Postulat Jacques-André Haury et consorts invitant le Conseil d'Etat à proposer des mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de l'ambulatoire hospitalier

Texte déposé

Si l'on se base sur la publication « Santé et soins : chiffres clés », édition 2014 (la plus récente à notre disposition), les coûts de la santé dans notre canton ont évolué de la façon suivante de 2007 à 2012 :

- Libre pratique : + 3,5% en moyenne annuelle
- Hospitalisation : + 5,8% en moyenne annuelle
- **Ambulatoire hospitalier : + 7,4% en moyenne annuelle**

Ce sont donc les coûts de l'ambulatoire hospitalier qui connaissent la plus forte progression.

On dénomme « ambulatoire hospitalier » les prestations facturées selon le tarif ambulatoire TARMED par les hôpitaux publics et privés. Les chiffres en notre possession — le dernier rapport publié par le CHUV porte sur l'année 2013 — indiquent que le CHUV à lui seul représente 42% de l'ensemble de l'ambulatoire hospitalier. Si l'on y ajoute les prestations fournies par les autres hôpitaux publics du canton, on peut sans risque estimer que l'ensemble des hôpitaux publics facture au moins 60 à 70% de l'ensemble des prestations fournies par l'ambulatoire hospitalier. Si le canton parvenait à agir sur les coûts de l'ambulatoire hospitalier des hôpitaux publics qu'il contrôle, il agirait sur la plus grande partie des coûts dans ce secteur.

Le Conseil d'Etat travaille, actuellement, en introduisant une clause du besoin pour les équipements médicaux lourds, à limiter l'offre dans le domaine ambulatoire, avec un poids principal sur le secteur privé. En lui proposant d'agir sur l'activité ambulatoire hospitalière des hôpitaux publics, nous l'engageons à poursuivre son effort, mais en agissant sur le secteur public.

Les pistes ne sont pas simples à définir, car le système de financement des prestations, par DRG (*diagnosis related groups*) pour l'hospitalier et par TARMED pour l'ambulatoire, est conçu dans une logique qui incite à reporter sur l'ambulatoire, plus rentable, les prestations mal valorisées dans les DRG. Par exemple, si un patient hospitalisé pour une fracture de la hanche a besoin d'une gastroscopie ou d'un bilan cardiaque, il est plus rentable pour l'hôpital d'abrèger le séjour et de faire revenir le patient pour subir ces examens ambulatoirement. De même pour certaines chimiothérapies onéreuses. Dans le même esprit, il est beaucoup plus avantageux de pratiquer ambulatoirement tous les examens préopératoires, puis d'hospitaliser le patient le jour même de l'opération, plutôt que de le faire entrer un ou deux jours plus tôt pour compléter son bilan. Car telle est la logique du système.

On ajoutera que, lorsqu'un patient hospitalisé doit être examiné par plusieurs spécialistes différents, l'ensemble des investigations est compris dans le forfait hospitalier. En revanche, si le patient vient faire ces investigations ambulatoirement, de son domicile, chaque consultation spécialisée fait l'objet de facturations qui s'additionnent. A ce sujet, l'ouverture prochaine de l' « Hôtel des patients », sur le site du CHUV, risque encore d'accentuer ce phénomène.

Une des pistes consisterait à faire entrer ces prestations « ambulatoires » dans le forfait de l'hospitalisation, considérant que celle-ci débute par le bilan préopératoire et se poursuit jusqu'à la fin des investigations ou du traitement ambulatoire, tout au moins pendant une période définie à la suite de l'hospitalisation.

En pratique, il serait probablement plus simple et conforme à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) de réintroduire dans le secteur hospitalier public une forme d'enveloppe globale comprenant l'hospitalier et l'ambulatoire, les bénéficiaires supplémentaires de l'activité ambulatoire retournant à l'Etat — par exemple pour financer son soutien aux primes d'assurance.

Une autre piste encore consisterait à réduire le financement des « prestations d'intérêt général » selon la croissance des revenus ambulatoires. On rappelle que, outre les revenus provenant de la facturation de leurs activités, les hôpitaux publics bénéficient d'une subvention directe de l'Etat pour leurs activités « d'intérêt général » : formation, obligation d'admettre tous les patients et accueil permanent des urgences. S'agissant des urgences, il faut toutefois considérer que, dans un grand hôpital — le CHUV, Yverdon, Morges, Chablais-Riviera bientôt — l'activité d'urgence est prospère, en raison du grand nombre de patients admis et des nombreuses prestations ambulatoires pour lesquelles les patients sont reconvoqués après leur passage aux urgences.

On doit enfin se demander si la multiplication des consultations ambulatoires spécialisées dans un même hôpital — qui seraient critiquées si un médecin en libre pratique demandait systématiquement autant d'avis à d'autres confrères — ne devrait pas se trouver plafonnée, le tarif TARMED n'ayant pas, au départ, été conçu pour rétribuer l'activité ambulatoire d'un hôpital. On relèvera par exemple que le CHUV, qui dispose de plusieurs laboratoires spécialisés, peut ainsi distribuer le sang d'un même patient dans divers laboratoires qui facturent, chacun, la taxe de prise en charge.

Dans ce domaine, nous le savons, la législation fédérale ne permet pas aux cantons n'importe quelle intervention. Mais il nous paraît néanmoins utile d'inciter le Conseil d'Etat à bien définir sa marge de manœuvre et à l'appliquer afin de contenir, dans l'intérêt des finances publiques et des assurés, la progression des coûts dans le secteur ambulatoire des hôpitaux publics.

Renvoi à une commission avec au moins 20 signatures

*(Signé) Jacques-André Haury
et 20 cosignataires*

Développement

M. Jacques-André Haury (V'L) : — Le Département de la santé et de l'action sociale étudie les mesures qui visent à freiner la multiplication des équipements lourds, parmi lesquelles la fameuse clause du besoin sur laquelle le Grand Conseil devra s'exprimer.

Cette clause touche principalement le secteur ambulatoire privé. A côté de cela, nous constatons qu'en matière de coûts, le secteur ambulatoire des hôpitaux reconnus d'intérêt public est le secteur qui se développe le plus. Nous proposons que le Conseil d'Etat étudie quelques pistes permettant d'endiguer cette explosion, liée en bonne partie au financement distinct de l'hospitalier — basé sur le système des groupes homogènes de malades, soit *diagnosis related groups* (DRG) — et de l'ambulatoire, basé sur le système de tarification TARMED. Dans les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public, comme dans les hôpitaux publics, on joue autant que possible sur les deux tableaux du public et du privé. Pour les personnes qui voudraient une illustration de cette politique, je les renvoie à la fable de La Fontaine « La Chauve-souris et les deux Belettes ».

Le postulat, cosigné par au moins 20 députés, est renvoyé à l'examen d'une commission.