

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

**Postulat Fabrice Moscheni et consorts - Virage ambulatoire: Le Canton de Vaud
s'est-il enrichi de 800 millions par année sur le dos des payeurs de prime maladie ?**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 13 janvier 2023.

Présent-e-s : Mmes Florence Bettschart-Narbel (en remplacement de Josephine Byrne Garelli), Géraldine Dubuis (en remplacement de Rebecca Joly), Sandra Pasquier, Sylvie Podio (présidence), Chantal Weidmann Yenny. MM. Sébastien Cala, Fabien Deillon, Denis Dumartheray (en remplacement de Nicola Di Giulio), Philippe Miauton, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Cédric Roten, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mmes Josephine Byrne Garelli, Rebecca Joly. M. Nicola Di Giulio.

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'État, Virginie Spicher, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Jenni Kehler Haustein, Analyste en systèmes de santé, Secrétariat général du DSAS (SG-DSAS). M. Marc Weber, Expert en politique de santé et Délégué aux affaires intercantionales et fédérales, SG-DSAS.

La commission remercie M. Frédéric Ischy, secrétaire de commission au Secrétariat général du Grand Conseil, pour la rédaction des notes de séance.

2. POSITION DU POSTULANT

Nous sommes toutes et tous préoccupé-e-s par l'augmentation des coûts de la santé et, en particulier, des primes d'assurance maladie. Dans le cadre de cette augmentation qui semble inéluctable, il est important d'en comprendre les mécanismes. A ce propos, le virage du stationnaire vers l'ambulatoire pose question. Le financement par forfaits par cas (SwissDRG) a été introduit en 2012 pour l'activité stationnaire. Le secteur stationnaire est financé à 55% par l'impôt (les cantons) et à 45% par les primes d'assurance maladie. Dans le cadre de l'ambulatoire, il se trouve que 100% des coûts sont financés par les primes d'assurance maladie.

Le postulant produit deux documents, un sur l'évolution des coûts de la santé en millions de francs par payeur dans le canton de Vaud depuis 1993 (partie 2012 à 2019) et un sur l'augmentation des prestations facturées en ambulatoire par les hôpitaux vaudois. Ces documents sont à disposition des député-e-s qui le demandent. Le deuxième document montre un virage opéré par les hôpitaux vaudois, financés par l'impôt, vers l'ambulatoire financé par les primes d'assurance maladie. En se basant notamment sur un rapport de l'Obsan¹, le postulant estime que le montant économisé, en 2019 par rapport à 2012, par le Canton de Vaud s'élève à 800 millions. L'addition des économies réalisées depuis 2012 conduit à une coquette somme de 3,6 milliards.

Le virage du stationnaire vers l'ambulatoire préoccupe également les autres cantons. Le Canton d'Argovie a fait son travail et affirme dans son analyse que : « En 1996, la loi sur l'assurance maladie est entrée en vigueur. Un an plus tard, les caisses maladie ont payé un total de 748 millions. Le Canton a payé 545 millions pour les

¹ L'ambulatoire avant le stationnaire – Rapport de l'Obsan d'août 2021.

patients argoviens. En 2019, les caisses maladie, c'est-à-dire les payeurs de prime, en Argovie ont versé un total de 2,6 milliards et le Canton 809 millions, plus 106 millions de réduction de primes. Il est clair que la partie du système de santé financée par les primes a augmenté beaucoup plus rapidement que la partie financée par l'impôt ».

Le postulat demande de faire le même travail pour le canton de Vaud et d'obtenir la transparence sur le virage du stationnaire vers l'ambulatoire, afin de mener un débat plus apaisé sur l'augmentation des primes, de repérer les leviers d'action et, accessoirement, de connaître à quel(s) usage(s) ont été affectées les sommes économisées par le Canton.

3. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

La cheffe du DSAS livre une présentation de la position du Conseil d'État. La présentation est annexée au présent rapport. La commission a été nantie d'une note interne du DSAS à disposition des député-e-s qui la demandent. La présentation peut être résumée de la façon suivante :

- Le postulat affirme que l'État paie moins pour le secteur hospitalier stationnaire. Les chiffres montrent qu'il n'en est rien. Au contraire, le financement étatique des cas hospitaliers stationnaires et le nombre de séjours stationnaires par habitant ont augmenté depuis 2012.
- Vaud a entamé le virage ambulatoire plus tôt que d'autres cantons et la liste nationale des interventions à effectuer en ambulatoire n'a qu'un impact financier limité : entre 2015 et 2019, baisse du montant à la charge du canton de 0,3% du financement cantonal de l'hospitalier stationnaire ; entre 2015 et 2019, baisse du montant à la charge des assureurs maladie de 0,3% des coûts hospitaliers stationnaires et ambulatoires à charge des assureurs. Ces montants sont très éloignés de ceux évoqués par le postulat.
- La croissance du secteur ambulatoire (progrès de la médecine, augmentation des consultations en lien avec le vieillissement de la population) n'a pas profité à l'État. Les profits que les hôpitaux peuvent réalisés sont limités par la LAMal qui demande que les tarifs n'excèdent pas les coûts d'une prise en charge efficiente.
- L'État n'a aucune possibilité de s'appropriier et de réaffecter des profits réalisés par un hôpital, même si l'hôpital est un service de l'État comme le CHUV. En effet, les recettes appartiennent aux hôpitaux et sont séparées de celles de l'État, y compris celles du CHUV.
- Il n'y a pas d'indication d'une baisse marquée du cofinancement des prestations de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) par l'État (prestations d'intérêt général pour la formation et la recherche, financement des EMS et des soins à domicile).
- En conclusion, la contribution cantonale aux coûts hospitaliers par assuré a augmenté depuis 2012. Le virage ambulatoire n'a pas réduit la contribution de l'État mais il a seulement contribué à sa hausse moindre. Aucun des périmètres étudiés n'indique une baisse marquée de la part financée par l'État, qui justifierait une restitution telle que demandée par le postulat. Une modification de la LAMal conforme à l'objectif du postulat (stabilisation de la répartition des coûts entre canton et AOS) est déjà en cours avec le projet de financement uniforme. Il semble peu opportun de chercher, en parallèle à cette réforme, à développer des mécanismes alternatifs pour stabiliser la répartition des coûts.

Pour toutes ces raisons, le Conseil d'État invite à ne pas prendre en considération le postulat.

4. DISCUSSION GENERALE

Le postulant souligne qu'il dispose d'informations allant dans le sens contraire de celles livrées en commission par le Conseil d'État. Il cite le Rapport de l'Obsan d'août 2022 : « L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) pour effectuer un monitoring pour les deux années qui suivent l'introduction de la modification de l'ordonnance précitée [Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, portant sur la limitation de la prise en charge stationnaire pour des interventions électives ; art. 3c et annexe 1a, OPAS], soit les années 2019 et 2020. Les évolutions suivantes sont observées :

- l'importance du transfert de prestations vers le secteur ambulatoire, évolution du nombre d'interventions ;
- les conséquences sur les coûts à charge de l'AOS et des cantons ainsi que sur les coûts totaux [...] ».

Le postulant cite de même un article du Bulletin des médecins suisses de 2022² : « L'analyse de l'évolution de la répartition des coûts pour ces interventions entre 2015 et 2020 confirme que ce sont les cantons qui bénéficient le plus du virage vers l'ambulatoire. Passant de 422 à 278 millions, le coût global stationnaire et ambulatoire de ces interventions a baissé de 34%. La charge des cantons a, elle, baissé de 60% (de 167 à 66 millions). Comme attendu, la charge AOS de l'ambulatoire a augmenté de 26% (de 118 à 158 millions) ». Pour le postulant, s'il est possible que ces textes se trompent, un rapport circonstancié du Conseil d'État en réponse au postulat permettra de clarifier la situation.

Les représentant-e-s du DSAS précisent que les bases de l'article du Bulletin des médecins suisses ne leur sont pas connues et que le Rapport de l'Obsan concerne le niveau national. Ce rapport ne porte pas spécifiquement sur les données du canton de Vaud. Or, en la matière, l'évolution du canton de Vaud est différente de la moyenne des cantons suisses.

La particularité du canton de Vaud s'explique notamment par le fait que, historiquement, le financement hospitalier s'effectuait par budget global (limitation des recettes des hôpitaux dans le secteur stationnaire) incitant les établissements à ne pas développer le stationnaire mais l'ambulatoire, domaine pour lequel n'existait pas de limitation de recettes. Aussi, le virage ambulatoire a été engagé plus tôt qu'ailleurs, le canton de Vaud voyant depuis 20 ans son taux de recours aux séjours stationnaires par habitant-e comparativement bas. Le canton de Vaud compte de même un peu moins que les autres cantons de patient-e-s en assurance complémentaire, patient-e-s que les hôpitaux ont intérêt à grader en stationnaire. Enfin, la pratique médicale en Suisse romande aide le virage ambulatoire, ce qui n'est pas le cas en Suisse alémanique avec des médecins en provenance d'Allemagne et marqué-e-s par le stationnaire. Dans ces circonstances, l'introduction d'une liste nationale d'opérations à réaliser désormais uniquement en ambulatoire impacte surtout les autres cantons que Vaud et le potentiel d'économie se montre plus limité dans le canton de Vaud. Au demeurant, la croissance propre du domaine ambulatoire, indépendamment du virage ambulatoire au sens strict (liste nationale d'opérations à réaliser désormais uniquement en ambulatoire), peut donner le sentiment que l'État se désengage. Il n'en est rien pour l'instant. À l'avenir, la réforme en cours dite du financement uniforme devrait assurer l'équilibre entre le financement des cantons et celui de l'AOS.

Plusieurs commissaires se prononcent contre la prise en considération du postulat. Ils/elles avancent à ce titre les arguments suivants :

- Les chiffres imprécis, voire inexacts, du postulat sont sans commune mesure avec les chiffres mieux construits et référencés fournis par le Conseil d'État. Le postulat se trompe de niveau, national plutôt que cantonal. Le postulat adopte de plus un ton suspicieux dénotant une volonté maladroite de critiquer la politique sanitaire cantonale.
- La présentation complète du Conseil d'État en séance de commission répond déjà à la demande du postulat. On ne voit pas ce qui pourrait être entrepris de plus, sauf à examiner toutes les prestations ambulatoires des hôpitaux depuis 2012 pour évaluer si elles auraient pu être réalisées en stationnaire et attribuer à celles-ci un forfait par cas (DRG) fictif afin d'en déterminer le coût total.
- La finalité du postulat reste obscure. Si une économie pour l'État devait scientifiquement être établie, le postulat souhaite-t-il que certaines interventions ambulatoires reviennent au stationnaire, au mépris du confort des patient-e-s ?

Sur ce point, le postulant demande des chiffres clairs et un travail de transparence de la part du Conseil d'État. Peut-être que l'argent économisé dans le cadre du virage ambulatoire a été réinvesti de façon saine dans d'autres prestations, comme par exemple les subsides pour les primes de l'assurance maladie.

- Une arthroscopie effectuée en ambulatoire coûte quatre fois moins cher qu'en stationnaire. Si le virage ambulatoire permet aux cantons de réaliser des économies, il permet aussi à l'AOS de réaliser des économies sur les mêmes prestations. Ainsi, les nouvelles charges pour l'AOS occasionnées par le virage ambulatoire sont bien réelles mais moins élevées que si les prestations considérées avaient été effectuées en stationnaire (secteur financé à 45% par l'AOS), ceci pour une meilleure prise en charge des patient-e-s. L'OFSP et Curafutura (association des assureurs maladie CSS Assurance, Helsana,

² Eggimann, Philippe, *Virage ambulatoire : la baisse des coûts bénéficie surtout aux cantons !*, Bulletin des médecins suisses, 2022, 103 (44), pp. 26-27.

Sanitas et KPT) concluent que le virage ambulatoire n'augmente pas les coûts de la santé ni les primes de l'assurance maladie.

A ce titre, l'analyste en systèmes de santé confirme que le virage ambulatoire anticipé dans le canton de Vaud n'est pas à l'origine du niveau, parmi le plus élevé de Suisse, des primes d'assurance maladie dans le canton. La part financée par l'AOS (45%) d'une opération en stationnaire équivaut en moyenne le coût à charge de l'AOS (100%) de la même prestation réalisée en ambulatoire. Le déplacement vers l'ambulatoire est une démarche gagnant-gagnant.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de ne pas prendre en considération ce postulat par 9 voix contre 2 et 4 abstentions.

Morges, le 28 février 2023.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*

Annexe : Présentation du DSAS

Postulat F. Moscheni

« Virage ambulatoire: Le Canton de Vaud s'est-il enrichi de 800 millions par année sur le dos des payeurs de prime maladie ? »

Grand Conseil, CTSAP

13 janvier 2023

Depuis 2012, l'État ne paie pas moins pour l'hospitalier stationnaire mais plus

- La **somme du financement étatique de cas hospitaliers stationnaires et de prestations d'intérêt général hors formation et recherche des hôpitaux a augmenté** de CHF 1'071 par assuré en 2012 à CHF 1'207 en 2020 (+13%).
- Entre 2012 et 2019 (dernière année avant la pandémie), le **nombre de séjours stationnaires par habitant a augmenté de 5%**.
- **Entre 2012 et 2019, l'effet du virage ambulatoire sur les coûts stationnaires semble limité en termes d'impact financier.** Les chiffres pour les 19 interventions de l'actuelle et future liste nationale d'interventions à effectuer en ambulatoire montrent :
 - **baisse du montant à la charge du canton** de CHF 2.8 millions entre 2015 et 2019 (=0.3% du cofinancement cantonal de l'hospitalier stationnaire). Même si on doublait ce montant pour estimer l'impact pour 2012-2020, on est loin des CHF 500 millions d'économie supposées par le postulat.
 - **baisse du montant à la charge des assureurs maladie** de CHF 2.9 millions entre 2015 et 2019 (=0.3% des coûts hospitaliers amb. et stat. à charge des assureurs).
- Le virage ambulatoire limité durant cette période reflète que Vaud a entamé le virage ambulatoire plus tôt que d'autres cantons pour certaines interventions.

La croissance du secteur ambulatoire n'a pas profité à l'État

- **Entre 2012 et 2019, le montant facturé pour les prestations AOS ambulatoires hospitalières** (=produits d'exploitation ou chiffre d'affaires) par les hôpitaux et cliniques **a augmenté de 14% par assuré vaudois** (+1,9% en moyenne annuelle).
- **Les profits (produits moins charges) que les hôpitaux peuvent réaliser sont limités par la LAMal** qui demande que les tarifs n'excèdent pas les coûts d'une prise en charge efficiente.
- **Les recettes encaissées appartiennent aux hôpitaux et leurs comptes sont indépendants de ceux de l'État.** Le CHUV, en tant que service public, a également ses propres comptes qui sont annexés aux comptes de l'État. Les comptes de l'État ne comprennent que le financement étatique du secteur sanitaire.
- **L'État de Vaud n'a ainsi aucune possibilité de s'approprier voire de réaffecter des profits réalisés par un hôpital en ambulatoire ou en stationnaire.** Tout profit appartient à l'hôpital et ceci même quand l'hôpital est un service de l'État de Vaud, comme c'est le cas pour le CHUV.

Pas d'indication d'une baisse marquée du cofinancement des prestations de l'AOS par l'Etat

- **Outre le transfert du stationnaire en ambulatoire, la hausse des prestations ambulatoires reflète aussi d'autres facteurs** (progrès de la médecine, besoin et demande en prestations). Augmentation des consultations AOS entre 2012 et 2019 de +16% par habitant dans l'ambulatoire hospitalier et de +24% par assuré en cabinet alors que les séjours stationnaires par habitant ont crû de 5% durant cette période. Sous le système actuel, cette **croissance plus forte du domaine ambulatoire peut modifier la répartition de la charge financière**.
- Si on considère **uniquement le cofinancement cantonal de l'hospitalier stationnaire** (participation aux coûts par cas et prestations d'intérêt général hors formation et recherche), la part financée par l'Etat a légèrement baissé de 23% en 2012 à 22% en 2020 (-1 point de pourcentage) et celle de l'AOS légèrement augmenté (+1 point de pourcentage).
- Pour évaluer l'engagement financier de l'État, **il semble plus juste de prendre en compte aussi d'autres dépenses de l'État de Vaud qui concernent les prestations AOS**, notamment les prestations d'intérêt général pour la formation et la recherche médicale et le financement des EMS et des soins à domicile. **Aucun des différents périmètres étudiés n'indique une baisse marquée de la part financée par l'État de Vaud entre 2012 et 2020.**

Conclusions

- Comme le montrent les chiffres précités, **la contribution cantonale aux coûts hospitaliers en CHF par assuré a augmenté entre 2012 et 2020** et non baissé. Le virage ambulatoire n'a donc pas réduit la contribution de l'État mais il a contribué à sa hausse moindre.
- **Aucun des périmètres étudiés n'indique une baisse marquée de la part financée par l'État de Vaud entre 2012 et 2020. Nous n'avons pas trouvé d'élément qui justifierait une restitution telle que demandée par le postulat.**
- L'évolution du financement de l'AOS reflète les règles en vigueur. **Une modification LAMal qui vise l'objectif du postulat, à savoir de stabiliser la répartition des coûts entre canton et AOS, est déjà en cours avec le financement uniforme.** Malgré le coût d'un alignement à un taux de contribution identique pour tous les cantons, le Canton de Vaud soutient cette réforme sous certaines conditions. **Il semble peu opportun de chercher - en parallèle à cette réforme - à développer des mécanismes alternatifs** pour stabiliser la répartition des coûts.