

**RAPPORT DE LA COMMISSION
chargée d'examiner l'objet suivant :**

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur les postulats Christelle Luisier Brodard et consorts - En savoir un peu plus sur les PIG (prestations d'intérêt général) (17_POS_212) et Gérard Mojon et consorts- Le CHUV, un malade chronique ou un patient en voie de guérison (18_POS_093)

1. PREAMBULE

La commission chargée d'examiner le rapport du Conseil d'État 134 s'est réunie à quatre reprises : lundi 8 juillet 2019 de 9h00 à 10h15, lundi 9 septembre 2019 de 9h00 à 11h00, lundi 7 octobre 2019 de 14h00 à 15h30, lundi 25 novembre 2019 de 9h00 à 11h00, Salle de la Cité, Rue Cité-Devant 13, à Lausanne.

La commission était composée de Mmes Jessica Jaccoud, Catherine Labouchère, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet (08.07.2019, 07.10.2019), Graziella Schaller ; et de MM. Fabien Deillon (25.11.2019 en remplacement de Philippe Jobin, président de la commission dès cette date), Thierry Dubois (08.07.2019, 09.09.2019, 07.10.2019, président de la commission), Hugues Gander, Philippe Jobin (09.09.2019, 25.11.2019 président de la commission), Gérard Mojon, Vassilis Venizelos (09.09.2019, 25.11.2019 en remplacement de Mme Léonore Porchet), Cédric Weissert (08.07.2019 en remplacement de M. Philippe Jobin).

La présidence de la commission a été assumée par M. Thierry Dubois les 8 juillet 2019, 9 septembre et 7 octobre. À la suite de la démission de celui-ci, la présidence a été assumée dès le 25 novembre par M. Philippe Jobin qui signe également le rapport de commission.

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) était représenté par Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'État, Cheffe du DSAS, et Chantal Grandchamp, Directrice, Direction Finances et affaires juridiques, Direction générale de la santé (DGS) ; et par MM. Stéphane Bossel, Directeur administratif et financier, CHUV ; Prof. Pierre-François Leyvraz, Directeur général et directeur médical, CHUV (09.09.2019, 07.10.2019) ; Olivier Linder, Directeur, Direction Hôpitaux et préhospitalier, DGS ; Oliver Peters, Directeur général adjoint, CHUV ; Marc Weber, Adjoint santé, DSAS (09.09.2019, 07.10.2019).

Lors de sa séance du 8 juillet 2019, la commission a estimé ne pas avoir toutes les cartes en main pour se positionner quant au rapport du Conseil d'État 134. Elle a soulevé plusieurs points à éclaircir et a relevé la publication toute récente d'un rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur le financement hospitalier¹. Elle a donc décidé de consulter deux experts lors d'auditions (9 septembre et 7 octobre 2019), ainsi que l'OFSP par écrit. Elle a également posé des questions complémentaires au Conseil d'État. Les présentations données à la commission, ainsi que les réponses à ses demandes constituent une volumineuse documentation dont les éléments principaux sont annexés au présent rapport.

Le secrétariat était assuré par Mme Marie Poncet Schmid, Secrétariat général du Grand Conseil. La commission la remercie pour son travail, ainsi que toutes les personnes du département qui ont répondu aux questions posées.

¹ *Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier : Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral.* OFSP, juillet 2019.

2. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

Mme la Conseillère d'État indique que les deux postulats, transmis au Conseil d'État en 2018, demandaient des précisions complémentaires sur le financement du CHUV, avec un accent sur les prestations d'intérêt général (PIG) — intervention de Christelle Luisier Brodard et consorts — et sur la pérennité financière de l'établissement — intervention de Gérard Mojon et consorts. Le Conseil d'État a répondu dans un rapport unique à ses deux objets proches par leur matière. Le 29 avril dernier, ce rapport a été présenté à la Commission de santé publique. Les commissaires ici présents, membres de cette commission thématique ont donc déjà eu l'occasion d'en discuter.

Mme la Conseillère d'État résume les conclusions du rapport. Comparer les PIG entre hôpitaux et entre cantons est délicat et complexe en particulier concernant les hôpitaux universitaires. Il faut considérer de nombreux paramètres, notamment les différences relatives au financement : par exemple, le financement de la formation et de la recherche est inscrit dans le budget du CHUV, et pas dans celui de l'université de Lausanne. Par ailleurs, le périmètre du CHUV englobe la pédiatrie et la psychiatrie, à la différence des autres hôpitaux universitaires suisses ; la part de patients privés est plus faible au CHUV ; l'attente de placement dans les EMS et établissements de réadaptation est plus longue dans le canton de Vaud que dans les autres cantons qui possèdent un hôpital universitaire.

En tenant compte de ces paramètres, le surcoût réel pour le CHUV se monte à environ 28 millions de francs, avec des coûts de production environ 3 % plus élevés que la moyenne relative aux hôpitaux universitaires suisses alémaniques. Toutefois, ces coûts sont inférieurs de 8 % à ceux des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Pour atténuer cette différence, le CHUV a pris des mesures qui commencent à porter leurs fruits. Le surcoût de l'hospitalisation, estimé à 3,5 % en 2017, est en baisse par rapport à 2015 (7,3 %) et à 2016 (5,5 %). De plus, aux comptes 2015, le CHUV enregistrait un déficit de près de 30 millions de francs, déficit ramené à 7 millions en 2018. Dans le plan financier 2019-2027, l'équilibre du résultat d'exploitation est fixé pour 2023. À ce moment, se terminera le plan d'optimisation mis en place par le CHUV en 2019. L'objectif est que le CHUV atteigne un niveau d'efficacité générale au moins comparable à celui des autres hôpitaux universitaires suisses alémaniques et qu'il s'y maintienne. Cet objectif est extrêmement ambitieux compte tenu des importants travaux qui ont lieu sur la cité hospitalière. Cela nécessite des mesures internes qui peuvent être périlleuses. On veillera à ce qu'elles ne lèsent ni la qualité ni la sécurité des patients, qui doivent rester au centre des préoccupations de l'institution, et à ce qu'elles aillent de pair avec l'amélioration constante des prestations délivrées.

Lors de la première séance, le Directeur général adjoint du CHUV donne une présentation complémentaire au rapport du Conseil d'État, dont les points principaux sont les suivants :

Définition légale

- la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) donne une définition négative et non exhaustive des PIG (art. 49, al. 3) : la rémunération des traitements hospitaliers, par le biais des forfaits par cas, ne comprend pas, en particulier, le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, ni la recherche et la formation universitaire.
- Distinction entre les PIG implicites, qui couvrent les activités déficitaires, et les PIG explicites, qui concernent les prestations de formation et de recherche, les mandats de santé publique.

Les coûts imputables à l'activité de santé doivent être clairement distingués de leur financement. La question se pose de savoir si la manière dont les hôpitaux imputent les coûts donne la possibilité de fausser la concurrence et de favoriser les uns ou les autres. La comptabilité analytique REKOLE, à laquelle les hôpitaux universitaires doivent se conformer, norme cet élément sur le plan national. Ainsi, l'imputation des coûts est vérifiable, vérifiée et les critères d'imputation des coûts entre hôpitaux universitaires sont identiques.

PIG : une compétence cantonale

- Les tarifs en vigueur dans les hôpitaux universitaires ne couvrent pas les coûts réels : la sous-couverture est d'environ 25 % pour l'activité ambulatoire. Par conséquent, ces hôpitaux sont financés par d'autres activités, notamment privées, ou sont subventionnés par le canton. Dans le domaine

stationnaire également, la structure tarifaire SwissDRG ne couvre pas les coûts de certains hôpitaux spécialisés qui attirent les cas complexes à risque de complications. Cela est reconnu par les instances de SwissDRG, les assureurs et la jurisprudence.

- La comptabilité analytique est basée sur les coûts qui, indépendamment de leur financement, constituent la base de la concurrence.
- Le canton veut diminuer la différence des coûts évitables par rapport aux autres hôpitaux universitaires. Les subventions non évitables seront les mêmes.

Ajustement subventions CHUV

Le tableau 4 du rapport (T4) présente les ajustements apportés afin d'obtenir le niveau correct des subventions PIG et des chiffres comparables aux autres hôpitaux universitaires.

Investissement

- La part de 10 % des tarifs DRG passe d'abord par l'État et figure dans la rubrique « subventions » du CHUV. Dans d'autres hôpitaux, elle apparaît comme revenu d'hospitalisation.
- Des amortissements extraordinaires à la suite du bouclage positif de l'État de Vaud apparaissent comme PIG.

Différences de périmètre

- Les spécialités du CHUV comprennent des tâches d'intérêt public, absentes d'autres hôpitaux universitaires ou non financées par le budget de l'hôpital.
- Les fonds de tiers, par exemple apportés au financement de projets de recherche, apparaissent dans la comptabilité du CHUV. Dans d'autres cantons, ils apparaissent dans la comptabilité des universités.

Ces ajustements opérés, le montant comparable à d'autres hôpitaux universitaires s'élève à 299 millions de francs pour 2015, 285 pour 2016 et 288 pour 2017. Toutefois, ce subventionnement PIG reste encore plus élevé que dans d'autres cantons.

Formation et recherche, autres PIG

Le tableau 8 du rapport du Conseil d'État (T8) liste les facteurs qui expliquent la subvention PIG plus élevée au CHUV, dont les deux principaux sont les suivants :

- Différence de coût formation et recherche (75 millions) : le financement de la formation et de la recherche est inscrit au budget du CHUV et non de l'université comme dans d'autres hôpitaux universitaires. De plus, dans ces hôpitaux, les professeurs ont un contrat pour les tâches cliniques et un autre contrat pour les tâches académiques, et certaines plateformes communes hôpital-université, comme les bibliothèques, relèvent de la comptabilité de l'université.
- Différence de coûts autres que PIG (25 millions) : les mandats attribués au CHUV — médecine de la violence, prévention de la violence, médecine sociale et préventive, notamment — diffèrent des mandats attribués à d'autres hôpitaux universitaires.

Facteurs explicatifs PIG+

Une fois ces deux facteurs principaux pris en compte (100 millions), on obtient la réelle différence avec les autres hôpitaux universitaires et le montant déficitaire (93 millions). Les détails du déficit sont les suivants :

- Surcoûts hospitalisation (20 millions) et ambulatoire (8 millions) : calculés sur la base du *benchmarking* avec les hôpitaux suisses allemands (Bâle, Berne et Zurich). Les HUG, beaucoup plus chers, ne sont pas pris en compte.
- Différence tarif d'hospitalisation (10 millions) : par choix politique, le CHUV pratique un tarif plus bas que les autres hôpitaux universitaires.
- Effet système de financement vaudois (22 millions) : l'enveloppe dans le stationnaire apporte moins de revenus que si on était payés à la prestation, comme le sont les autres hôpitaux universitaires.

- Attentes de placement (13 millions) : davantage de lits sont occupés par des patients en attente de lits B ou C.
- Part de patients privés (20 millions) plus faible qu'ailleurs.

Lors de la deuxième séance, le responsable des finances du CHUV donne une présentation qui synthétise le rapport du Conseil d'État et dont les points principaux sont les suivants :

1) Mesures pour éviter que le déficit du CHUV ne devienne chronique ?

1. Le plan d'action en cours depuis 2016 améliore l'efficacité clinique du CHUV et vise, pour la fin de 2019, des coûts de production correspondant à la moyenne enregistrée pour les hôpitaux universitaires alémaniques.

2. Le plan d'optimisation concerne plusieurs domaines (achats, revenus annexes, facturation, codage, numérisation, frein à la croissance du personnel, notamment) et vise un résultat d'exploitation équilibré en 2023.

3. La reconstitution des subventions aux immobilisations, correspondant aux amortissements : l'effet des amortissements extraordinaires (2016, 2017, 2018) doit rester neutre pour le CHUV. Ceux-ci ont permis de réduire les amortissements annuels, et ont fait baisser les subventions au CHUV. Toutefois, au fur et à mesure des nouveaux investissements, la valeur des actifs a été reconstituée et l'écart s'est creusé. Cette mesure vise donc à corriger la situation. Le total de la reconstitution, sur plus de dix ans, représente 38,6 millions de francs.

2) Plan financier du CHUV 2019 à 2027 ?

Concernant les revenus d'exploitation jusqu'en 2023, l'augmentation est estimée à 2,5 % sur les activités hospitalières et à 5 % sur les activités ambulatoires. Ensuite, l'augmentation se tasse grâce aux mesures d'efficacité, à l'augmentation de la productivité et au plan d'optimisation, les charges d'exploitation augmentent de 0,5 point de pourcentage moins vite que les revenus d'exploitation jusqu'en 2027.

Concernant le résultat d'immobilisation, les charges d'immobilisation augmentent au fur et à mesure des investissements. Plusieurs chantiers s'ouvriront ces prochaines années (selon le Plan stratégique du CHUV), mais dès 2023, les investissements se stabiliseront.

3) Plans de financement de l'État correspondants ?

1. Aucune modification du plan de financement actuel n'est prévue. 2. La baisse des subventions (amortissements extraordinaires) est compensée. 3. Le financement total par l'État (participation à l'hospitalisation, subvention PIG) fluctue de manière importante. Sans l'effet d'amortissement, les PIG seront stables, à l'exception de la part État des revenus hospitaliers qui augmenteront de 2,4 %.

4) Quelle évolution de la subvention au CHUV, actuellement en hausse permanente ? :

Politique de couverture du déficit ou enveloppe annuelle fixe ?

Il n'y a pas de hausse des PIG liées aux frais d'exploitation. Les mesures d'efficacité et d'optimisation doivent compenser le déficit d'exploitation.

5) Exigences posées envers le CHUV et les autres prestataires de santé (PMU, réponse à l'urgence ...) pour contenir les coûts de la santé ?

1. Pour le CHUV, il s'agit d'obtenir des coûts cliniques similaires aux hôpitaux universitaires alémaniques. Les efforts en matière d'efficacité et d'optimisation doivent permettre d'accéder à des résultats équilibrés. 2. Pour les hôpitaux régionaux, la stabilisation des coûts stationnaires est plausible. Les coûts ambulatoires augmentent en raison des progrès technologiques et de l'évolution démographique. Par le regroupement d'institutions et d'activités, on peut améliorer l'efficacité des hôpitaux, dans les soins stationnaires. 3. Concernant la réponse à l'urgence, un nouvel élan est donné notamment avec la PMU pour limiter la hausse des coûts, l'accent étant mis sur l'anticipation, la prévention, l'information et l'aiguillage vers les soins les plus appropriés.

3. POSITION DES POSTULANTS

La postulante et le postulant saluent le travail fourni par le Conseil d'État dont le rapport 134 permet d'accéder à une meilleure identification des PIG et des critères de distribution de ces prestations.

3.1 Position de la postulante

La postulante note que le détail des PIG attribuées au CHUV, aux affiliés, aux hôpitaux de la FHV et aux cliniques privées révèle que le CHUV reçoit la majorité des PIG. Elle pose une série de questions complémentaires au Conseil d'État dont les réponses figurent en annexe. Les principaux points soulevés par la postulante sont les suivants :

- il serait intéressant d'entendre le Prof. Stefan Felder² sur les différences relatives aux manières de comptabiliser les PIG ;
- concernant la base légale identifiant les PIG, des explications complémentaires à l'annexe 1 du rapport 134 sont souhaitables, en particulier sur la distinction entre ce qui relève des PIG, des SwissDRG ou d'autres lois. En effet, certaines prestations considérées comme PIG relèvent peut-être d'autres lois spéciales ;
- la raison pour laquelle le CHUV n'a pas une part de séjours privés qui permettrait de combler cette sous-couverture doit être abordée ;
- une discussion doit être menée sur le fait que le tarif est maintenu bas par choix politique, car il devrait être juste au regard des coûts. D'autres établissements universitaires ont conclu des tarifs de base 150 à 200 francs plus élevés que le CHUV (10'650 francs) ;
- l'égalité de traitement, lors du choix des prestataires, et les modalités d'attribution des PIG concernant les activités qui ne relèvent pas de la recherche et la formation doivent être discutées ;
- la question des missions du CHUV doit être examinée, tout comme la possibilité d'exercer une certaine maîtrise politique sur ce dossier ;
- un tableau avec les montants distribués à chaque hôpital de la FHV serait utile, car dans le rapport 134, seules quelques explications figurent en annexe 3. La conseillère d'État donnera oralement les chiffres. Les hôpitaux de la FHV reçoivent environ 10 % de toutes les PIG, le reste allant au CHUV.

3.2 Position du postulant

Le postulant précise que son postulat, qui porte sur le financement et la planification du CHUV, pointe la stratégie financière élaborée par l'État. Il ne porte aucun jugement de valeur sur les prestations fournies et leur qualité ni sur les efforts déployés par le personnel, dont il reconnaît l'énorme engagement.

Les deux postulats sont étroitement liés par leur thématique et par le fait que le Conseil d'État envisage de couvrir le déficit futur du CHUV — augmentation des déficits dus à l'amortissement sur les nouveaux investissements — par l'augmentation des PIG.

Le postulant relève les points suivants, qui offriront matière à discussion :

- puisque les tarifs DRG incluent une part de financement de l'investissement, les PIG ne sont pas destinées à couvrir l'investissement ;
- le CHUV présente des chiffres positifs pour la planification financière, car la part de subventionnement de l'État augmente (tableau p. 14) ;
- entendre le Prof. Stefan Felder est souhaitable pour savoir pourquoi il n'a pas tenu compte des remarques du Directeur général adjoint du CHUV concernant les particularités de l'établissement ;

² Le Prof. S. Felder est mandaté par les Cliniques privées suisses (CPS) pour étudier les différences de tarifs et de financement entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le secteur des soins aigus stationnaires. Sa première étude, publiée en 2016, est actualisée chaque année.

- il serait intéressant de consulter les auteurs du récent rapport de l'OFSP sur les effets de la révision de la LAMal mise en œuvre dès 2012 pour le financement hospitalier ;
- concernant les réponses chiffrées du Conseil d'État, les comptes 2018 et le budget 2019 sont les mêmes que ce qui a été transmis à la Commission des finances. Par contre, les chiffres qui permettent d'y arriver ne correspondent pas. Des détails sur les différences (charges et revenus d'exploitation) sont souhaitables pour établir le lien direct avec les chiffres publiés par la Commission des finances.

4. AUDITIONS

Audition de M. Heinz Locher

Cet économiste de la santé fait partie du groupe d'experts internationaux mandaté par le Conseil fédéral pour évaluer les expériences nationales et internationales visant à gérer la croissance du volume des prestations et proposer des mesures de maîtrise des coûts rapidement applicables pour décharger l'assurance obligatoire des soins (AOS)³.

La présentation (en annexe) a suscité une discussion sur les points suivants :

- mise au concours des activités subventionnées par les PIG, avec la question de savoir, en particulier, si certains acteurs vont chercher les activités donnant droit à des PIG qui rapportent plus que d'autres ou qui sont moins déficitaires que d'autres ;
- question de savoir si le système des PIG peut financer ce qui est compris dans les DRG ;
- tarif de base moins élevé dans le canton de Vaud que dans les autres hôpitaux universitaires

Audition et réponses écrites complémentaires du Prof. Stefan Felder

La présentation, traduite par une interprète de manière simultanée, a suscité une discussion centrée sur les points principaux suivants, repris dans les réponses écrites complémentaires du Prof. Felder (en annexes).

- ajustement des montants PIG du CHUV ;
- question de savoir si le système SwissDRG peut à tort financer des PIG
- mise au concours des activités subventionnées par les PIG
- « subventions croisées »

5. RÉPONSES DE L'OFSP

Les réponses reçues (en annexe) ont suscité une discussion centrée sur les points principaux suivants :

- question de savoir si l'on peut financer par les PIG une part de la mise à niveau des salaires financés par les DRG ;
- refus du canton de participer à l'étude d'Ecoplan

6. RÉPONSES COMPLÉMENTAIRES DU CONSEIL D'ÉTAT

Les réponses reçues (en annexe) ont suscité une discussion centrée sur les points suivants :

- faible part de la patientèle privée au CHUV ;
- maintien d'un tarif bas au regard des coûts ;
- mise au concours des activités subventionnées par les PIG ;
- anticipation d'une situation moins favorable à la prise en charge des missions du CHUV

7. DISCUSSION GÉNÉRALE

La commission a pris bonne note des informations obtenues du Conseil d'État et du CHUV, ainsi que des experts et de l'OFSP, qui répondent aux questions posées. Elle salue les engagements pris par le département en matière de transparence et de transmission de données sur le plan fédéral en particulier. Toutefois, il reste un flou quant à la définition légale précise des PIG, notamment au regard

³ Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'Assurance obligatoire des soins (AOS), 2017.

de savoir si elles peuvent couvrir les éléments couverts par les DRG (annexe 1, Avis du SJL sur la légalité de PIG).

De plus, une partie de la commission a expliqué ne pas pouvoir accepter le rapport en raison de la vision politique véhiculée dans les réponses du département, en particulier quant au plan financier à long terme et à l'augmentation de la contribution financière de l'État par des PIG.

8. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'État par 3 voix pour et 6 abstentions.

Echichens, le 23 juin 2020

*Le rapporteur :
(Signé) Philippe Jobin*

Annexes :

- Annexe 1 : Réponses complémentaires du Conseil d'État
- Annexe 2 : Présentation de M. Heinz Locher
- Annexe 3 : Présentation du Prof. Stefan Felder
- Annexe 4 : Réponses écrites complémentaires du Prof. Stefan Felder
- Annexe 5 : Réponses de l'OFSP

RAPPORTS DU CONSEIL D'ETAT SUR LES POSTULATS MOJON
(FINANCEMENT DU CHUV) ET LUISIER BRODARD (PIG)

NOTE INTERNE A L'ATTENTION DE LA COMMISSION CHARGÉE DE
L'EXAMEN DE CES RAPPORTS
EN VUE DE SA SEANCE DU 25 NOVEMBRE 2019

Date : 19 novembre 2019

Contexte

Lors de la séance de la Commission du 9 septembre, Mme Luisier Brodard a rappelé les points qu'elle avait soulevés le 8 juillet et sur lesquels elle attend une réponse :

« Mme Luisier Brodard souhaite que le Canton réponde aux points qu'elle avait soulevés lors de la séance du 8 juillet, en particulier : un tableau avec les montants relevant des PIG attribués à chaque hôpital de la FHV ; pourquoi la part de patientèle privée est faible au CHUV ; concernant la base légale identifiant les PIG, des explications complémentaires à l'annexe 1 du rapport, en particulier sur la distinction entre ce qui relève des PIG, des SwissDRG ou d'autres lois, car certaines prestations considérées comme PIG relèvent peut-être d'autres lois spéciales ; pourquoi le tarif est maintenu bas par choix politique, alors qu'il devrait être juste au regard des coûts ; l'égalité de traitement, lors du choix des prestataires, et les modalités d'attribution des PIG concernant les activités qui ne relèvent pas de la recherche et la formation doivent être questionnées ; les missions du CHUV doivent être examinées, tout comme la possibilité d'exercer une certaine maîtrise politique sur ce dossier. »

En outre, le 29 octobre, la Commission a adressé au DSAS une liste de questions complémentaires en lien avec les PIG.

La présente note reprend ces différentes demandes et contient les réponses du DSAS.

Demandes de Mme Luisier Brodard et réponses

1. *Tableau avec les montants relevant des PIG attribués à chaque hôpital de la FHV*
 - un tableau sur les montants et types de PIG attribués aux hôpitaux de la FHV en 2017 sera présenté en séance
2. *Pourquoi la part de patientèle privée est faible au CHUV ?*
 - note sur la part de patientèle privée au CHUV en annexe 1
3. *Concernant la base légale identifiant les PIG, des explications complémentaires à l'annexe 1 du rapport, en particulier sur la distinction entre ce qui relève des PIG, des SwissDRG ou d'autres lois, car certaines prestations considérées comme PIG relèvent peut-être d'autres lois spéciales*
 - recommandations de la CDS du 27 juin 2019 sur l'examen de l'économicité (annexe 2)

- présentation sur les PIG faites par le CHUV, en présence de la DGS, à M. Mojon (annexe 3)
 - s'agissant des lois spéciales, on peut mentionner notamment, par exemple, les articles 33a et suivants de la loi sur l'exécution des condamnations pénales (LEP) en annexe 4 ou l'article 4a de la loi sur l'action sociale vaudoise (LASV) en annexe 5
 - cf. également réponse à la question complémentaire n° 7 ci-dessous
4. *Pourquoi le tarif est maintenu bas par choix politique, alors qu'il devrait être juste au regard des coûts ?*
- note sur le niveau du tarif DRG du CHUV et les impacts d'une hausse en annexe 6
 - tableau de SwissDRG SA en annexe 7
5. *L'égalité de traitement, lors du choix des prestataires, et les modalités d'attribution des PIG concernant les activités qui ne relèvent pas de la recherche et la formation doivent être questionnées*
- les débats tenus lors des auditions de M. Locher et du Prof Felder montrent qu'il y a des réflexions/projets dans certains cantons visant à faire des appels d'offres pour certaines PIGs, mais qu'en l'état, aucun de ces projets n'a abouti et qu'il n'est donc pas possible d'en tirer des conclusions
 - cf. également réponse à la question complémentaire n° 8 ci-dessous
6. *Les missions du CHUV doivent être examinées, tout comme la possibilité d'exercer une certaine maîtrise politique sur ce dossier*
- pas de documentation complémentaire proposée par le DSAS : les deux postulats, le rapport du Conseil d'Etat et les débats de la Commission permettent d'assurer la transparence sur ce dossier vis-à-vis du Grand Conseil. S'agissant de la « maîtrise politique », on peut également se référer aux discussions en cours sur l'initiative CHUV.

Question complémentaires de la Commission et réponses

1. *Comment le canton de Vaud se positionne-t-il face au rapport de l'OFSP, p. IV du rapport de synthèse « Il n'existe quasiment plus de couvertures cantonales des déficits hospitaliers » ?*

Réponse : La modification de la LAMal en 2012 a conduit à une réforme profonde du système de financement du canton de Vaud. Aujourd'hui, le financement cantonal des hôpitaux découlent de leur activité stationnaire ainsi que de la prise en compte de prestations particulières, stationnaires ou ambulatoires, qui ne sont pas financés par la LAMal ou dont les tarifs ne reflètent pas le coût de la prestation. La relation entre les hôpitaux et le canton est régi par un contrat de prestations qui fixe des objectifs et des obligations aux hôpitaux en contrepartie du financement convenu.

Le système de financement prévoit pour la majorité des hôpitaux un plafonnement du financement de l'Etat à l'activité constatée deux ans auparavant. Cette mesure permet de limiter l'augmentation d'activité stationnaire des hôpitaux et, a contrario, protège l'hôpital contre une éventuelle diminution d'activité non planifiée. Il n'existe donc plus de couverture de déficit dans le domaine hospitalier dans le canton de

Vaud et le système responsabilise les hôpitaux face à leur gestion. Le système des DRG, associé à la standardisation de la comptabilité analytique, permet également aux hôpitaux (et au canton) de comparer le coût des prestations fournies et dès lors d'aborder la relation entre l'Etat et les hôpitaux sous l'angle de l'économicité.

2. *Pourquoi le canton n'a-t-il pas participé à l'étude ECOPLAN ?*

Réponse : Comme on le voit dans le cadre de l'Etude du Professeur Felder, la comparaison des prestations d'intérêt général entre les hôpitaux n'est pas simple. Elle est sujette à interprétations et mérite dans tous les cas une analyse 1-1 afin de comparer ce qui est comparable (cf. également réponse à la question complémentaire n° 4 ci-dessous et note en annexe 8).

L'Etude ECOPLAN présentait un schéma standard de présentation des prestations d'intérêt général sans les remettre dans leur contexte. Le canton de Vaud finançant bon nombre de prestations jugées nécessaires via les hôpitaux, alors que d'autres cantons pourraient fournir les mêmes prestations mais via d'autres institutions, l'étude ECOPLAN présente les mêmes biais que l'étude Felder.

Les cantons et hôpitaux ayant répondu à cette étude ont été bien surpris lorsqu'ils ont appris que les résultats seraient publiés et des réactions vives ont été exprimées à cette occasion.

Une étude digne de ce nom ne peut se réaliser qu'avec la collaboration des institutions sur l'ensemble du processus, du périmètre des informations recherchées à l'analyse et à la publication des résultats obtenus.

3. *Pourquoi le canton, qui a la possibilité d'intervenir dans la politique tarifaire dont il dit lui-même qu'elle est trop basse pour couvrir les coûts, ne le fait-il pas ? Uniquement pour ne pas peser sur les primes d'assurances ou pour des raisons additionnelles et lesquelles ?*

- cf. réponse à la question n° 4 de Mme Luisier Brodard ci-dessus et note en annexe 6

4. *La direction du CHUV indique que les chiffres fournis par Statistique suisse, en matière de PIG vaudoises, sont faussés, entre autres, par certaines pratiques comptables appliquées dans notre canton. Dans ce cas, et puisqu'elle est consciente de cette situation, pourquoi la direction du CHUV et/ou l'état de Vaud ne transmettent-ils pas des données épurées/corrigées à Statistique suisse ?*

- note sur la transmission des données à l'OFS en annexe 8

5. *Le Conseil d'Etat peut-il indiquer les raisons objectifs pour lesquelles le CHUV n'a pas une part de séjours hospitaliers privés qui permettraient de combler une sous-couverture tarifaire ? A-t-il abordé ce type de questions avec d'autres hôpitaux universitaires qui ont opté pour une autre politique ? Si oui, quelle est la position desdits établissements ?*

- cf. réponse à la question n° 2 de Mme Luisier Brodard ci-dessus et note en annexe 1

6. *Comment le Conseil d'Etat explique-t-il que d'autres établissements universitaires ont conclu des tarifs de base de CHF 150.- à 200.- plus élevés que le CHUV, et ce alors que le CHUV est un service de l'Etat, le point tarifaire étant négocié entre les partenaires et approuvé par le gouvernement cantonal ?*

- cf. réponse à la question n° 4 de Mme Luisier Brodard ci-dessus et note en annexe 6
7. *Base légale des PIG : si les cantons ont une large marge de manoeuvre pour définir les PIG, est-il exact qu'ils ne peuvent imputer aux PIG les coûts qui relèvent des Swiss DRG ou d'autres lois spéciales ? Qu'en est-il dans le canton de Vaud ? Dans sa réponse à l'interpellation 19_INT_341 (Mojon), le Conseil d'État indique quels frais de personnel des hôpitaux et compléments salariaux versés à leur personnel font partie des prestations à la charge de l'AOS qui doivent, dès lors, être financées par les tarifs ou par des PIG en tant que contributions qui servent, en plus des tarifs, à couvrir les coûts des prestations LAMal. Dès lors, est-il possible de considérer que des salaires normalement couverts par les Swiss DRG puissent être financés par des PIG ? Le Conseil d'État peut-il livrer à la commission parlementaire un avis de droit (externe, subsidiairement interne) sur cette question ?*
- cf. réponse à la question n° 3 de Mme Luisier Brodard ci-dessus
 - avis du SJL du 18 novembre 2019 en annexe 9, avec en annexe les extraits du Message du Conseil fédéral cités
 - cf. également les réponses données par le Conseil fédéral à la motion 16.3623, à la motion 16.3842 et au postulat 18.3149 en annexes 10, 11 et 12, dont il ressort en substance que les cantons ont une grande liberté dans la détermination des PIG et leur attribution
8. *L'égalité de traitement lors du choix des prestations et des modalités d'attribution des PIG est-elle respectée dans tous les cas ? Si non, dans quel cas y a-t-il un problème éventuel de discrimination ? Serait-il opportun de soumettre à un appel d'offres certaines PIG ? Si oui, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?*

Réponse : Il faut rappeler ici que la loi sur les subventions stipule le principe de la subsidiarité au versement d'une contribution de l'Etat. Si l'institution dispose de ressources propres qui lui permettent de réaliser une prestation, elle ne bénéficie pas automatiquement d'une subvention. En ce sens, les prestations versées à certains hôpitaux au titre de la politique régionale ne répondent pas à un critère d'attribution répliquable à un autre hôpital.

En outre, une prestation est versée par l'Etat dans la mesure où elle est demandée par l'Etat. Il ne suffit pas pour un hôpital (ou un autre prestataire) de réaliser une prestation analogue à son voisin pour prétendre pouvoir bénéficier de la même subvention. On peut penser ici aux PIG en lien avec la formation, par exemple.

Enfin, d'autres prestations d'intérêt général sont des mandats donnés à certains hôpitaux. Celles-ci découlent souvent du constat d'un besoin de prestations dans un domaine d'activité et qui est en lien avec ce domaine. Théoriquement, une telle prestation pourrait faire l'objet d'un appel d'offre, mais dans les faits, les acteurs intéressés hors du monde hospitalier ou parapublic sont rares. La tenue d'un registre, la mise en place d'une coordination, le suivi de patients fragiles ou présentant des difficultés sociales sont souvent perçus comme chronophages et peu valorisants. En outre, le suivi qualitatif de telles prestations est difficile à réaliser, raison pour laquelle elles sont le plus souvent confiées à un hôpital public. Mais cela n'exclut pas de confier des mandats à d'autres organismes comme des associations ou des fondations d'utilité publique.

On ne peut donc pas parler de discrimination à cet égard. Quant à la soumission à un appel d'offre marché public certaines d'entre elles, cela reste possible, mais nécessiterait un système de contrôle important dans la mesure où les règles du marché sont difficilement applicables pour ces prestations. Il est en effet difficilement imaginable attribué un mandat de prestation au meilleur prix à une entreprise dont le but est économique pour une activité qui vise à accompagner une population fragilisée et vulnérable.

On rappellera encore que la motion 16.3842 demandant que les PIG soient soumises au droit des marchés publics et fassent l'objet d'appels d'offres a été rejetée (cf. rapport de la Commission du Conseil des Etats en annexe 13).

DSAS
Secrétariat général

Annexes :

1. Note sur la part de patientèle privée du CHUV, avec son annexe
2. Recommandations de la CDS du 27 juin 2019 sur l'examen de l'économicité
3. Présentation faite par le CHUV sur les PIG le 22.10.19 à M. Mojon
4. Extrait des articles 33a et suivants de la loi sur l'exécution des condamnations pénales (LEP)
5. Extrait de l'article 4a de la loi sur l'action sociale vaudoise (LASV)
6. Note sur le niveau du tarif DRG du CHUV et les impacts d'une hausse, avec son annexe
7. Tableau de SwissDRG SA sur le degré de couverture de la V 8.0 de SwissDRG
8. Note sur l'opportunité de modifier les informations sur les PIG transmises à l'OFS
9. Avis du SJL du 18 novembre 2019, avec son annexe
10. Réponse du Conseil fédéral à la motion 16.3623
11. Réponse du Conseil fédéral à la motion 16.3842
12. Réponse du Conseil fédéral au postulat 18.3149
13. Rapport de la Commission du Conseil des Etats sur la motion 16.3842

Note à : Commission chargée de l'examen des postulats Mojon et Luisier

Concerne : Part de patientèle privée au CHUV (en vue de la Commission parlementaire du 25 novembre).

Date : 18 novembre 2019

Pour donner suite aux questions posées par Mme Luisier lors des séances de la Commission parlementaire du 9 septembre, cette note contient des explications sur la faible proportion de patients privés au CHUV.

La part de patients privés dans un hôpital dépend principalement des facteurs suivants :

- La part d'assurés privés dans la population du bassin de recrutement de l'hôpital
- L'offre, notamment hôtelière, de l'hôpital en faveur des patients privés
- L'offre des hôpitaux concurrents, dans le bassin de l'hôpital

A notre connaissance, il n'existe pas de publication sur la proportion de la population de chaque canton ayant conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation. Il faut toutefois relever que l'Enquête Suisse sur la santé de 2017 contient une question portant sur l'assurance complémentaire pour l'hospitalisation libellée ainsi: "En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré?" Ainsi, en 2017, pour le canton de Vaud, ce sont environ 162'700 personnes (+/- 17'200) qui sont assurées en division privée ou semi-privée en cas d'hospitalisation, soit 25% (+/- 2.4%) des 15 ans et plus. Selon les données de l'OFS (cf. tableau en annexe), cette proportion dans le canton de Vaud correspond à celle de toute la Suisse (25.7%). Il n'y a toutefois selon ces données pas de résultat par canton, mais seulement par "région OFS"; il en ressort que les taux varient peu entre les régions, à l'exception de Zurich, qui sort du lot avec un taux de 31.5%.

En outre, l'OFS a transmis au CHUV le nombre d'hospitalisations somatiques aiguës, en division commune et privée, par canton de domicile du patient, pour 2017. Nous pouvons comparer ces proportions cantonales à celles des hôpitaux universitaires.

Proportion d'hospitalisations privées 2017

	Hôpital	Canton
CHUV (séjours somatiques aigus)	8.8%	20.8%
Hôpital de l'Île, Berne	16.2%	17.4%
Hôpital universitaire de Bâle	21.7%	23.4%
Hôpital universitaire de Zurich	20.6%	28.1%
Toute la Suisse	22.1%	

Sources : rapports annuels et OFS

Bâle : BS et BL

Nous constatons que la part des hospitalisations privées est généralement plus faible à l'hôpital universitaire que pour l'ensemble des hospitalisations des habitants du canton.

L'écart entre les deux taux est cependant beaucoup plus important au CHUV. La proportion d'hospitalisations privées chez les Vaudois n'explique donc que pour une petite partie la faible part de patients privés au CHUV.

- Le CHUV ne dispose pas d'une unité géographiquement séparée et organisée pour accueillir les patients privés, contrairement aux hôpitaux universitaires de Genève et Bâle notamment. Les patients privés sont hébergés dans les différentes unités d'hospitalisation en fonction de leur pathologie. L'offre hôtelière au CHUV n'est pas au niveau de celle des cliniques privées ou des hôpitaux disposant d'une unité dédiée.

Le CHUV avait en 2012 l'intention de créer, au dix-neuvième étage du bâtiment principal, une unité d'hospitalisation individualisée, destinée à la fois à accueillir les patients nécessitant un isolement, mais aussi à regrouper les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire dans une structure hôtelière spécifique. La croissance du besoin en chambre d'isolement ces dernières années, pour l'oncologie en particulier, a contraint le CHUV à renoncer à la seconde partie du projet. En outre, d'une manière générale, la priorité a été donnée au programme de rénovation du CHUV ainsi qu'à la maîtrise de son engorgement chronique plutôt qu'au développement de ses capacités d'accueil de la clientèle privée.

- La région Lausannoise dispose d'une offre bien étoffée de lits en cliniques privées qui permet de prendre en charge une grande partie de la population disposant d'une assurance complémentaire. C'est pourquoi, les patients privés qui n'ont pas besoin du plateau technique ou des spécialistes du CHUV ont tendance à se faire hospitaliser dans une clinique privée ou un hôpital de la FHV. Par ailleurs, particulièrement en période d'engorgement, les urgences du CHUV transfèrent prioritairement les patients avec assurance complémentaire, qui ne nécessitent pas un plateau technique tertiaire, vers les cliniques privées (environ 200 cas par année en 2015 et 2016, près de 100 cas en 2018).

Cette situation se traduit par un indice de casemix, qui correspond à la lourdeur moyenne mesurée par les SwissDRG, de 17% plus élevé pour les patients privés (sans les nouveaux-nés sains) que celui des patients en division commune. Dans les autres hôpitaux universitaires cette différence n'est que de 3%. Cette comparaison confirme que le CHUV n'accueille les clients privés que dans la mesure où ils ont besoin du plateau technique ou des spécialistes du CHUV.

DSAS

Annexe : tableau de l'OFS sur la part de la population assurée en division privée et semi-privée

En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré?

2017, en % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

	Division commune		Division demi-privée		Division privée		Autre modèle		Ne sait pas		Echantillon total		Population totale	Prop. division privée et demi-privée (en %)
	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	n	Pop. (en %)	N	
Total	63.2	0.8	19.3	0.7	6.4	0.4	1.4	0.2	9.7	0.5	18 806	100	7 036 199	25.7
Sexe														
Hommes	61.3	1.2	19.1	1.0	6.7	0.6	1.3	0.3	11.6	0.8	8 809	100	3 475 924	
Femmes	65.0	1.1	19.5	0.9	6.1	0.5	1.4	0.3	7.9	0.6	9 997	100	3 560 275	
Âge														
15-24 ans	48.8	2.4	10.9	1.5	3.6	0.9	(0.6)	(0.4)	36.1	2.3	2 349	100	879 601	
25-34 ans	67.1	2.2	14.1	1.7	3.2	0.8	1.4	0.5	14.2	1.7	2 264	100	1 163 698	
35-44 ans	66.6	2.1	17.8	1.7	4.7	0.9	2.0	0.6	8.9	1.3	2 835	100	1 165 722	
45-54 ans	69.2	1.8	19.2	1.5	5.5	0.9	1.6	0.5	4.5	0.8	3 662	100	1 290 128	
55-64 ans	65.7	2.0	22.2	1.7	8.3	1.1	1.6	0.6	2.2	0.6	3 223	100	1 067 282	
65-74 ans	57.9	2.2	28.6	2.0	11.0	1.4	1.5	0.5	(1.0)	(0.4)	2 653	100	812 934	
75+ ans	60.3	2.6	26.7	2.4	11.9	1.7	(0.4)	(0.3)	(0.8)	(0.5)	1 820	100	656 834	
Niveau de formation (personnes de 25 ans et plus)														
Scolarité obligatoire	77.7	2.1	11.0	1.6	2.3	0.7	(0.3)	(0.2)	8.8	1.5	2 158	100	815 906	
Degré secondaire II	68.3	1.2	19.7	1.0	5.4	0.6	1.3	0.3	5.4	0.6	8 132	100	2 934 502	
Degré tertiaire	57.2	1.5	24.9	1.3	10.1	0.9	2.2	0.4	5.6	0.7	6 125	100	2 388 397	
Régions linguistiques														
Suisse alémanique	65.7	1.0	20.0	0.8	5.9	0.5	1.6	0.3	6.8	0.6	12 461	100	5 002 891	
Suisse romande	56.5	1.6	18.1	1.2	7.1	0.8	0.8	0.3	17.5	1.3	4 934	100	1 716 514	
Suisse italienne	59.2	2.9	15.6	2.1	10.8	1.7	(1.1)	(0.5)	13.4	2.1	1 411	100	316 795	
Grandes régions														
Région lémanique	54.6	1.8	18.6	1.4	7.9	1.0	(0.9)	(0.4)	18.0	1.5	3 339	100	1 315 040	26.5
Espace Mittelland	67.1	1.8	19.0	1.5	3.2	0.6	1.0	0.4	9.7	1.1	3 760	100	1 556 972	22.2
Suisse du Nord-Ouest	66.8	2.2	18.0	1.8	6.9	1.2	1.8	0.7	6.6	1.3	2 051	100	964 614	24.8
Zurich	61.5	2.3	22.1	2.0	9.4	1.3	(1.3)	(0.5)	5.7	1.1	2 053	100	1 247 724	31.5
Suisse orientale	67.5	2.0	17.9	1.6	4.7	0.8	1.6	0.4	8.2	1.3	3 468	100	979 901	22.6
Suisse centrale	64.4	2.4	22.0	2.0	5.0	1.0	2.4	0.9	6.2	1.2	2 800	100	671 090	27.1
Tessin	59.1	2.9	15.5	2.2	11.1	1.7	(1.0)	(0.5)	13.4	2.2	1 335	100	300 858	26.6
Nationalité														
Suisses	64.1	0.9	20.7	0.8	6.6	0.5	1.3	0.2	7.2	0.5	15 301	100	5 325 235	
Etrangers/-ères	60.3	1.9	14.9	1.4	5.7	0.9	1.6	0.5	17.6	1.5	3 505	100	1 710 964	
Âge et sexe														
Hommes														
15-24 ans	42.9	3.5	11.4	2.3	4.5	1.4	(0.9)	(0.7)	40.3	3.5	1 091	100	455 955	
25-34 ans	62.7	3.4	15.2	2.6	3.2	1.2	(1.2)	(0.7)	17.7	2.7	997	100	583 644	
35-44 ans	65.2	3.1	17.5	2.5	4.8	1.3	(2.0)	(0.9)	10.5	2.0	1 349	100	586 175	
45-54 ans	67.2	2.7	20.1	2.3	6.2	1.4	(1.3)	(0.6)	5.2	1.2	1 767	100	649 368	
55-64 ans	68.0	2.8	19.0	2.4	8.9	1.7	(1.4)	(0.8)	2.7	1.0	1 492	100	529 861	
65-74 ans	57.5	3.2	29.4	3.0	10.7	1.9	(1.4)	(0.8)	(1.0)	(0.6)	1 264	100	388 223	
75+ ans	59.5	3.8	26.7	3.5	12.8	2.6	(0.3)	(0.3)	(0.6)	(0.6)	849	100	282 698	
Femmes														
15-24 ans	55.0	3.2	10.5	1.9	2.7	1.0	(0.2)	(0.2)	31.7	2.9	1 258	100	423 647	
25-34 ans	71.6	2.9	13.0	2.1	3.2	1.1	(1.5)	(0.7)	10.8	2.0	1 267	100	580 053	
35-44 ans	68.0	2.9	18.0	2.4	4.7	1.2	(2.0)	(0.9)	7.3	1.7	1 486	100	579 547	
45-54 ans	71.1	2.4	18.3	2.0	4.9	1.1	1.8	0.8	3.9	1.0	1 895	100	640 760	
55-64 ans	63.4	2.7	25.2	2.5	7.7	1.5	1.9	0.9	1.8	0.7	1 731	100	537 422	
65-74 ans	58.4	3.1	27.8	2.8	11.2	2.1	(1.6)	(0.8)	(1.0)	(0.6)	1 389	100	424 711	
75+ ans	60.9	3.6	26.8	3.3	11.1	2.2	(0.4)	(0.4)	(0.9)	(0.7)	971	100	374 136	
Niveau de formation et sexe (personnes de 25 ans et plus)														
Hommes														
Scolarité obligatoire	76.0	3.8	7.8	2.3	(2.6)	(1.4)	(0.2)	(0.2)	13.4	3.1	738	100	302 525	
Degré secondaire II	70.2	1.9	17.1	1.6	4.1	0.7	1.0	0.4	7.6	1.1	3 468	100	1 323 250	
Degré tertiaire	55.9	2.0	26.0	1.7	10.8	1.2	1.9	0.5	5.5	1.0	3 500	100	1 389 408	
Femmes														
Scolarité obligatoire	78.7	2.5	12.8	2.0	2.1	0.8	(0.3)	(0.3)	6.0	1.5	1 420	100	513 381	
Degré secondaire II	66.8	1.6	21.8	1.4	6.4	0.8	1.5	0.4	3.5	0.7	4 664	100	1 611 252	
Degré tertiaire	59.1	2.2	23.3	1.9	9.3	1.3	2.5	0.7	5.8	1.1	2 625	100	998 988	
Trend														
Total														
2017	63.2	0.8	19.3	0.7	6.4	0.4	1.4	0.2	9.7	0.5	18 806	100	7 036 199	

2012	64.7	0.9	18.0	0.7	7.5	0.5	1.3	0.2	8.5	0.5	18 293	100	6 838 268
Hommes													
2017	61.3	1.2	19.1	1.0	6.7	0.6	1.3	0.3	11.6	0.8	8 809	100	3 475 924
2012	64.2	1.3	16.5	1.0	7.8	0.7	1.2	0.3	10.4	0.9	8 608	100	3 351 429
Femmes													
2017	65.0	1.1	19.5	0.9	6.1	0.5	1.4	0.3	7.9	0.6	9 997	100	3 560 275
2012	65.2	1.2	19.5	1.0	7.2	0.7	1.4	0.3	6.7	0.7	9 685	100	3 486 839

IC +/-: limites de l'intervalle de confiance à 95%. Elles indiquent avec une probabilité de 95% la zone dans laquelle se trouve la valeur effective.

() : nombre d'observations insuffisant (<30). Il indique une représentativité statistique limitée ou un manque de fiabilité statistique.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé

© OFS - Tableaux standards ESS17

Renseignements: tél.: +41 58 463 65 62, e-mail: sgb@bfs.admin.ch

Les grandes régions: Population et composition

N°	Grande région	Cantons	Population résidante permanente au 31.12.2015 (STATPOP)
1	Région lémanique	Genève, Vaud, Valais	1'593'839
2	Espace Mittelland	Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Soleure	1'842'251
3	Suisse du Nord-Ouest	Argovie, Bâle-campagne, Bâle-Ville	1'128'723
4	Zurich	Zurich	1'466'424
5	Suisse orientale	Appenzell Rh. Ext., Appenzell Rh. Int., Glaris, Grisons, St.-Gallen, Schaffhausen, Thurgovie	1'153'485
6	Suisse centrale	Lucerne, Nidwald, Obwald, Schwyz, Uri, Zoug	790'458
7	Tessin	Tessin	351'946

Source: OFS – STATPOP

En cas d'hospitalisation, pour quelle division hospitalière êtes-vous assuré?

2012, en % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

	Division commune		Division demi-privée		Division privée		Autre modèle		Ne sait pas		Echantillon total		Population totale	
	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	n	Pop. (en %)	N	
Total	64.7	0.9	18.0	0.7	7.5	0.5	1.3	0.2	8.5	0.5	18 293	100	6 838 268	25.5
Sexe														
Hommes	64.2	1.3	16.5	1.0	7.8	0.7	1.2	0.3	10.4	0.9	8 608	100	3 351 429	
Femmes	65.2	1.2	19.5	1.0	7.2	0.7	1.4	0.3	6.7	0.7	9 685	100	3 486 839	
Âge														
15-24 ans	53.6	2.6	9.3	1.4	3.4	0.9	(1.0)	(0.6)	32.7	2.4	2 338	100	892 025	
25-34 ans	68.3	2.6	12.4	1.8	4.3	1.1	1.2	0.5	13.8	1.9	2 166	100	1 070 573	
35-44 ans	72.7	2.0	14.7	1.5	4.9	1.0	1.8	0.5	5.8	1.2	3 074	100	1 150 545	
45-54 ans	68.7	1.9	18.7	1.6	7.9	1.1	1.4	0.4	3.3	0.8	3 750	100	1 305 010	
55-64 ans	63.6	2.2	23.8	1.9	9.5	1.2	1.7	0.7	1.5	0.6	2 859	100	970 363	
65-74 ans	59.3	2.3	26.4	2.1	12.3	1.5	1.1	0.4	(0.9)	(0.4)	2 522	100	771 151	
75+ ans	60.3	3.1	24.9	2.7	13.1	2.1	(0.2)	(0.2)	(1.6)	(0.8)	1 584	100	678 601	
Niveau de formation (personnes de 25 ans et plus)														
Scolarité obligatoire	79.1	2.3	11.5	1.7	2.5	1.0	(0.4)	(0.3)	6.6	1.5	2 110	100	919 968	
Degré secondaire II	68.9	1.3	18.7	1.0	7.2	0.7	1.1	0.2	4.1	0.6	8 450	100	3 046 500	
Degré tertiaire	56.6	1.7	23.9	1.4	12.2	1.1	2.1	0.5	5.2	0.8	5 359	100	1 966 178	
Régions linguistiques														
Suisse alémanique	66.8	1.1	18.3	0.9	7.0	0.6	1.5	0.3	6.4	0.6	12 108	100	4 872 225	
Suisse romande	59.0	1.7	17.8	1.3	8.0	0.9	0.5	0.2	14.7	1.3	4 835	100	1 658 221	
Suisse italienne	62.8	3.0	15.3	2.2	11.6	1.8	(1.1)	(0.6)	9.1	2.0	1 350	100	307 822	
Grandes régions														
Région lémanique	56.2	2.0	18.6	1.5	9.1	1.1	(0.6)	(0.3)	15.5	1.6	3 326	100	1 278 645	27.7
Espace Mittelland	70.9	1.8	17.2	1.5	3.5	0.7	1.1	0.5	7.3	1.0	3 566	100	1 523 376	20.7
Suisse du Nord-Ouest	65.3	2.2	18.3	1.7	8.0	1.2	1.4	0.5	7.0	1.3	2 632	100	934 053	26.3
Zurich	60.5	2.6	20.3	2.0	11.8	1.6	(1.1)	(0.5)	6.3	1.4	1 907	100	1 200 173	32.1
Suisse orientale	70.9	2.4	15.6	1.8	5.5	1.2	2.0	0.7	6.0	1.3	2 612	100	957 442	21.1
Suisse centrale	65.8	2.3	19.0	2.0	5.9	0.9	2.1	0.6	7.3	1.3	2 941	100	649 714	24.9
Tessin	62.8	3.0	15.4	2.2	11.9	1.9	(1.1)	(0.6)	8.9	1.9	1 309	100	294 865	27.2
Nationalité														
Suisses	64.7	0.9	19.6	0.8	7.8	0.5	1.4	0.2	6.6	0.5	15 638	100	5 265 997	
Etrangers/-ères	64.6	2.3	12.8	1.5	6.6	1.2	(1.0)	(0.5)	15.0	1.7	2 655	100	1 572 271	
Âge et sexe														
Hommes														
15-24 ans	48.6	3.7	10.6	2.2	3.4	1.4	(0.7)	(0.5)	36.8	3.5	1 125	100	456 074	
25-34 ans	64.4	3.9	11.3	2.5	5.5	1.8	(0.8)	(0.5)	18.0	3.1	1 001	100	541 480	
35-44 ans	71.1	3.0	14.5	2.2	5.5	1.5	1.8	0.8	7.1	1.9	1 447	100	570 924	
45-54 ans	70.4	2.7	16.4	2.2	7.9	1.5	(1.3)	(0.6)	4.1	1.3	1 742	100	664 036	
55-64 ans	67.1	3.1	19.8	2.6	9.2	1.8	(2.0)	(1.1)	(1.9)	(1.0)	1 367	100	487 138	
65-74 ans	58.7	3.3	25.4	3.0	14.2	2.3	(0.5)	(0.3)	(1.2)	(0.7)	1 221	100	368 186	
75+ ans	62.2	4.3	23.5	3.7	13.2	2.8	(0.4)	(0.4)	(0.7)	(0.6)	705	100	263 591	
Femmes														
15-24 ans	58.8	3.6	8.0	1.8	3.4	1.2	(1.2)	(1.1)	28.5	3.2	1 213	100	435 950	
25-34 ans	72.2	3.3	13.5	2.6	3.1	1.2	(1.7)	(0.9)	9.5	2.1	1 165	100	529 093	
35-44 ans	74.3	2.7	15.0	2.1	4.4	1.3	1.8	0.8	4.6	1.4	1 627	100	579 621	
45-54 ans	66.9	2.7	21.1	2.2	7.9	1.7	1.5	0.5	2.6	1.0	2 008	100	640 974	
55-64 ans	60.0	3.2	27.8	2.8	9.7	1.7	(1.4)	(0.7)	(1.0)	(0.7)	1 492	100	483 225	
65-74 ans	59.8	3.2	27.4	2.9	10.6	1.9	(1.6)	(0.7)	(0.6)	(0.4)	1 301	100	402 965	
75+ ans	59.0	4.3	25.7	3.7	13.1	2.9	(0.1)	(0.1)	(2.1)	(1.2)	879	100	415 010	
Niveau de formation et sexe (personnes de 25 ans et plus)														
Hommes														
Scolarité obligatoire	79.1	4.0	6.6	2.1	(2.6)	(1.6)	(0.2)	(0.2)	11.5	3.4	684	100	311 189	
Degré secondaire II	72.4	1.9	14.3	1.4	6.1	1.0	0.9	0.3	6.3	1.2	3 575	100	1 361 881	
Degré tertiaire	57.0	2.2	23.7	1.8	12.7	1.4	1.9	0.6	4.8	1.0	3 210	100	1 216 582	
Femmes														
Scolarité obligatoire	79.0	2.9	14.0	2.3	2.4	1.3	(0.4)	(0.4)	4.1	1.4	1 426	100	608 779	
Degré secondaire II	66.0	1.6	22.3	1.4	8.1	0.9	1.3	0.4	2.3	0.6	4 875	100	1 684 619	
Degré tertiaire	56.0	2.7	24.3	2.3	11.4	1.8	2.4	0.7	6.0	1.4	2 149	100	749 596	

IC +/-: limites de l'intervalle de confiance à 95%. Elles indiquent avec une probabilité de 95% la zone dans laquelle se trouve la valeur effective.

(): nombre d'observations insuffisant (<30). Il indique une représentativité statistique limitée ou un manque de fiabilité statistique.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé

© OFS - Tableaux standards ESS17

Renseignements: tél.: +41 58 463 65 62, e-mail: sgb@bfs.admin.ch



Recommandations

8-4-2-0

27 juin 2019

Recommandations sur l'examen de l'économicité Détermination des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49, al. 1, LAMal

Approuvées par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019

1.	Contexte	1
2.	Les quatre étapes de l'examen de l'économicité	3
2.1	Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements	3
2.2	Calcul des coûts d'exploitation par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark	3
2.2.1	Contexte	3
2.2.2	Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique	4
2.2.3	Délimitation des coûts non pertinents pour le benchmark.....	5
2.3	Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark	11
2.4	Définition du benchmark	12
2.4.1	Principes	12
2.4.2	Qualité insuffisante des données	13
	Annexe.....	15
	Abréviations	16

1. Contexte

Les recommandations ci-après servent de base aux cantons pour l'approbation des conventions relatives aux tarifs hospitaliers conclues entre les hôpitaux et les assureurs selon l'art. 46, al. 4, LAMal, respectivement pour la fixation des tarifs des hôpitaux en l'absence de convention tarifaire (art. 47 LAMal). Les tarifs hospitaliers sont déterminés selon l'art. 49, al. 1, LAMal en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Avec le nouveau financement hospitalier, on est passé d'un système basé sur l'indemnisation des coûts spécifiques à l'hôpital (avant 2012) à un système de « prix » axé sur les coûts.

L'examen de l'économicité a pour objectif de définir le rapport exact entre les prestations et leur prix (tarifs). Lors de l'évaluation des tarifs, il est donc nécessaire de se référer à la présentation des coûts des hôpitaux concernés, respectivement comparables.

Les présentes recommandations servent à la détermination du tarif basé sur les **coûts des hôpitaux efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal** (ci-après « tarif basé sur les coûts »). Ce tarif constitue la base de l'évaluation du tarif hospitalier soumis pour approbation ou fixation par les partenaires tarifaires.

Dans le cadre de la détermination du tarif basé sur les coûts, les cantons décident du degré de détail de l'examen des différentes composantes des coûts. Le type de demande (approbation ou fixation d'un tarif) ainsi que les informations disponibles peuvent influencer le degré de détail de l'examen.

Un écart entre le tarif basé sur les coûts et le tarif demandé par un hôpital est possible, mais doit pouvoir être justifié de manière adéquate. Si le tarif négocié est considérablement supérieur au tarif basé sur les coûts, alors le tarif négocié ne se fonde plus sur les coûts des hôpitaux efficients et/ou un risque de financements croisés à la charge de l'AOS peut exister.

Pour des prestations comparables, des tarifs comparables sont appropriés. Des différences tarifaires entre hôpitaux et assureurs comparables ne sont admissibles que dans des cas justifiés. Une différence peut survenir entre un tarif approuvé et le tarif à fixer lorsque, par exemple, l'existence de résultats de négociations accélère sensiblement le processus de fixation des tarifs, ce qui conduit à davantage de sécurité dans la planification et à une diminution des procédures de compensation rétroactive et des coûts en découlant pour tous les acteurs. Ou la collaboration et les processus entre les parties contractantes sont simplifiés par l'acceptation plus élevée de tarifs conclus contractuellement par rapport à des tarifs fixés.

Lorsqu'ils fixent les tarifs, les cantons utilisent comme critère d'efficacité la valeur de référence établie par une comparaison d'établissements. En outre, on peut tenir compte des particularités d'un hôpital en cas de besoin.

Les recommandations ci-après se concentrent sur les domaines des hôpitaux relevant de la structure tarifaire SwissDRG. Des recommandations complémentaires pour la psychiatrie et la réadaptation font l'objet d'un document distinct.¹

En outre, les recommandations ci-après concernent uniquement l'examen de l'économicité pour la fixation des tarifs. Même s'il est identique sur de nombreux points à l'examen de l'économicité dans le cadre de la fixation des tarifs, l'examen de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière n'est pas traité dans les présentes recommandations et les aspects divergents pour la planification hospitalière ne sont donc pas pris en compte ici.

La fixation de tarifs adéquats et fondés sur les coûts des hôpitaux efficients est effectuée en déterminant les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité de chaque hôpital et est fondée – en règle générale et dans la mesure du possible – sur des comparaisons d'établissements subséquentes.

Une procédure en quatre étapes est donc recommandée pour la détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49, al. 1, LAMal.

1. Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements
2. Calcul des coûts d'exploitation hospitaliers par hôpital (site) pertinents pour le benchmark
3. Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark
4. Définition de la valeur de référence (benchmark)

S'il n'est pas possible de définir un benchmark, la LAMal statue néanmoins qu'un examen de l'économicité et, au besoin, une comparaison de cette économicité au moyen d'autres méthodes s'imposent.

¹ Recommandations de la CDS relatives à l'examen d'économicité dans la psychiatrie et la réadaptation : Compléments aux recommandations relatives à la détermination des hôpitaux efficients au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal

2. Les quatre étapes de l'examen de l'économicité

2.1 Récolte de données suffisantes pour des comparaisons d'établissements

Conformément à l'art. 49, al. 8, LAMal, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale, en collaboration avec les cantons, à des comparaisons entre hôpitaux en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Le Tribunal administratif fédéral présuppose de telles comparaisons d'établissements dans le cadre de l'examen de l'économicité.² C'est pourquoi, depuis 2015, la CDS échange des données entre les cantons dans le cadre de l'entraide administrative.

L'objectif de l'échange de données sur les coûts hospitaliers organisé par la CDS est de créer une base de données suffisante et de haute qualité pour les comparaisons d'établissements hospitaliers dans le cadre des procédures d'approbation et de fixation des tarifs.

À partir de l'année de données 2018, la Confédération s'appuie sur l'échange de données CDS pour la publication des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité aux termes de l'art. 49, al. 8, LAMal.³

2.2 Calcul des coûts d'exploitation par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark

2.2.1 Contexte

Le modèle de tarif intégré ITAR_K (uniquement ses directives pour le calcul des coûts, pas celles pour la fixation des tarifs) constitue la base de calcul des coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark. Si des commentaires particuliers quant à la prise en compte, respectivement la délimitation, des coûts ne sont pas formulés dans les présentes recommandations sur l'examen de l'économicité, les directives selon ITAR_K sont applicables.⁴

Le total des coûts selon la comptabilité analytique d'après REKOLE pour les prestations hospitalières LAMal constitue le point de départ de l'analyse, comptabilité qui assure une méthodologie uniforme pour déterminer les coûts et répertorier les prestations dans tous les hôpitaux et cliniques. À compter de l'année de données 2019, les établissements sans certification REKOLE devraient dans la mesure du possible être exclus d'une comparaison.

Les délimitations matérielles et temporelles de la comptabilité financière doivent être présentées dans la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et doivent être compréhensibles. Cela concerne en particulier les charges d'exploitation (groupes de comptes 41-49), les coûts d'utilisation des immobilisations (CUI, groupe de comptes 44), les charges d'intérêt (groupe de comptes 46) ainsi que l'intégration, respectivement l'exclusion, des coûts à cheval année en cours / année précédente et année en cours / année suivante.

Les coûts non déterminants pour la fixation des tarifs pour les prestations hospitalières LAMal doivent être exclus (comptabilité séparée, centres de charges accessoires, recherche et enseignement universitaire, prestations d'intérêt général ou autres unités finales d'imputation). En font partie les prestations non prises en charge par la LAMal.

Pour la détermination des coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark dans le domaine SwissDRG (c.-à-d. des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité), les coûts des prestations qui ne sont pas représentées dans la structure tarifaire SwissDRG appliquée pour l'année tarifaire (DRG non évalués) ou qui nécessitent des indemnités spéciales (rémunérations supplémentaires, prestations SVK), doivent être exclus.

² Cf. l'arrêt de principe ATAF 2014/36 (Hôpital de Triemli).

³ Cf. Concept OFSP sur la publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal.

⁴ ITAR_K détermine les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité et les tarifs dans tous les domaines de prestations d'un hôpital et établit des relations entre ces tarifs. Les paragraphes qui suivent traitent essentiellement des deux unités finales d'imputation d'ITAR_K concernant la rémunération des prestations stationnaires « Cas LAMal hosp. au sens strict » et « Tarif hosp. LAMal AC ». Les deux unités finales d'imputation sont ci-après dénommées conjointement unité finale d'imputation « Prestations hospitalières LAMal ».

Pour une évaluation globale des coûts, il est nécessaire d'avoir, en plus de la présentation des coûts selon ITAR_K et la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique, un tableau ou une comptabilité des immobilisations selon l'art. 10a OCP (p. ex. extrait correspondant de l'auto-déclaration CUI selon l'OCP de la statistique des hôpitaux).

D'une manière générale, les coûts par cas doivent être présentés site par site. La jurisprudence confirme également l'exigence d'une présentation des coûts par site.⁵

Par conséquent, une présentation des coûts séparée doit être établie pour chaque hôpital. Les données sont intégrées site par site dans la comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark.⁶

Par ailleurs, la délimitation des établissements hospitaliers dans les listes hospitalières et lors de l'attribution des autorisations d'exploitation est gérée différemment d'un canton à l'autre. Dans le domaine de l'admission des hôpitaux à facturer des prestations AOS (art. 39 LAMal), il convient toutefois de définir ce qu'est un hôpital, car selon la jurisprudence un canton ne peut attribuer le mandat de prestations sur plusieurs sites, respectivement l'exploitant d'un hôpital comportant plusieurs sites ne peut décider librement quelles prestations il fournit sur un site déterminé sans que ce site dispose d'un mandat de prestations correspondant.⁷

La transparence analytique en ce qui concerne les coûts d'exploitation des différents sites est aussi important parce que la présentation de leur économicité réelle augmente la pertinence du benchmark. Par contre, l'agrégation croissante des données tend à rapprocher le benchmark du 50^e percentile (médiane). Une présentation par site des coûts par cas est particulièrement importante si l'éventail des prestations est très différent selon le site.

Si un hôpital ne dispose pas de présentations ITAR_K distinctes pour chaque site, le canton peut collecter les informations spécifiques au site nécessaires à la plausibilisation des données sur les coûts par le biais du formulaire complémentaire CDS *Présentation par site des coûts par cas*.

Recommandation 1

Les cantons exigent une présentation des coûts selon ITAR_K complétée par la passerelle d'ajustement comptabilité financière / comptabilité analytique et un tableau ou une comptabilité des immobilisations d'après l'art. 10a de l'OCP (p. ex. extrait correspondant de l'auto-déclaration CUI selon l'OCP de la statistique des hôpitaux) ainsi que, pour chaque hôpital, une présentation des coûts par cas.

Dans le cadre des mandats de prestations, les cantons devraient imposer à leurs hôpitaux la certification REKOLE au plus tard pour l'année de données 2019.

2.2.2 Délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique

a) Calcul des intérêts sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation

Dans le cadre de la délimitation comptabilité financière / comptabilité analytique, les éventuels intérêts effectifs contenus dans les coûts doivent être exclus, puis les intérêts calculatoires sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation doivent être calculés et pris en compte. Pour la détermination des intérêts calculatoires, la méthode de la Surveillance des prix (SPR) est applicable. Celle-ci repose sur le rendement moyen des obligations de la Confédération (base : coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark ; durée: 10 ans ; délai de paiement : 40 jours ; p. ex. pour l'année tarifaire 2018 = $-0,072 \% [2017] * 40/365 = -0,008 \%$).⁸ Si le taux d'intérêt est négatif, aucune déduction n'est à effectuer.

⁵ Cf. arrêt de principe ATAF 2014/3 (hôpital cantonal de Lucerne).

⁶ Définition du *site hospitalier (hôpital)* analogue à la version en vigueur des recommandations de la CDS sur la planification hospitalière. La présentation site par site des coûts par cas doit être assurée au plus tard à partir de l'année de données 2020.

⁷ Cf. arrêts du TAF C-2290/2013, consid. 8.4 ss (See-Spital Horgen und Kilchberg), et C-5849/2013, consid. 2.3.1 (Clinique Gut St. Moritz SA).

⁸ Méthode de la SPR retenue dans l'arrêt du TAF C-1698/2013 (Hôpital cantonal Lucerne), voir consid. 3.7.

Recommandation 2

Pour déterminer les intérêts calculatoires sur les actifs circulants nécessaires à l'exploitation, il convient de se référer à un taux d'intérêt pour les immobilisations à faible risque. Il est recommandé d'appliquer la méthode utilisée par la SPR. Le canton doit vérifier si les intérêts calculatoires ont été déterminés conformément à la méthode de la SPR.

b) Coûts d'utilisation des immobilisations (groupe de comptes 44)

Pour l'évaluation de l'efficacité d'un hôpital, il convient de prendre en compte également les coûts d'utilisation des immobilisations^{9,10}. En raison des corrélations existantes entre les immobilisations et l'exploitation en lien avec la fourniture efficace des prestations, une évaluation séparée des coûts d'exploitation et des coûts d'utilisation des immobilisations ne serait pas appropriée. Un avantage de l'examen commun des coûts d'exploitation et des coûts d'utilisation des immobilisations lors de la comparaison des établissements est aussi le traitement des CUI sous forme de loyers, leasing et achat de prestations dans le prix desquels l'utilisation des immobilisations est intégrée.

Pour ces raisons, les CUI doivent être inclus, depuis la suppression du supplément normatif au 1^{er} janvier 2013, dans le calcul des coûts par cas hospitaliers pertinents pour le benchmark.

La présentation des CUI doit être disponible d'après les directives de l'OCP dans une mesure suffisante et dans une qualité suffisante.

Pour la plausibilisation de la qualité des données, le tableau des immobilisations fourni chaque année par les hôpitaux dans le cadre de la statistique des hôpitaux et celui réclamé par les cantons auprès des hôpitaux peuvent tous deux servir d'aide.

Si les données requises sur les coûts d'un hôpital ne sont pas disponibles au sens de l'OCP, l'hôpital doit être exclu du benchmarking.

Si pour un hôpital les coûts d'utilisation des immobilisations présentés sont trop bas en raison des directives de l'OCP, l'intégration de cet hôpital dans le processus de benchmarking pourrait fausser le résultat. Les données recueillies depuis 2012 ne révèlent toutefois aucune distorsion significative du benchmark. Pour comparer l'économicité de deux ou trois prestataires seulement (par exemple dans des domaines partiels de la psychiatrie ou de la réadaptation), des examens encore plus précis peuvent être effectués.

Recommandation 3

Les CUI déterminés selon les exigences de l'OCP doivent être pris en compte dans le benchmarking.

2.2.3 Délimitation des coûts non pertinents pour le benchmark

a) Recherche et formation universitaire

La recherche et la formation universitaire englobent la recherche fondamentale, la recherche clinique, les coûts de la formation théorique et pratique ainsi que les coûts de la formation postgrade dispensée jusqu'à l'obtention du titre postgrade des professions médicales selon la LPMéd. Ces coûts ne constituent pas des coûts LAMal et doivent donc figurer dans une unité finale d'imputation séparée, conformément à REKOLE. Si celle-ci comprend exclusivement et définitivement les coûts de la formation universitaire et de la re-

⁹ Selon arrêt du TAF C-2283/2013, consid. 4.9.5 (hôpitaux de Triemli et de Waid)

¹⁰ Selon ITAR_K, les coûts CUI doivent être présentés d'après REKOLE et l'OCP. Les coûts par cas hospitaliers pertinents pour le benchmark sont présentés en tenant compte ou non des CUI, ce qui permet un benchmarking au niveau des coûts d'exploitation et au niveau des coûts complets.

cherche au sens de l'OCP, aucune déduction supplémentaire n'est effectuée dans l'unité finale d'imputation « Prestations hospitalières LAMal ». ¹¹ Si, dans des cas exceptionnels, il n'existe pas d'unité finale d'imputation pour la formation universitaire, une déduction normative doit être opérée. Les taux de déduction normatifs de 0,8-3,5% (base : coûts salariaux) pour les autres hôpitaux utilisés jusqu'ici par la SPR sont trop élevés, notamment parce que les coûts de la formation non universitaire sont imputables dans le cadre de la LAMal. Vu que de nombreuses dépenses pour la formation universitaire et la recherche s'effectuent également en dehors de la comptabilité d'un hôpital (p. ex. auprès de l'université elle-même) et que la délimitation varie beaucoup dans la pratique, une déduction normative uniforme telle qu'opérée jusqu'ici par la SPR n'est pas adéquate.

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) remet en question la méthode de la SPR pour déterminer les taux de déduction normatifs (déduction normative calculée en fonction du nombre de lits) ¹² et confirme la déduction par tête (personnes en formation postgrade dans une profession médicale) ¹³. Selon la jurisprudence du TAF, la déduction normative doit être fixée strictement de telle manière que l'hôpital ne puisse pas tirer avantage de ne pas livrer les données de manière transparente.

Depuis la 4^e édition (2013) du manuel REKOLE® est disponible un concept détaillé pour la détermination des coûts pour la recherche et la formation universitaire. Ainsi les conditions d'une amélioration considérable des données disponibles et de la délimitation des coûts ont été créées dans ce domaine.

Recommandation 4

Si les coûts pour la recherche et la formation universitaire figurent dans une unité finale d'imputation séparée ou si l'hôpital n'est pas concerné, le canton vérifie que tous les domaines de la recherche et de la formation universitaire ont été déterminés selon la méthode REKOLE et ne sont pas comptabilisés dans les coûts relatifs aux cas hospitaliers LAMal. Une déduction sur les unités finales d'imputation « Prestations hospitalières LAMal » est inutile.

Si les coûts pour la recherche d'un hôpital qui en effectue ne sont pas présentés dans une unité finale d'imputation séparée, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements.

Si les coûts pour la formation universitaire d'un hôpital qui en dispense ne sont pas présentés dans une unité finale d'imputation séparée, il convient – faute de justificatifs de coûts relevés et consolidés de manière uniforme – de se fonder sur des coûts standard de CHF 15 000 par médecin-assistant (EPT) qui doivent être déduits.

Si l'unité finale d'imputation pour la recherche et la formation universitaire ne comprend qu'une partie des coûts, le montant restant doit être proportionnellement déduit sur l'unité finale d'imputation « Prestations hospitalières LAMal » (base de la répartition proportionnelle: coûts d'exploitation nets I de toutes les unités finales d'imputation sans les exploitations annexes).

Si la présentation des coûts pour la recherche et la formation universitaire est lacunaire, la position du Tribunal administratif fédéral selon laquelle un hôpital ne doit en aucun cas tirer profit d'une présentation lacunaire peut être prise en compte en effectuant une déduction après le benchmarking.

b) Autres prestations d'intérêt général, respectivement délimitation par rapport aux coûts imputables pour le benchmark

L'AOS doit prendre en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 LAMal). Afin que le caractère obligatoire des prestations puisse être reconnu, une méthode de traitement doit avoir un caractère médicalement efficace et être adéquate et économique

¹¹ Les hôpitaux sont tenus de présenter de manière transparente les coûts pour les prestations à la charge de l'AOS. Ils ne sont pas libres de choisir entre une déduction normative et la présentation des coûts pour la recherche et la formation universitaire dans une unité finale d'imputation séparée (arrêt TAF C-1698/2013, hôpital cantonal de Lucerne, consid. 6.4.4). Une déduction normative ne peut donc être opérée que si l'on ne parvient pas à obtenir les données indispensables pour prendre une décision. Dans ce cas, la déduction normative doit être fixée de telle sorte que l'hôpital ne pourra en aucun cas retirer un avantage du fait de ne pas avoir livré de données de manière transparente (voir consid. 6.5).

¹² Cf. arrêt du TAF C-1698/2013, consid. 6.6.3 (Hôpital cantonal de Lucerne), et ATAF 2014/36, consid. 16.1.8 (hôpital de Triemli).

¹³ Cf. arrêt du TAF C-2283/2013 (hôpitaux de Triemli et de Waid)

(critères dits EAE). Ce caractère obligatoire des prestations est implicitement supposé pour les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien (art. 33, al. 1, LAMal); pour toutes les autres prestations, une obligation de prise en charge des coûts n'existe que si elles figurent dans les listes positives de la LAMal.

Conformément à l'art. 49, al. 3, LAMal, les rémunérations du traitement stationnaire y compris séjour et prestations de soins dans un hôpital ne peuvent pas contenir les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Le prestataire doit comptabiliser les coûts pour les prestations d'intérêt général dans une unité finale d'imputation séparée. D'éventuelles contributions qui servent en plus des tarifs à couvrir les coûts des prestations LAMal (telles que des contributions pour couvrir un déficit ou des contributions ciblées pour décharger les primes LAMal) doivent être comptabilisées comme des produits et non en déduction des coûts.

Si les coûts sont répartis correctement, une déduction de ces coûts dans les unités finales d'imputation « Prestations stationnaires LAMal » est inutile.

La LAMal et les dispositions d'exécution n'établissent pas de manière exhaustive quelles prestations doivent s'entendre comme étant d'intérêt général. Dans l'optique de la fixation des tarifs, ce n'est pas la désignation des prestations d'intérêt général (à financer en dehors des forfaits par cas) qui est déterminante, mais d'une manière générale la distinction entre coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark, que les prestations engendrant ces derniers soient qualifiées d'intérêt général n'étant en l'occurrence pas essentiel, tout comme savoir par qui et dans quelle mesure elles sont financées (en couvrant ou non les coûts).

La problématique principale dans la fixation des tarifs consiste à préciser la frontière entre les coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark. Il convient à cet égard de partir du **principe** ci-après.

Toutes les prestations et les coûts s'y rapportant d'un hôpital qui sont nécessaires pour pouvoir mettre à disposition à long terme dans un système concurrentiel les prestations médicales et de soins d'après l'art. 25 ss. LAMal selon mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal ainsi que pour remplir les obligations concernant le classement des coûts et des prestations sont rémunérées au moyen de forfaits pas cas. Les coûts correspondants sont intégrés dans la détermination du tarif hospitalier.

L'affinement peut se faire en mesurant les prestations en question à l'aune du principe susmentionné et en les qualifiant de manière correspondante.

On peut a contrario partir du principe que les coûts d'une prestation doivent être inclus dans le calcul du tarif hospitalier si un hôpital n'est, sans celle-ci, pas en mesure de remplir de manière appropriée le mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal.

1. Prestations à la charge de l'AOS et devant être financées via le tarif hospitalier selon réglementation légale

En vue de remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal, les prestations et activités suivantes doivent en particulier (liste non exhaustive), selon l'interprétation que la CDS fait de la loi, être impérativement garanties en cas de besoin comme partie de la fourniture de prestations diligente et correcte vis-à-vis de la population de patients. Les coûts de ces prestations font donc partie intégrante du forfait par cas et ne doivent pas être rémunérées séparément via l'AOS, sauf si une rémunération supplémentaire est prévue dans la structure tarifaire :

- prestations du médecin
- prestations par spécialistes sur prescription du corps médical
- prestations déléguées par le corps médical / le spécialiste
 - aux médecins-assistants
 - au personnel soignant
 - à l'assistant du cabinet
 - au personnel paramédical

- Transports secondaires (selon l'art. 33, let. b, OAMal ; cf. note du 27.03.2013 de la CDS « Transports secondaires d'un fournisseur de prestations stationnaires à un autre : dispositions concernant la prise en charge des coûts à partir du 1.1.2012 »)
- Séjour de la patiente / du patient (y c. lit/chambre, repas, vêtements d'hôpital, « réception »)
- Charges supplémentaires encadrement, traitement et séjour de patientes / patients mineurs ou de patientes / patients handicapés
- Prestations de mise à disposition en cas d'urgence (voir arrêt TAF C-2283/2013, consid. 21.3.3 : afin qu'un hôpital puisse prendre en charge des urgences médicales, il doit adapter son organisation aux cas urgents. Il a besoin pour cela d'une flexibilité et d'une disponibilité accrues, de capacités d'accueil constantes et d'un service de piquet, ce qui s'accompagne de charges de personnel supplémentaires.)
- Autres prestations de mise à disposition nécessaires à la prise en charge (p. ex. capacités en sous-utilisation afin de garantir conformément aux besoins l'accès des patientes / patients au traitement dans un délai utile au sens de l'art. 58, al. 4, let. b, OAMal)
- Formation/formation continue à l'exception de la recherche et de la formation universitaire
- Assurance qualité, tenue de registres, statistique d'exploitation, etc.
- Garantie de la sécurité des patientes / patients, des hôtes et du personnel (en particulier service du feu de l'établissement et dépenses supplémentaires pour service isolé)
- Protection contre les patientes / patients et les proches susceptibles d'actes de violence avant l'arrivée des forces de police, mesures de prévention de la mise en danger de soi-même ou d'autrui lors de diagnostic psychiatrique principal ou secondaire
- Compléments salariaux au personnel (en tant que partie intégrante des frais de personnel, p. ex. pour crèche, repas bon marché, place de parking, etc.)
- Gestion des entrées et sorties (p. ex. par le service social de l'hôpital)
 - Gestion des entrées : gestion des interfaces avec les prestataires LAMal ayant adressé le patient, information aux patients relative à la gestion de la maladie
 - Gestion des sorties : gestion des interfaces avec les prestataires LAMal assurant le suivi du patient, conseils relatifs à la gestion de la maladie (instructions pour l'aide à l'entraide, entremise de conseils en matière d'addiction, information aux patients, etc.)
- Services de traduction et d'interprétation (en vue de garantir la compréhension linguistique en tant que condition de la qualité de l'indication et du traitement)
 - À partir du principe fixé plus haut, les services de traduction nécessaires à la réalisation d'un traitement approprié doivent être considérés comme des coûts imputables pour le benchmark qui sont pris en compte dans le calcul des forfaits pas cas.

2. Prestations à la charge de l'AOS mais ne devant pas être financées via le tarif hospitalier

En vue de remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal, les prestations suivantes doivent être impérativement garanties en cas de besoin et donc être à la charge de l'AOS, mais rémunérées séparément (et pas via le tarif hospitalier) par l'AOS :

- transports primaires
- remise médicaments et LiMA à la sortie

3. Prestations non à la charge de l'AOS et ne devant pas être financées via le tarif hospitalier

Non indispensables à l'exécution du mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, LAMal, les prestations suivantes doivent donc, aux yeux la CDS, être considérées également en cas de besoin comme non à la charge de l'AOS dans le cadre du traitement hospitalier :

- repas des proches
- aumônerie de l'hôpital (cf. ATAF 2014/36, consid. E. 16.3.2)
- Mesures de sécurité en forensique (coûts « prison »)
- Consultation sociale en tant qu'intégration sociale et professionnelle : consultation sociale pour patients présents ou au téléphone, connexion avec institutions externes, discussions systémiques avec système de référence (proches, employeurs) et institutions (service social communal, assurances sociales, services de consultation, APEA, etc.), clarification de questions d'assurances sociales, soutien financier, demande de curatelle, entraînement aux entretiens d'embauche, bilans professionnels, conseils juridiques et budgétaires.
- Protection de l'enfance : prestations supplémentaires qui concernent explicitement des cas liés à la protection de l'enfance (p. ex. abus sexuels). Les prestations incluent entre autres des séances de groupes de protection de l'enfance, un service de présence /piquet, la participation à des formations et des formations continues.
- Prévention s'adressant à la population (pas la prévention médicale liée aux patients)
- Médecine légale en tant que discipline médicale spéciale dont la tâche essentielle est l'utilisation des connaissances médico- scientifiques en vue de l'administration de la justice et en particulier l'élucidation de délits.
- Surveillance sanitaire d'autres fournisseurs de prestations
- École/enseignement pour enfants/adolescents
- Centres opératoires protégés (COP) / constructions sanitaires protégées
- Centrale d'engagement 144
- Dispositif pour situations particulières: prestations de mise à disposition et exercices pour situations particulières et événements entraînant un grand accroissement du nombre de patients (p. ex. pandémie, décontamination). Les exercices vont de l'essai d'alarme à l'évacuation des personnes concernées en passant par des exercices à grande échelle.

4. Rémunérations non comprises dans les forfaits par cas conformément à la loi

- Recherche et formation universitaire (art. 49, al. 3, let. a, LAMal)
- Surcoûts dus à des considérations de politique régionale (économique) (art. 49, al. 3, let. b, LAMal). On peut partir du principe que ces prestations vont au-delà de la couverture des besoins en soins.
- Autres prestations d'intérêt général.

Recommandation 5

Les prestataires sont tenus de présenter et justifier séparément les coûts pour les prestations d'intérêt général. D'éventuelles contributions qui servent en plus des tarifs à couvrir les coûts des prestations LAMal doivent être comptabilisées comme des produits et non en déduction des coûts.

La délimitation entre coûts imputables et coûts non imputables pour le benchmark suit le principe fixé plus haut et les exemples correspondants énumérés.

c) Surcoûts d'hôtellerie et autres surcoûts pour les patients avec une assurance complémentaire

Le modèle ITAR_K comporte une unité finale d'imputation spécifique (« Tarif hosp. LAMal AC ») pour les prestations hospitalières aux personnes avec assurance complémentaire. Les coûts pour les prestations

non prises en charge par la LAMal fournies aux patients avec une assurance complémentaire sont déduits sur cette unité finale d'imputation (honoraires du médecin et frais supplémentaires de traitement, de soins et d'hôtellerie). Après déduction des ces coûts, l'unité finale d'imputation (« Tarif hosp. LAMal AC ») contient uniquement les coûts des prestations LAMal qui sont également fournies aux patients avec une assurance de base (unité finale d'imputation « Cas LAMal hosp. au sens strict »). Selon ITAR_K, la valeur de base pertinente pour le benchmarking pour les prestations stationnaires est obtenue en additionnant les charges d'exploitation pertinentes pour le benchmark des deux unités finales d'imputation (« Cas LAMal hosp. au sens strict » et « Tarif hosp. LAMal AC ») et en divisant ces charges par le case mix des deux unités finales d'imputation.

Dans l'idéal, il faudrait déduire les surcoûts effectifs tant pour l'hôtellerie que pour les autres prestations (médicaments, soins, moyens/appareils, salle d'opération, etc.). Vu que la comptabilité analytique ne peut pas remplir entièrement cette exigence (problématique liée au classement détaillé des prestations et à la clé de répartition), il est indispensable de disposer d'une déduction normative, basée sur les différences moyennes des coûts par cas entre les patients avec une assurance de base uniquement et les patients avec une assurance complémentaire, dans chacun des hôpitaux. Pour les soins aigus, ces valeurs demeurent stables sur plusieurs années à environ 800 francs par sortie pour les patients assurés en semi-privé et à environ 1000 francs par sortie pour les patients assuré en privé, ce qui correspond à une déduction de 10 % environ.^{14 15}

Recommandation 6

Un taux normatif est adéquat pour déterminer la déduction à opérer pour les surcoûts liés aux patients avec une assurance complémentaire. Pour les soins aigus, une déduction supplémentaire de 800 francs par sortie pour les patients avec une assurance complémentaire semi-privée et de 1000 francs par sortie pour les patients avec une assurance privée est recommandée.

d) Honoraires des médecins pour les patients avec une assurance complémentaire

Les coûts des honoraires des médecins agréés, des médecins consultants et des médecins hospitaliers pour la prise en charge des patients avec une assurance semi-privée ou privée doivent être déduits et ne peuvent être facturés à la charge de l'AOS / des cantons (voir également art. 59, al. 2, OAMal). Sans cela, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements. Une déduction pour manque de transparence est possible après le benchmarking.

Recommandation 7

Les coûts des honoraires des médecins pour les patients avec une assurance complémentaire doivent être déduits. Sans cela, l'hôpital doit être exclu de la comparaison des établissements.

e) Produits financiers du groupe de comptes 66

ITAR_K rajoute les produits financiers du groupe de comptes 66 aux unités finales d'imputation s'ils ont été traités en diminution des coûts dans le calcul des coûts par centre de charges. Cette manière de faire est légitime, car les produits financiers au sens de l'OCP n'influent pas à la baisse sur les coûts.

¹⁴ Ces déductions ont également été confirmées par le Tribunal administratif fédéral, cf. arrêt C-2283/2013, consid. 15.6 (hôpitaux de Triemli et de Waid).

¹⁵ Pour la psychiatrie et la réadaptation, des déductions correspondantes sont appliquées ; cf. les recommandations de la CDS sur l'examen de l'économie dans la psychiatrie et la réadaptation.

Recommandation 8

La manière de faire selon ITAR_K pour les produits du groupe de comptes 66 est acceptable.

f) Produits des groupes de comptes 65 et 68

Les produits des groupes de comptes 65 (autres prestations aux patients) et 68 (prestations au personnel et à des tiers) ne devraient apparaître que dans des cas exceptionnels sur les unités finales d'imputation « Prestations hospitalières LAMal ». Puisque les coûts ne peuvent pas être identifiés, les produits sont comptabilisés en déduction des coûts. Les produits provenant du groupe de comptes 65 doivent être entièrement déduits si l'hôpital ne procède pas à une répartition exacte de ces coûts.¹⁶ Si les produits sont afférents aux exploitations annexes et sont présentés dans les unités finales d'imputation correspondantes, aucune déduction n'est nécessaire.

Recommandation 9

Les produits provenant du groupe de comptes 65 doivent être entièrement déduits si l'hôpital ne procède pas à une répartition exacte de ces coûts. Si les produits sont comptabilisés dans les établissements annexes ou dans une unité finale d'imputation autre que les « Prestations hospitalières LAMal », aucune déduction n'est nécessaire. Les produits provenant du groupe de comptes 68 doivent toujours être entièrement déduits.

g) Coûts pour la formation non universitaire

Les coûts pour la formation non universitaire relèvent de la LAMal et doivent donc être inclus dans les coûts d'exploitation hospitaliers pertinents pour le benchmark. Si des hôpitaux fournissant des prestations de formation très différentes sont inclus dans la comparaison tarifaire, il convient d'examiner une différenciation tarifaire après le benchmarking.^{17 18}

Si les hôpitaux inclus dans la comparaison sont tenus de fournir des prestations de formation non universitaire proportionnellement à la taille de l'établissement, une différenciation tarifaire est inutile.

Recommandation 10

Si des hôpitaux fournissant des prestations de formation très différentes sont inclus dans la comparaison tarifaire, une différenciation tarifaire après le benchmarking peut être opportune. Pour ce faire, il convient de recourir aux taux normatifs recommandés par H+ et contenus dans ITAR_K pour la formation non universitaire. Des déductions sur les tarifs des hôpitaux qui ne dispensent pas de formation sont admissibles.

Si les hôpitaux inclus dans la comparaison tarifaire sont contraints de former, aucune différenciation ne peut être effectuée.

2.3 Constitution de la base de comparaison des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark

Avec la rémunération des prestations hospitalières en fonction de la lourdeur des cas, les coûts par cas de tous les hôpitaux sont théoriquement comparables – indépendamment de leur éventail de prestations

¹⁶ Les éventuelles marges non déduites doivent être indiquées dans les informations complémentaires du formulaire ITAR_K.

¹⁷ Conditions: les coûts sont importants et la détermination des coûts s'effectue de manière uniforme.

¹⁸ Cf. les recommandations de la CDS du 25 juin 2015 concernant les coûts standard nets des prestations de formation pratique dans les professions de la santé non universitaires.

et de leur taille. La structure tarifaire SwissDRG n'est toutefois pas encore différenciée en conséquence. Sur la base des analyses et des expériences réalisées jusqu'ici, on peut considérer que des différences systématiques de coûts existent au moins entre les hôpitaux de dernier recours et les autres hôpitaux dont la structure tarifaire actuelle ne peut encore suffisamment rendre compte. Tant que cette situation perdurera, une catégorie de benchmark séparée pour les hôpitaux à la fin de la chaîne de traitement est indiquée.

Une catégorie de benchmark pour les maisons de naissance est également appropriée. Le TAF rejette toute répartition des autres hôpitaux en différentes catégories de benchmark.¹⁹ Les principales prestations supplémentaires ou en moins et leurs incidences financières (en particulier un service des urgences ou la formation non universitaire, dont les coûts constituent une part des coûts par cas pertinents pour le benchmark) peuvent être prises en compte via des différenciations tarifaires après le benchmarking et ne nécessitent pas de catégorie de benchmark spécifique.

La condition à remplir pour réaliser des comparaisons d'établissements est que les données des hôpitaux inclus dans le benchmarking aient été relevées de manière uniforme. Plus le nombre d'hôpitaux à comparer est petit, plus les exigences en matière de qualité des données sont élevées.

Si les données d'un nombre suffisamment élevé d'hôpitaux sont disponibles, les hôpitaux dont la qualité des données présente des lacunes doivent être exclus du calcul du benchmark. Sinon, il convient de corriger de manière appropriée les données insuffisantes des hôpitaux inclus.

Selon les arrêts du Tribunal administratif fédéral, il faut idéalement réaliser des comparaisons d'établissements nationales pour les catégories comparables. Bien qu'avec son concept *Publication des « coûts par cas pondérés selon le degré de gravité » dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal*, la Confédération ait créé les conditions pour établir des comparaisons d'établissements dans toute la Suisse, elle laisse ouvertes les questions du degré d'efficacité du benchmarking et de la constitution de bases de comparaison.

Recommandation 11

Pour des prestations comparables, des tarifs comparables sont appropriés. Des exceptions sont possibles pour les hôpitaux où la structure tarifaire n'a pas pu reproduire convenablement le degré de gravité. Les prestations supplémentaires ou en moins (p. ex. service des urgences ou formation) doivent être prises en compte par des différenciations de tarifs. Néanmoins, les exceptions doivent être explicitement motivées.

Le benchmark doit être fondé sur un nombre représentatif d'hôpitaux de comparaison.

2.4 Définition du benchmark

2.4.1 Principes

La fixation du benchmark (la valeur de référence) est déterminée par le principe de l'économicité, dont l'application ne peut cependant se faire de manière exhaustive et selon des critères clairement définis. Le concept d'économicité englobe différentes politiques tarifaires et méthodes de benchmarking. En fonction de l'axe retenu, le benchmark est :

- la valeur la plus basse sur le marché pour une prestation définie,
- une valeur avec le meilleur rapport prix/prestation,
- une valeur qui garantit un niveau de prestations et de prise en charge répondant aux besoins,
- une valeur qui, suite aux insécurités de la structure tarifaire, protège les fournisseurs de prestations de changements importants à court terme dans la rémunération des prestations,

¹⁹ Cf. ATAF 2014/36, consid. 6.6 ss. (hôpital de Triemli) et ATAF C-1698/2013 (hôpital cantonal de Lucerne)

- une valeur qui, face à une demande fortement induite par l'offre et aux incitations correspondantes pour les prestataires d'élargir l'offre, maintient une certaine contre-pression au niveau de la rémunération.

Recommandation 12

Avec la fixation d'un benchmark, les éléments concurrentiels du système doivent être encouragés.

La valeur du benchmark (ne correspondant pas forcément à l'hôpital de référence) est déterminée à partir d'une comparaison des coûts par hôpital (domaine hospitalier) pertinents pour le benchmark en tenant compte du nombre d'hôpitaux (pas de pondération), du nombre de cas par hôpital (pondération par cas) ou du casemix par hôpital (pondération en fonction du casemix). La pondération permet de gagner en représentativité lorsque peu d'hôpitaux sont inclus dans la comparaison.

La valeur déterminée par le benchmark sert de repère pour les tarifs (système des prix) indépendamment des coûts par hôpital.

Des différenciations de prix sont possibles lorsque des différences dans le mandat de prestations engendrent des coûts supplémentaires ou en moins considérables et non pris en compte dans la structure tarifaire (en particulier exploitation d'un service des urgences, formation non universitaire ou autres charges particulières, tel un nombre supérieur à la moyenne de cas hautement déficitaires).

2.4.2 Qualité insuffisante des données

Il est nécessaire et légitime d'inciter les hôpitaux à fournir de manière transparente et complète des données sur les coûts dans la qualité et selon le degré de différenciation requis. Si le nombre d'hôpitaux de comparaison est suffisant, les hôpitaux dont la qualité des données est insuffisante doivent être exclus du benchmarking. Si le nombre d'hôpitaux de comparaison est faible, il convient de prévoir des corrections des données à la place de l'exclusion de ces hôpitaux.

Cela est également valable pour la mise en œuvre par les cantons de la recommandation d'exiger des exploitants d'hôpitaux des présentations des coûts site par site (cf. recommandation 1). Dès que le pool de données contient un nombre suffisant d'hôpitaux de comparaison qui satisfont à cette exigence, les hôpitaux comportant plusieurs sites et ne présentant pas leurs coûts par cas de manière différenciée par site sont exclus du benchmarking.

Une éventuelle déduction pour manque de transparence du fait d'une qualité insuffisante des données doit être opérée après et non avant le benchmarking. Le manque de transparence de certains hôpitaux ne porte ainsi pas préjudice aux autres hôpitaux.

Recommandation 13

En cas de qualité insuffisante ou de manque de transparence des données, une déduction par hôpital pour manque de transparence doit être opérée après le benchmarking.

- Comptabilité analytique selon REKOLE disponible, mais absence de comptabilité des immobilisations selon l'OCP -1%
- Comptabilité analytique disponible, mais pas selon REKOLE -2%
- Centres de charges mais pas de comptabilité par unité finale d'imputation -4%
- Comptabilité financière sans centres de charges / comptabilité par unité finale d'imputation -8%

Un pourcent supplémentaire est déduit si l'hôpital ne remet pas ses données dans la qualité et la transparence nécessaires pour le développement de la structure tarifaire nationale.

Sont exemptés de la règle mentionnée ci-dessus les tarifs dans les deux premières années d'exploitation d'un nouvel hôpital.

Les cantons et la CDS sont libres de publier des informations sur la qualité des données et de nommer les hôpitaux concernés.

Annexe

Détermination des coûts par cas pertinents pour le benchmark (domaine SwissDRG)

Total coûts selon comptabilité analytique d'exploitation (y c. coûts d'utilisation des immobilisations selon OCP)²⁰

./. Coûts qui ne devraient pas figurer dans les unités finales d'imputation à prendre en compte pour le prix de base

./. Coûts pour les prestations supplémentaires (facturées directement aux patients)

./. Coût des cas non évalués (SwissDRG)

./. Rémunérations supplémentaires (dialyse, cœurs artificiels, autres rémunérations particulières, p. ex. facteurs de coagulation du sang)

./. Coûts des honoraires des médecins pour les prestations fournies aux patients avec une assurance complémentaire

./. Surcoûts pour les prestations fournies aux patients avec une assurance complémentaire (hôtellerie, autres coûts de la division semi-privée / privée)

./. Charges d'intérêts effectives

= Total des coûts selon la comptabilité analytique ajusté avant prise en compte des intérêts calculatoires

+ Intérêts actifs circulants (calculatoires)

= coûts pertinents pour le benchmarking, domaine hospitalier

/ CM des cas hospitaliers (domaine SwissDRG : uniquement les cas évalués)

= coûts par cas ajustés en fonction du CM (domaine SwissDRG)

Informations standardisées supplémentaires

- Nombre de cas hospitaliers
 - dont cas évalués
 - dont cas évalués comme patients en division semi-privée
 - dont cas évalués comme patients en division privée

²⁰ Ceci correspond au total des coûts selon comptabilité d'exploitation REKOLE après déduction des CUI selon REKOLE et imputation des CUI selon OCP.

Abréviations

AC	assurance complémentaire ; personnes avec assurance complémentaire
AOS	assurance obligatoire des soins
ATAF	Recueil officiel des arrêts du TAF
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CUI	coûts d'utilisation des immobilisations
EPT	équivalent plein temps
ITAR_K	modèle tarifaire intégré sur la base de la comptabilité par unité finale d'imputation.
LAMal	loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994, état le 1 ^{er} janvier 2019, RS 832.10
LPMéd	loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006, état le 1 ^{er} janvier 2018 ; RS 811.11
OAMal	ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995, état le 1 ^{er} janvier 2019, RS 832.102
OCP	ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002, état le 1 ^{er} janvier 2009 ; RS 832 104)
REKOLE	révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations
SPR	Surveillance des prix
SVK	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK/FSA)
TAF	Tribunal administratif fédéral

Prestations d'intérêt général (PIG) dans la comptabilité analytique du CHUV

Guy Moser 22.10.2019



Comptabilité analytique des hôpitaux

- Les hôpitaux utilisent un concept de comptabilité analytique, appelé REKOLE, publié par leur organisation faîtière H+.
- REKOLE fixe notamment des normes pour
 - Les ajustements
 - Les centres de charges
 - Les clés de répartition et les unités d'œuvre
 - Les unités finales d'imputation
- REKOLE est mis à jour régulièrement.

Certification REKOLE

- Les hôpitaux ont la possibilité de faire certifier leur comptabilité analytique selon REKOLE :
 - Audit de certification par auditeur externe accrédité
 - Certification valable 4 ans
 - Audits intermédiaires chaque année
- CHUV certifié REKOLE depuis 2014 (données 2013).
- Plus de 140 établissements certifiés (dont 2 dans le canton de Vaud)

Les PIG dans REKOLE

- REKOLE distingue 3 catégories de PIG¹ :
 - La formation et la recherche
 - Les autres PIG correspondant à des prestations mandatées par les pouvoirs publics
 - Les subventions pour couvrir des activités déficitaires. **Cette catégorie ne doit pas influencer le calcul des coûts**, uniquement des produits.
- REKOLE ne prévoit pas de liste de PIG.

¹Décision REK 14_001

PIG explicites et implicites

- PIG explicites
 - Prestations fournies avec un coût en comptabilité analytique
 - Formation, recherche, autres PIG (planning familial, prévention maltraitance, équipes mobiles, etc.)
- PIG implicites
 - Subvention couvrant une activité déficitaire sans coût correspondant en comptabilité analytique
 - Exemple: maintien de capacité hospitalière pour raisons de politique régionale selon LAMal

Etapes de la compta analytique

- Comptabilité financière
- Ajustements
- Calcul des PIG
- Coûts directs des centres de charges
- Déversements
- Coût complets des centres de charges
- Unités finales d'imputations

Calcul annuel des PIG

- Formation et recherche
 - Relevé des taux d'activité des collaborateurs, selon la même méthode que les autres hôpitaux universitaires
 - Imputations comptables sur centres de charges
- Autres prestations d'intérêt général
 - Recensement des prestations par les départements
 - Charge réelle ou calcul du coût selon les informations disponibles

Exemple : relevé autre PIG

91 - Urgences préhospitalières - Activités de coordination et d'organisation pour le SMUR

Charges de la PIG

IDTP	IDAN	CGRA	CGRB	NATURE	PERS?	MONTANT
91	2018	URGX	50000	Autres charges de fonctionnement	FAUX	44'714.00
91	2018	URGX	50000	Refacturation ville de Lausanne (ambulanciers)	FAUX	700'000.00
91	2018	URGD	50000	Chef de service (encadrement)	VRAI	30'885.00
91	2018	URGX	50000	Médecin associé (encadrement)	VRAI	115'576.00
91	2018	URGD	50000	Salaire Méd. Hospitalier	VRAI	335'341.00
91	2018	URGD	50000	Salaire Méd. assistant	VRAI	354'691.00
91	2018	URGX	50000	Salaire chef de clinique	VRAI	87'846.00
91	2018	URGD	50000	Secrétaire	VRAI	46'394.00

1'715'447.00

Intégration des PIG

- Les PIG sont soustraites des charges après ajustement et sont attribuées à un centre de charges propre
- Les autres centres de charges sont donc nettes des PIG.
- Les coûts indirects sont déversés également sur les PIG.
- Les PIG constituent à la fois un centre de charge et une unité finale d'imputation.

Exemple : intégration des PIG

Service des maladies infectieuses (MIN)

	Avant calcul PIG	Formation & recherche	Autres PIG	Après calcul PIG
Corps médical	4'559'843	-1'448'269	-33'636	3'077'937
Soins infirmiers (hospitalisation)	4'057'330	-57'656		3'999'674
Soins infirmiers (polyclinique)	843'933	-39'288	-243'410	561'235
Médicaments, produits sanguins	4'651'821			4'651'821
Unité de recherche	631'821	-631'821		-
Fonds de recherche	2'040'072	-2'040'072		-
Formation et recherche		4'217'107		4'217'107
Autres PIG			277'046	277'046
Total coût direct	16'784'820	-	-	16'784'820

Exemple : coût complet

Service des maladies infectieuses (MIN)

	Coût direct	Coût indirect	Coût complet
Corps médical	3'077'937	544'604	3'622'541
Soins infirmiers (hospitalisation)	3'999'674	1'052'127	5'051'801
Soins infirmiers (policlinique)	561'235	315'819	877'054
Hôtellerie (chambre)		834'734	834'734
Médicaments, produits sanguins	4'651'821	241'256	4'893'077
Formation et recherche	4'217'107	826'595	5'043'702
Autres PIG	277'046	123'397	400'443
Total	16'784'820	3'938'531	20'723'351

Exemple : unités finales d'imputation

Service des maladies infectieuses (MIN)

	Hospitalisation	Ambulatoire	Mandats	Total
Corps médical	2'795'476	827'065		3'622'541
Soins infirmiers (hospitalisation)	5'050'495	1'306		5'051'801
Soins infirmiers (policlinique)	10'614	866'440		877'054
Hôtellerie (chambre)	834'497	237		834'734
Médicaments, produits sanguins	4'794'054	99'023		4'893'077
Formation et recherche			5'043'702	5'043'702
Autres PIG			400'443	400'443
Total	13'485'135	1'794'072	5'444'144	20'723'351

Exemple : coût, revenu, résultat

Service des maladies infectieuses (MIN)

	Coût	Revenu	Résultat
Hospitalisation	16'023'003	12'089'345	-3'933'658
Ambulatoire	1'796'227	764'612	-1'031'615
Formation et recherche	5'043'702	n/a	n/a
Autres PIG	400'443	n/a	n/a

- Les coûts d'hospitalisation et ambulatoires comprennent les coûts d'autres services.
- Les revenus des PIG ne sont pas attribuables par service.

PIG implicite du CHUV (2017)

Subvention de la DGS couvrant les activités déficitaires, en millions, 2017

	Surcoût CHUV	Insuffisance financement	Total
Hospitalisation somatique aiguë	20.4	44.5	64.9
Résultat hospitalisation privée (bénéfice)		-15.5	-15.5
Sous-total somatique aigu	20.4	29.0	49.4
Psychiatrie		4.1	4.1
Réadaptation		9.1	9.1
Total hospitalisation	20.4	42.2	62.6
Ambulatoire	8.0	26.7	34.7
Attentes de placement		18.8	18.8
Formation et recherche		39.4	39.4
Autres		1.3	1.3
Total	28.4	128.4	156.8

Réponse du Conseil d'Etat du 10 avril 2019 aux postulats Luisier Brodard et Mojon, page 7

Conclusion

- Les subventions PIG n'ont pas d'influence directe sur les coûts des prestations cliniques.
 - Le calcul des coûts de la formation et recherche n'est pas influencé par les subventions.
 - Les subventions pour sous-couverture d'activités cliniques n'ont pas d'influence sur les coûts.
 - Cependant, la liste des autres PIG peut varier entre les hôpitaux, en fonction des tâches confiées, mais également selon les définitions cantonales.

LOI **340.01**
sur l'exécution des condamnations pénales
(LEP)
du 4 juillet 2006

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu la partie générale, les articles 365 et suivants, 372 et suivants, 388 et 391 du Code pénal suisse du 13 décembre 2002 (CP)

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décrète

Titre I **Dispositions générales**

Chapitre I **Objet et champ d'application de la loi**

Art. 1 **Objet**

¹ La présente loi régit l'exécution des peines et des mesures, conformément aux principes et aux règles contenus dans le droit fédéral.

² Elle a pour but de permettre la réalisation des objectifs d'individualisation de l'exécution de la sanction pénale et de prévention de la récidive, définis par le Code pénal suisse .

Art. 2 **Champ d'application** ⁵

¹ La présente loi est applicable :

- a. aux personnes condamnées par les autorités vaudoises ;
- b. aux personnes condamnées par les autorités d'un autre canton ou par les autorités pénales de la Confédération, mais dont l'exécution de la peine est confiée au Canton de Vaud, les décisions relevant de la compétence des autorités du canton de jugement ou de la Confédération étant toutefois réservées ;
- c. aux personnes condamnées par les autorités vaudoises, mais qui exécutent leur peine dans un autre canton, dans la mesure des compétences réservées au canton de jugement, et sous réserve de délégation de compétences ;

⁵ Modifié par la Loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015

- c. contrôler le respect, par la personne condamnée, des règles de conduite assortissant son élargissement anticipé ;
- d. adresser régulièrement à l'Office d'exécution des peines des rapports relatifs à l'assistance de probation et au respect des règles de conduite ;
- e. informer immédiatement l'Office d'exécution des peines des manquements commis, par la personne condamnée, dans le cadre de l'assistance de probation, ou du non respect, par celui-ci, des règles de conduite assortissant son élargissement anticipé (art. 95, al. 3 CP) ;
- f. informer l'Office d'exécution des peines de ce que l'assistance de probation ou les règles de conduite imposées dans le cadre de la libération conditionnelle ne sont plus nécessaires ou doivent être modifiées (art. 95, al. 3 CP).

Art. 33 De l'exécution des peines prononcées avec sursis ⁵

¹ Lorsqu'une assistance de probation et des règles de conduite ont été ordonnées dans le cadre d'une peine totalement ou partiellement suspendue ou d'un traitement ambulatoire, l'autorité de probation est chargée notamment de :

- a. fournir à la personne condamnée l'aide nécessaire à son intégration sociale ;
- b. convoquer la personne condamnée à des entretiens réguliers ;
- c. contrôler le respect, par la personne condamnée, des règles de conduite imposées pour la durée du délai d'épreuve (art. 44, al. 2 CP) ;
- d. adresser régulièrement à l'Office d'exécution des peines des rapports relatifs à l'assistance de probation et au respect des règles de conduite ;
- e. informer immédiatement l'Office d'exécution des peines des manquements commis, par la personne condamnée, dans le cadre de l'assistance de probation, ou du non respect, par celui-ci, des règles de conduite assortissant la suspension de la peine prononcée à son encontre (art. 95, al. 3 CP) ;
- f. informer l'Office d'exécution des peines de ce que l'assistance de probation ou les règles de conduite imposées dans le cadre du sursis ne sont plus nécessaires ou doivent être modifiées (art. 95, al. 3 CP).

Chapitre VII Soins médicaux ⁵

Art. 33a Organisation ⁵

¹ La prise en charge médicale des personnes condamnées est assurée par un service médical mandaté par le Service pénitentiaire.

² L'étendue des prestations fournies est fixée dans une convention signée entre ledit service médical et le Service pénitentiaire.

⁵ Modifié par la Loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015

³ Si le service médical mandaté par le Service pénitentiaire n'est pas à même de fournir les prestations nécessaires au sens de la LAMal ou de la convention, il peut mandater un praticien externe.

Art. 33b Principes ^{5, 6}

¹ Les personnes condamnées ont accès aux soins médicaux en tout temps, dans la mesure où le service médical les estime nécessaires et dans le cadre de la convention passée avec le Service pénitentiaire.

² Les personnes condamnées à une mesure sont prises en charge par le service médical dans le cadre du régime fixé par l'autorité dont elles dépendent.

³ La demande de soins peut être présentée par écrit par la personne condamnée elle-même ou son représentant, sous réserve des cas d'urgence avérés. Les traitements ordonnés par l'autorité sont réservés (art. 56 à 64).

⁴ Selon leur nature, les soins médicaux sont prodigués dans les établissements pénitentiaires ou dans des structures hospitalières ou ambulatoires.

⁵ En cas de transfert d'une personne condamnée dans un autre établissement, le service médical transmet le dossier médical au médecin du nouvel établissement.

Art. 33c Traitement sans consentement ⁵

¹ Le service médical peut prescrire par écrit une médication contre la volonté d'une personne détenue qui souffre de troubles psychiques nécessitant un traitement reconnu si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- a. le défaut de traitement met gravement en péril la santé de la personne détenue ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui ;
- b. la personne détenue n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement ;
- c. il n'existe pas de mesures appropriées moins rigoureuses.

² Un plan de traitement écrit doit être établi par le médecin responsable et transmis pour validation au Médecin cantonal. Dans la mesure du possible, le service médical doit informer la personne détenue et le cas échéant sa personne de confiance au sens de l'article 56c de la loi sur la santé publique (LSP) , sur tous les éléments essentiels du traitement envisagé. L'information porte en particulier sur les raisons, le but, la nature, les modalités, les risques et les effets secondaires du traitement et les voies de droit à son encontre.

³ Le traitement doit avoir lieu dans des locaux adaptés et une surveillance médicale adéquate doit être assurée.

⁴ Le plan de traitement doit être adapté à l'évolution de l'état de la personne concernée.

⁵ Modifié par la Loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015

⁶ Modifié par la Loi du 28.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

⁵ Le plan de traitement est communiqué par écrit à la personne détenue et le cas échéant à sa personne de confiance qui peuvent en appeler auprès de la Commission d'examen des plaintes conformément à l'article 15d LSP.

Art. 33d Traitement d'urgence ⁵

¹ En cas d'urgence, les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne détenue ou celle d'autrui l'exige. Le service médical prend en compte les orientations thérapeutiques de la personne détenue dont il a connaissance.

Art. 33e Devoir d'information ⁵

¹ Lorsqu'un état de nécessité l'exige, les professionnels de la santé informent leur médecin responsable des faits importants dont ils ont connaissance et qui pourraient porter atteinte à la sécurité de la personne détenue, celle de l'établissement, du personnel, des intervenants, des personnes co-détenues, ou à la sécurité publique.

² Le médecin responsable transmet ces informations à la direction de l'établissement concerné ou à l'Office d'exécution des peines, par écrit et dans les plus brefs délais. Il en informe le Médecin cantonal.

³ Constituent des faits importants les éléments clairement objectivables ne relevant pas d'une appréciation médicale. Sont considérées les situations suivantes :

- a. les menaces ;
- b. les informations concernant une agression imminente ou à venir ;
- c. les informations concernant une évasion en préparation.

⁴ Pour le surplus, le Conseil d'Etat précise par directive les modalités de la communication prévue aux alinéas précédents.

Art. 33f Information lors de traitements ordonnés ⁵

¹ Dans les cas de traitements ordonnés par la justice, par l'Office d'exécution des peines (OEP) ou en cas de mesure prononcée conformément aux articles 56 à 64 CP, les professionnels de la santé mandatés par l'autorité renseignent cette dernière, à sa demande, sur le suivi, l'évolution du traitement et le respect des conditions spécifiées dans le mandat médico-légal.

² Le consentement du patient est nécessaire. En cas de refus de ce dernier, les professionnels de la santé ne peuvent renseigner que sur l'existence du traitement et sur sa fréquence.

³ Le Conseil d'Etat précise par directive les éléments concernés par le suivi et l'évolution du traitement et leurs modalités de transmission.

Art. 33g Personne de confiance ⁵

¹ Les dispositions du Code civil relatives à la personne de confiance s'appliquent par analogie aux personnes détenues.

⁵ Modifié par la Loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015

Art. 33h Fouille intime et examens ⁶

¹ La fouille intime, les examens de sang ou tout autre examen invasif mentionnés à l'article 24, alinéa 1, lettres i et j doivent être effectués par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement.

² Des frais peuvent être perçus aux conditions fixées par le règlement d'application.

Titre IV Voies de recours

Chapitre I Auprès du Service pénitentiaire

Art. 34 Des décisions susceptibles de recours ⁵

¹ Les décisions des établissements pénitentiaires au sens de l'article 24 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Service pénitentiaire.

Art. 35 Des règles de procédure ⁶

¹ La déclaration de recours s'exerce par écrit dans les trois jours dès la notification de la décision attaquée. Cette déclaration n'entraîne pas d'effet suspensif, sauf décision contraire de l'autorité de recours.

Chapitre II ... ⁵

Art. 36 ... ^{2, 5}

Art. 37 ... ^{1, 2, 5}

Chapitre III Auprès de la Chambre des recours pénale ²

Art. 38 Des décisions susceptibles de recours ^{2, 5}

¹ Peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal :

- les décisions rendues par l'Office d'exécution des peines ;
- les décisions rendues sur recours par le Service pénitentiaire ;
- les décisions rendues par le juge d'application des peines et par le collège des juges d'application des peines ;
- les décisions judiciaires indépendantes rendues postérieurement au jugement par le tribunal d'arrondissement et le président du tribunal d'arrondissement.

⁶ Modifié par la Loi du 28.11.2017 entrée en vigueur le 01.01.2018

⁵ Modifié par la Loi du 03.03.2015 entrée en vigueur le 01.09.2015

² Modifié par la Loi du 19.05.2009 entrée en vigueur le 01.01.2011

¹ Modifié par la Loi du 28.10.2008 entrée en vigueur le 01.01.2009

Entrée en vigueur dès le 01.01.2017 (Actuelle)

LOI **850.051**
sur l'action sociale vaudoise
(LASV)
du 2 décembre 2003

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu les articles 12, 41, 115 de la Constitution fédérale

vu l'article 60 de la Constitution du canton de Vaud

vu le projet de loi présenté par le Conseil d'Etat

décrète

Titre I **Dispositions générales**

Art. 1 **But** ²

¹ La présente loi a pour but de venir en aide aux personnes ayant des difficultés sociales ou dépourvues des moyens nécessaires à la satisfaction de leurs besoins indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.

² Elle règle l'action sociale cantonale (ci-après : action sociale) qui comprend la prévention, l'appui social et le revenu d'insertion (ci-après : RI).

³ Elle définit également les conditions d'octroi et le contenu du droit à l'aide dans les situations de détresse au sens des articles 12 de la Constitution fédérale, 33 et 34 de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 (ci-après : aide d'urgence).

Art. 2 **Catégorisation des prestations** ²

¹ Selon la catégorisation des prestations prévues par l'article 3 de la loi sur l'organisation et le financement de la politique sociale (ci-après : LOF), l'aide d'urgence et la prestation financière du RI sont des prestations absolues, les mesures d'insertion sociale du RI et d'appui social sont des prestations relatives, alors que les mesures de prévention peuvent constituer des prestations relatives ou optionnelles.

² Modifié par la Loi du 07.03.2006 entrée en vigueur le 01.09.2006

Art. 3 Subsidiarité

¹ L'aide financière aux personnes est subsidiaire à l'entretien prodigué par la famille à ses membres, aux prestations des assurances sociales et aux autres prestations sociales, fédérales, cantonales, communales ou privées; elle peut, le cas échéant, être accordée en complément de revenu ou à titre d'avance sur prestations sociales.

² La subsidiarité de l'aide implique pour les requérants l'obligation d'entreprendre toutes démarches utiles auprès des personnes ou organismes concernés pour éviter ou limiter leur prise en charge financière.

Art. 4 Champ d'application ^{2, 6}

¹ Les dispositions de la présente loi s'appliquent aux personnes domiciliées ou en séjour dans le canton.

² La présente loi ne s'applique pas aux personnes visées par la loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers et aux ressortissants communautaires à la recherche d'un emploi et titulaires d'une autorisation de séjour de courte durée, à l'exception des dispositions relatives à l'aide d'urgence.

Art. 4a Aide d'urgence ²

¹ Toute personne résidant dans le canton a droit au minimum à l'aide d'urgence si elle n'est plus en mesure de subvenir à son entretien en raison d'une situation de détresse présente ou inéluctable.

² L'aide d'urgence doit en principe être sollicitée par le bénéficiaire, à qui il peut être demandé de collaborer à l'établissement de ses besoins et de quérir les prestations accordées.

³ L'aide d'urgence est dans la mesure du possible allouée sous forme de prestations en nature. Elle comprend en principe :

- a. le logement, en règle générale, dans un lieu d'hébergement collectif;
- b. la remise de denrées alimentaires et d'articles d'hygiène;
- c. les soins médicaux d'urgence dispensés en principe par la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), en collaboration avec les Hospices cantonaux/CHUV;
- d. l'octroi, en cas de besoin établi, d'autres prestations de première nécessité.

² Modifié par la Loi du 07.03.2006 entrée en vigueur le 01.09.2006

⁶ Modifié par la Loi du 06.10.2009 entrée en vigueur le 01.01.2010

Note à : Commission chargée de l'examen des postulats Mojon et Luisier
Concerne : Opportunité de renégocier le tarif SwissDRG du CHUV et effets d'une augmentation (en vue de la Commission parlementaire du 25 novembre)
Date : 18 novembre 2019

Mme Luisier, dans le cadre des débats sur le rapport du Conseil d'Etat sur son postulat, s'interroge sur les raisons pour lesquelles le CE a accepté que le tarif SwissDRG actuel du CHUV soit inférieur à certains tarifs négociés par d'autres hôpitaux universitaires.
Par ailleurs, la question de l'opportunité de renégocier, pour 2021, un tarif à la hausse se pose.

Principes de négociations des tarifs d'hospitalisation LAMal

Selon l'art. 49, al. 1 LAMal « *Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.* ». Cette disposition se traduit dans les négociations par une comparaison des coûts des hôpitaux (benchmarking) par les assureurs et la fixation d'un coût par point DRG de référence correspondant par exemple au percentile 25 (un quart des hôpitaux ont un coût plus bas, les trois quarts un coût plus élevé).

Le coût d'un établissement donné ne joue donc qu'un rôle limité dans le tarif qu'il peut négocier avec les assureurs.

Spécificité des hôpitaux universitaires

Pour les hôpitaux universitaires, les négociations tarifaires sont compliquées par le fait que la structure tarifaire SwissDRG n'est pas en mesure de refléter l'entier de la lourdeur des cas qu'ils traitent.

Ainsi, même dans la huitième version des SwissDRG, valable en 2019, un financement théorique des hôpitaux universitaires au coût moyen des hôpitaux suisses ne couvrirait que 94% de leur coût, contre 102% pour les hôpitaux non universitaires (cf. annexe 7 = tableau SwissDRG).

C'est pourquoi, les hôpitaux universitaires demandent depuis la réforme du financement hospitalier que leur tarif se fonde sur un benchmarking entre eux uniquement. Le Tribunal administratif fédéral (TAF) a décidé qu'un benchmarking séparé était admissible durant la phase d'introduction des SwissDRG.

Les assureurs estiment cependant que la phase d'introduction est désormais terminée, bien que les SwissDRG ne soient toujours pas en mesure de refléter les coûts de la médecine universitaire de manière satisfaisante.

Négociations tarifaires du CHUV depuis 2012

Lors des négociations tarifaires en vue de l'introduction des SwissDRG en 2012, les désaccords entre hôpitaux universitaires et assureurs étaient nombreux et concernaient notamment les bases de calcul à prendre en compte, le calcul des coûts de la formation et recherche et les hôpitaux à inclure dans le benchmarking (uniquement hôpitaux universitaires ou tous les hôpitaux).

Les hôpitaux universitaires demandaient un tarif supérieur à CHF 11'000 alors que les assureurs proposaient moins de CHF 10'000. Par ailleurs, les incertitudes sur le tarif qui serait fixé par le TAF en cas d'absence de convention étaient beaucoup plus grandes qu'aujourd'hui et la probabilité qu'il donne raison aux hôpitaux était tout aussi forte que celle qu'il accepte le point de vue des assureurs.

Finalement, après plus d'un an de négociations, le CHUV accepta fin 2012 de conclure un tarif de CHF 10'400, qui permettait de maintenir le volume de financement des assureurs-maladie au niveau antérieur. Les autres hôpitaux universitaires choisirent de demander à leur canton de fixer un tarif d'autorité.

Les années suivantes, la jurisprudence du TAF apporta des précisions sur le calcul des tarifs et certains points de désaccord entre assureurs et hôpitaux universitaires purent être écartés. Le CHUV conclut un nouveau tarif à hauteur de CHF 10'650 avec l'ensemble des assureurs-maladie, valable dès 2016, bientôt rejoint par les hôpitaux universitaires de Genève et de Bâle, tandis que ceux de Berne et de Zurich maintenaient leur revendication à un niveau plus élevé.

Finalement, alors que la procédure de fixation était toujours en cours, ils purent conclure des tarifs compris entre CHF 10'800 et CHF 10'880, avec certains assureurs mais pas tous. En particulier le Groupe Mutuel, qui représente près de 30% des patients du CHUV, a refusé ces tarifs et se trouve encore en procédure de fixation. La CSS, qui a conclu un accord avec Zurich mais pas avec Berne, constitue une incertitude.

Perspective 2021

Le coût par point 2018 du deuxième hôpital universitaire le moins cher (référence du benchmarking) est de CHF 10'966, ce qui permettrait de justifier une augmentation de tarif pour le CHUV.

Il est possible que le CHUV soit en mesure de conclure un tarif de CHF 10'800 avec la plupart des assureurs, mais pas avec le Groupe Mutuel, ni peut-être avec la CSS.

Le Conseil d'Etat devrait donc fixer le tarif de ces assureurs, avec possibilité pour eux de faire recours auprès du TAF. Cette procédure peut durer plusieurs années et son issue est incertaine

Par ailleurs, il n'est pas exclu que l'ensemble des assureurs tente de faire baisser les tarifs des hôpitaux universitaires à l'aide d'un benchmarking sur tous les hôpitaux suisses en prétendant que la phase d'introduction des SwissDRG est terminée.

Effets généraux de la hausse de tarif

Une hausse de tarif de CHF 10'650 à CHF 10'800 se traduirait par une augmentation des revenus de l'hôpital, financée par les assureurs et les cantons.

La sous-couverture du CHUV dans l'hospitalisation somatique aiguë serait réduite mais pas supprimée. En effet, ce tarif resterait inférieur à la valeur de référence des hôpitaux universitaires (10'966) qui est elle-même plus basse que le coût du CHUV (11'182). Avec un volume à charge de la LAMal identique à celui de 2018 (52'200 points SwissDRG), le passage à un tarif de CHF 10'800 générerait un revenu supplémentaire théorique de CHF 7,8 millions pour le CHUV.

Le coût supplémentaire à charge des assurés vaudois (83% des points DRG en 2018) serait de CHF 2,9 millions et celui à charge de l'Etat de Vaud de CHF 3,6 millions. Le solde de CHF 1,3 million serait à charge des assurés d'autres cantons et de leur canton de domicile.

Effets de la hausse de tarif sur les primes

Pour estimer l'impact de l'augmentation du prix de base sur les primes des assurés vaudois, nous divisons le coût supplémentaire à charge de l'assurance-maladie, pour les patients vaudois, de CHF 2,9 millions par le total des prestations nettes LAMal 2018 dans le canton de Vaud de CHF 2,86 milliards et obtenons ainsi un **impact de +0.10%**.

En prenant les prestations nettes de l'assurance-maladie, nous supposons que l'augmentation est entièrement absorbée par les primes, sans contribution des franchises et des quotes-parts des assurés, ce qui surestime probablement légèrement l'impact sur les primes.

Si nous multiplions l'effet relatif sur les primes de 0.10% par la prime annuelle moyenne de CHF 4'147.-, nous obtenons une **augmentation de CHF 4.27 par année** ou 35 centimes par mois. L'impact sur les primes est donc très faible; en effet, l'augmentation de tarif n'est que de 1.4% et la part de l'hospitalisation somatique aiguë du CHUV dans les prestations nettes de l'assurance-maladie n'est que de 7.5%. Le détail des calculs figure en annexe.

Conclusions

- Une négociation du tarif à la hausse impliquerait probablement une fixation de tarif par le canton pour au moins un groupe d'assureurs. L'issue de cette procédure reste incertaine.
- Le passage du tarif de CHF 10'650 à CHF 10'800 augmenterait les revenus du CHUV d'environ CHF 7.8 millions, dont 3.6 millions à la charge du canton.
- Cette hausse de tarif serait financée par les assureurs-maladie vaudois et donc les assurés vaudois, pour 2.9 millions, mais également par les autres cantons et les assurés des autres cantons pour 1.3 million.
- L'impact sur les primes des assurés vaudois serait très faible (+0.1%).

DSAS

Annexe

Calcul de l'effet sur les primes

Somatique aigu LAMal VD 2018	
Séjours CHUV	33'839
Casemix CHUV	43'559
Rémunérations supplémentaires yc SVK	13'523'757
Volume à charge des assureurs LAMal	214'841'030
Presations brutes LAMal VD	3'291'645'721
dont hospitalisation	567'354'377
Prestations nettes LAMal VD	2'856'894'561
Part hosp A CHUV aux prest brutes	6.5%
Part hosp A CHUV aux prest brutes hosp	37.9%
Part hosp A CHUV aux prest nettes	7.5%
Nombre assurés moyen	779'890
Cout brut par assuré	4'221
Coût net par assuré	3'663
Prime annuelle moyenne VD	4'147
Nouveau Prix de base LAMal	10'800
Taux Augmentation volume hosp A CHUV	1.37%
Taux augmentation coût LAMal et primes	0.10%
Prime annuelle supplémentaire	4.27

Degré de couverture

par groupe choisi avec un prix de base uniforme virtuel

	Nombre de cas	Part des données de calcul	Degré de couverture V8.0	Degré de couverture V7.0	Changement V8.0/V7.0
Hôpitaux universitaires K111	197'182	20.30%	94.09%	93.81%	+0.3%
Hôpitaux indépendants pour enfants	17'491	1.80%	93.70%	91.50%	+2.4%
Hôpitaux non universitaires	774'031	79.70%	102.33%	102.45%	-0.1%
Inliers	785'431	80.87%	104.06%	105.36%	-1.2%
Low outliers	112'004	11.53%	107.25%	105.07%	+2.1%
High outliers	73'778	7.60%	81.21%	76.46%	+6.2%
Patients transférés (d'admission)	35'987	3.71%	92.35%	91.11%	+1.4%
Patients transférés (d'admission) inliers	28'285	2.91%	96.59%	96.47%	+0.1%
Enfants < 16 ans sans DRG P66D, P67D	67'565	6.96%	100.12%	98.17%	+2.0%

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V8.0: CHF 10'723

Baserate hypothétique pour bénéfices nuls incl. CUI V7.0: CHF 10'716

Base de données: 2016, données de calcul, évaluées sur V7.0 et V8.0

Note à : Commission chargée de l'examen des postulats Mojon et Luisier
Concerne : Opportunité de modifier les informations sur les PIG transmises dans la statistique OFS
(en vue de la Commission parlementaire du 25 novembre)
Date : 18 novembre 2019

Question :

La direction du CHUV indique que les chiffres fournis par Statistique suisse, en matière de PIG vaudoises, sont faussés, entre autres, par certaines pratiques comptables appliquées dans notre canton.

Dans ce cas, et puisqu'elle est consciente de cette situation, pourquoi la direction du CHUV et/ou l'État de Vaud ne transmettent-ils pas des données épurées / corrigées à Statistique Suisse ?

Réponse :

Les subventions perçues par le CHUV selon les chiffres clés de l'OFSP et l'étude Felder doivent faire l'objet de plusieurs ajustements, afin de pouvoir être comparées avec celles d'autres établissements.

Dans ce qui suit, nous passons en revue les différents ajustements figurant dans le tableau 4 (colonne 2017), page 9, de la réponse du Conseil d'Etat aux postulats Luisier Brodard et Mojon et indiquons dans quelle mesure une correction des chiffres annoncés à l'OFS par le CHUV peut avoir lieu ou non.

Subventions pour activités déficitaires en psychiatrie et en réadaptation

L'étude Felder ne s'intéresse qu'aux hôpitaux somatiques aigus, respectivement à l'activité somatique aiguë des hôpitaux mixtes.

La statistique OFS des hôpitaux et les chiffres clés de l'OFSP ne permettent pas de distinguer, pour les hôpitaux mixtes, dans les subventions ce qui est destiné à couvrir le somatique aigu, la réadaptation et la psychiatrie.

L'étude Felder attribue implicitement l'entier des subventions à l'activité somatique aiguë. Les données du CHUV dans la statistique des hôpitaux sont correctes. Leur interprétation dans l'étude Felder est erronée

Revenus des investissements pour l'hospitalisation

Depuis la réforme du financement hospitalier, entièrement entrée en vigueur en 2012, les tarifs d'hospitalisation couvrent également les investissements. Il est donc correct de faire figurer ces revenus dans les revenus d'hospitalisation et non dans les subventions, comme le fait encore le CHUV.

Cela sera corrigé par le CHUV sur les données de l'exercice 2019.

Contribution extraordinaire à l'investissement

Les amortissements extraordinaires au CHUV décidés par l'Etat de Vaud sont neutres pour le CHUV et ne financent aucune activité, déficitaire ou non.

Pour cette raison et parce qu'il s'agit d'un cas très particulier, il ne faut pas tenir compte de cette subvention dans les comparaisons avec d'autres hôpitaux.

Cette contribution a été indiquée correctement par le CHUV dans la statistique OFS des hôpitaux et dans les chiffres clés OFSP.

Le même problème se posera pour les comparaisons portant sur l'exercice 2018, sur lequel l'Etat a, à nouveau, procédé à un amortissement extraordinaire d'objets CHUV, mais plus pour 2019.

Subventions affiliés

Le SAGEFI demande au CHUV de comptabiliser les subventions aux établissements affiliés en produit et en charge, en vertu des principes MCH2 et de non compensation entre charges et produits.

Ces subventions figurent dans la bonne rubrique dans la statistique des hôpitaux et dans les chiffres clés OFSP.

Leur montant diminue cependant fortement dès 2018 en raison de la sortie de la PMU du périmètre du contrat de prestations du CHUV, puis de nouveau en 2019 avec la sortie de l'Institut de santé au travail (IST).

Coûts autres PIG en psychiatrie et en réadaptation

L'étude Felder n'est pas en mesure de distinguer entre le somatique aigu, la réadaptation et la psychiatrie les financements pour les autres PIG (hors formation et recherche), car les chiffres clés de l'OFSP, comme les données OFS, ne contiennent pas d'indication à ce sujet (voir point concernant les activités déficitaires). Par défaut, les subventions couvrant ces autres PIG sont entièrement attribuées au somatique aigu dans l'étude Felder.

Le CHUV ne peut y remédier, ayant indiqué ces subventions de manière correcte dans la statistique des hôpitaux.

Contributions de tiers pour la recherche

En vertu des art. 40 et suivants du règlement d'application de la loi sur les Hospices cantonaux (RLHC), les fonds de tiers pour la recherche figurent au bilan du CHUV, alors que, dans d'autres hôpitaux universitaires, ils apparaissent dans des périmètres comptables séparés ou sont gérés par l'université.

Le CHUV a indiqué correctement ces montants dans la rubrique « contributions de tiers » dans la statistique des hôpitaux, rubrique qui est fusionnée avec celle des subventions dans les chiffres clés de l'OFSP.

En résumé, seuls les revenus des investissements pour l'hospitalisation peuvent et feront l'objet d'une correction dans la statistique des hôpitaux.

En particulier, les subventions concernant la psychiatrie et la réadaptation, ainsi que les contributions de tiers pour la recherche, continueront de contribuer à surestimer fortement les subventions du CHUV pour l'activité somatique aiguë dans l'étude Felder, alors que les données du CHUV sont parfaitement correctes.

Pour remédier à ces biais d'interprétation, nous proposons que le CHUV ou la DGS transmette chaque année au Prof. Felder des compléments d'information sur les fonds de tiers et les financements destinés à la psychiatrie et à la réadaptation et que celui-ci les intègre pour publier un montant rectifié de subvention au CHUV.

DSAS

Weber Marc

Objet: Légalité PIG - Avis SJL

Expéditeur: Fahrni Yann <yann.fahrni@vd.ch>

Date: 19 novembre 2019 à 16:08:46 UTC+1

Destinataire: Rumo Pascale <pascale.rumo@vd.ch>

Cc: Schwaar Jean-Luc <jean-luc.schwaar@vd.ch>, Santangelo-Vilchez Vanessa <vanessa.santangelo-vilchez@vd.ch>

Objet: TR: demande de Mme Rumo

Madame la Secrétaire générale,

Dans le cadre du traitement du rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Philippe Vuillemin – « CHUV – EMS : relever le défi de la vieillesse passe aussi par l'égalité salariale des infirmières », vous avez demandé que le SJL vous adresse un avis de droit synthétisant ses analyses. Il s'agit essentiellement de se prononcer sur la conformité du financement d'une « bascule » des salaires de la CCT SAN vers des rémunérations correspondant à la grille salariale du HRC par :

- les prestations d'intérêt général (PIG ; article 49, alinéa 3 LAMal et articles 6, 7 et 25 LPFES), en ce qui concerne le personnel des hôpitaux ;
- le financement résiduel des soins (article 25a LAMal), en ce qui concerne le personnel des EMS.

Conformité du financement par les PIG en ce qui concerne la « bascule » des salaires du personnel des hôpitaux

L'article 49, alinéa 1 LAMal définit les tarifs d'hospitalisation. Les PIG n'entrent pas dans le calcul de ces tarifs et doivent donc être financées séparément. De fait, selon l'article 49, alinéa 3 LAMal, les rémunérations au sens de l'alinéa 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces PIG comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, ou la recherche et la formation universitaire.

Le Message du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (FF 2004 5207) ne fournit pas de définition précise de ce qu'il faut entendre par PIG. Tout au plus y est-il indiqué qu'une fois le passage au financement lié des prestations effectué, on ne pourra plus faire référence aux coûts imputables et que l'élément déterminant sera la rémunération de la prestation correspondante, laquelle devra être prise en charge à parts égales par les assureurs et par le canton de résidence de l'assuré. Il est également mis en évidence que pour des raisons de politique sociale, il est laissé à la libre appréciation des cantons d'exclure certains domaines et de prendre en charge séparément les coûts qu'ils engendrent. Il s'agit là plus particulièrement de tâches d'intérêt public qui permettent de garantir la couverture des besoins telles que les réserves de capacités nécessaires et les services d'urgence (FF 2004 5235).

L'étude de faisabilité « Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux » émise le 16 juin 2016 dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier à la demande de l'Office fédéral de la santé publique relève que la notion de PIG est définie de manière non exhaustive dans la LAMal. Elle laisse une marge de manœuvre aux cantons en lien avec l'approvisionnement en soins. Ils sont notamment libres de mettre à disposition des hôpitaux qu'ils possèdent des moyens financiers pour des investissements nécessaires à l'exécution de PIG ou d'autres prestations confiées à l'établissement par mandat cantonal.

En réponse au dépôt au Conseil des Etats d'une motion concernant la transparence du financement hospitalier assuré par les cantons, le Conseil fédéral, dans un avis du 16 septembre 2016, a confirmé qu'il ne voyait aucun besoin d'agir au niveau fédéral, les PIG n'étant pas définissables avec précision, mais constituant sur le plan juridique une catégorie résiduelle qui est entre les mains des cantons.

Le Conseil fédéral précisait, en outre, que ces possibilités laissées aux cantons résultent notamment de la répartition des compétences fixée à l'art. 3 de la Constitution fédérale (RS 101), en vertu de laquelle l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons.

Dans ses « Recommandations sur l'examen de l'économicité : Déterminations des hôpitaux efficients d'après l'art. 49 al. 1 LAMal », la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a défini le principe suivant : « toutes les prestations et les coûts s'y rapportant d'un hôpital qui sont nécessaires pour pouvoir mettre à disposition à long terme dans un système concurrentiel les prestations médicales et de soins d'après l'art. 25 LAMal selon mandat de prestations au sens de l'art. 39 al. 1 let. e LAMal ainsi que remplir les obligations concernant le classement des coûts et des prestations sont à la charge de l'AOS. Les coûts correspondants sont intégrés dans la détermination du tarif hospitalier pour des prestations stationnaires (tarif stationnaire). ». La CDS a complété cet énoncé par des exemples de prestations qui relèvent ou non des PIG selon elle.

De son côté H+, l'association faîtière des hôpitaux suisses, distingue trois catégories de PIG : La formation et la recherche ; les autres PIG ; les contributions des pouvoirs publics pour des activités LAMal déficitaires.

Au niveau cantonal il n'existe pas non plus de définition claire de ce qu'incluent les PIG. En réponse à une interpellation de Claude-Alain Voiblet – Utilisation des PIG comme un outil de subventionnement « occulte » qui pourrait biaiser la concurrence et la réalité des chiffres entre les établissements hospitaliers dans notre pays – le Conseil d'Etat a relevé que la modification de la LAMal n'apportait malheureusement pas une définition plus précise de ce que sont les PIG et que la différenciation entre coûts « imputables » et « non imputables » d'avant 2012 s'était muée en une différenciation entre « prestations d'hospitalisations » et « prestations d'intérêt général ».

Le Conseil d'Etat relevait encore que les PIG correspondent à toutes les prestations qui ne sont pas financées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et qu'en principe, ces prestations étaient financées par l'organisme qui les demande, soit pour la plus grande partie par le canton et, cas échéant, par l'impôt, mais aussi par d'autres partenaires tels que les communes, d'autres prestataires de santé, des fonds privés, des fonds de recherche, etc.

En réponse à un postulat Christelle Luisier Brodard et consorts – En savoir un peu plus sur les prestations d'intérêt général (PIG) – le Conseil d'Etat a aussi rappelé en avril 2019 que le terme « en particulier » de l'article 49, alinéa 3 LAMal indique que l'énumération des PIG dans cet article n'est pas exhaustive.

Selon le Conseil d'Etat, les recommandations de la CDS constituent actuellement la définition la plus complète des PIG bien qu'elles n'en établissent pas une liste exhaustive. Par ailleurs, ces recommandations, qui ont été publiées pour la dernière fois en avril 2017, ne sont probablement pas encore appliquées par tous les cantons. En outre, comme leur nom l'indique, ces recommandations ne sont pas contraignantes pour les cantons et les hôpitaux.

Sur le plan cantonal les articles 6, 7 et 25 LPFES prévoient le financement des PIG mais n'en fournissent pas une définition précise.

Au vu de ce qui précède on constate qu'il est difficile d'apporter une réponse claire et sans équivoque à votre question sur la possibilité du financement de la « bascule » des salaires CCT San par des PIG, au sens précis que l'article 49, alinéa 3 LAMal et les articles 6, 7 et 25 LPFES donnent à cette notion. Il est incontestable que les cantons bénéficient d'une grande latitude dans la définition des PIG et que la LAMal ne tend pas à restreindre la liste des interventions concevables. A notre avis, le terme de « prestation » employé par cette loi fédérale et repris par la LPFES suppose néanmoins qu'il s'agisse d'offrir, directement ou indirectement, des services aux assurés/utilisateurs des hôpitaux ou à la société en général (comme la formation des médecins). La modification des conditions salariales d'une partie du personnel n'apparaît pas en elle-même constituer une telle

prestation. En revanche il semblerait, selon notre compréhension et sous réserve de validation par le DSAS, que cette revalorisation aura pour effet de garantir le maintien de capacités d'accueil en évitant la fuite de personnel vers d'autres employeurs ne faisant pas partie des fournisseurs de soins LAMal, de fidéliser les employés à leur employeur et d'éviter un turnover entre établissements trop important (avec des pertes de qualité) ainsi que d'assurer la relève en promettant aux personnes formées dans le domaine des soins un revenu suffisamment attractif. Dans l'affirmative il s'agirait bien de garantir des prestations ou la qualité de prestations, et l'on serait effectivement en présence de PIG au sens exposé ci-dessus.

Conformité du financement par le financement résiduel des soins en ce qui concerne la « bascule » des salaires du personnel des EMS

L'article 25a, alinéa 5 LAMal répartit la charge des frais des soins en cas de maladie sur trois débiteurs. Premièrement, une contribution financière aux soins dispensés est fournie par l'assurance obligatoire des soins. Deuxièmement, les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par cette assurance peuvent être répercutés sur la personne assurée. Pour éviter qu'une charge démesurée ne pèse sur elle, l'article 25a, alinéa 5 LAMal a toutefois limité sa part à 20% au plus de la contribution maximale versée par l'assurance-maladie, ce qui représente aujourd'hui 21 fr. 60 par jour (part de l'assuré). Cette part est déterminée par chaque canton pour ses propres résidents. Troisièmement, le financement des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur ni par l'assuré est pris en charge par le canton (voir Arrêt du Tribunal fédéral 2C_728/2011 consid. 3.2 et ATF 138 I 410, consid. 4.2.).

Dans le Canton de Vaud, la réglementation du financement résiduel des soins est prévue à l'article 26g LPFES. Les tarifs sont établis conformément à l'Arrêté du Conseil d'Etat fixant les montants journaliers versés aux établissements médico-sociaux destinés à couvrir la part du coût des soins non pris en charge par l'assurance-maladie, prévu par l'article 5 de la loi du 24 avril 2012 sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS).

En fixant les nouveaux tarifs journaliers applicables dans les EMS, le Conseil d'Etat a décidé d'augmenter la contribution maximale des résidents qui était jusqu'alors fixée à 10% (cf. Arrêté du 1^{er} mai 2019 fixant pour le premier semestre de 2019 les modalités du financement résiduel des coûts des soins de l'assurance-maladie, ainsi que la part des coûts des soins à la charge du résident, lors de séjours au sein d'établissements médico-sociaux ou de structures de soins de jour ou de nuit (BLV 832.00.010519.1) et celui fixant ces mêmes montants pour le deuxième semestre (BLV 832.00.02.0519.2)). Selon vos indications, cette démarche permettra de financer la « bascule » des salaires des employés de EMS. Le SJL a déjà eu l'occasion de se prononcer sur ce sujet lors de la soumission des deux projets d'arrêtés susmentionnés et n'a pas émis de remarques particulières sur le plan juridique, la démarche apparaissant conforme.

Cela étant, nous attirons votre attention sur le fait qu'il serait exclu d'employer des montants perçus au titre du financement résiduel des soins pour augmenter les salaires dans le domaine socio-hôtelier (SOHO). Comme vous le savez, la jurisprudence du Tribunal fédéral exclut un tel système de « vases communicants », notamment parce qu'il viole la protection tarifaire voulue par la LAMal. On peut aussi relever qu'il ne correspondrait pas au droit cantonal lui-même, notamment à la LPFES et à la LAPRAMS. Nous vous engageons donc à veiller à éviter un tel écueil.

* * *

Je vous prie de croire, Madame la Secrétaire générale, à l'assurance de ma considération distinguée.

Yann Fahrni

Premier conseiller juridique
Etat de Vaud - Département des institutions et de la sécurité
Service juridique et législatif
Place du Château 1, 1014 Lausanne
Tél: + 41 21 316 45 65

04.061

**Message
concernant la révision partielle de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)**

du 15 septembre 2004

Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'approuver.

Par la même occasion, nous vous proposons de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2002 | P | 01.3049 | Médecine de pointe. Réduire les surcapacités par l'octroi de licences (N 30.9.02, Zäch) |
| 2001 | P | 01.3604 | Financement hospitalier à caractère moniste. Rapport (N 14.12.01, Zäch) |
| 2002 | M | 02.3170 | Définir une planification pour la médecine de pointe (E 19.9.02; N 1.3.04, Frick) |
| 2002 | P | 02.3674 | Rapport sur une gestion «moniste» par la Confédération (N 21.3.03, Zisyadis) |
| 2002 | P | 02.3750 | Modélisation de la planification hospitalière (N 21.3.03, Rossini) |
| 2003 | P | 03.3042 | Création de régions destinées à couvrir les besoins en soins hospitaliers. Examen effectué par le Conseil fédéral (N 20.6.03, Wirz von Planta) |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

15 septembre 2004 Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Joseph Deiss
La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

consommateurs. La charge financière du système de santé étant en fin de compte supportée par les ménages privés (primes, paiements directs et impôts), la devise «Qui paie, commande» s'imposerait plus largement.

- La réintroduction de la liberté de contracter augmenterait encore la concentration des deux côtés du marché (et diminuerait le nombre d'offeurs indépendants), ce qui ne pose pas de problème majeur tant que chaque partie occupe sur le marché une position (concentration) comparable, parce qu'elles n'ont alors guère la possibilité de tirer indûment profit du système. Dans ces conditions, le résultat du marché pourrait être très satisfaisant.
- La création des conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels au système de santé limiterait plus encore les possibilités d'abus de pouvoir. De plus, les négociations collectives de contrats ne seraient plus possibles. Enfin, les tarifs d'association devraient être remplacés par des contrats individuels ou de groupe.
- Avec la liberté en matière de contrats, les assureurs et les organisations de managed care pourraient négocier, avec les fournisseurs de prestations, d'autres systèmes de remboursement. On verrait ainsi apparaître des formes de rémunération nouvelles, également innovantes, susceptibles de modifier durablement les incitations pour les fournisseurs de prestations. Il est fort probable en particulier que le remboursement à la prestation, seul responsable du phénomène de demande induite par l'offre, disparaîtrait rapidement.
- Contrairement à ce que l'on connaît aujourd'hui, les rémunérations négociées entre les parties à une convention couvriraient (à moyen terme) toujours les coûts. A long terme, les prestations non rentables ne pourraient pas subsister parce qu'elles mettraient en danger l'existence des fournisseurs de prestations. Sous la pression de la concurrence, les marges bénéficiaires plus ou moins élevées sur les prestations auraient tendance à s'égaliser, supprimant ainsi la raison de la spécialisation sur des prestations particulièrement rentables.
- Par rapport à la situation consécutive au passage à un financement dual fixe, le financement lié aux prestations, associé à la suppression de l'obligation de contracter, devrait faire évoluer plus rapidement le niveau et la structure des capacités hospitalières et les rapprocher plus fortement des réalités économiques. En même temps, le processus attendu de concentration (par discipline) devrait en particulier augmenter durablement la qualité de nombreuses prestations médicales.
- Dans l'ensemble, on peut s'attendre à ce que, dans le cadre d'un modèle de «concurrence régulée», l'allocation des ressources dans le domaine hospitalier devienne plus efficiente avec le temps.
- Bien que les cantons voient leur rôle fortement redimensionné, ils conserveraient toute une série de fonctions importantes, notamment celles de garantir des soins d'une qualité suffisante sur l'ensemble de leur territoire, de financer des prestations d'intérêt public (formation et recherche, services d'urgence, etc.), d'exercer la surveillance, d'accorder les autorisations et d'être actionnaires des hôpitaux publics.

également prévue jusqu'à maintenant par l'art. 49, al. 2, LAMal, d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants (p.ex. des mesures particulièrement complexes ou le recours à une technologie de pointe coûteuse) doit donc être maintenue.

Art. 49, al. 3

La conséquence de la règle de financement actuelle de l'art. 49, al. 1, est la suivante: tant les hôpitaux que les assureurs disposent de peu de marge de manœuvre pour s'entendre sur la rémunération des traitements hospitaliers, en ce sens que les coûts imputables pour la tarification sont déterminés et que la marge de négociation est réduite à la délimitation exacte des coûts imputables et des surcapacités ainsi qu'au niveau du degré de couverture des coûts. Il s'ensuit que la couverture des coûts est garantie indépendamment du rapport prix-prestations. Cela va à l'encontre de l'idée de concurrence dans le domaine des tarifs contenue dans la loi.

Une fois le passage au financement lié aux prestations effectué, on ne pourra plus faire référence aux coûts imputables. L'élément déterminant sera la rémunération de la prestation correspondante, qui devra être prise en charge à parts égales par les assureurs et par le canton de résidence de l'assuré. Pour des raisons de politique sociale, il est toutefois laissé à la libre appréciation des cantons d'exclure certains domaines et de prendre en charge séparément les coûts qu'ils engendrent. Il s'agit là plus particulièrement de tâches d'intérêt public qui permettent de garantir la couverture des besoins, telles que les réserves de capacités nécessaires et les services d'urgence. A l'avenir, il y aura lieu d'inclure également les coûts d'investissement dans le financement, et ce avant tout parce qu'une séparation stricte des coûts d'exploitation et des coûts d'investissement donne, dans le cadre du financement hospitalier, une image qui ne correspond pas à la pratique de l'économie d'entreprise. Toutefois, la rémunération n'englobera aucune part des coûts relevant de la formation et de la recherche. Dans ce domaine, le texte de la loi actuelle est maintenu, car le Conseil fédéral applique, en vertu de l'art. 53 LAMal, une définition étendue de la notion de coûts de formation lors de l'examen de recours ayant trait aux tarifs (voir p. ex. à ce propos la décision du Conseil fédéral du 19 décembre 2001, dans: Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 4/2002, KV 220, p. 309, cons. II. 1.6.3 et II. 10.1). En d'autres termes, il y a lieu d'exclure de la prise en charge par l'assurance-maladie tous les coûts liés à la formation de base et à la formation post-graduée du personnel médical. Doivent également être exclus les coûts imputables à la recherche ainsi que les coûts indirectement liés à la formation et à la recherche. De plus, la LAMal ne vise pas uniquement les dépenses de formation et de recherche concernant les hôpitaux universitaires. Vu sous cet angle, on ne peut donc pas uniquement prendre en considération les frais liés à la formation et à la recherche universitaires sans tenir compte aussi des coûts occasionnés dans les autres hôpitaux pratiquant à la charge de l'assurance-maladie sociale, indépendamment du fait qu'il s'agisse de petits hôpitaux ou de cliniques privées. Dans l'intervalle, le Conseil fédéral a d'ailleurs édicté, dans le cadre de l'OCP, un art. 7 qui reprend cette définition détaillée.



16.3623 Motion

Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons

Déposé par: Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE
Orateur: Stöckli Hans
Groupe socialiste
Parti socialiste suisse
Date de dépôt: 05.07.2016
Déposé au: Conseil des Etats
Etat des délibérations: Adopté

Texte déposé

Dans le cadre de l'analyse sur les effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, le Conseil fédéral est chargé d'indiquer quels cantons ont subventionné, directement ou indirectement et à quelle hauteur, leurs fournisseurs de prestations durant les années 2012 à 2015 pour des coûts qui auraient été pris en charge par l'AOS.

Développement

En introduisant le nouveau régime de financement hospitalier, le législateur entendait créer une certaine transparence, améliorer la comparabilité des prestations et permettre une concurrence équitable entre les hôpitaux au-delà des frontières cantonales. Afin de pouvoir déterminer si ces objectifs ont été atteints, il y a notamment lieu d'examiner comment les prestations d'intérêt général et les investissements sont financés dans la pratique.

Dans le cadre de l'évaluation actuellement réalisée au sujet du nouveau régime de financement hospitalier, l'Office fédéral de la santé publique a commandé une étude de faisabilité sur ce thème. Les auteurs de l'étude, intitulée "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux" (Infras, 16 juin 2016), parviennent à la conclusion que si la transparence sur le financement des prestations d'intérêt général et des investissements s'est quelque peu améliorée, elle reste insuffisante. Ils indiquent en effet que les données disponibles ne peuvent être utilisées ni pour une comparaison intercantonale ni pour une comparaison temporelle du financement des prestations d'intérêt général et des investissements. Cette situation n'est pas satisfaisante, car on ne peut exclure que des subventions faussant la concurrence aient été versées dans le cadre du nouveau régime de financement hospitalier.

Avis du Conseil fédéral du 16.09.2016

Le Conseil fédéral comprend les préoccupations de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats qui souhaite améliorer encore la transparence dans le domaine du financement hospitalier. Selon la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans ce domaine, les prestations hospitalières stationnaires sont, en règle générale, rémunérées par des forfaits liés aux prestations (art. 49 al. 1 LAMal). La loi prévoit ainsi l'épuisement de toutes les prétentions de rémunération pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins (art. 49 al. 5 LAMal). En revanche, selon l'article 49 alinéa 3, les forfaits ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général, comme le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ou la recherche et la formation universitaire. S'agissant des coûts, la LAMal et l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médicosociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104) exigent une transparence totale, en demandant d'indiquer séparément les coûts pour la recherche et la formation universitaire et d'exclure les surcapacités grâce à une analyse comparative; une manière de garantir une rémunération uniforme des coûts efficaces des prestations de la LAMal. En revanche, du côté des revenus, les hôpitaux aussi bien privés que publics disposent d'une grande marge de manoeuvre, en particulier en raison de la possibilité de rémunérer des prestations d'intérêt général et de la possibilité, maintenue après la révision de la LAMal, de continuer, en tant qu'organismes responsables ou propriétaires, de mettre des moyens financiers à disposition de leurs propres établissements. Reste à savoir si des activités de financement des cantons, et le cas échéant lesquelles, sont à définir et à considérer comme des subventions au sens de la motion; les



cantons et les organismes privés sont en effet libres d'attribuer des mandats supplémentaires à leurs établissements ou de formuler des exigences dont la rémunération n'est pas non plus réglementée au niveau fédéral. Il est donc difficile de définir précisément les prestations d'intérêt général: elles constituent une catégorie résiduelle dont la transparence et la comparabilité dépendent des cantons. Cette compétence des cantons découle notamment de la répartition inscrite à l'article 3 de la Constitution fédérale (RS 101) et figurant dans le message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004 (FF 2004 5211 et 5219); selon ce partage, l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons.

L'évolution dans les domaines du financement des prestations d'intérêt général et des investissements ne peut pas être démontrée, rétroactivement, de manière plus précise qu'au moment des études réalisées dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier (notamment "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux", Infrac, 16 juin 2016). Comme l'étude de faisabilité l'expose, des problèmes méthodologiques liés à l'unique source de données secondaires directement exploitable (Statistique des hôpitaux) excluent actuellement son utilisation pour un examen fiable et complet des investissements et des prestations d'intérêt général. L'enquête directe réalisée auprès de tous les cantons dans le cadre de l'étude de faisabilité a permis de recueillir des informations supplémentaires grâce aux indications détaillées qu'ils ont fournies. Les cantons ayant une conception des prestations d'intérêt général divergente, qui s'accroît au fil du temps, il est cependant devenu évident qu'il ne sera pas possible de disposer de données fiables concernant l'étendue de ces prestations pour la période de 2012 à 2015. Lors de l'enquête, ils ont de plus déjà fourni leurs données relatives aux investissements. Le Conseil fédéral est donc d'avis qu'un nouvel examen des prestations d'intérêt général et des investissements dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier ne contribuera pas concrètement à une représentation globale du financement dans le domaine hospitalier stationnaire. Compte tenu de ce qui précède, il convient donc de rejeter la motion.

Dans la perspective de pouvoir, à l'avenir, mieux évaluer la mise en œuvre et les effets de la révision, le Conseil fédéral estime important et approprié de développer des solutions avec les cantons afin d'optimiser la transparence. Le Conseil fédéral poursuivra à cette fin la collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. L'Office fédéral de la santé publique a de son côté déjà pris contact avec les cantons en ce qui concerne le traitement transparent des prestations d'intérêt général.

Proposition du Conseil fédéral du 16.09.2016

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Rapports de commission

[24.01.2017 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats](#)

[03.11.2016 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national](#)

Documents des Conseils

[03.07.2019 - Rapport en réponse à l'intervention parlementaire](#)

Chronologie

- | | |
|------------|--|
| 21.09.2016 | Conseil des Etats
Adoption |
| 08.12.2016 | Conseil national
La motion est adoptée avec la modification suivante: Dans le cadre de l'analyse sur les effets de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier, le Conseil fédéral est chargé d'indiquer quels cantons subventionnent, directement ou indirectement et à quelle hauteur, leurs fournisseurs de prestations pour des coûts qui pourraient être pris en charge par l'AOS. |
| 14.03.2017 | Conseil des Etats
Adhésion |



Compétences

Commissions chargées de l'examen

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)

Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires

Catégorie de traitement

V

Conseil prioritaire

Conseil des Etats

Liens

Informations complémentaires

[Bulletin officiel](#)





16.3842 Motion

Financement hospitalier. Assurer la transparence en rendant obligatoires les appels d'offres pour les prestations d'intérêt général

Déposé par: Herzog Verena
Groupe de l'Union démocratique du Centre
Union Démocratique du Centre



Date de dépôt: 30.09.2016
Déposé au: Conseil national
Etat des délibérations: Liquidé

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales de manière à ce que les prestations d'intérêt général au sens de l'article 49 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) soient soumises au droit des marchés publics.

Développement

Une étude de faisabilité commandée par l'Office fédéral de la santé public, intitulée "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général des hôpitaux" (Infras, juin 2016) indique que les cantons versent des centaines de milliers de francs aux hôpitaux chaque année au titre des prestations d'intérêt général. Ces versements de gré à gré pèchent par leur manque total de transparence, d'autant qu'ils entrent en partie en contradiction avec l'article 49 alinéa 3 LAMal. Le fait de lancer des appels d'offres pour les prestations d'intérêt général devrait permettre d'obtenir de bien meilleurs prix et d'engranger des gains d'efficacité, au bénéfice des finances cantonales. Ces économies seraient bienvenues étant donné que la quasi-totalité des cantons ont des problèmes de financement et ont lancé des programmes d'allègement budgétaire.

Avis du Conseil fédéral du 02.12.2016

Le Conseil fédéral est également d'avis qu'il faut augmenter la transparence au niveau du financement hospitalier et améliorer l'efficacité de la fourniture des prestations stationnaires. Il s'est déjà exprimé à ce sujet (voir motion CSSS-CE [16.3623](#), "Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons").

La révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1er janvier 2009, a permis de créer à cet effet les conditions essentielles. Les dispositions de la LAMal concernant la justification transparente des coûts ainsi que l'économicité et l'efficacité des prestations stationnaires et de leur tarification ne portent toutefois que sur les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). S'agissant des prestations d'intérêt général des hôpitaux, l'article 49 alinéa 3 LAMal précise uniquement que les rémunérations pour les traitements hospitaliers ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. La LAMal ne contient pas de définition exhaustive des prestations d'intérêt général, mais cite comme exemples à l'article 49 alinéa 3 LAMal le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Les cantons et les organismes privés sont libres de confier d'autres tâches à leurs hôpitaux. Il est donc impossible de définir précisément les prestations d'intérêt général. Dans l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médicosociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104), le Conseil fédéral a précisé les exigences à ce niveau, en spécifiant notamment que les hôpitaux doivent, dans leur comptabilité analytique, distinguer les coûts pour les prestations d'intérêt général des coûts pour les prestations à la charge de l'AOS.



Selon la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique qui relève des cantons. En conséquence, la compétence pour réglementer les conditions-cadres quant à l'attribution de prestations d'intérêt général dans le domaine hospitalier est du ressort des cantons. Par conséquent, l'éventail des prestations varie fortement d'un canton à l'autre (voir à ce sujet l'étude Infras "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux" du 16 juin 2016, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch> > Thèmes > La politique de la santé > L'évaluation à l'OFSP > Rapports, études > Assurance-maladie > Evaluation des effets de la révision LAMal, financement des hôpitaux > 2. Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins). La Confédération ne possède aucune base juridique pour intervenir dans ce domaine. Le Conseil fédéral estime qu'une telle intervention n'est pas non plus justifiée puisque ni la Confédération, ni l'AOS ne prennent en charge les coûts des prestations d'intérêt général. En revanche, il considère que la transparence et l'efficacité dans le domaine hospitalier sont des objectifs importants. Pour ce faire, il lui paraît approprié de développer d'autres solutions avec les cantons. Il a déjà confié un mandat dans ce sens à l'Office fédéral de la santé publique.

Proposition du Conseil fédéral du 02.12.2016

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Rapports de commission

03.09.2019 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats

Chronologie

19.09.2018	Conseil national Adoption
12.09.2019	Conseil des Etats Rejet

Compétences

Commissions chargées de l'examen

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)
Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)

Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires

Conseil prioritaire

Conseil national

Cosignataires (22)

Amstutz Adrian, Brand Heinz, Brunner Toni, Büchler Jakob, Cassis Ignazio, Clottu Raymond, Frehner Sebastian, Giezendanner Ulrich, Grin Jean-Pierre, Guhl Bernhard, Heim Bea, Hess Lorenz, Hess Erich, Lohr Christian, Pezzatti Bruno, Rickli Natalie, Röstli Albert, Steinemann Barbara, Tuena Mauro, Walliser Bruno, Walter Hansjörg, de Courten Thomas

Liens

Informations complémentaires

Bulletin officiel | Votes CN





18.3149 Postulat

Spécifier les prestations d'intérêt général

Déposé par: Frehner Sebastian
Groupe de l'Union démocratique du Centre
Union Démocratique du Centre



Date de dépôt: 13.03.2018
Déposé au: Conseil national
Etat des délibérations: Non encore traité au conseil

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport sur les prestations d'intérêt général au sens de l'article 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Il y traitera notamment les points suivants:

1. A combien s'élèvent les contributions que les cantons versent aux hôpitaux au titre des prestations d'intérêt général (pour l'ensemble de la Suisse et par canton; en chiffres absolus et par habitant; par hôpital)?
2. Sous quelles rubriques cet argent est-il versé (liste exhaustive par canton)?
3. Quelles mesures permettraient de faire en sorte que les cantons traitent de la même manière tous les hôpitaux et cliniques situés sur leur territoire s'agissant des rémunérations versées au titre des prestations d'intérêt général?
4. Quels seraient les effets de ces mesures sur les coûts de la santé, sur les structures hospitalières et, en particulier, sur les primes?

Développement

Aux termes de l'article 49 LAMal, les rémunérations des traitements hospitaliers ne comprennent pas les coûts des prestations d'intérêt général, en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, la recherche et la formation universitaire. Les cantons utilisent cette disposition pour subventionner leurs hôpitaux, étant donné que le terme de "prestations d'intérêt général" n'est pas défini de manière exhaustive dans la LAMal. Conséquences: la concurrence entre les cliniques privées et les hôpitaux publics est faussée puisque les premières ne reçoivent pas de subvention; le potentiel qu'offre le système des forfaits par cas pour améliorer l'efficacité des hôpitaux en stimulant la concurrence n'est pas exploité; enfin, la concurrence entre les hôpitaux des différents cantons est également faussée étant donné que les cantons accordent plus ou moins de subventions à leurs hôpitaux.

Avis du Conseil fédéral du 23.05.2018

La compétence de la Confédération en matière de réglementation des prestations d'intérêt général se limite à créer les bases légales visant à exclure les coûts liés à de telles prestations et, ainsi, les conditions favorables à la rémunération uniforme des coûts efficaces des prestations LAMal. Les cantons et les responsables des hôpitaux sont toutefois libres de choisir les mandats qu'ils octroient pour des prestations d'intérêt général.

Pour cette raison, le Conseil fédéral ne peut ni proposer de mesures pour que les cantons traitent de manière égale les hôpitaux ni analyser l'impact de telles mesures. Toutefois, en élaborant le rapport en réponse à la motion [16.3623](#), il prendra en compte la transparence demandée dans le postulat concernant le montant et la composition des contributions versées par les cantons pour les prestations d'intérêt général.

Proposition du Conseil fédéral du 23.05.2018

Le Conseil fédéral propose d'accepter les chiffres 1 et 2 et de rejeter les chiffres 3 et 4 du postulat.



Compétences

Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires

Conseil prioritaire

Conseil national

Cosignataires (14)

Aeschi Thomas, Clottu Raymond, Giezendanner Ulrich, Gysi Barbara, Herzog Verena, Hess Lorenz,
Humbel Ruth, Lohr Christian, Pezzatti Bruno, Sauter Regine, Schenker Silvia, Schmid-Federer Barbara,
Weibel Thomas, de Courten Thomas

Liens



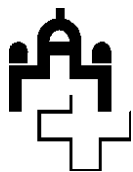
Ständerat

Annexe 13

Conseil des États

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



16.3842 n Mo. Conseil national (Herzog). Financement hospitalier. Assurer la transparence en rendant obligatoires les appels d'offres pour les prestations d'intérêt général

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 3 septembre 2019

Réunie le 3 septembre 2019, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a procédé à l'examen préalable de la motion visée en titre, déposée par la conseillère nationale Verena Herzog le 30 septembre 2016 et adoptée par le Conseil national le 19 septembre 2018.

La motion charge le Conseil fédéral de modifier les bases légales de manière à ce que les prestations hospitalières d'intérêt général au sens de l'art. 49, al. 3, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) soient soumises au droit des marchés publics.

Proposition de la commission

La commission propose à l'unanimité de rejeter la motion.

Rapporteur : Stöckli

Pour la commission :
Le président

Joachim Eder

Contenu du rapport

- 1 Texte et développement
- 2 Avis du Conseil fédéral du 2 décembre 2016
- 3 Décision du conseil prioritaire
- 4 Considérations de la commission





1 Texte et développement

1.1 Texte

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales de manière à ce que les prestations d'intérêt général au sens de l'article 49 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) soient soumises au droit des marchés publics.

1.2 Développement

Une étude de faisabilité commandée par l'Office fédéral de la santé publique, intitulée "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général des hôpitaux" (Infras, juin 2016) indique que les cantons versent des centaines de milliers de francs aux hôpitaux chaque année au titre des prestations d'intérêt général. Ces versements de gré à gré pèchent par leur manque total de transparence, d'autant qu'ils entrent en partie en contradiction avec l'article 49 alinéa 3 LAMal. Le fait de lancer des appels d'offres pour les prestations d'intérêt général devrait permettre d'obtenir de bien meilleurs prix et d'engranger des gains d'efficacité, au bénéfice des finances cantonales. Ces économies seraient bienvenues étant donné que la quasi-totalité des cantons ont des problèmes de financement et ont lancé des programmes d'allègement budgétaire.

2 Avis du Conseil fédéral du 2 décembre 2016

Le Conseil fédéral est également d'avis qu'il faut augmenter la transparence au niveau du financement hospitalier et améliorer l'efficacité de la fourniture des prestations stationnaires. Il s'est déjà exprimé à ce sujet (voir motion CSSS-CE 16.3623, "Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons").

La révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1er janvier 2009, a permis de créer à cet effet les conditions essentielles. Les dispositions de la LAMal concernant la justification transparente des coûts ainsi que l'économie et l'efficacité des prestations stationnaires et de leur tarification ne portent toutefois que sur les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). S'agissant des prestations d'intérêt général des hôpitaux, l'article 49 alinéa 3 LAMal précise uniquement que les rémunérations pour les traitements hospitaliers ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. La LAMal ne contient pas de définition exhaustive des prestations d'intérêt général, mais cite comme exemples à l'article 49 alinéa 3 LAMal le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Les cantons et les organismes privés sont libres de confier d'autres tâches à leurs hôpitaux. Il est donc impossible de définir précisément les prestations d'intérêt général. Dans l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médicosociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104), le Conseil fédéral a précisé les exigences à ce niveau, en spécifiant notamment que les hôpitaux doivent, dans leur comptabilité analytique, distinguer les coûts pour les prestations d'intérêt général des coûts pour les prestations à la charge de l'AOS.

Selon la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique qui relève des cantons. En conséquence, la compétence pour réglementer les conditions-cadres quant à l'attribution de prestations d'intérêt général dans le domaine hospitalier est du ressort des cantons. Par conséquent, l'éventail des prestations varie fortement d'un



canton à l'autre (voir à ce sujet l'étude Infrac "Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux" du 16 juin 2016, à l'adresse <http://www.bag.admin.ch> > Thèmes > La politique de la santé > L'évaluation à l'OFSP > Rapports, études > Assurance-maladie > Evaluation des effets de la révision LAMal, financement des hôpitaux > 2. Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins). La Confédération ne possède aucune base juridique pour intervenir dans ce domaine. Le Conseil fédéral estime qu'une telle intervention n'est pas non plus justifiée puisque ni la Confédération, ni l'AOS ne prennent en charge les coûts des prestations d'intérêt général. En revanche, il considère que la transparence et l'efficacité dans le domaine hospitalier sont des objectifs importants. Pour ce faire, il lui paraît approprié de développer d'autres solutions avec les cantons. Il a déjà confié un mandat dans ce sens à l'Office fédéral de la santé publique.

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

3 Décision du conseil prioritaire

Le Conseil national a adopté la motion le 19 septembre 2018, par 100 voix contre 92.

4 Considérations de la commission

Sur le fond, la commission partage les préoccupations de l'auteure de la motion, estimant elle aussi que les pratiques divergentes des cantons en matière de prestations d'intérêt général posent parfois problème. Toutefois, elle considère qu'il incombe aux parlements et gouvernements cantonaux d'intervenir afin de renforcer la transparence. Aux yeux de la commission, la mesure proposée par la motion empiéterait trop fortement sur la souveraineté cantonale et sa mise en œuvre serait contraire à la Constitution. C'est pourquoi la commission propose de rejeter la motion.

Commission parlementaire vaudoise

Séance du 9 septembre 2019

Le rapport du groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'Assurance obligatoire des soins (AOS) »

Heinz Locher

1 Procédure

Le rapport du groupe d'experts propose 38 mesures en vue de maximiser l'efficacité et de freiner la hausse des coûts.

Sur la base de ce rapport, le Conseil fédéral a adopté le 28 mars 2018 un programme de mesures.

Il y prévoit l'examen de nouvelles mesures qui, si elles s'avèrent judicieuses, seront reprises par étapes dans deux volets législatifs.

Il y invite en outre les cantons et les partenaires tarifaires à examiner et à mettre en œuvre des mesures dans leur domaine de compétences respectif.

2 Principes du Conseil fédéral

a) Tous les acteurs du système de santé doivent contribuer à freiner sensiblement la hausse des coûts dans l'AOS.

b) Il faut corriger les incitations visant à multiplier les prestations.

c) Le partenariat tarifaire doit être maintenu ; s'il ne permet pas d'obtenir des résultats, des compétences subsidiaires de la Confédération doivent prendre le relais pour que les soins médicaux évoluent dans l'intérêt des patients et dans le but de les protéger.

d) Tous les acteurs usent de toutes leurs marges de manœuvre pour que le progrès médical et l'innovation profitent à l'ensemble des assurés.

e) Tous les acteurs sont tenus de publier des données sur la qualité à des fins d'amélioration de la transparence.

3 Constats du groupe d'experts

Les partenaires tarifaires jouissent d'une marge de manœuvre considérable.

Néanmoins, depuis que la LAMal a été introduite, ils ne l'ont exploitée que de manière très insatisfaisante pour limiter l'envolée des coûts.

Pire : l'absence d'incitations et le manque d'esprit de consensus dont ils ont fait preuve, pour préserver leurs intérêts, ont entraîné un blocage.

Cela a fait obstacle aux innovations et aux adaptations nécessaires et laissé le système s'enliser dans ses dysfonctionnements

4 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS (M01)

Le système d'assurance-maladie actuel est organisé de telle manière qu'il n'existe pour ainsi dire pas de pilotage d'ensemble et que l'action des nombreux acteurs présents consiste surtout à imposer leurs propres intérêts.

La conséquence en est qu'il n'y a pour ainsi dire pas de responsabilité des coûts et que l'efficacité des prestations offertes dans le système de santé laisse passablement à désirer.

Introduire des plafonds pour l'augmentation des coûts pris en charge par l'AOS a pour but de produire la pression politique nécessaire et d'instaurer les contraintes indispensables.

En même temps, la mesure vise à exploiter au maximum le potentiel d'amélioration de l'efficacité.

Outre un meilleur pilotage du système dans son ensemble, les plafonds présentent l'avantage de déléguer aux acteurs des différents domaines le choix de définir où les économies doivent être réalisées.

Ce mécanisme fonctionne de manière optimale lorsque les incitations offertes aux acteurs sont correctement fixées.

En soi, les plafonds peuvent être des valeurs indicatives déterminées par le pouvoir politique, et dont le dépassement n'entraîne aucune conséquence. Mais leur effet est beaucoup plus grand lorsqu'ils sont associés à des sanctions en cas de non-respect du plafond.

Les plafonds contraignants concernant l'évolution des coûts du système de santé associés à des sanctions prédéfinies en cas de dépassement desdits plafonds permettent de diminuer les coûts de la santé jusqu'à un niveau financièrement acceptable sans priver la population des prestations médicales nécessaires.

5 M02)

Objectif : L'introduction dans la LAMal d'un article expérimental a vocation à fournir une base légale claire pour la réalisation de projets pilotes innovants destinés en particulier à tester des mesures propres à juguler l'explosion des coûts.

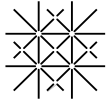
UN COMMENTAIRE

« Ces dernières années, de nombreux projets de réformes du système de santé ont été amorcés. Toutefois, la plupart des initiatives ont suscité beaucoup de scepticisme et d'oppositions. Les principaux acteurs défendent des intérêts opposés et suivent par conséquent des trajectoires divergentes. »

Feuille de route ASSM

« Si nous continuons ainsi, nous allons droit dans le mur »

Prof D. Scheidegger, Président de l'Académie Suisse des Sciences Médicales



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

**Health
Economics**

Prof. Dr. Stefan Felder



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Gemeinwirtschaftliche Leistungen Kanton VD

Séance de commission parlementaire vaudoise

7 octobre 2019 | Parlement vaudois | Lausanne



Motivation

- BV Art. 94 Grundsätze der Wirtschaftsordnung
 1. Bund und Kantone halten sich an den Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit.
 2. Sie wahren die Interessen der schweizerischen Gesamtwirtschaft und tragen mit der privaten Wirtschaft zur Wohlfahrt und zur wirtschaftlichen Sicherheit der Bevölkerung bei.
 3. Sie sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für günstige Rahmenbedingungen für die private Wirtschaft.
 4. Abweichungen vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit, insbesondere auch Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten, sind nur zulässig, wenn sie in der Bundesverfassung vorgesehen oder durch kantonale Regalrechte begründet sind.
- Art. 39 Abs. 1 Lit. d KVG
 - der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind



Motivation

- Anforderungen an Staatliches Handeln
 - Neutral in Bezug auf Trägerschaft der Einrichtungen
 - Nicht diskriminierend
 - Transparent
 - Wettbewerbsfördernd



Datenquellen

- Basis für die Analyse sind die «Kennzahlen der Schweizer Spitäler»
 - Allgemeine Daten zum Spitalsektor stammen aus den Standardtabellen des BFS
 - Jahre 2013 - 2017
- Nur akut-stationäre Einrichtungen; Rehabilitation und Psychiatrie wurden nicht berücksichtigt bzw. soweit wie möglich rausgerechnet.

- Anzahl Einrichtungen

	2013	2014	2015	2016	2017
Privat	109	102	103	95	95
Subventioniert	51	49	50	50	50
Öffentlich	35	35	35	35	35
Gesamt	195	186	188	180	180



Datenquellen

- Einrichtungen Kanton VD (2017)

CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	öffentlich
EHC Ensemble hospitalier de la Côte	subventioniert
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	
Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) SA	
Hôpital du Pays d'Enhaut	
Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	
Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles	
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	
Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	
Biotonus, Clinique Bon-Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	privat
Clinique CIC Riviera	
Clinique de Genolier	
Clinique de La Source	
Clinique de Montchoisi	
Clinique la Prairie SA	
Hirslanden Lausanne SA	

Entwicklung der Bettendichte in den Kantonen

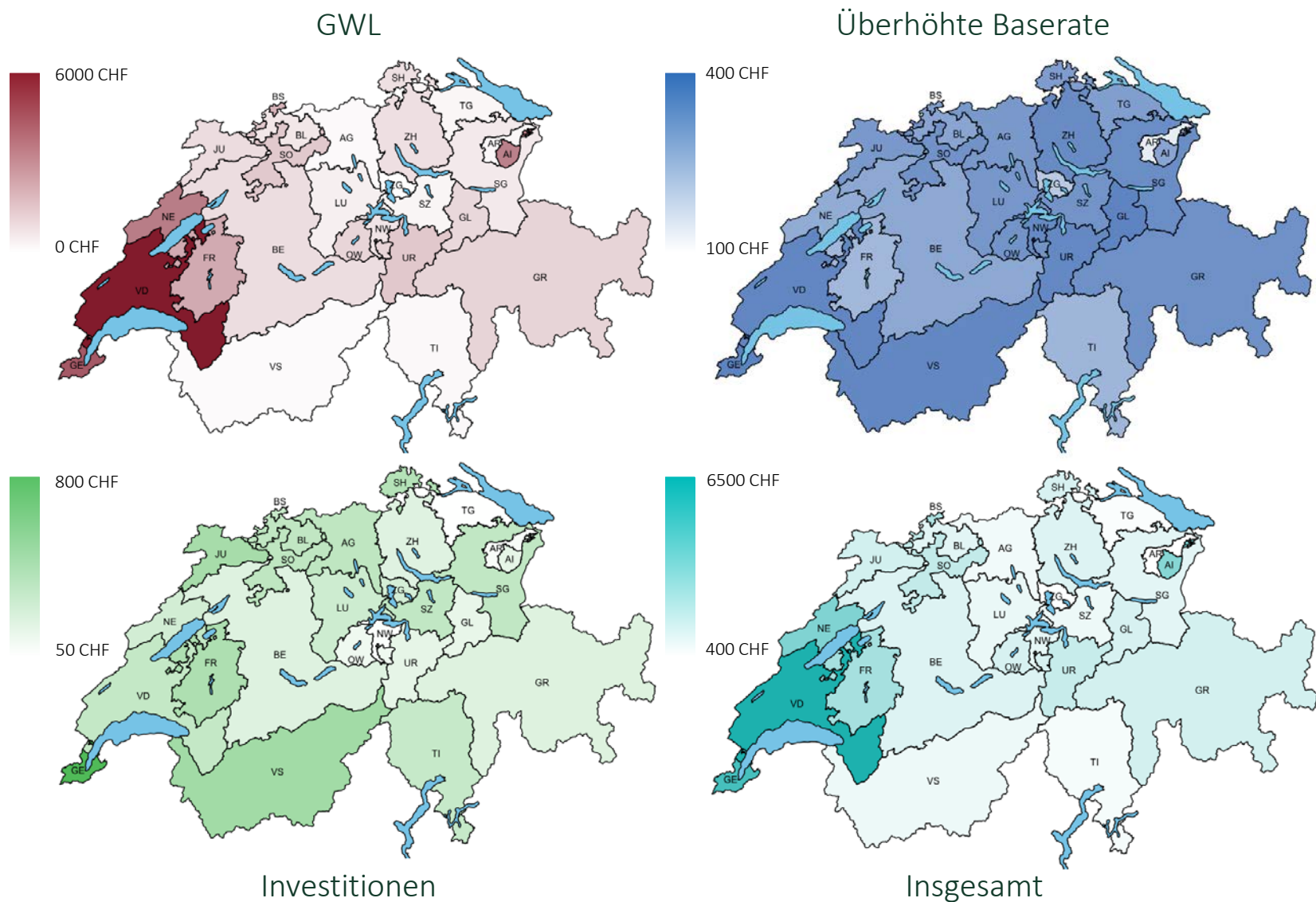
Betten im Bereich der Akutpflege/Geburtshaus



Quelle: Krankenhausstatistik (2013/2017). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB

Kantonale Situation im Jahr 2017

Subventionen in CHF pro stationären Austritt



Kantonale GWL 2013 - 2017

Absolut und pro Fall in CHF

Kanton	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2017	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2017	abs. Δ 2013
AG	14'317'567	-1'538'918	-9.7%	158.5	-34.2
AI	3'205'676	+214'116	+7.2%	3'158.3	-288.2
AR	5'727'660	+5'117'984	+839.5%	409.5	+364.3
BE*	158'018'341	+15'477'797	+10.9%	859.1	+16.6
BL	18'950'923	-3'744'795	-16.5%	615.4	-78.1
BS	130'391'106	-31'480'249	-19.4%	1'906.0	-789.0
FR*	59'618'634	-18'748'757	-23.9%	2'135.0	-704.5
GE*	270'358'471	+9'731'168	+3.7%	4'179.2	+239.8
GL	4'753'671	-826'209	-14.8%	993.9	-256.7
GR	34'561'530	-6'554'824	-15.9%	1'023.8	-206.8
JU	7'031'706	-14'734'867	-67.7%	875.0	-2'091.3
LU	23'495'398	+4'611'156	+24.4%	411.4	+21.5
NE*	65'218'717	-1'769'434	-2.6%	3'259.0	-697.8
NW	3'531'700	-1'928'430	-35.3%	691.4	-540.9
CH	1'769'407'22	+212'694'781	+13.7%	1'408.5	+50.6

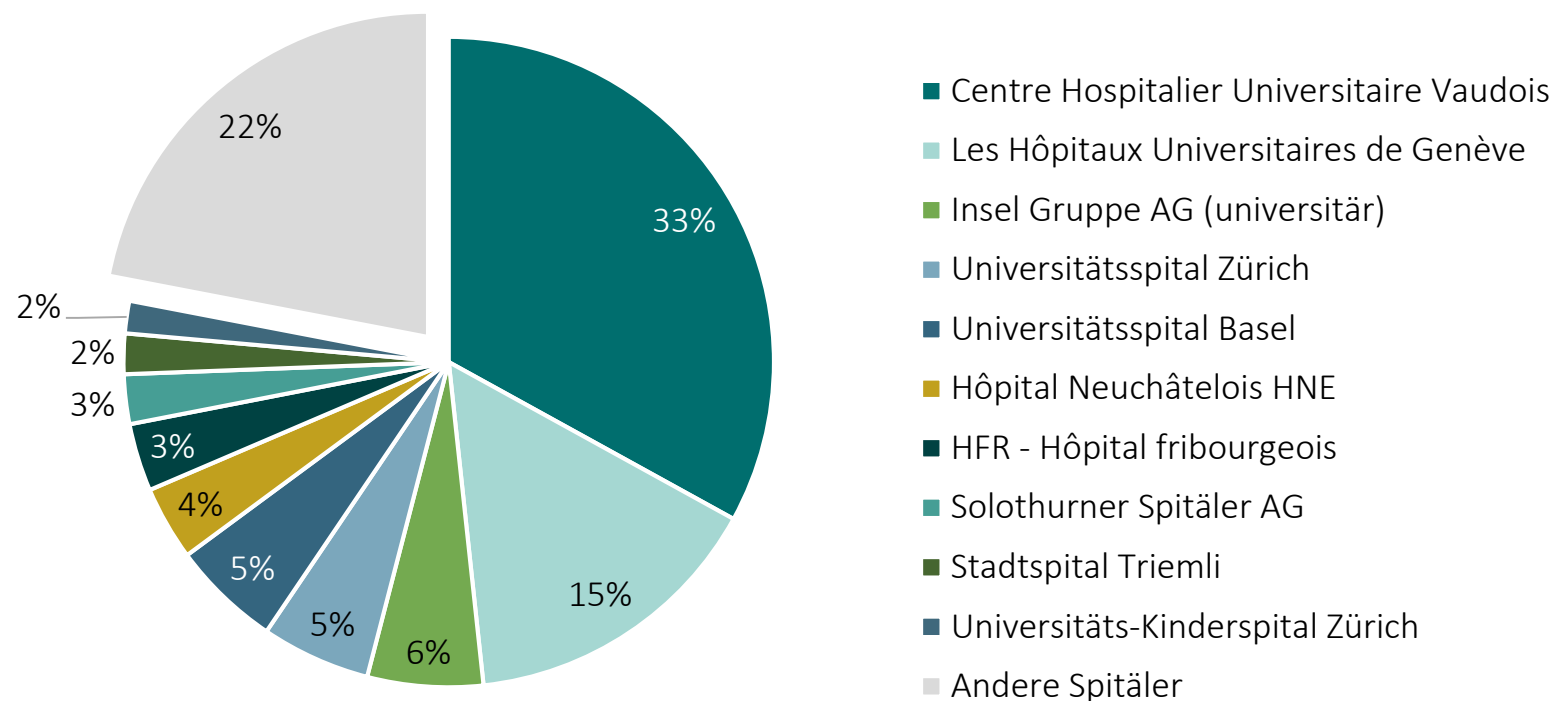
Kantonale GWL 2013 - 2017

Absolut und pro Fall in CHF

Kanton	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2017	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2017	abs. Δ 2013
OW	3'889'894	-5'146'840	-57.0%	1'059.3	-2'259.3
SG	45'334'132	+21'898'195	+93.4%	551.9	+237.9
SH	8'588'491	-14'274'040	-62.4%	795.7	-1'695.0
SO	43'886'316	-12'113'812	-21.6%	1'369.0	-558.0
SZ*	4'655'904	-4'505'433	-49.2%	282.3	-355.6
TG	7'472'440	-731'702	-8.9%	237.3	-38.1
TI*	9'930'112	-11'885'072	-54.5%	165.5	-213.8
UR	5'694'428	+323'026	+6.0%	1'410.9	-38.5
VD	640'693'174	+264'098'172	+70.1%	5'720.4	+1'995.9
VS	4'852'034	+1'981'823	+69.0%	130.2	+47.7
ZG*	944'304	+262'304	+38.5%	64.0	+11.5
ZH*	194'284'898	+18'962'422	+10.8%	804.1	-34.0
CH	1'769'407'22	+212'694'781	+13.7%	1'408.5	+50.6

Die bedeutendsten Empfänger von Subventionen

Gemeinwirtschaftliche Leistungen, in % des Totals 2017



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2017). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB


GWL Kanton VD (CHUV, subv., privat)

Absolute Zahlen	GWL total	L&F R/P	GWL A/B	davon L&F A/B
CHUV	621'409'392	37'251'592	584'157'800	232'511'251
Subventionierte Spitäler	55'490'922	84'808	55'406'114	10'102'465
Privatkliniken	1'129'260	0	1'129'260	363'739
Total	678'029'574	37'336'400	640'693'174	242'977'455
In % des Totals	GWL total	L&F R/P	GWL A/B	davon L&F A/B
CHUV	91.6%	99.8%	91.2%	95.7%
Subventionierte Spitäler	8.2%	0.2%	8.6%	4.2%
Privatkliniken	0.2%	0.0%	0.2%	0.1%
Total	100%	100%	100%	100%

Tableau 4 : Ajustements des subventions du CHUV selon Felder, en millions

	2015	2016	2017	
Subventions et contributions selon chiffres clés OFSP	441.4	518.5	621.4	
- Coût recherche psychiatrie et réadaptation	-29.0	-30.1	-37.3	
Montant étude Felder	412.4	488.4	584.1	
+ Subvention pour activités déficitaires (somatique aigu)	79.5	65.0		
- Subventions activités déficitaires psychiatrie et réadaptation			-39.0	↓
- Revenus investissement hospitalisation	-60.9	-64.8	-63.9	x
- Contribution extraordinaire investissement		-77.0	-57.8	x
- Subventions affiliés	-35.7	-33.9	-30.7	?
- Coût autres PIG psychiatrie et réadaptation	-35.3	-37.0	-40.7	↓
- Contributions de tiers pour la recherche	-53.9	-52.5	-51.5	x
- Autres contributions	-6.7	-2.9	-12.0	?
Montant subvention PIG somatique aigu corrigé	299.4	285.3	288.5	
			504.4	

Keine Anpassungen der CHUV-Zahlen im Vergleich zu anderen Unikliniken?

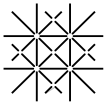
- Anpassungen nur für HUG, da dort Fehler offensichtlich
55% Anteil des Kantons an DRG wird als GWL verbucht
- Korrektur für CHUV wäre aufgrund des Rapport Postulat Brodard/Mojon möglich für 2015-2017, aber nicht verlässlich
- Jedoch nicht für 2013-2014



Diskussion und Fragen

Keine Anpassungen der Zahlen im Vergleich zu anderen Unikliniken?

Institution	KZSS (Rohdaten, 2017)		Sekundäre Quellen (2017)			Abweichung	
	GWL	davon Auftrag L&F	GWL	davon Auftrag L&F	Quelle	GWL in%	L&F in%
Insel (BE)	101'696'861	93'842'670	102'971'000	102'971'000	S	-1.2%	-8.9%
USB (BS)	95'795'334	87'214'775	94'366'000	92'029'000	K, U	+1.5%	-5.2%
HUG (GE)	898'393'680	235'082'987	328'614'091	188'126'910	K	+173.4%	+25.0%
CHUV (VD)	621'409'392	269'762'843	502'900'000	202'458'140 ¹	K	+23.6%	+33.2%
USZ (ZH)	97'938'269	98'722'200	95'660'000	73'344'000 ²	S	+2.4%	+34.6%
Total	1'815'233'536	784'625'475	1'124'511'091	658'929'050		+61.4%	+19.1%



WWZ, Prof. Dr. Stefan Felder, Postfach 4653, 4002 Basel, Schweiz

Catherine Labouchère, Christelle Luisier,
Gérard Mojon
Commissions Parlementaires
Canton de Vaud
Place du Château 6
1014 Lausanne

Basel, 4. November 2019

PIG questions

Sehr geehrte Frau Labouchère,
sehr geehrte Frau Luisier
sehr geehrter Herr Mojon,

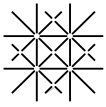
vielen Dank für Ihre Fragen, die ich wie folgt kurz beantworte.

1. P. 25 de votre rapport, vous mentionnez une interrogation que vous avez : « *Ces subventions constituent des contributions à la couverture résultant des revenus AOS des hôpitaux publics et subventionnés aux coûts de la fourniture des prestations. La question est de savoir si elles sont utilisées pour financer les coûts des PIG ou pour alimenter une production éventuellement inefficace de prestations stationnaires de soins aigus reste en suspens.* » Qu'entendez-vous par cette interrogation ?

Es handelt sich dabei um die Ergebnisse unserer Regressionsrechnungen zum erhöhten Basisfallwert der öffentlichen und subventionierten Spitäler. Die Mehrerträge fliessen in die defizitäre Leistungserbringung. Eine defizitäre Leistungserbringung kann mehrere Gründe haben. Einerseits kann es an einer ineffizienten Produktion liegen (z.B. durch einen zu hohen Personaleinsatz) oder aber auch daran, dass eine «Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» verfolgt wird und deshalb u. a. Grössennachteile bestehen (z.B. viele kleine Regionalspitäler mit hohen Durchschnittskosten). Beim letzteren handelt es sich von Gesetzes wegen um GWL.

Die Finanzierung von GWL mit Geld aus der OKP ist nach Art. 49 Abs. 3 KVG untersagt. Ebenfalls problematisch ist eine Vergütung ineffizienter Strukturen; die OKP-Tarife sollten sich an jenen Spitäler orientieren, welche die tarifierte Leistung effizient und kostengünstig erbringen.

Seite 1/3



(vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG: "Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.")

2. P. 32 de votre rapport, « *Le supplément sur les tarifs de base qui apparat dans les données laisse à penser que les revenus AOS servent à assurer le maintien d'hôpitaux publics et subventionnes. La loi sur l'assurance-maladie interdit explicitement un tel subventionnement transversal. Elle stipule que la rémunération des forfaits par cas ne doit pas inclure de part aux coûts des PIG (art 49.al 3 LAMal)* ». Des cantons pratiquent-ils ce genre de subventionnement transversal ?

Der Unterschied im durchschnittlichen Basisfallwert zwischen öffentlichen/subventionierten Spitälern auf der einen und privaten Institutionen auf der anderen Seite macht ungefähr 360 Franken pro Fall aus. Insgesamt erzielen die öffentlichen Spitäler damit jährlich rund 350 Mio. Franken zusätzliche Erträge. Im Falle des CHUV mit knapp 38'000 Fällen sind dies zusätzliche Erträge von jährlich 13.7 Mio. Franken. Diese Erträge können für ineffiziente Strukturen verwendet worden sein – dies würde dem Sinn und Gest von Art. 49, Abs. 1 KVG zuwiderlaufen oder für GWL – dies ist gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG verboten. Die Verwendung von Erträgen für unterschiedliche Bereiche einer Einrichtung auseinanderzuhalten ist praktisch unmöglich. Quersubventionierung konkret zu identifizieren, ist empirisch sehr schwierig.

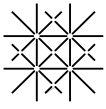
3. Base légale des PIG : Si les cantons ont une large marge de manoeuvre pour définir les PIG, est-il exact qu'ils ne peuvent imputer aux PIG les cots qui relèvent des SwissDRG ou d'autres lois spéciales ?

Die Kantone haben in der Tat einen grossen Freiraum bei der Definition der GWL und können grundsätzlich sämtliche Leistungen finanzieren, für welche eine kantonale Gesetzesgrundlage besteht. Problematisch daran ist, dass die Rechte von Dritten (Wettbewerber) tangiert werden. Denn nach KVG und Bundesverfassung ist der Kanton gehalten, sich wettbewerbsneutral zu verhalten. Tatsächlich verhält er sich aber diskriminierend, wenn er neue GWL definiert und diese bei eigenen Einrichtungen abgeltet.

Problematisch ist ebenfalls, wenn Einrichtungen einen Teil der Kosten, die im OKP Bereich entstehen, durch GWL-Zahlungen abdeckt. Dadurch kann die Baserate gesenkt werden, was wiederum zulasten der Wettbewerber geht.

4. Que pensez-vous d'un appel d'offres pour certaines PIG ; si oui, lesquelles ?

Ausschreibungen sind mit Ausnahme der universitären Forschung und Lehre in zahlreichen Bereichen denkbar: z.B. ärztliche Weiterbildung, Rettungswesen/Notruf 144, geschützte Spitalbereiche, Preventionsleistungen, Spitalseelsorge, sozialdienstliche Leistungen, Palliative Care, Mehrsprachigkeit, Rechtsmedizin.



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät



Ich hoffe, dass meine Antworten Sie zufrieden stellen und Ihnen nützlich sein werden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Felder



CH-3003 Berne
OFSP

Grand Conseil du canton de Vaud
Secrétariat général
Marie Poncet Schmid
Place du Château 6
1014 Lausanne

Votre référence:

Référence no. / Document no.: 501-1307/7

Notre référence : San/THM

Berne, 19 novembre 2019

Demande d'une commission parlementaire vaudoise

Madame,

Nous avons bien reçu votre courriel du 1^{er} octobre 2019 et vous en remercions. Vous nous avez adressé des questions d'ordre général, ainsi que des questions spécifiques concernant les prestations d'intérêt général (PIG), en vous référant essentiellement à des passages, respectivement des extraits tirés du rapport de l'OFSP sur l'évaluation de la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. Nous pouvons vous répondre ce qui suit.

1. « *Il n'existe quasiment plus de couvertures cantonales des déficits hospitaliers* » : est-ce exact pour le canton de Vaud ?

Dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, l'OFSP a confié à des mandataires externes plusieurs études. Ecoplan a effectué une analyse des garanties de déficit des hôpitaux par les cantons. Cependant, le canton de Vaud n'a pas participé à ce projet, ce qui implique qu'aucune information n'est disponible par ce biais.

Dans le cadre de l'évaluation, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a analysé l'évolution des coûts et du financement des hôpitaux, en procédant également à un examen de la couverture de déficit cantonale¹. L'examen montre une diminution significative des montants de couverture de déficit et du nombre d'hôpitaux concernés. Ces données ne sont toutefois pas individualisées par canton, mais sont issues de la Statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles sont donc fournies par les cantons et devraient par conséquent être en possession de l'administration vaudoise.

¹ Rapport final Obsan (rapport 73), Evolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier, 30 octobre 2018, figure G 5.1, p. 54.

2. « *Il existe encore des lacunes concernant la transparence des coûts et celle du financement du secteur hospitalier stationnaire, surtout concernant le domaine des prestations d'intérêt général et celui des investissements* » : les PIG peuvent-elles s'ajouter au financement des salaires compris dans les DRG ? Quid des investissements ? Y a-t-il aussi une possibilité d'ajouter des PIG pour financer des investissements et si oui y a-t-il une limite en pourcents ?

Dans le cadre de la LAMal, la rémunération des traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital, est prise en charge par le canton et les assureurs selon leur part respective définie à l'art. 49a, LAMal, sur la base de forfaits liés aux prestations. Elle ne doit cependant pas comprendre les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3, LAMal). Concernant les coûts d'investissement nécessaires pour remplir le mandat de prestations, ils sont inclus dans les forfaits liés aux prestations depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Cela étant précisé, les cantons disposent d'un large éventail de possibilités dans l'octroi de contributions financières aux hôpitaux au titre de prestations d'intérêt général. En effet, la LAMal laisse aux cantons une grande autonomie pour l'attribution des prestations d'intérêt général, pour autant qu'elles ne soient pas imputées aux tarifs à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). C'est pourquoi, il est indispensable de parvenir à la plus grande transparence possible, en séparant les coûts des prestations d'intérêt général des coûts pertinents pour le calcul du tarif AOS.

3. « *La concentration de l'offre et des prestations des hôpitaux est restée marginale* » : en connaît-on les causes dans les cantons, respectivement dans le canton de Vaud et est-ce que les PIG contribuent à ne pas aller vers une concentration des activités ?

A ce sujet, nous vous renvoyons à l'étude d'Econcept du 20 décembre 2018² traitant des effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier. Cette dernière montre l'évolution de la spécialisation et de la concentration des prestations médicales depuis 2012. Les constatations faites laissent supposer qu'une concentration est perceptible lorsque les cantons se trouvent dans l'obligation de collaborer (médecine hautement spécialisée), mais pas dans les domaines où une collaboration est seulement possible.

4. « *La pression financière exercée sur les soins somatiques aigus entraîne des transferts plus nombreux et plus précoces vers les hôpitaux des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation, de même que vers les structures non hospitalières de suivi (...). Selon ces dernières, ce phénomène provoque une hausse des coûts, puisqu'elles sont contraintes d'engager davantage de personnel qualifié* » : les PIG hospitalières peuvent-elles éviter ces transferts précoces ?

Avec l'abandon notamment des forfaits journaliers, largement répandus avant l'introduction en 2012 des forfaits liés aux prestations, un raccourcissement attendu des durées de séjour a effectivement été constaté. Concernant d'éventuelles incitations à faire sortir ou à transférer prématurément des patients, on peut toutefois constater que les évaluations réalisées ne contiennent aucun indice d'une sélection des patients ou d'autres effets indésirables. S'agissant de l'attribution des prestations d'intérêt général, et comme déjà indiqué ci-dessus, la LAMal laisse aux cantons une grande autonomie, pour autant que les coûts correspondant ne soient pas imputés aux tarifs à charge de l'AOS.

5. « *Intensifier la coopération intercantonale pour la planification hospitalière et renforcer la coordination concernant les critères de qualité* » : une planification hospitalière selon des critères mieux définis pourrait-elle diminuer les PIG ?

En vertu de l'art. 49, al. 3, LAMal, les prestations d'intérêt général comprennent en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Avec le progrès de la médecine, les exigences en matière d'infrastructure et de spécialisation du personnel médical et technique sont de plus en plus élevées. Par conséquent, la masse critique pour l'exploitation d'un hôpital remplissant les critères d'économicité et de qualité selon la LAMal

² Evaluation der KBG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung : Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung, 20 décembre 2018.

augmente. Les cantons doivent considérer dans le cadre de la planification que les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49, al. 1, LAMal). Concernant d'éventuelles précisions à apporter aux critères uniformes de planification, comme vous le suggérez, nous pouvons vous informer qu'il est prévu de compléter les critères actuels, notamment sur la base de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral. Une consultation des milieux intéressés devrait en principe encore être organisée avant la fin de l'année 2019.

Par ailleurs, en raison des exigences de la LAMal en matière de qualité et d'économicité de la fourniture des prestations, les cantons doivent concentrer l'offre des hôpitaux selon les spécialités. Ceci permet notamment une augmentation de l'efficacité et de la qualité de la recherche et de la formation qui deviennent elles aussi toujours plus spécialisées. Par conséquent, on pourrait en déduire que le financement cantonal pour la formation devrait diminuer avec la concentration de l'offre.

6. « *Toutefois, des mesures restent nécessaires, surtout concernant les aspects suivants : définition uniforme et méthodes de saisie et d'évaluation homogènes des prestations d'intérêt général, (...)* » : où en est-on dans la volonté de mieux définir les PIG ?

Dans sa réponse du 23 mai 2018 au postulat Frehner 18.3149 « Spécifier les prestations d'intérêt général », le Conseil fédéral a souligné que la compétence de la Confédération en matière de réglementation des prestations d'intérêt général se limite à créer les bases légales visant à exclure les coûts liés à de telles prestations et, ainsi, les conditions favorables à la rémunération uniforme des coûts efficaces des prestations LAMal. Les cantons et les responsables des hôpitaux sont toutefois libres de choisir les mandats qu'ils octroient pour des prestations d'intérêt général. Pour cette raison, le Conseil fédéral a précisé qu'il ne pouvait ni proposer de mesures pour que les cantons traitent de manière égale les hôpitaux ni analyser l'impact de telles mesures. Toutefois, en élaborant le rapport en réponse à la motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) 16.3623 « *Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons* », il a pris en compte la transparence demandée dans le postulat 18.3149 concernant le montant et la composition des contributions versées par les cantons pour les prestations d'intérêt général. Il met bien en évidence le fait que ce sont les cantons qui sont responsables de la transparence et de la comparabilité des prestations d'intérêt général, sans qu'aucun besoin d'agir au niveau fédéral ne doive être relevé.

7. « *Outre la mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité, la Confédération demande que dans le processus d'approbation des tarifs SwissDRG, les partenaires tarifaires renforcent l'assurance-qualité dans le cadre de l'application des tarifs* » : cela permettrait-il une meilleure application desdits tarifs et donc une diminution de recours aux PIG ?

Dans la lettre d'information de l'OFSP du 30 novembre 2018 concernant l'approbation de la version 8.0 de SwissDRG, adressée aux services cantonaux compétents en matière d'assurance-maladie, il a été rappelé que selon les art. 59d, al. 1, let. b, et 77 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), les partenaires tarifaires doivent garantir la qualité des prestations. Cela dit, concernant la question d'une éventuelle diminution du recours aux prestations d'intérêt général, nous n'avons aucun élément de réponse utile dans ce cas de figure particulier.

8. Pourquoi le canton de Vaud n'a-t-il pas participé à l'étude Ecoplan ?

Dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, l'OFSP a été chargé de procéder à une évaluation des effets de cette réforme entre 2012 et 2019. Pour ce faire, il a tout d'abord fait procéder à une étude de faisabilité (INFRAS, 2016). Les cantons ont été invités à participer à cette enquête et tous, dont le canton de Vaud, ont accepté.

Concernant l'étude Ecoplan, un sondage a été préparé sur la base d'entretiens préalables, notamment avec la CDS. Par la suite, ce questionnaire a été envoyé à tous les cantons, mais seuls 22 l'ont retourné. Le canton de Vaud n'a pas fourni les données demandées pour l'étude. En effet, il a exprimé l'avis selon lequel les PIG étant de la compétence des cantons selon l'art. 49, al. 3, LAMal, une enquête au niveau fédéral n'était pas adéquate.

Concernant vos questions d'ordre général, nous pouvons vous communiquer ce qui suit.

1. Est-ce que le nouveau financement hospitalier a amené une maîtrise des coûts (des hôpitaux en particulier) ? Si oui, est-ce que celle-ci est durable ?

Selon le rapport d'évaluation de la révision du financement hospitalier, la réforme n'a pas mené à une maîtrise durable de la croissance des coûts du système de santé. Cependant, la hausse des coûts des prestations hospitalières stationnaires a elle été freinée.

2. Est-ce qu'un effet éventuel du nouveau financement hospitalier sur les coûts est imputable de manière causale à une concurrence plus importante entre hôpitaux ?

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est en lien avec une augmentation de la concurrence entre les hôpitaux. Cependant, cela ne signifie pas qu'il existe un rapport causal entre les deux. Le nouveau financement hospitalier constitue certainement un facteur ayant contribué au renforcement de la concurrence entre les hôpitaux, mais n'est pas le seul à avoir eu une influence.

3. Selon l'OFSP, quelles sont les compétences dont les cantons disposent pour attribuer les PIG ?

Comme exposé dans son rapport du 3 juillet 2019 en réponse à la motion 16.3623, le Conseil fédéral reconnaît l'importance des prestations d'intérêt général. Toutefois, son rôle est restreint dans ce domaine. La LAMal laisse aux cantons une grande autonomie pour le versement des prestations d'intérêt général, pour autant qu'elles ne soient pas imputées aux tarifs à charge de l'AOS (art. 49, al. 3, LAMal). Dans sa réponse du 21 août 2019 au postulat Burgherr 19.3887 « Rendre obligatoires les appels d'offres pour les prestations d'intérêt général dans le système de santé », le Conseil fédéral s'est également exprimé sur la notion de prestations d'intérêt général et sur les compétences, notamment des cantons, dans ce domaine.

4. Dans les cantons qui appliqueraient un tel système de mise en concurrence des PIG, est-on en mesure d'en tirer un bilan ? Si oui, la mise en concurrence des PIG a-t-elle permis d'engendrer, preuves scientifiques à l'appui, une réduction des coûts, tout en maintenant la qualité des prestations ?
5. Est-ce qu'une mise au concours des PIG entre les différents hôpitaux pourrait entraîner un risque que des acteurs privés réalisent certaines prestations déficitaires dans des qualités moindres que les acteurs publics, dans un souci d'améliorer le rendement desdites prestations ?

L'OFSP ne dispose pas de ce type d'informations. Cependant, il est probable que la CDS ait des renseignements à ce sujet. Nous vous invitons à lui adresser vos questions.

6. Quelle appréciation fait l'OFSP du budget global au sens de l'article 51 LAMal, et existe-t-il un projet pour étendre ce dispositif ?

Dans le cadre du postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National (CSSS-N) 14.3385 « Rémunérations forfaitaires et budget global. Evaluation des systèmes en vigueur dans les cantons », le Conseil fédéral a chargé B,S,S. *Volkswirtschaftliche Beratung* de procéder à une comparaison entre les cantons appliquant des budgets globaux et ceux qui n'en font pas usage. Il ressort de cette étude que les cantons utilisant cet instrument obtiennent au minimum d'aussi bons résultats que les autres cantons en matière de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas nécessaire de prendre des mesures dans le cadre de l'art. 51, LAMal. Pour de plus amples détails, nous vous renvoyons au rapport du Conseil fédéral du 3 juillet 2019 en réponse au postulat 14.3385.

7. L'art. 54 de la LAMal a-t-il déjà été appliqué ? Si oui quand et pour quels cantons ?

A notre connaissance, l'art. 54, LAMal n'a encore jamais été appliqué.

8. Selon des articles de presse parus en 2017, des prestations médicales auraient été facturées à double (entre les forfaits hospitaliers et la facturation à l'acte par les médecins) par de nombreuses cliniques. L'OFSP peut-il estimer le volume de cette double facturation ?

Comme déjà expliqué à l'époque de la parution de ces articles, aucun chiffre n'est à disposition de l'OFSP. Il existe en effet un manque de transparence dans ce domaine. Cependant, la FINMA, autorité compétente pour la surveillance des assurances complémentaires, a demandé à ces assureurs de n'accepter des conventions tarifaires que pour de véritables prestations supplémentaires hors AOS. Plusieurs assureurs-maladie complémentaires ont alors résilié les conventions existantes avec les hôpitaux et ont entrepris de nouvelles négociations.

9. Encore récemment, l'émission Kassensturz a rendu publics des tarifs clairement exagérés de cliniques privées (notamment des cliniques du groupe Hirslanden) (Kassensturz, 15.4.2019). Comment l'OFSP explique-t-il cette surfacturation dans un domaine (assurances complémentaires) dans lequel la concurrence devrait démontrer ses effets ?

Les assurances complémentaires sont réglementées par la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1) et non par la LAMal. Leur surveillance est ainsi assurée par la FINMA.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Division Tarifs et Bases
La Cheffe



Sandra Schneider