûts dans le domaine hospitalier ?

Pour l'hospitalisation " stationnaire ", les statistiques de l'OFSP présentent des résultats en dents de scie. Les montants indiqués par assuré vaudois sont :

2006 : fr. 634.-

2007 : fr. 610.-

2008 : fr. 628.-

Manifestement, le montant 2007 est au-dessous de la réalité en raison d'un décalage de la facturation. Il est dès lors judicieux de considérer la période d'un seul tenant. Entre 2006 et 2008, le coût vaudois diminue de 0.9 % pendant que la moyenne nationale progresse de 5.7 %. Ainsi, en substance, l'évolution vaudoise pour l'hospitalisation stationnaire est relativement stable et, cela, depuis 2004. Elle est nettement plus lente que celle du reste de la Suisse.

Réponse à la question 3

Comment explique-t-il la progression très forte des coûts dans le domaine ambulatoire ?

Comme le relève l'interpellateur, l'hospitalisation ambulatoire connaît une croissance beaucoup plus rapide que celle de l'hospitalisation " stationnaire " : de 2006 à 2008, la dépense de l'AOS par assuré vaudois pour l'hospitalisation ambulatoire augmente de 12.6 % (moyenne suisse : 18.3 %).

Cette évolution traduit un fort développement de l'activité ambulatoire, tout à la fois des cliniques privées, des permanences médicales et des hôpitaux d'intérêt public. Elle s'explique par le fait que ce domaine - non subventionné - n'est pas soumis à la planification des cantons : il se développe en l'absence de toute contrainte étatique. Le gel des professions médicales instauré en 2002 au plan fédéral s'applique en effet uniquement à la pratique médicale en cabinet privé.

Le Chef du DSAS est intervenu à maintes reprises via la CDS pour dénoncer l'incohérence du dispositif mis en place. Les chambres fédérales y ont finalement donné une suite positive. Dès février 2009, les cantons auront la possibilité de réglementer également l'offre médicale des institutions ambulatoires. Cette possibilité sera cependant de courte durée, la clause du besoin expirant à fin 2009. La CDS et la FMH sont intervenues pour qu'une législation subséquente soit votée, afin de donner la possibilité aux cantons d'intervenir en cas de pléthore ou de pénurie d'offre médicale. Jusqu'à présent leur demande n'a pas été prise en compte par les chambres fédérales, une majorité continuant de refuser toute intervention de l'Etat sur le secteur " libéral ". Les enjeux sont importants. Il en va de la croissance des coûts à charge de l'AOS et, donc,

de la " supportabilité " des primes par les ménages.

Réponse aux questions 4 et 5

Comment explique-t-il la hausse des coûts dans le stationnaire de 3,8% en 2008 alors qu'il y avait une baisse de 3,4% en 2007 ?

Y a-t-il eu un retard organisé dans la transmission des factures, destiné à alléger artificiellement l'évolution globale des coûts, en 2007 ?

Comme indiqué plus haut, la baisse 2007 de la dépense de l'AOS par assuré pour l'hospitalisation stationnaire est artificielle. Elle ne reflète pas l'évolution réelle de l'activité. En raison des difficultés rencontrées lors de la négociation tarifaire avec les assureurs, les tarifs hospitaliers 2007 n'ont été arrêtés qu'au mois de mai pour les hôpitaux régionaux et qu'au mois de novembre pour l'hôpital universitaire. A deux reprises, les négociateurs s'étaient mis d'accord dans le canton de Vaud, mais le résultat a été refusé par SantéSuisse. Il a également fallu une intervention du Conseil d'Etat pour que des réponses soient apportées par SantéSuisse après des semaines d'attente. Il en est donc résulté une sous-facturation pour l'année 2007, qui s'est reportée partiellement sur 2008.

Ainsi, les retards de facturation n'ont donc pas été organisés dans le but d'alléger artificiellement l'évolution globale des dépenses 2007 de l'AOS. Ils sont directement liés au report de la signature des conventions tarifaires avec les assureurs.

Réponse à la question 6

Comment le Conseil d'Etat explique-t-il la différence sensible des coûts entre le stationnaire et l'ambulatoire. Y a-t-il eu transfert de charges du stationnaire vers l'ambulatoire, permettant ainsi de décharger le canton puisque l'ambulatoire est entièrement à la charge des assureurs alors que, dans le stationnaire, il paie la moitié des prestations dispensées ?

Une prestation effectuée en ambulatoire est en principe moins coûteuse qu'une prestation similaire réalisée en stationnaire. L'occupation d'un lit et la mobilisation du personnel de soins sur une plus longue durée génèrent à l'évidence un coût additionnel.

Le transfert progressif du stationnaire vers l'ambulatoire, communément appelé " le virage ambulatoire ", est un fait incontestable qui s'observe depuis de nombreuses années. En effet, un nombre de plus en plus élevé d'opérations chirurgicales qui, auparavant, nécessitaient une hospitalisation, peuvent se faire en ambulatoire avec entrée le matin et sortie dans la journée. Globalement, ce transfert se traduit par une baisse des coûts unitaires. Il doit donc être encouragé.

Du point de vue strict du financement, compte tenu des règles LAMal en vigueur, l'intérêt économique des deux payeurs est divergent. En effet, le transfert d'une prestation du secteur subventionné vers l'ambulatoire décharge les cantons (qui subventionnent plus de la moitié du coût des hospitalisations) et charge les assureurs (qui paient seuls les prestations ambulatoires), à moins que le prix unitaire de la prestation ambulatoire soit égal ou inférieur à la part du prix qu'ils auraient dû payer pour l'hospitalisation.

Réponse à la question 7

Quelles mesures le Conseil d'Etat entend-il prendre pour maîtriser les coûts hospitaliers ?

En application de la LAMal, l'intervention de l'Etat est limitée aux hôpitaux subventionnés. Elle ne porte pas sur l'activité et les coûts des cliniques privées, également financées en partie par l'AOS.

Dans son Rapport sur la politique sanitaire que le Grand Conseil vient d'approuver, le Conseil d'Etat a présenté l'évolution du coût du CHUV et des hôpitaux régionaux pour la période 2002 à 2007. Sur l'ensemble de la période, leurs dépenses d'exploitation ont progressé de 15 %, passant de 1'108 millions de francs à 1'274 millions de francs. Il en ressort un taux de d'accroissement annuel moyen de 2.8 %.

Avec ce taux de croissance, le Conseil d'Etat considère avoir atteint ses objectifs de maîtrise des dépenses de l'hospitalisation subventionnée.

Réponse à la question 8

Une restructuration, voire des fermetures d'hôpitaux ne sont-elles pas nécessaires au profit de structures moins coûteuses et plus légères ?

La restructuration des hôpitaux vaudois est un processus continu. Au cours des 20 dernières années, le Conseil d'Etat a eu l'occasion de présenter au Grand Conseil, notamment par l'intermédiaire des rapports sur la politique sanitaire qu'il lui adresse environ tous les cinq ans, les changements apportés à l'organisation hospitalière. Le rapport 2008 donne la liste des principales modifications apportées lors de la législature précédente et met en évidence les intentions du Conseil d'Etat à l'horizon 2012. Les réalisations les plus importantes mentionnées sont l'Hôpital unique Riviera-Chablais VD-VS, la filière cantonale de neuroréhabilitation ainsi que divers investissements à St-Loup, Yverdon et Nyon.

Concernant les structures hospitalières plus légères, elles font actuellement l'objet d'études. La création de telles structures vise la prise en charge d'urgences ambulatoires afin de faire face à l'engorgement chronique de la plupart des services d'urgence hospitaliers. Des accords avec des médecins, des cabinets de groupe et autres regroupements de médecins

constituent une solution envisagée notamment par le CHUV, les Etablissements hospitaliers du Nord vaudois sur le site d'Yverdon et le Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique sur le site de Nyon.

Réponse à la question 9 (TB)

Comment le Conseil d'Etat explique-t-il que le CHUV soit notablement plus cher que l'hôpital universitaire de l'Ile à Berne ? Le coût moyen par cas au CHUV serait de 10'400 francs contre 9150 francs pour l'Ile dont les cas sont plus lourds et plus nombreux (différence de 13%).

Les coûts unitaires sur lesquels s'appuie l'interpellateur pour affirmer que le CHUV est 13% plus cher que l'Hôpital de l'Ile à Berne se réfèrent à l'année 2007. Ils sont issus du modèle de calcul des taxes hospitalières " KORE " (KostenRechnung), utilisé par les assureurs maladie dans le cadre des négociations des tarifs LAMal. Ces coûts unitaires sont obtenus en divisant les coûts totaux de l'hospitalisation somatique aiguë, tels qu'ils ressortent des comptabilités analytiques des hôpitaux, par des points et non pas par des cas. En effet, depuis 2002, l'activité d'hospitalisation somatique aiguë est mesurée et facturée aux assureurs maladie en points, ces derniers correspondant à des cas pondérés par la lourdeur des patients. De ce fait, la comparaison des coûts par point tient en principe compte des différences de volume d'activité et de lourdeur des patients entre l'Hôpital de l'Ile et le CHUV.

La comparaison entre les coûts par point des deux hôpitaux est cependant biaisée : les coûts comparés ne correspondent pas à la même définition. En effet, le modèle Kore a pour but la détermination des coûts reconnus par les assureurs maladie, selon une méthode qui leur est propre. Ces coûts sont obtenus en opérant des déductions à partir des coûts qui ressortent de la comptabilité analytique. En particulier, une déduction est opérée au titre de la formation et recherche, qui n'est pas à la charge de l'AOS. Or, les assureurs ne reconnaissent pas les coûts de la formation et de la recherche tels qu'ils sont calculés par les hôpitaux. Ils imposent un taux forfaitaire qui induit une réduction massive des coûts qu'ils considèrent comme étant à leur charge.

Le coût unitaire du CHUV de 10'400 francs par point, mentionné par l'interpellateur, est un coût avant de telles déductions par les assureurs. Il découle directement de la comptabilité analytique. En revanche et selon les informations fournies par santésuisse lors des récentes négociations, le coût unitaire de 9'150 francs par point de l'hôpital de l'Ile est un coût après déductions. Par conséquent, ce biais de comparaison défavorise injustement le CHUV. Pour le corriger, il faut comparer les coûts des deux hôpitaux après déductions. Le coût unitaire du CHUV après déductions étant de 9'711 francs, l'écart avec le coût de l'hôpital de l'Ile passe de 1'250 à 561 francs ou 6%. Cette dernière comparaison est cependant encore fragile. Elle souffre également de biais liés aux déductions – en partie arbitraires - faites par les assureurs, notamment au titre des surcapacités ou de l'importance de la clientèle privée. Cette dernière, par exemple, étant plus importante à l'Hôpital de l'Ile, la déduction opérée par les assureurs est plus élevée pour cet hôpital qu'au CHUV, ce qui augmente artificiellement l'écart de coût. Pour ces raisons, et compte tenu de la marge d'erreur inhérente à ce type de comparaisons (différences de méthode de comptabilité analytique ou de périmètre d'activité par exemple), il serait hasardeux de conclure à une différence significative de coût entre les deux hôpitaux sur la base de ces informations.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 20 mai 2009.

Le président :

P. Broulis

Le chancelier :

V. Grandjean