

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le 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

Rappel du postulat

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.

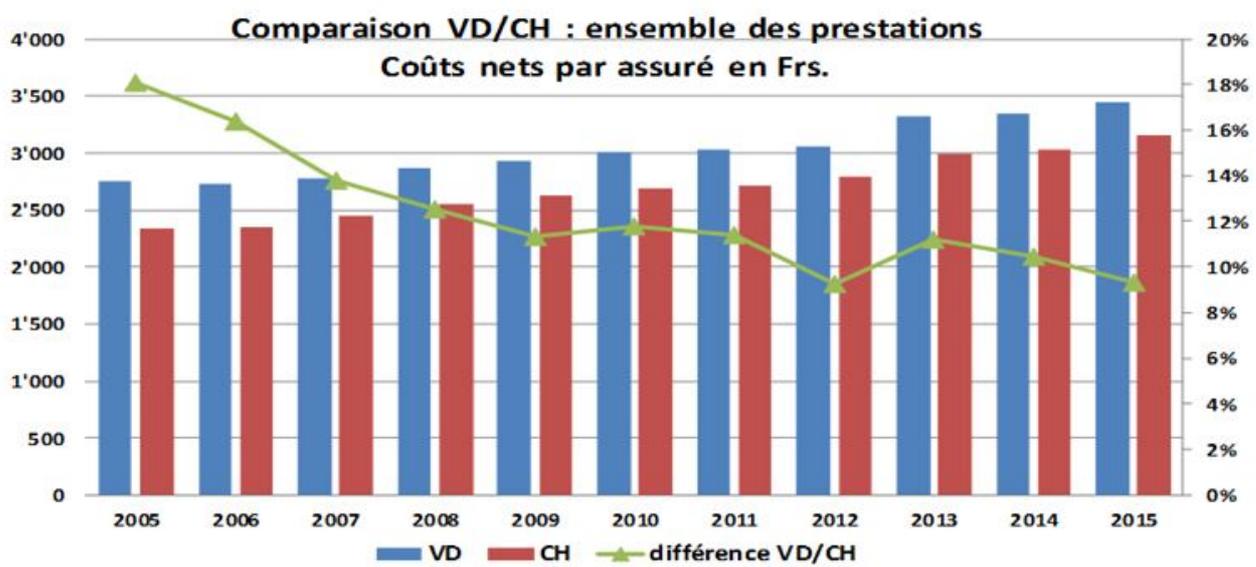
Dans ce domaine, nous le savons, la législation fédérale ne permet pas aux cantons n'importe quelle intervention. Mais il nous paraît néanmoins utile d'inciter le Conseil d'Etat à bien définir sa marge de manœuvre et à l'appliquer afin de contenir, dans l'intérêt des finances publiques et des assurés,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

Rapport du Conseil d'Etat

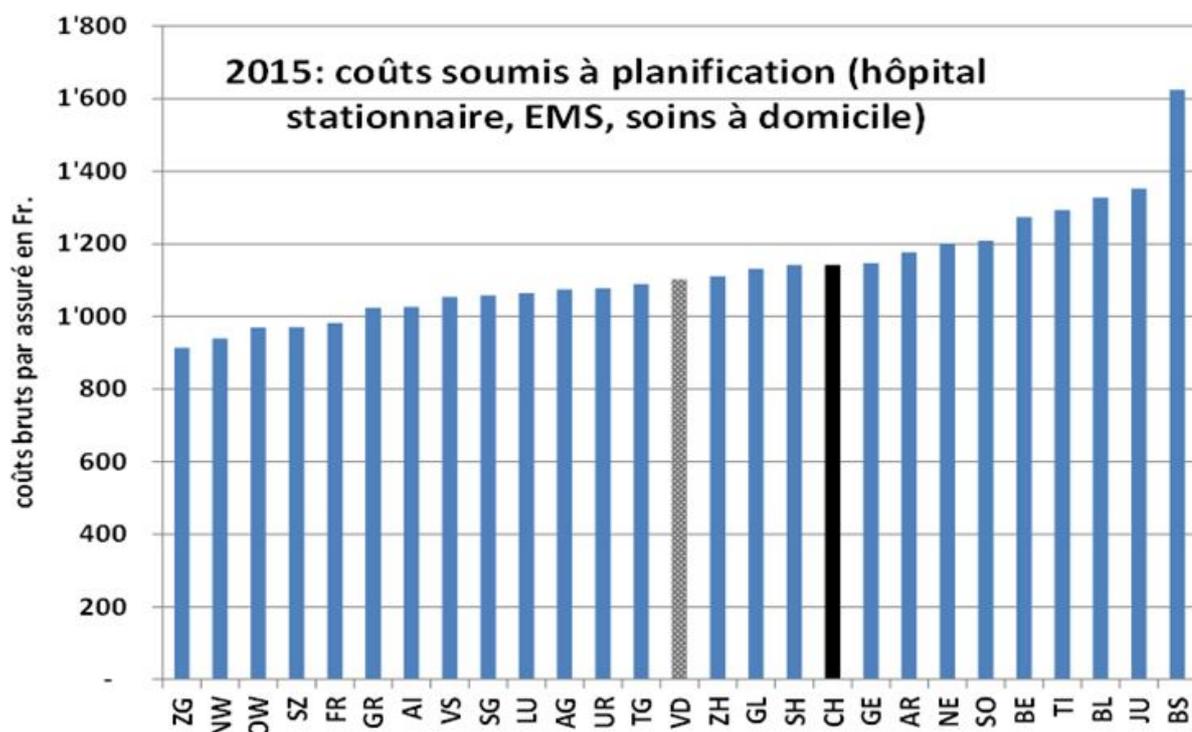
1 EVOLUTION DES COÛTS DE LA SANTÉ, EN PARTICULIER DANS LE DOMAINE AMBULATOIRE

Dans son postulat, le député Haury fait mention d'une problématique qui préoccupe beaucoup le Conseil d'Etat, à savoir l'évolution des coûts de la santé, en particulier ceux à charge de l'assurance-maladie et donc des primes.

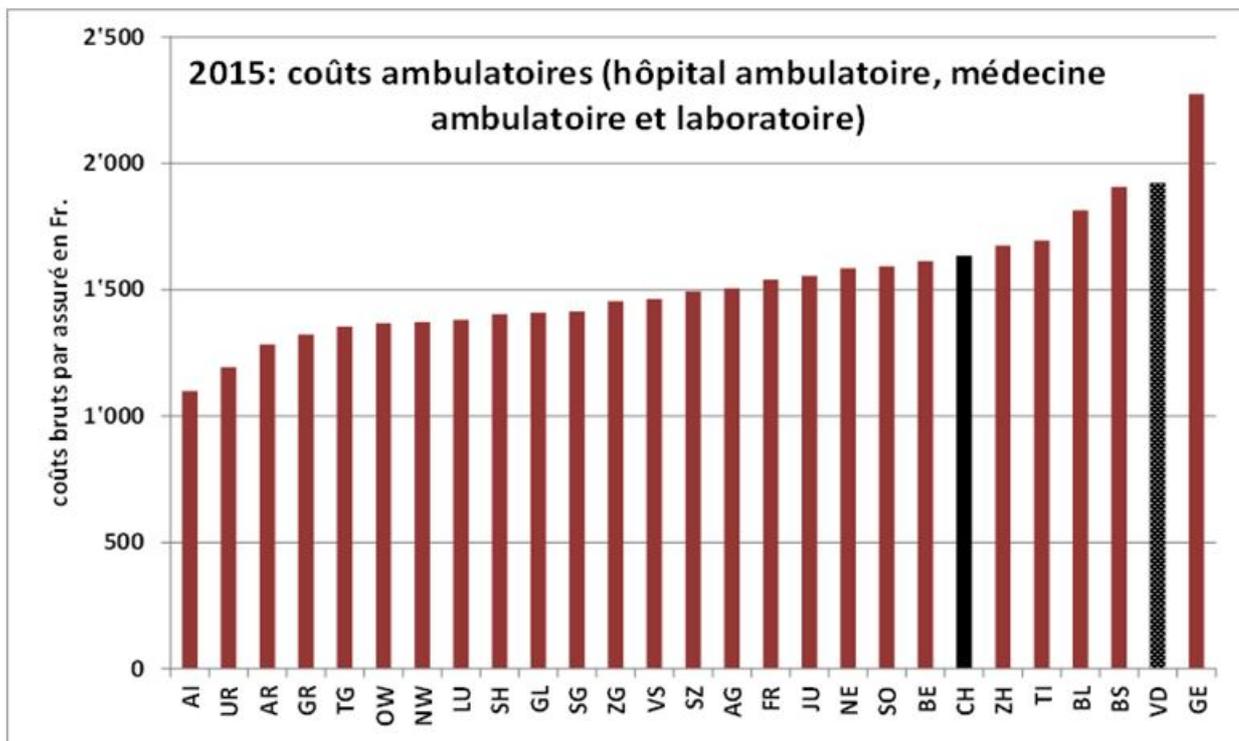
Longtemps classé en fin de liste des cantons au niveau des coûts par assuré, le canton de Vaud s'est rapproché année après année de la moyenne suisse, même si l'écart semble s'être stabilisé depuis 2012 :



Cette évolution relativement favorable au canton de Vaud en comparaison nationale est principalement due aux diverses actions menées dans les secteurs soumis à planification. Ainsi, pour ces domaines, les coûts bruts par assuré sont inférieurs à la moyenne suisse:

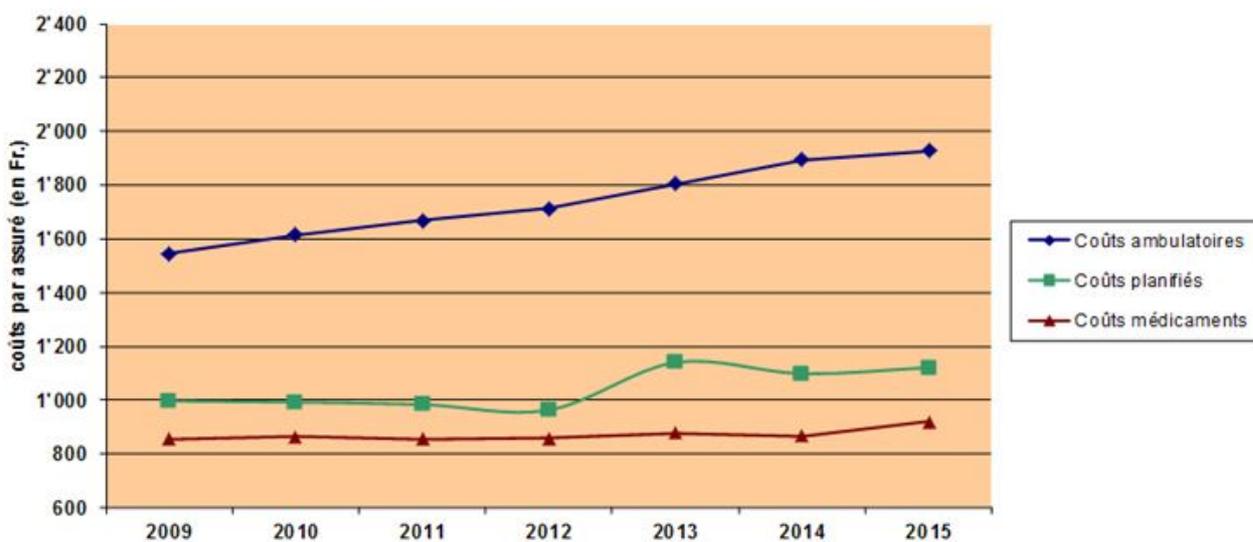


En revanche, dans le domaine ambulatoire, à savoir non seulement dans l'ambulatoire hospitalier, mais également pour la médecine ambulatoire et les prestations de laboratoire, les coûts bruts par assuré sont nettement supérieurs à la moyenne nationale dans le canton de Vaud, qui n'est dépassé que par le canton de Genève :

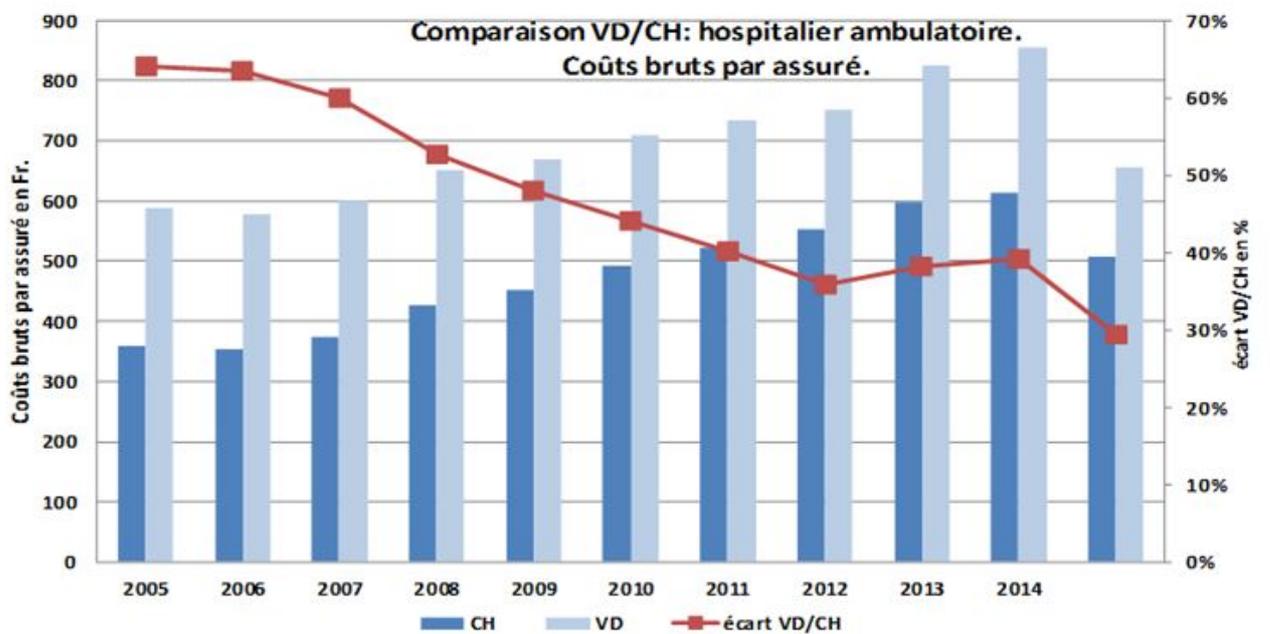


La hausse annuelle moyenne des coûts par assuré vaudois sur la période 2009-2015 (6 ans) illustre cette différence. Durant la période sous revue, on observe une augmentation de 2% dans les domaines soumis à planification alors qu'elle s'est élevée à +3.8% dans le domaine ambulatoire. A noter également la relative faible augmentation (+1.2%) pour les médicaments et les moyens auxiliaires :

VD: dépenses domaines soumis à planification et dépenses pour l'ambulatoire



S'agissant spécifiquement du domaine ambulatoire hospitalier, les coûts bruts par assuré du canton de Vaud se sont progressivement rapprochés de la moyenne suisse (hausse annuelle moyenne 2006-2014 de +4.2% pour le canton de Vaud et +6.1% en Suisse), mais demeurent sensiblement plus élevés que la moyenne nationale en 2015 (+29%) :



Il est donc prioritaire aux yeux du Conseil d'Etat d'intervenir sur l'évolution des coûts de l'ensemble du secteur ambulatoire, en particulier de l'ambulatoire hospitalier.

2 DIFFICULTÉS ET LIMITES DES INTERVENTIONS DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE

Le Conseil d'Etat entend donc faire tout son possible pour limiter l'augmentation des coûts dans ce secteur. La démarche est toutefois délicate et ceci pour plusieurs raisons.

2.1 Fiabilité des informations

Les données qui servent au suivi et au pilotage du système issues de la base de données des assureurs (datenpool) sont difficilement utilisables, puisqu'il subsiste de nombreuses incertitudes sur la qualité et l'exhaustivité des informations collectées. Les informations relevant des comptes des assureurs sont plus fiables et permettent des comparaisons entre cantons et avec la Suisse, raison pour laquelle le Conseil d'Etat s'y réfère dans les tableaux ci-dessus. Mais elles ne sont disponibles que deux ans plus tard et elles sont sujettes à des changements de comptabilisation susceptibles d'influencer leurs résultats. Il y a ainsi par exemple eu une rupture de série en 2015, imposée suite à un audit sur les frais comptabilisés sous "hospitalier ambulatoire". Depuis cette date, ces frais sont les mêmes pour tous les assureurs, mais ce n'était pas le cas auparavant. La question du périmètre n'est donc pas toujours réglée clairement et il peut y avoir des comptabilisations différentes d'un assureur à l'autre, en l'occurrence entre les domaines "ambulatoire hospitalier" et "laboratoire". D'autre part, la frontière entre ambulatoire hospitalier et médecine ambulatoire n'est pas totalement étanche. Des institutions et des cabinets médicaux installés géographiquement sur des sites hospitaliers ont, par le passé, changé de communauté tarifaire avec pour conséquence de fausser les interprétations.

Enfin, les factures de l'ambulatoire hospitalier sont acquittées par les assureurs-maladie selon le système du tiers payant alors qu'en pratique libérale, le système du tiers garant est la règle. Il en résulte une meilleure exhaustivité du recensement des dépenses dans le premier alors que pour le second, les factures payées par les patients dans leur franchise ne sont en grande partie pas transmises aux

assureurs.

2.2 Vases communicants entre ambulatoire hospitalier et ambulatoire en cabinet

Toute action visant à réguler un des deux secteurs porte le risque de se solder par un transfert d'activité de l'un vers l'autre. Une baisse du tarif TARMED pour l'ambulatoire hospitalier par exemple fera fuir les médecins de l'hôpital vers les cabinets privés avec, pour conséquences, une résultante nulle sur les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, mais une augmentation des difficultés de recrutement de médecins pour les hôpitaux.

2.3 Hôpital comblant les lacunes des cabinets

Les pénuries de médecins constatées dans certaines régions et/ou dans certaines spécialités induisent un report des patients vers les urgences de l'hôpital. L'augmentation de l'activité ambulatoire hospitalière n'est donc pas toujours le résultat d'une volonté de développer des activités rentables, mais découle de l'obligation pour les hôpitaux de prendre en charge toutes les situations qui se présentent en urgence.

2.4 Stratégie de transfert de l'activité stationnaire vers l'ambulatoire

Les séjours hospitaliers sont particulièrement onéreux et le Conseil d'Etat incite les hôpitaux à réaliser en ambulatoire toutes les prestations qui peuvent l'être dans le respect des règles de l'art. Cela signifie que toute l'augmentation des dépenses dans ce secteur ne doit pas être par définition combattue et qu'une certaine pratique doit être soutenue.

Il faut également relever que, dans son postulat, M. le député Haury n'évoque pas la question de l'activité hospitalière conventionnée des cliniques privées. Même s'il impacte les coûts à charge de l'AOS, ce domaine échappe au contrôle du Conseil d'Etat, mais il serait intéressant de voir si l'importance des rémunérations issues des hospitalisations remboursées par les assurances complémentaires n'induit pas une tendance à hospitaliser des patients qui pourraient être traités en ambulatoire. Certains chiffres évoqués par l'Office fédéral de la santé publique laissent en tout cas à penser que la tendance à multiplier les prestations en faveur de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire n'est pas une vue de l'esprit.

Dans tous les cas, pour être efficace et ne pas créer d'effets pervers, les mesures doivent englober ou tout au moins tenir compte de tous les secteurs d'activité (hospitalisation, ambulatoire hospitalier et en cabinet).

2.5 Moyens d'intervention limités pour l'Etat dans le domaine ambulatoire

La marge de manœuvre du Conseil d'Etat dans le domaine ambulatoire est restreinte. En effet, la LAMal donne l'essentiel des compétences dans ce domaine aux partenaires tarifaires, limitant le rôle des cantons à la ratification des tarifs.

Comme il a plusieurs fois eu l'occasion de l'exprimer (notamment dans l'exposé des motifs et projet de décret sur la régulation des équipements lourds), le Conseil d'Etat est favorable à une adaptation de la structure tarifaire TARMED, qui attribue un nombre de points à chaque prestation médicale. Malheureusement, les cantons n'ont aucun moyen d'intervention sur cette structure, qui est de la compétence des partenaires tarifaires au niveau national (médecins, hôpitaux et assureurs), avec un pouvoir d'intervention du Conseil fédéral dans certaines conditions (cf. art. 43 al. 5bis LAMal). Les cantons ne peuvent intervenir que sur la fixation de la valeur du point, qu'il leur appartient d'approuver lorsqu'elle a été convenue entre les partenaires tarifaires, voire de fixer en l'absence de convention.

Le Conseil d'Etat entend donc faire tout son possible pour limiter l'augmentation des coûts dans ce

secteur. La démarche est toutefois délicate et ceci pour plusieurs raisons.

3 MESURES DÉJÀ MISES EN ŒUVRE PAR LE CONSEIL D'ETAT

Nonobstant les difficultés et limites évoquées ci-dessus, différentes mesures visant à réguler l'activité ambulatoire ont déjà été prises dans le canton de Vaud :

- a. La première tient à la mise en œuvre du Décret sur la régulation des équipements lourds, adopté par le Grand Conseil le 29 septembre 2015, qui a pour objectif de veiller à ce que l'offre dans certains équipements lourds (IRM, CT-scan, PET, SPECT, etc) n'excède pas les besoins des patients. Si ce décret touche autant les hôpitaux que les cabinets privés, il permet donc de limiter l'installation de nouveaux équipements sur le territoire cantonal et, partant, d'agir sur l'évolution des coûts. Cela étant, cette mesure ne déploiera pleinement ses effets que dans les années à venir.
- b. En deuxième lieu, pour limiter l'admission de nouveaux médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine ambulatoire, la loi fédérale urgente du 17 juin 2016 a permis au Conseil d'Etat de prolonger de trois ans, dès le 1^{er} juillet 2016, les dispositions légales actuellement en vigueur. Cette mesure a prouvé son efficacité, comme le Conseil d'Etat a eu l'occasion de le montrer en février 2016 dans sa réponse à l'interpellation de M. le député Montangero. Le Conseil d'Etat a décidé d'appliquer cette limitation également dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier.
- c. Troisièmement, conformément à la détermination adoptée par le Grand Conseil le 1^{er} novembre 2016 encourageant le Conseil d'Etat à prendre toutes les mesures adéquates pour maîtriser les coûts des prestations de santé afin de contenir la hausse des primes LAMal, le DSAS est intervenu auprès des partenaires tarifaires pour les inviter à mettre en place des mécanismes de maîtrise de l'évolution de l'activité ambulatoire. Il a ainsi averti par courrier ces partenaires qu'il ne pourrait soutenir un maintien de la valeur du point TARMED à un niveau particulièrement élevé dans le canton de Vaud que s'ils intégraient dans les conventions tarifaires des mesures concrètes capables de maîtriser les volumes de prestations facturées. Il s'agirait par exemple de prévoir des mécanismes de tarifs dégressifs à partir d'un certain volume. Il faut en effet relever que les tarifs TARMED qui permettent la facturation des prestations ambulatoires sont particulièrement élevés dans le canton de Vaud, avec des valeurs du point à 96 centimes pour les médecins en libre pratique et à 93 centimes dans les hôpitaux sachant que la moyenne suisse se situe au-dessous des 90 centimes.

Des discussions se sont engagées sur cette base avec les représentants des fournisseurs de prestations concernés (Société vaudoise de médecine, Fédération des hôpitaux vaudois et CHUV) et des assureurs. Elles sont actuellement toujours en cours.

4 AUTRES MESURES À PRENDRE OU PISTES À ÉTUDIER

Dans son postulat, Monsieur le Député Haury fait mention de plusieurs pistes intéressantes qui méritent d'être analysées :

- a. La première consiste à introduire dans le forfait DRG le bilan préopératoire et le traitement post hospitalisation. Selon les règles d'application de la structure tarifaire, déterminées par l'agence nationale SwissDRG, ces examens et traitements font bien partie du séjour hospitalier. Dans la pratique, la fragmentation du séjour hospitalier afin de facturer en ambulatoire des prestations comprises dans le forfait ne semble pas rare. Pour preuve, le fait que le coût des hospitalisations réalisées en urgence est en moyenne plus élevé que celui des hospitalisations planifiées, ceci pour une même prestation DRG. Malheureusement, l'Etat n'a pas de moyen de détecter ces pratiques. Seuls les assureurs maladie peuvent agir dans ce domaine car ils sont en possession des factures stationnaires et ambulatoires qui doivent nécessairement être accouplées pour un même patient.

- b. La mesure qui propose une réduction du montant des "prestations d'intérêt général" selon la croissance des revenus ambulatoires est peu pertinente. En effet, le financement des prestations d'intérêt général consiste à rémunérer les hôpitaux reconnus d'intérêt public pour des prestations demandées par l'Etat que ces hôpitaux n'effectueraient pas s'ils étaient libres de les réaliser. Il n'y a donc aucun lien entre le volume de l'ambulatoire hospitalier et ces prestations. Aussi, une action joignant financièrement ces deux objets ne pourrait générer que des effets pervers et risquerait d'amener les hôpitaux à abandonner la fourniture de certaines prestations nécessaires à la population comme le maintien d'un service d'urgence, la formation des médecins assistants.
- c. L'idée de limiter la multiplication des consultations spécialisées ou de mieux organiser la répartition des analyses de laboratoires doit être approfondie. La première se heurte à la liberté thérapeutique des médecins, mais le Conseil d'Etat est ouvert à soutenir le lancement d'audits portant sur la pertinence de certaines indications médicales. Quant à la seconde, elle n'est pas pertinente s'agissant du CHUV, dont les laboratoires ne pratiquent pas la multiple facturation des taxes de prise en charge. On peut d'ailleurs se demander si cette pratique n'est pas de mise dans les cliniques privées.
- d. La réintroduction d'une enveloppe globale incluant non seulement l'hospitalier, mais également l'ambulatoire, qui a fait ses preuves durant la précédente décennie, est séduisante et mérite d'être analysée. Cette démarche, qui présente l'avantage d'agir sur les volumes, est très utile pour réguler le (ou les) domaine(s) soumis à enveloppe. Une telle enveloppe ne pourrait toutefois être mise en œuvre que pour les hôpitaux reconnus d'intérêt public. Elle permettrait donc et inciterait même à un transfert de l'activité hospitalière publique sur l'ambulatoire hospitalier des cliniques privées et sur l'ambulatoire en cabinet ou en policlinique, qui seraient largement favorisés par une action de ce type de la part de l'Etat. Enfin, une réintroduction du principe de l'enveloppe budgétaire nécessite l'engagement coordonné de l'Etat et des assureurs.
- e. La question soulevée par le député Haury s'agissant du subventionnement des services des urgences est sur le point d'être réglée. Si un service d'urgence peut être financièrement autoporteur à partir d'un certain volume d'activité, il est admis qu'une telle prestation doit être soutenue à l'aide de PIG dans des régions périphériques. Un modèle de financement a été développé en collaboration avec les cantons romands. Il s'agit en l'occurrence de déterminer sur des bases objectives le montant des PIG nécessaires au bon fonctionnement d'un tel service en fonction de l'activité réalisée. Ce modèle est aujourd'hui en phase pilote dans notre canton. Il devrait pouvoir être généralisé dès l'année 2018. Dans tous les cas, le Département de la santé suit avec attention cette question.

En outre, au-delà des mesures déjà prises et des pistes évoquées par M. le député Haury, le Conseil d'Etat entend poursuivre les réflexions et les actions suivantes :

- Une réorganisation profonde du système de santé est nécessaire pour faire face aux défis démographiques et épidémiologiques actuels. A ce propos, le Conseil d'Etat a autorisé le DSAS à mettre en consultation un exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de santé. Cette réorganisation doit permettre de passer d'un système de soins centré sur l'hôpital à un système centré sur la communauté. Ce changement de paradigme aura des conséquences sur l'évolution de l'activité hospitalière stationnaire, mais également dans le domaine ambulatoire hospitalier, ainsi que sur l'évolution de l'activité de la médecine en libre pratique. Ainsi, parmi les processus identifiés comme prioritaires dans ce cadre figurent notamment le renforcement des capacités des médecins de premier recours, ainsi que la réponse à l'urgence.
- Sous l'angle de la formation des médecins assistants, le Conseil d'Etat est favorable à l'instauration d'un système de financement différencié de la formation postgraduée des médecins vers les disciplines où le besoin est le plus important. Il s'agit pour cela de mettre en place des cursus de formation cohérents et organisés, au niveau romand. L'objectif est de disposer de

médecins formés en fonction des besoins de la population, notamment en matière de médecine de premier recours. Cette mesure permettra également d'agir sur la quantité et la pertinence des prestations médicales.

- Pour terminer, on entend depuis quelques temps des médecins à titre individuel et certaines sous-sociétés médicales, que la morale professionnelle n'est pas toujours irréprochable. De l'avis du Conseil d'Etat, les sociétés médicales suisses devraient développer des directives ou recommandations portant notamment sur les traitements ou investigations à éviter, dont les évidences scientifiques montrent qu'ils n'offrent peu ou pas de bénéfices pour les patients, comportent des risques d'effets secondaires et sont pourtant fréquemment prescrits par les médecins des disciplines concernées. Le département de la santé entend lancer en 2017 des audits ciblés sur certains types de traitements chirurgicaux afin d'évaluer l'ampleur du problème.

5 CONCLUSION

Le Conseil d'Etat est donc conscient de la problématique, des enjeux et des difficultés. Il n'est pas resté inactif jusqu'à aujourd'hui. Il a entrepris plusieurs actions dans les limites de ses possibilités et entend continuer à utiliser toute la marge de manœuvre à sa disposition pour essayer de maîtriser l'évolution de l'offre ambulatoire.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 26 avril 2017.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean