

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

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Jacques-André Haury et consorts  
invitant le Conseil d'Etat à proposer des mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de  
l'ambulatoire hospitalier**

**1. PREAMBULE**

La commission s'est réunie le 1er septembre et le 23 octobre 2017.

Présent-e-s : Mmes Sonya Butera, Brigitte Crottaz, Carole Dubois, Florence Gross, Rebecca Joly, Christelle Luisier Brodard, Léonore Porchet, Pauline Tafelmacher. MM. Alain Bovay, Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Jean-Marc Genton (en remplacement d'Alain Bovay le 01.09.2017), Laurent Miéville, Werner Riesen (en remplacement de Thierry Dubois le 23.10.2017), Christian Van Singer (en remplacement de Rebecca Joly le 23.10.2017), Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mme Rebecca Joly (le 23.10.2107). MM. Alain Bovay (le 01.09.2017), Thierry Dubois (le 23.10.2017), Laurent Miéville (le 23.10.2017).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Stéphanie Monod, Cheffe du service de la santé publique (SSP). MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Raoul Christe, Responsable Qualité et professionnels, Institutions de santé, SSP (le 23.10.2017).

**2. RAPPEL DU POSTULAT**

Déposé en 2015, le postulat Haury (15\_POS\_128) demandait au Conseil d'Etat d'établir un rapport sur différentes pistes qui permettraient de contenir la progression des coûts dans le secteur ambulatoire des hôpitaux publics.

**3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT**

Le chef du département rappelle tout d'abord que les coûts vaudois du secteur planifié (stationnaire hospitalier, EMS, soins à domicile) sont inférieurs à la moyenne suisse. Les coûts de l'ambulatoire et des médicaments sont par contre nettement supérieurs à la moyenne nationale. Entre 2009 et 2015 les domaines soumis à planification ont augmenté de 2%, alors que l'augmentation s'est élevée à 3,8% dans le domaine ambulatoire.

Selon le chef du département, cette augmentation s'explique notamment par :

- l'introduction en 2012 dans la LAMal de la libre circulation des patients qui a conduit à une dépense supplémentaire d'un milliard des cantons et un milliard de plus payé par l'assurance obligatoire des soins, ceci au profit des assurances complémentaires et des cliniques privées ;
- l'absence durant 18 mois de moratoire sur l'installation des nouveaux médecins, conduisant à un accroissement important du nombre de médecins spécialisés dans le canton.

Le chef du département relève encore qu'entre 2013 et 2016, la densité médicale dans le canton a augmenté de 15%, principalement par l'implantation de spécialistes. A titre d'exemple, la Suisse est le pays au monde qui compte la plus forte densité de psychiatres au monde, le deuxième Etat de la liste étant la Finlande qui compte une densité deux fois moins importante que la Suisse.

Le rapport du Conseil d'Etat rappelle les limites des interventions possibles dans le secteur ambulatoire (p. 5 et 6 du rapport) :

- la fiabilité des informations ne peut pas toujours être garantie, ce qui rend le pilotage du système difficile ;
- toute action visant à réguler l'ambulatoire hospitalier porte le risque de se solder par un transfert vers l'ambulatoire en cabinet ;
- la marge de manœuvre du Conseil d'Etat dans le domaine ambulatoire est restreinte. La LAMal donne l'essentiel des compétences dans ce domaine aux partenaires tarifaires.

Malgré ces contraintes, le chef du département rappelle les différentes mesures possibles au niveau de la tarification des prestations de soins ambulatoires et du modèle de financement des hôpitaux d'intérêt public :

- une baisse du prix du point TARMED : fixé en l'état à 92 centimes pour le CHUV, à 93 centimes pour les hôpitaux membre de la FHV et les cliniques privées, et à 96 centimes pour les médecins installés, des discussions sont en cours pour rapprocher le prix du point appliqué par les établissements de la FHV de celui pratiqué par le CHUV. Pour ce qui concerne la médecine en cabinet, l'absence d'accord entre partenaires sur la valeur du point impliquerait une décision de l'Etat en la matière ;
- l'introduction éventuelle de deux valeurs de point : 92 centimes pour les hôpitaux et les médecins spécialistes en cabinet (les prestations de ces derniers s'apparentant à la pratique hospitalière) et 96 ou 95 centimes pour les médecins généralistes en cabinet. La validité d'un tel dispositif doit encore être évaluée du point de vue juridique ;
- l'instauration d'une valeur de point mobile, en relation avec des volumes de prestations prédéfinis ;
- le retour éventuel aux enveloppes globales pour le financement hospitalier, prévoyant une diminution du financement cantonal des prestations stationnaires en cas d'augmentation de l'activité ambulatoire de l'hôpital.

Par ailleurs, pour pallier à l'accusation de biais de concurrence dans le domaine ambulatoire du fait que l'Etat paye certains investissements des hôpitaux reconnus d'intérêt public, le chef du DSAS plaide en faveur d'une facturation claire, dans l'ambulatoire hospitalier, prévoyant une part dévolue aux investissements.

Enfin, concernant l'acquisition de nouveaux équipements médico-techniques lourds, le marché n'est faussé en aucune manière puisque la clause du besoin cantonale en la matière s'applique tant aux acteurs privés que (para)étatiques.

#### **4. DISCUSSION GENERALE**

##### ***Actes médicaux pré- et post-opératoires***

Une commissaire relève qu'il existe un **biais de la facturation de l'ambulatoire hospitalier**, les forfaits SwissDRG pour le stationnaire devant inclure plus de prestations en lien avec les actes médicaux pré- et postopératoires (examens préopératoires, suivi postopératoires, antibiothérapies à domicile effectuées par des équipes mobiles, etc.). Si le transfert des actes médicaux du stationnaire à l'ambulatoire est bénéfique pour la santé et le confort du patient, les coûts de l'ambulatoire sont à charge de l'assurance sans participation du canton, gonflant d'autant les primes. L'absence de réintroduction des actes médicaux pré- et postopératoires dans les forfaits SwissDRG, comme le proposait le postulant, impliquerait alors d'instaurer un système de participation du canton au coût de l'ambulatoire.

Le chef du département relève à ce propos que les cantons participent au financement de l'ambulatoire par le truchement du subventionnement croissant des primes d'assurance maladie.

### *Contrôle de la facturation*

Selon certains commissaires, il conviendrait de disposer **véritable contrôle de la facturation ambulatoire hospitalière**, au même titre qu'il existe un contrôle interne du codage de la facturation stationnaire. A ce propos, le chef du département souligne que le contrôle de la facturation ambulatoire relève de la prérogative des assureurs qui, en la matière, agissent avec plus ou moins de succès.

### *Valeur du point TARMED*

Un commissaire estime qu'une baisse du prix du point pour la médecine en cabinet n'a pas d'incidence sur les coûts de l'ambulatoire hospitalier. Par ailleurs, la valeur du point pour les médecins installés dans le canton (96 centimes) apparaît comme la plus élevée de Suisse pour la seule raison que cette valeur a mal été fixée à l'origine d'un système dont la mise en place devait respecter le principe de la neutralité des coûts. De même, le commissaire estime que l'abaissement du prix du point de l'ambulatoire hospitalier (93 centimes) au niveau de celui du CHUV (92 centimes) n'engendrerait que de faibles économies.

Pour le chef du département, la frontière s'avère floue entre ambulatoire hospitalier et ambulatoire en cabinet : parfois le cabinet du médecin se trouve à l'hôpital. Dans ce contexte, une convergence des tarifs s'impose. Par ailleurs, la valeur élevée du point en Suisse romande en médecine de cabinet s'explique pour partie par le fait que, contrairement à la Suisse alémanique, la propharmacie n'est pas autorisée en Suisse romande, empêchant les médecins de tirer des revenus de la vente de médicaments.

Un commissaire rappelle que la valeur du point dans le canton de Vaud pour la médecine de cabinet (96 centimes) se montre particulièrement élevée en comparaison intercantonale. Ainsi, dans un canton comparable comme Berne (système mixte qui voit la propharmacie autorisée uniquement pour la médication d'urgence ou en campagne), la valeur du point se monte à 86 centimes.

Le chef du département évoque les vives réactions de la part des professionnels concernés que provoque toute baisse de la valeur du point. Il convient dès lors, en la matière, de procéder par étapes et, notamment, de ne **pas trop abaisser la valeur du point pour les médecins généralistes dont les activités doivent être particulièrement soutenues**. Pour ce qui est du canton de Berne, suite au litige entre partenaires tarifaires, la justice a finalement fixé la valeur du point à un niveau inférieur à ce que les assureurs eux-mêmes demandaient !

Quoi qu'il en soit, pour le chef du département, l'essentiel du problème des coûts de l'ambulatoire ne se situe pas tant dans la valeur du point que dans le volume des prestations délivrées et la densité médicale en lien.

### *Dossier patient informatisé (DPI)*

Un commissaire se demande si l'avènement du DPI ne pourrait pas entraîner une baisse des coûts, en particulier à travers une meilleure communication entre professionnels et ainsi la réduction du nombre des examens médicaux réalisés à double.

Le chef du département souhaite modérer l'optimisme en la matière. Il a fallu dix ans d'un processus compliqué pour mettre en place le dossier patient hospitalier informatisé, et sans doute en faudra-t-il autant pour mettre en œuvre le dossier patient ambulatoire informatisé. Les mauvaises habitudes se montrent souvent tenaces. Par exemple, certains professionnels refusent de faire confiance aux autres prestataires de soins, répétant ainsi des procédures pourtant déjà effectuées, sans que les raisons de cette attitude soient toujours claires. La cheffe du SSP abonde en ce sens : la mise en place d'un véritable dialogue interdisciplinaire et l'établissement de processus adaptés doivent impérativement précéder et accompagner la mise en œuvre d'outils comme le DPI. En effet, les moyens proprement techniques ne sont rien pour eux-mêmes.

Un commissaire demande si le département pourrait envisager des actions plus coercitives au cas où le changement des mentalités et les bonnes pratiques devaient peiner à s'installer.

Le chef du département répond par l'affirmative. Les systèmes d'information hospitaliers/médicaux présentent des aspects de contrôle (traçabilité/visibilité des actes effectués) et de prescription

(indication des procédures à suivre), et revêtent des enjeux de hiérarchie et de pouvoir, ce qui inquiète les praticiens et provoque parfois leur résistance. En la matière (« police » des pratiques professionnelles médicales), c'est toutefois à l'hôpital plutôt qu'à l'Etat de donner orientations et instructions.

Un commissaire souligne quant à lui, la qualité de l'informatique du CHUV et les remarquables progrès réalisés depuis 5 ans (lettres de sortie bien faites, réduction notable des examens réalisés à double).

## **5. VOTE DE LA COMMISSION**

*La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité des membres présents.*

Yverdon-les-Bains, le 13 mars 2018.

*Le président :*  
*(Signé) Vassilis Venizelos*