

Helsana

Engagée pour la vie.



Rapport Helsana

Évolution des dépenses en matière de santé

Décembre 2016, Mathias Früh, Pius Gyger, Oliver Reich

Conception: Eigelb – Atelier für Gestaltung, Cyril Brühlmann

Impression: Stämpfli AG Berne

Traduction: Transpose S.A. Genève

Sommaire

Avant-propos	2 - 3
Méthodologie	4 - 5
Analyse des données	
Système de santé suisse	6
– Financement du système de santé	6 - 7
– Primes et coûts de la santé par tête	8 - 9
– Budget des ménages	10 - 11
– Évolution des coûts de la santé	12 - 13
Assurance obligatoire des soins	14
– Perspective des coûts	15 - 25
– Perspective des tarifs	26 - 47
Débat	
Le système de santé suisse: explosif ou supportable?	48 - 49
AOS: tarifs et coûts	50 - 53
Influence de la politique de la santé	54 - 55
Conclusion	56

Avant-propos

L'augmentation année après année des dépenses liées aux soins de santé suscite de nombreux débats. Dans le cadre de cette nouvelle publication, nous abordons ce thème de manière approfondie en analysant une série de faits et de chiffres relatifs aux dépenses globales et à certains domaines de prestations.

Les données anonymes de plus d'1,2 million d'assurés Helsana ont été exploitées parallèlement aux statistiques accessibles au public. Elles nous permettent de considérer de manière nuancée les aspects spécifiques de l'évolution des dépenses et des volumes en matière d'assurance obligatoire des soins selon l'âge, le sexe, la région et le secteur des services.

Notre publication met en évidence le rôle essentiel de la démographie (la croissance démographique et le vieillissement de la population). La hausse des volumes et l'extension du catalogue des prestations sont d'autres causes de l'augmentation des coûts. De fausses incitations systémiques pourraient également intervenir, mais elles sont difficilement quantifiables. Les patients veulent aussi bénéficier du meilleur traitement, sans devoir payer pour cela.

Aujourd'hui, les débats politiques portent essentiellement sur la hausse des coûts de santé. En revanche, la valeur et la qualité des prestations ne sont guère mises en relation. Une partie des dépenses actuelles du système de santé peut certainement être qualifiée de «gaspillage», par exemple les traitements inutiles ou non désirés et les différences injusti-

fiées en termes de qualité, de prix et d'option thérapeutique sélectionnée. Cependant, il existe actuellement trop peu de chiffres fiables pour entreprendre une quantification.

Bien que l'économie suisse soit armée pour supporter les coûts de la santé, les acteurs essentiels – et notamment les décideurs en matière de politique de la santé – réagissent en premier lieu à l'augmentation des coûts, bouc émissaire de la problématique de répartition. Nous avançons l'idée que parallèlement aux dépenses, le système de soins et la politique conceptuelle devraient davantage être axés sur l'amélioration de la valeur ajoutée et de la qualité des traitements des patients. C'est de notre point de vue la seule manière de garantir de meilleurs soins et une efficacité accrue.

Par cet engagement, nous nous efforçons de contribuer positivement à la santé de nos clients dans le cadre d'une prise en charge durable.

Nous espérons susciter votre intérêt et nous vous encourageons à nous faire part de vos commentaires et suggestions.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsable Politique de santé

Méthodologie

Les analyses du présent rapport reposent pour partie sur les données concernant les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) du groupe Helsana entre 2012 et 2015. Les données anonymes de près d'1,2 million d'assurés ont pu être consultées et traitées. Par rapport à la population suisse totale, la répartition entre les sexes au sein de l'effectif des assurés du groupe Helsana penche en faveur des femmes. Les assurées étant plus âgées que leurs homologues masculins, l'âge moyen de l'échantillon est supérieur à la moyenne nationale. Dans le présent rapport, la population d'assurés Helsana a donc été rapportée à la population totale à l'aide des correctifs correspondants. Par ailleurs, les diverses valeurs ont été extrapolées sur la population totale. Ainsi, l'échantillon Helsana constitue une base de données fiable au plan statistique, tant en termes d'ordre de grandeur qu'en termes de répartition selon l'âge et le sexe.

Notre étude utilise également les sources de données accessibles au public, parmi lesquelles:

- Office fédéral de la statistique (OFS), 2016, Coûts et financement du système de santé
- Office fédéral de la statistique (OFS), 2014, Enquête sur le budget des ménages (EBM)
- Office fédéral de la statistique (OFS), 2016, Statistique médicale des hôpitaux
- Office fédéral de la statistique (OFS), 2016, Statistique des établissements de santé non hospitaliers
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2016, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire
- FMH, 2016, Statistique médicale
- Rapport sur les médicaments Helsana, 2016

La base de données disponible englobe donc des informations dites «secondaires», qui n'ont pas été collectées spécifiquement pour les présentes analyses. Il s'agit par exemple de relevés de facturation qui entrent dans le cadre normal de l'exécution de l'assurance-maladie. Une grande prudence a été de mise pour l'exploitation et l'interprétation de ces données. En fin de compte, elles se sont révélées très précieuses pour une représentation en temps réel et non faussée de la situation des soins en Suisse.

Analyse des données

Financement du système de santé

De 2008 à 2014, les coûts globaux de la santé ont augmenté de plus de 10 milliards de francs pour atteindre 71 milliards de francs.

Depuis 2008, la part de l'AOS au financement a augmenté d'environ 1,5 point pour atteindre 36,6%, soit près d'un cinquième du surcoût massif à la charge de l'assurance de base, qui totalise 5,5 milliards de francs. Si cette part était restée identique, les cotisants auraient donc supporté un milliard de francs de charge en moins.

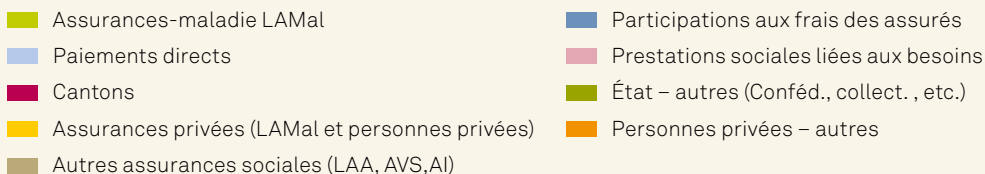
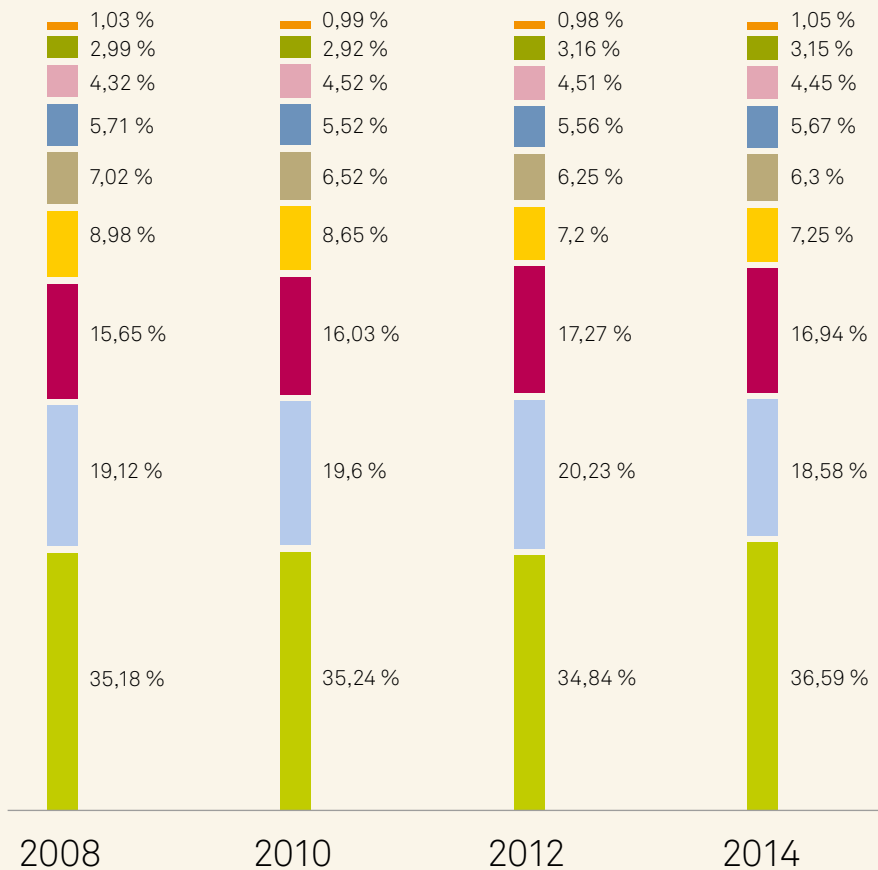
La part des cantons a également augmenté d'1,5 point, ce qui correspond à près de trois milliards de francs. Le financement des assurances privées a légèrement baissé (environ 90 millions). Ces glissements sont dus à l'introduction du financement à la personne et du régime identique pour les prestations dans les hôpitaux publics et dans les hôpitaux privés, ceci dans le cadre du nouveau financement hospitalier de 2012. Par ailleurs, les transferts du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire pourraient aussi jouer un rôle.

La surcharge de l'assurance de base a aussi fait baisser la part des paiements directs («out-of-pocket») d'environ 1,75 point, mais elle a augmenté de 2 milliards de francs en valeur absolue.

L'AOS (5,5 milliards) et les cantons (3 milliards) assument donc l'essentiel de la majoration des coûts. L'assurance-accidents et l'AVS/AI ont été délestées. Ce phénomène est probablement imputable à la réforme de l'AI.

Les formes de financement solidaires supplantent de plus en plus les formes de financement privées.

Financement du système de santé selon le régime de financement



Primes et coûts de la santé par tête

En 1996, les coûts de la santé représentaient 9,2% du produit intérieur brut (PIB). En 2014, ce pourcentage est passé à 11,11%. Cette référence ne donne pas d'indication sur les rapports par tête.

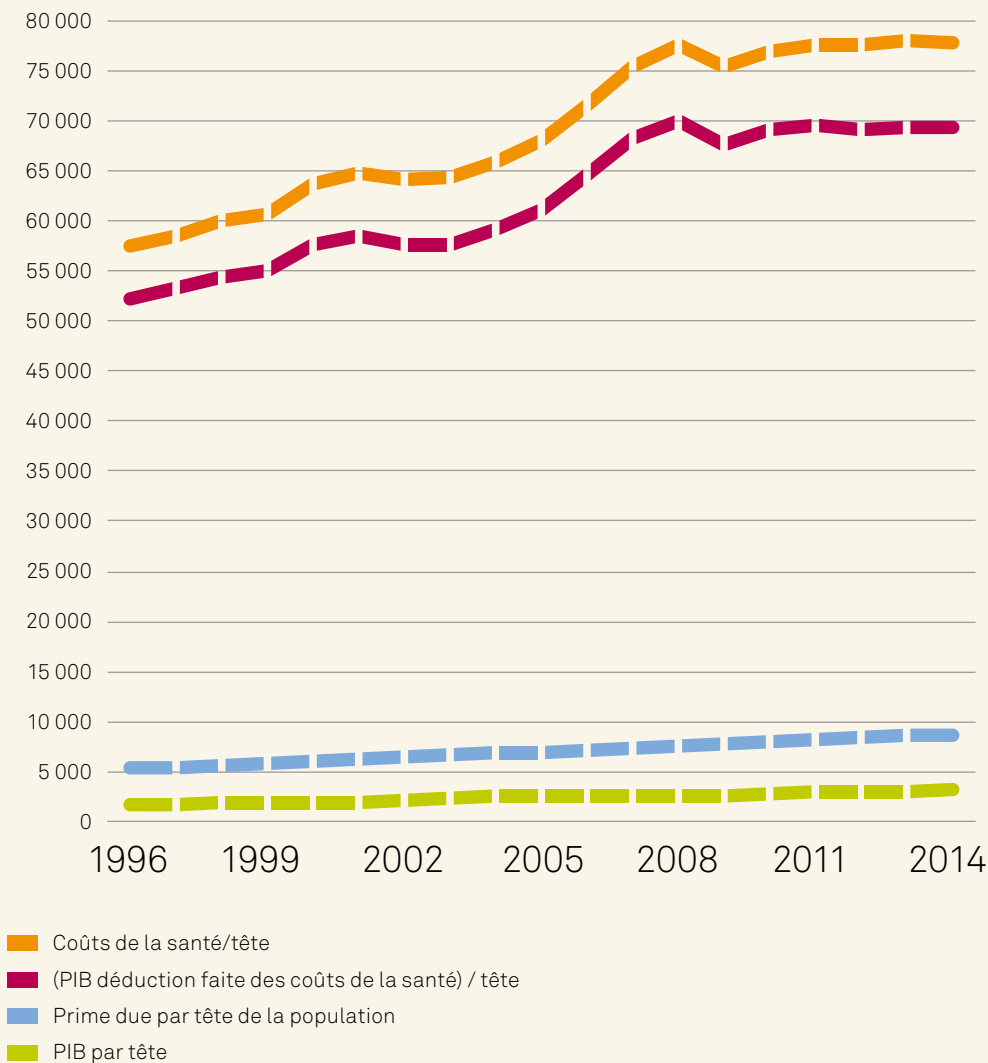
Le PIB par habitant corrigé des coûts de la santé désigne l'activité productive d'une économie sans les dépenses du système de santé par tête. Depuis 1996, il est passé d'environ 52 000 francs à 69 000 francs par habitant, soit une hausse de 17 000 francs. Cela signifie que malgré la proportion croissante des coûts de la santé dans le PIB, le niveau de richesse corrigé des coûts de la santé a augmenté d'un tiers.

Pendant cette période, la charge des primes (prime due) est passée d'environ 1 600 francs à 3 100 francs par tête. Or, l'ensemble des coûts de la santé par tête est passé de 3 300 francs à 8 600 francs. La hausse du PIB par tête de près de 20 300 francs depuis 1996 est donc imputable à hauteur de 16% aux coûts de la santé; les 84% restants sont des augmentations de la production dans d'autres secteurs. Malgré des taux de croissance élevés, en valeur absolue le PIB corrigé des coûts de la santé a augmenté dix fois plus que les coûts de la santé.

Les coûts de la santé ne réduisent le taux de croissance du PIB que dans une infime mesure, sans entraver l'accroissement de la richesse nationale. L'économie suisse peut tout à fait supporter l'augmentation des coûts de la santé.

Comparaison des primes et des coûts de la santé par tête

(PIB déduction faite des coûts de la santé)



Budget des ménages

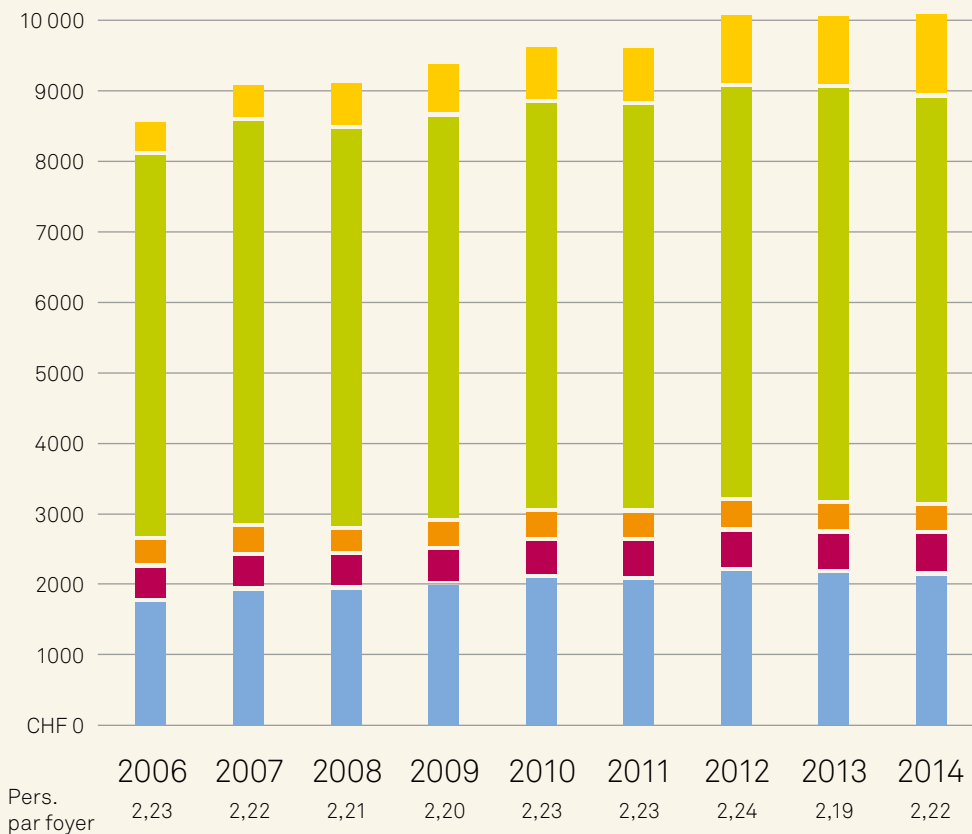
Depuis 2006, le revenu brut des ménages s'élève à un peu plus de 10 000 francs suisses par mois. Il est principalement dépensé pour les impôts et la consommation, tandis qu'une grande part est consacrée à l'épargne.

En 2013, le poids de l'assurance de base sur le ménage moyen était de 560 francs par mois, soit 6 720 francs par an. Au total, la hausse de la charge mensuelle de 2006 à 2013 s'élève à 80 francs environ. Sur la même période, la charge fiscale a augmenté d'environ 400 francs par mois, soit cinq fois le montant de la prime d'assurance obligatoire.

L'épargne s'est accrue de 550 francs et la consommation de 450 francs par mois, ce qui correspond également à plus de cinq fois la prime. Si l'on rapporte ces chiffres au nombre d'habitants (8 139 600) et aux coûts de la santé (69,9 milliards de francs) en 2013, l'assurance de base, l'assurance complémentaire et les dépenses de santé représentaient environ 63% du coût total de la santé. Cela correspond globalement à la somme de la LAMal (36,6%), des paiements directs (18,6%) et des assurances complémentaires (7,3%) du graphique 1.

L'Enquête sur le budget des ménages confirme que l'économie suisse peut supporter l'accroissement des dépenses de santé considérées de manière cumulée. Naturellement, la charge des divers groupes de population diffère sensiblement. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les discussions portent principalement sur les dépenses, essentiellement à cause des différences en termes de répartition des charges.

Utilisation du salaire brut mensuel dans un ménage moyen



- Épargne (sans revenu supplémentaire sporadique)
- Consommation et autres dépenses
- Primes d'assurance complémentaire et dépenses de santé
- Assurance de base
- Impôts et cotisations sociales

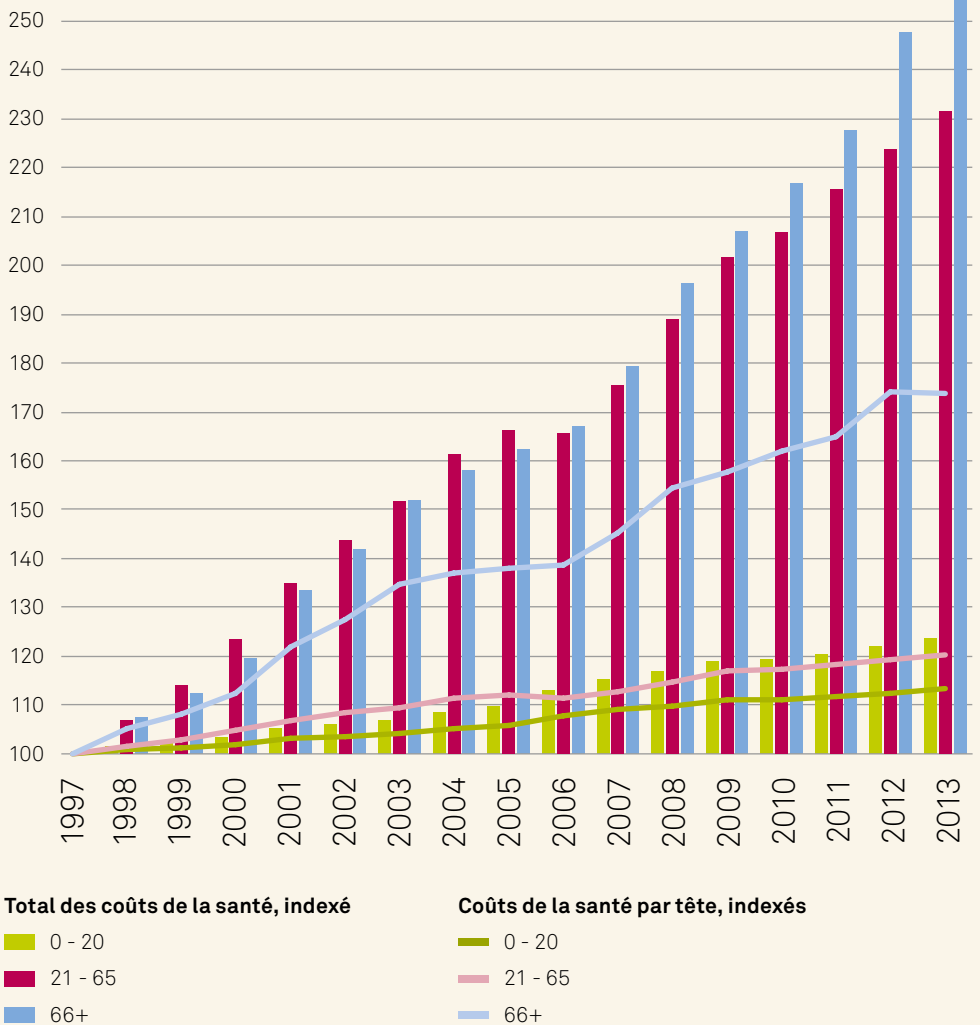
Évolution des coûts de la santé

Depuis 1997, les coûts de la santé ont progressé de 130% pour les 21-65 ans et de près de 155% pour les 65 ans et plus. Cela correspond respectivement à une hausse de près de 20% et 72% par tête. Pendant ces quinze années, les coûts pour les enfants et les jeunes n'ont augmenté que de 10%.

Chez les aînés (65 ans et plus), près de la moitié de l'augmentation des coûts est donc liée à l'évolution démographique. La proportion de personnes âgées va grandissant en raison de l'immigration et de l'allongement de l'espérance de vie. Dans le groupe d'âge 21-65 ans, près de 85% de l'augmentation des coûts en valeur absolue sont imputables à la structure démographique, principalement modifiée par l'accroissement des populations immigrées.

La majeure partie de l'augmentation des coûts en valeur absolue est imputable à la croissance démographique et aux changements structurels de la population.

Évolution des coûts de la santé, total et par tête, indexés



Assurance obligatoire des soins

Les primes d'assurance de base financent un peu plus d'un tiers des coûts de la santé et constituent ainsi la principale source de financement. Cette section présente des exemples de tendances et d'indicateurs qui ne peuvent pas être identifiés uniquement à l'aide des statistiques accessibles au public.



Perspective des coûts

Coûts AOS selon les catégories de coûts

Les prestations brutes de l'AOS ont augmenté de 33% entre 2008 et 2015. Les prestations de laboratoire, les prestations d'aide et de soins à domicile, ainsi que les prestations ambulatoires des hôpitaux connaissent les taux de croissance les plus élevés.

La forte hausse des prestations de laboratoire correspond à la tendance à l'intensification des traitements qui accompagne l'extension du diagnostic.

Dans les établissements médico-sociaux, le nouveau financement des soins empêche depuis 2011 toute hausse des coûts de l'AOS grâce aux barèmes fixés par l'État. De 2008 à 2015, les prestations brutes de l'AOS n'ont augmenté que d'1% et elles ont même baissé de 3,5% depuis 2011. Par contre, les prestations de services d'aide et de soins à domicile ont augmenté de 60% depuis 2008 et de 36% depuis 2011. Il semble que les services d'aide et de soins à domicile absorbent une partie des besoins accrus et de ce fait empêchent la hausse des admissions dans les établissements médico-sociaux.

Les coûts des traitements ambulatoires dans les hôpitaux et des soins médicaux enregistrent une croissance supérieure à la moyenne. Les mesures politiques comme la clause du besoin et la maîtrise des coûts grâce à la structure tarifaire Tarmed pour les médecins ne semblent pas particulièrement efficaces. Dans le domaine hospitalier ambulatoire, elles sont inexistantes. Cela explique peut-être en partie les forts taux de croissance enregistrés dans ce secteur.

La hausse des coûts de près de 900 millions de francs en 2012/2013, consécutive à l'introduction du nouveau financement hospitalier et du

nouveau système tarifaire SwissDRG, est clairement identifiable dans le domaine hospitalier stationnaire. Depuis, les coûts semblent s'être stabilisés.

La croissance des coûts des médicaments dans les pharmacies provient de l'augmentation des prix moyens pratiqués par les fabricants et de l'évolution des volumes. La structure des pharmacies a peu évolué. Il en va de même dans le domaine hospitalier ambulatoire: l'évolution des coûts des traitements entraîne une hausse plus que proportionnelle des coûts des médicaments. Manifestement, les hôpitaux consolident continuellement leurs parts de marché grâce aux médicaments et aux soins ambulatoires. Les systèmes de tarification ne freinent visiblement pas l'expansion dans ce secteur. Ils semblent au contraire la favoriser.

Coûts en millions de CHF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution dep. 2008
Total	22 722	23 656	24 292	24 932	25 901	27 926	28 639	30 122	+33 %
Catégories de coûts									
Médecin – ambulatoire	5 104	5 227	5 325	5 566	5 806	6 242	6 633	7 007	+37 %
Hôpital – stationnaire	5 258	5 481	5 593	5 696	5 937	6 816	6 662	6 880	+31 %
Hôpital – ambulatoire	2 762	2 919	3 214	3 557	3 672	4 003	4 190	4 186	+52 %
Médicaments, médecin	1 619	1 697	1 620	1 621	1 663	1 727	1 762	1 863	+15 %
Médicaments – hôpital ambulatoire	493	555	611	555	732	800	813	857	+74 %
Médicaments – pharmacie	3 020	3 136	3 164	3 169	3 253	3 299	3 274	3 461	+15 %
Établissement médico-social	1 784	1 858	1 894	1 847	1 846	1 838	1 796	1 799	+1 %
Services d'aide et de soins à domicile	496	531	563	583	628	671	736	794	+60 %
Physiothérapie	573	592	623	636	655	698	787	897	+57 %
Analyses de laboratoire	687	692	697	749	794	846	913	1 122	+63 %
Autres prestations	926	967	990	953	915	988	1 073	1 257	+36 %

Tableau 1

Source: OFSP - Statistique de l'assurance-maladie obligatoire

L'expansion du domaine hospitalier ambulatoire est le principal moteur de l'augmentation des coûts de l'AOS.

Coûts AOS par patient

Dans ce tableau, les patients sont définis comme des assurés qui bénéficient, chaque année, au moins d'une prestation à la charge de l'assurance de base.

Total des coûts et coût par patient	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution depuis 2008
Total des coûts	22 722	23 656	24 292	24 932	25 901	27 926	28 639	30 122	+33 %
Coûts par patient	3 744	3 841	4 008	4 127	4 296	4 373	4 479	4 585	+22 %

Sexe

Prestations brutes (en millions)									
Hommes	9 458	9 879	10 179	10 496	10 955	11 908	12 244	12 971	+37 %
Femmes	13 264	13 777	14 114	14 435	14 946	16 019	16 395	17 151	+29 %
Prestations brutes par patient									
Hommes	3 479	3 573	3 765	3 877	4 078	4 161	4 259	4 362	+25 %
Femmes	3 961	4 062	4 208	4 333	4 476	4 550	4 666	4 775	+21 %

Groupes d'âge

Prestations brutes (en millions)									
De 0 à 18 ans	1 395	1 449	1 448	1 477	1 549	1 691	1 739	1 827	+31 %
De 19 à 65 ans	11 565	12 022	12 271	12 550	13 041	14 038	14 332	15 035	+30 %
66 ans et plus	9 761	10 185	10 574	10 904	11 311	12 197	12 568	13 261	+36 %
Prestations brutes par patient									
De 0 à 18 ans	1 007	1 035	1 089	1 108	1 170	1 216	1 260	1 279	+27 %
De 19 à 65 ans	3 269	3 363	3 575	3 652	3 792	3 847	3 914	4 003	+22 %
66 ans et plus	8 117	8 268	8 318	8 561	8 832	8 971	9 167	9 360	+15 %

Tableau 2

Source: OFSP - Statistique de l'assurance-maladie obligatoire / Helsana

La majeure partie de la croissance des prestations d'assurance entre 2008 et 2015 est imputable à l'augmentation des coûts par patient. Les prestations brutes ont augmenté de 33% au total et de 22% par patient. Cela représente les deux tiers de la croissance totale. Ces évolutions ne pouvant pas être seulement imputables aux changements démographiques, on peut émettre l'hypothèse qu'elles sont dues aux tarifs élevés, à une intensification des traitements, à des modifications du catalogue des prestations (p. ex. nouveaux médicaments plus chers) et/ou à de nouvelles habitudes de facturation.

Un tiers de l'augmentation des coûts de l'AOS provient de la hausse du nombre de patients, qui s'explique principalement par la croissance démographique. Cet effet est particulièrement sensible dans le groupe d'âge des 66 ans et plus, au sein duquel le niveau élevé de prestations par patient n'augmente «que» de 15% tandis que les coûts totaux grimpent de 33%. Le même effet de population, qui peut être observé pour l'ensemble des coûts de la santé dans le graphique 4, est, dans une moindre mesure, applicable à l'assurance obligatoire des soins. Dans le groupe des moins de 18 ans, l'effet de coûts dû à la population semble être beaucoup moins marqué. La quasi-totalité de la croissance, qui se situe dans ce groupe à un bas niveau, est due au renchérissement du traitement des patients (prix multiplié par le volume de prestations par patient). Cet effet est également prédominant dans le groupe des 19-65 ans.

La différence des coûts par patient fondée sur le sexe est passée d'environ 500 francs en 2008 à environ 400 francs en 2015. La tendance semble être à l'harmonisation.

À l'origine du renchérissement des traitements par patient, on trouve les tarifs et les prix, le volume de prestations, l'extension du catalogue des prestations et les pratiques de facturation.

Chez les patients de plus de 65 ans, la différence entre la croissance par patient et la croissance totale est nettement plus marquée que dans les autres groupes d'âge. Ils sont à l'évidence les plus touchés par l'effet de population. Dans les autres groupes d'âge, les autres raisons l'emportent.

Une très large moitié de l'augmentation des coûts totaux est imputable au changement de dynamique et de structure démographiques. Si l'on considère l'assurance de base, cela représente moins d'un quart.

La fréquence et l'intensité du traitement des patients, ainsi que la modification du catalogue des prestations, sont les principaux facteurs d'augmentation des coûts par tête. Le phénomène de croissance des volumes par patient est nettement moindre dans la population des plus de 65 ans que chez les jeunes patients.

Coûts par patient par canton

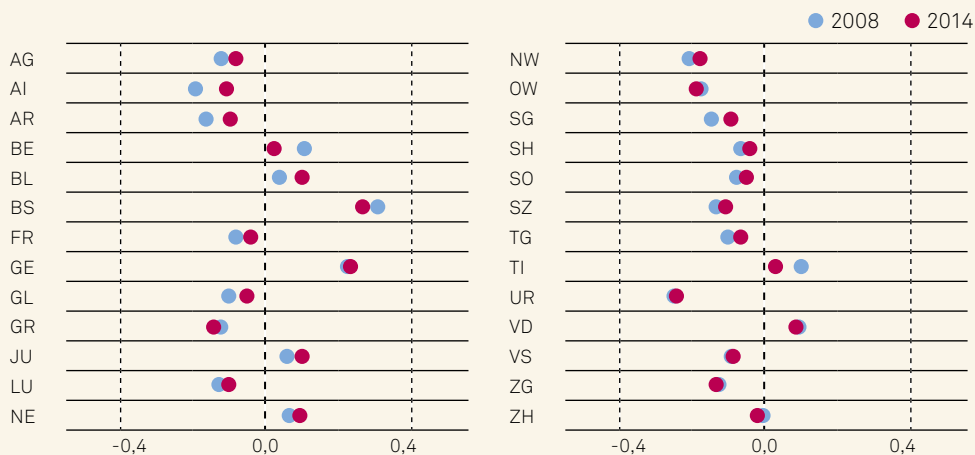
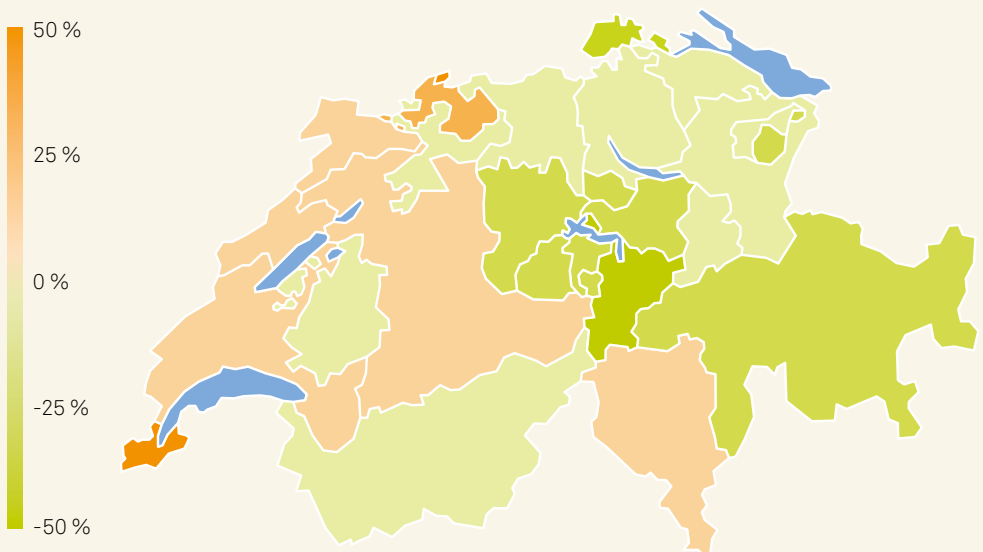
Les coûts de l'AOS par patient oscillent dans une plage de +/- 30% par rapport à la moyenne. Dans les cantons francophones et plutôt urbains, ils sont plus élevés qu'en Suisse centrale et orientale. Ces grands écarts s'expliquent surtout par la composition de la population, par les différences culturelles, par la diversité des prétentions mais aussi par la densité de l'offre. L'interaction de ces facteurs et leur influence restent à expliquer.

Les cantons qui diffèrent à la hausse ou à la baisse demeurent les mêmes sur toute la période 2008-2015. Les écarts ne connaissent ni hausse importante, ni nette réduction. Les écarts en matière de coûts par patient sont stables. Les disparités régionales ne changent pas avec la croissance globale des coûts.

On peut supposer que les facteurs d'influence responsables de ces différences sont davantage cantonaux que nationaux (p. ex. loi sur l'assurance-maladie).

Les écarts cantonaux en matière de coûts de l'AOS par assuré et par patient sont stables au fil du temps. Leur étendue et leur composition restent à expliquer. En tous les cas, les nouvelles conditions cadres à l'échelle suisse n'y changent rien.

Écart relatif des coûts par patient par rapport à la moyenne suisse (2014). Moyenne suisse 4 479 CHF.



Densité de médecins

La densité de médecins est fréquemment citée comme l'un des principaux facteurs de coûts.

Les différences cantonales en matière de densité de médecins et les écarts de développement sont énormes. Bâle-Ville est le leader incontesté devant le canton de Genève, aussi bien en matière de spécialistes qu'en ce qui concerne les généralistes. La densité de médecins y est un multiple des valeurs dans le canton d'Uri, par exemple. Tandis que chez les spécialistes, elle a augmenté de 4% entre 2008 et 2015 dans toute la Suisse, l'augmentation s'est élevée à 20% chez les généralistes.

Il est difficile de mettre en évidence une relation claire entre ces données et les débats concernant la pénurie de médecins et la clause du besoin. Elles ne permettent ni de localiser plus précisément un excédent ou une pénurie de médecins, ni d'identifier l'efficacité des mesures de pilotage. Aucun lien avec la structure de l'offre (cabinets de groupe, services ambulatoires, rapport avec la structure démographique, etc.) n'est identifiable non plus.

La densité de médecins augmente dans la quasi-totalité des cantons. Elle n'est toutefois pas un outil adéquat de contrôle des volumes.

Densité de médecins pour 100 000 habitants par canton

	2008			2015			Évolution depuis 2008		
	Total	PR	Spé	Total	PR	Spé	Total	PR	Spé
CH	196	79	117	218	95	122	+11 %	+20 %	+4 %
AG	148	63	86	165	77	88	+11 %	+22 %	+2 %
AI	103	71	32	125	69	56	+21 %	-3 %	+75 %
AR	149	74	75	167	97	70	+12 %	+31 %	-7 %
BE	197	87	110	217	98	120	+10 %	+13 %	+9 %
BL	202	88	114	236	108	128	+17 %	+23 %	+12 %
BS	366	109	257	423	146	277	+16 %	+34 %	+8 %
FR	142	60	82	135	64	71	-5 %	+7 %	+13 %
GE	330	96	234	371	127	243	+12 %	+32 %	+4 %
GL	138	73	65	152	90	62	+10 %	+23 %	-5 %
GR	162	88	74	174	101	74	+7 %	+15 %	+0 %
JU	148	70	77	142	73	69	-4 %	+4 %	-10 %
LU	141	68	73	166	86	80	+18 %	+26 %	+10 %
NE	187	82	104	207	101	106	+11 %	+23 %	+2 %
NW	115	69	47	123	66	57	+7 %	-4 %	+21 %
OW	113	76	38	119	84	35	+5 %	+11 %	-8 %
SG	157	68	89	191	91	99	+22 %	+34 %	+11 %
SH	189	88	101	189	93	96	+0 %	+6 %	-5 %
SO	158	84	74	168	92	76	+6 %	+10 %	+3 %
SZ	125	65	59	144	79	66	+15 %	+22 %	+12 %
TG	130	67	63	161	81	80	+24 %	+21 %	+27 %
TI	193	77	116	215	100	114	+11 %	+30 %	-2 %
UR	105	71	34	86	58	28	-18 %	-18 %	-18 %
VD	228	78	150	243	99	144	+7 %	+27 %	-4 %
VS	152	64	88	156	83	73	+3 %	+30 %	-17 %
ZG	188	77	111	201	93	108	+7 %	+21 %	-3 %
ZH	228	87	141	257	99	157	+13 %	+14 %	+11 %

Tableau 3

Source: Statistique médicale (FMH) – densité de médecins selon le domaine d'expertise principal, secteur ambulatoire.

PR (premier recours) = médecine générale + médecine interne générale + pédiatrie et médecine pour adolescents + médecin praticien + médecine interne

Spé = spécialiste

Coûts par patient par fournisseur de prestations

Dans le canton de Bâle-Ville, les frais médicaux par patient sont presque dans la moyenne suisse. Par contre, les frais hospitaliers y sont nettement plus élevés qu'ailleurs. Dans les autres cantons, la répartition des frais hospitaliers par patient est beaucoup plus homogène que celle des frais médicaux. À Genève en revanche, les frais médicaux sont les plus élevés alors que les frais hospitaliers par patient restent modérés. Dans les deux cantons les plus chers, les principales composantes diffèrent totalement: dans l'un, ce sont les frais médicaux, dans l'autre les frais hospitaliers.

L'inégalité en termes de ressources disponibles et d'infrastructures exerce une influence notable sur les écarts entre les cantons. Le rapport direct entre la densité de médecins et les frais hospitaliers et médicaux par patient est faible. Les motifs des coûts élevés dans les cantons sont manifestement très divers.

	Coûts par patient 2008			Coûts par patient 2015			Évolution depuis 2008		
	Médecin	Hôpital	Pharmacie	Médecin	Hôpital	Pharmacie	Médecin	Hôpital	Pharmacie
CH	1 237	3 532	924	1 501	3 983	1 002	+21 %	+13 %	+8 %
AG	955	3 477	827	1 175	3 880	881	+23 %	+12 %	+7 %
AI	1 158	3 449	985	1 328	4 859	1 716	+15 %	+41 %	+74 %
AR	1 230	3 306	652	1 448	4 035	1 265	+18 %	+22 %	+94 %
BE	1 258	4 447	955	1 509	4 237	999	+20 %	+5 %	+5 %
BL	1 449	3 756	795	1 744	4 312	1 153	+20 %	+15 %	+45 %
BS	1 340	4 054	1 177	1 560	4 959	1 194	+16 %	+22 %	+1 %
FR	955	3 354	859	1 212	3 796	942	+27 %	+13 %	+10 %
GE	1 442	3 300	1 081	1 904	3 767	1 150	+32 %	+14 %	+6 %
GL	1 324	3 234	1 106	1 520	3 946	1 097	+15 %	+22 %	+1 %
GR	1 018	3 234	851	1 186	3 643	927	+17 %	+13 %	+9 %
JU	917	3 367	1 005	1 238	4 136	1 009	+35 %	+23 %	+0 %
LU	1 296	3 466	634	1 466	4 035	745	+13 %	+16 %	+18 %
NE	977	3 239	1 049	1 267	3 957	1 232	+30 %	+22 %	+18 %
NW	1 217	3 025	790	1 270	3 721	802	+4 %	+23 %	+2 %
OW	1 233	2 957	712	1 349	3 786	776	+9 %	+28 %	+9 %
SG	1 325	3 377	729	1 602	4 223	875	+21 %	+25 %	+20 %
SH	1 191	3 199	790	1 406	3 750	912	+18 %	+17 %	+16 %
SO	1 372	3 394	728	1 544	3 764	914	+12 %	+11 %	+26 %
SZ	1 371	3 572	744	1 648	4 438	798	+20 %	+24 %	+7 %
TG	1 246	3 693	720	1 505	4 166	877	+21 %	+13 %	+22 %
TI	1 045	3 339	977	1 329	3 265	1 154	+27 %	+2 %	+18 %
UR	1 126	3 350	618	1 151	4 411	718	+2 %	+32 %	+16 %
VD	1 164	3 189	1 063	1 406	3 798	1 061	+21 %	+19 %	+0 %
VS	882	3 075	906	1 141	3 379	959	+29 %	+10 %	+6 %
ZG	1 337	3 667	707	1 568	4 151	767	+17 %	+13 %	+8 %
ZH	1 427	3 492	843	1 723	4 149	922	+21 %	+19 %	+9 %

Tableau 4
Source: Helsana

Perspective des tarifs

Tarmed

Plus de 40% des prestations Tarmed (3,99 milliards de points de taxation) sont issues du chapitre «Prestations de base». La majorité d'entre elles sont des consultations. Près de 15% des prestations Tarmed sont des examens d'imagerie médicale. 12% (plus d'un milliard de francs) relèvent de la spécialité psychiatrie. Les trois domaines «consultations», «imagerie médicale» et «psychiatrie» concentrent donc 7,4 milliards de francs sur un total de près de 11 milliards pour les prestations Tarmed.

Il est difficile d'expliquer l'augmentation de 24% des prestations de base entre 2012 et 2015. Le besoin a sans doute légèrement augmenté en raison de la croissance démographique. Toutefois, les points de taxation par patient ont simultanément progressé de 10%. Cela suggère que, malgré l'intervention du Conseil fédéral sur les tarifs au profit des médecins de premier recours en 2014 (200 millions de francs), une grande partie de l'augmentation des coûts est due d'une part aux nouveaux comportements de facturation et d'autre part à des examens et des traitements plus approfondis.

Le nombre de prestations médicales prescrites et facturées par patient augmente.

Top 10 du nombre de points de taxation par chapitre
(en millions de points de taxation)

Chapitre	2012	2015	Évolution depuis 2012
Total des points de taxation	9 584	11 540	+20 %
00-Prestations de base	3 477	4 943	+24 %
39-Imagerie médicale	1 328	1 753	+15 %
02-Psychiatrie	1 328	1 403	+19 %
08-Cœil	535	683	+28 %
17-Diagnostic et traitement non chirurgical du cœur et des vaisseaux	321	375	+17 %
35-Salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour	222	270	+22 %
32-Radio-oncologie, radiothérapie	243	270	+11 %
19-Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal	219	264	+20 %
37-Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale	197	237	+20 %
04-Peau, parties molles	184	213	+16 %

Tableau 5

Source: Helsana

Top 10 des positions selon les points de taxation en 2015, par ordre croissant

Les principales positions Tarmed concernent quasiment chaque contact avec un médecin. Il s'agit pour la plupart de prestations au temps. Entre 2012 et 2015, elles ont presque toujours affiché une croissance à deux chiffres. Seules les consultations (cinq premières minutes, minutes supplémentaires et cinq dernières minutes) chez les médecins de premier recours diffèrent.

On observera qu'après douze années de Tarmed, entre 2012 et 2015 la prestation médicale en l'absence du patient a augmenté de 70% dans les hôpitaux, de 48% chez les spécialistes et de 27% chez les médecins de premier recours. Il s'agit tout de même d'un montant d'environ 200 millions de francs. Il est difficile de concevoir que la pratique médicale ait profondément évolué en si peu de temps. Ces chiffres révèlent plus probablement une adaptation de la pratique de facturation. Ce constat ne permet pas de conclure qu'elle est injustifiée. En effet, un tel contrôle des prestations n'est pas possible à l'aide des structures tarifaire et contractuelle. L'augmentation des prestations médicales en l'absence des patients peut cependant être un indice que des incitations à l'extension sont inhérentes à ces prestations au temps.

Il apparaît clairement que la nouvelle position «Supplément pour prestations de médecine de famille au cabinet médical» a généré comme prévu un peu plus de 200 millions de francs de recettes par an pour les médecins de premier recours.

Une part considérable des variations des coûts dans le champ d'application de Tarmed est imputable à des modifications peu contrôlables de la pratique de facturation qui n'ont rien à voir avec les changements dans les soins de santé.

Catégorie de fournisseur de prestations	Points de taxation 2015	Évolution depuis 2012
Médecin de premier recours		
00.0020 (Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation))	448 360 581	+9 %
00.0010 (Consultation, première période de 5 min (consultation de base))	396 807 715	+3 %
00.0410 (Petit examen par le spécialiste de premier recours)	223 052 780	+14 %
00.0140 (Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min)	219 868 785	+27 %
00.0015 (Supplément pour prestations de médecine de famille au cabinet médical)	206 600 634	nouveau
00.0030 (Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation))	167 704 261	+3 %
00.0510 (Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min)	154 718 506	+16 %
00.0420 (Examen complet par le spécialiste de premier recours)	50 194 241	+11 %
00.2285 (Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte)	48 895 856	+17 %
00.0520 (Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours)	48 498 250	+3 %
Spécialiste		
02.0020 (Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, pour chaque séance suivante)	607 177 460	+13 %
00.0010 (Consultation, première période de 5 min (consultation de base))	229 901 378	+14 %
02.0210 (Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance individuelle)	223 003 026	+39 %
00.0020 (Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation))	188 185 685	+35 %
00.2110 (Consilium par le spécialiste, par période de 5 min)	139 299 334	+19 %
00.0140 (Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min)	119 436 556	+48 %
00.0030 (Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation))	93 913 702	+22 %
00.2285 (Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte)	86 941 037	+31 %
17.0210 (Échocardiographie transthoracique, examen qualitatif et quantitatif chez l'adulte)	85 691 442	+23 %
08.0040 (Réfraction subjective bilatérale par le spécialiste)	81 728 302	+11 %
Hôpital – ambulatoire		
00.0020 (Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation))	226 528 416	+30 %
00.0140 (Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min)	147 713 784	+70 %
39.0015 (Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie en dehors de l'hôpital, {LAMal})	110 348 444	+5 %
00.0010 (Consultation, première période de 5 min (consultation de base))	110 131 268	+13 %
00.2285 (Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte)	103 856 186	+35 %
32.0510 (Traitement par accélérateur linéaire, premier volume)	77 558 783	+9 %
00.0410 (Petit examen par le spécialiste de premier recours)	75 302 821	+30 %
00.2110 (Consilium par le spécialiste, par période de 5 min)	54 561 016	+16 %
00.1440 (Traitement et prise en charge ambulatoires non médical de patients oncologiques/diabétiques/hématologiques)	52 992 159	+23 %

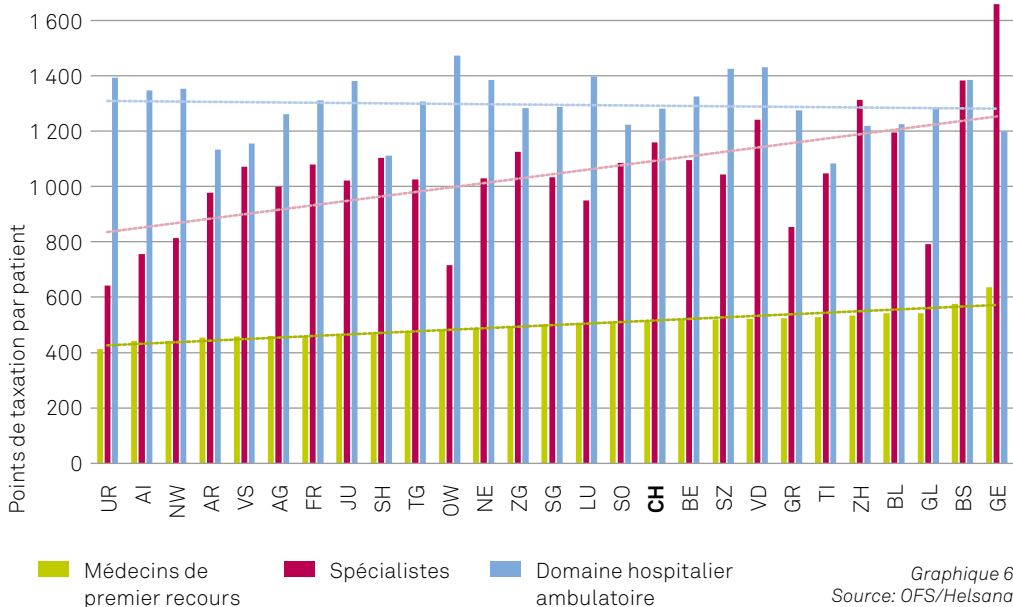
Tableau 6

Source: Helsana

Points de taxation par patient

Dans toute la Suisse, les points de taxation par patient ont augmenté de 7% à l'hôpital, de 10% auprès des médecins de premier recours et de 14% auprès des spécialistes entre 2012 et 2015. Comparativement, la hausse des coûts dans le domaine hospitalier ambulatoire est moins causée par l'intensification du traitement que par l'augmentation du nombre de patients.

Le canton de Genève est largement en tête en ce qui concerne les points de taxation facturés par patient en 2015, aussi bien par les spécialistes que par les médecins de premier recours. Dans le domaine hospitalier ambulatoire en revanche, il se positionne en deçà de la moyenne nationale.



	Points de taxation par patient 2015			Évolution depuis 2012		
	Méd.PR	Méd.spéc.	Hôp.amb.	Méd.PR	Méd.spéc.	Hôp.amb.
CH	515	1 160	1 280	+10 %	+14 %	+7 %
AG	460	999	1 261	+10 %	+13 %	+6 %
AI	443	756	1 347	+21 %	+18 %	+25 %
AR	454	978	1 133	+15 %	+17 %	+1 %
BE	519	1 096	1 325	+10 %	+12 %	+11 %
BL	543	1 196	1 225	+13 %	+14 %	+8 %
BS	575	1 383	1 385	+11 %	+9 %	+11 %
FR	460	1 079	1 310	+10 %	+13 %	+7 %
GE	636	1 659	1 199	+9 %	+17 %	+7 %
GL	543	791	1 284	+11 %	+17 %	+7 %
GR	524	853	1 275	+11 %	+12 %	+3 %
JU	461	1 021	1 381	+9 %	+14 %	+21 %
LU	505	950	1 397	+16 %	+9 %	+9 %
NE	487	1 029	1 384	+12 %	+17 %	+16 %
NW	443	813	1 352	+11 %	+4 %	+0 %
OW	482	716	1 472	+7 %	+3 %	+15 %
SG	503	1 034	1 287	+11 %	+17 %	+4 %
SH	466	1 103	1 112	+6 %	+17 %	+4 %
SO	506	1 086	1 223	+12 %	+14 %	+8 %
SZ	520	1 043	1 425	+6 %	+16 %	+4 %
TG	479	1 025	1 307	+12 %	+16 %	+4 %
TI	528	1 048	1 083	+15 %	+20 %	+8 %
UR	413	641	1 392	+8 %	+12 %	+2 %
VD	522	1 242	1 431	+9 %	+14 %	+8 %
VS	459	1 072	1 155	+9 %	+11 %	+13 %
ZG	492	1 126	1 282	+9 %	+15 %	+1 %
ZH	535	1 313	1 219	+8 %	+16 %	+0 %

Tableau 7
Source: Helsana

La plage de variation est certes très vaste, mais les cantons dont la densité de spécialistes est la plus élevée ont tendance à présenter davantage de points de taxation par patient. Cette tendance n'est pas manifeste chez les médecins de premier recours: il ne semble pas y avoir de rapport entre la densité de médecins et les points de taxation facturés par patient par les médecins traitants.

C'est dans le canton de Bâle-Campagne que la densité de médecins de premier recours est la plus faible. Les prestations de base par patient y sont relativement nombreuses. La densité la plus forte est observée dans le canton de Schwyz, où elle est deux fois et demi plus élevée. Curieusement, les prestations par patient sont au même niveau que dans le canton de Bâle-Campagne.

Il est difficile d'évaluer si les points de taxation par patient dans le domaine hospitalier ambulatoire sont liés à l'intensité des traitements auprès des médecins de premier recours et/ou des spécialistes. Les données disponibles suggèrent que plus les médecins effectuent de prestations pour les patients, moins les hôpitaux ont de patients ambulatoires.

Il n'existe aucune corrélation entre la densité de médecins et les prestations médicales aux patients.

DRG

En Suisse, plus d'1,2 million de cas stationnaires sont recensés dans les établissements de soins aigus. Ce chiffre a augmenté de 7% entre 2012 et 2015. Le case mix, c'est-à-dire les cas pondérés de la gravité de la maladie, a même augmenté de 10%.

Près d'un quart du case mix est imputable aux interventions sur le système musculosquelettique (hanche, genou, etc.). Les traitements ayant la fréquence d'apparition immédiatement inférieure concernent l'appareil circulatoire, l'appareil digestif et les naissances.

La majeure partie des cas est traitée dans les centres hospitaliers, prise en charge centralisée de niveau 2. De 2012 à 2015, le case mix des hôpitaux prodiguant des soins de niveau 3 et 5 a connu la plus forte progression, tandis qu'il a beaucoup moins augmenté dans les hôpitaux de soins généraux. Avec l'introduction des SwissDRG, on espérait que la spécialisation et la concentration seraient renforcées. Cependant, les données disponibles ne confirment cette tendance à aucun niveau de soins.

Le fait que les petits hôpitaux présentent aussi une forte hausse de l'indice case mix, c'est-à-dire du degré de gravité des cas, ne signifie pas que les cas les plus graves ont tendance à être transférés dans les centres hospitaliers.

Un regard sur les listes «top 10» par niveau de prise en charge prête aussi à le supposer. Tandis que les cas présentant un très haut indice case mix dominent la structure des patients dans les hôpitaux universitaires, les opérations de la hanche et du genou, ainsi que les naissances, sont quasiment sans exception au sommet de la liste des case mix aux autres niveaux de soins.

Les petits hôpitaux gagnent des parts de marché au détriment des plus grands. Le degré de gravité de leurs cas augmente davantage que dans les centres hospitaliers.

Top 10 des catégories majeures de diagnostics (MDC)

MDC	2012			2015			Évolution depuis 2015		
	Cas	Case mix	Indice case mix	Cas	Case mix	Indice case mix	Cas	Case mix	Indice case mix
Total	1 130 322	1 182 734	1,05	1 210 328	1 296 879	1,07	+7%	+10%	+2%
08 - Maladies et troubles de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	241 274	279 378	1,6	256 819	298 737	1,16	+6%	+7%	0%
06 - Maladies et troubles des organes digestifs	114 801	104 912	0,91	124 776	119 727	0,96	+9%	+14%	+5%
05 - Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	115 308	161 949	1,4	122 635	179 728	1,47	+6%	+11%	+5%
14 - Grossesse, naissance et suites de couches	93 842	62 502	0,67	99 918	69 100	0,69	+6%	+11%	+3%
15 - Nouveau-nés	83 300	40 821	0,49	89 616	41 611	0,46	+8%	+2%	-6%
01 - Maladies et troubles du système nerveux	76 621	81 924	1,07	82 341	95 926	1,16	+7%	+17%	+8%
04 - Maladies et troubles des organes respiratoires	62 951	61 519	0,98	70 676	70 584	1	+12%	+15%	+2%
11 - Maladies et troubles des organes urinaires	46 734	37 754	0,81	57 110	47 090	0,82	+22%	+25%	+1%
03 - Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche et de la gorge	41 939	29 633	0,71	47 111	33 336	0,71	+12%	+12%	0%
09 - Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et de la glande mammaire	43 517	36 951	0,85	40 183	35 953	0,89	-8%	-3%	+5%

Tableau 8

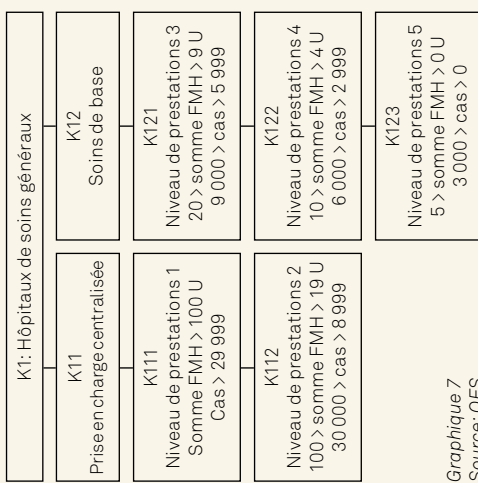
Source: OFS

Par niveau de prise en charge

MDC	2012			2015			Évolution depuis 2015		
	Cas	Case mix	Indice case mix	Cas	Case mix	Indice case mix	Cas	Case mix	Indice case mix
Total	1 130 322	1 182 733	1,05	1 210 328	1 296 879	1,07	+7%	+10%	+2%
K112 (Hôpitaux de soins généraux, prise en charge centralisée de niveau 2)	391 337	401 086	1,02	411 424	436 829	1,06	+5%	+9%	+4%
K121 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 3)	198 253	184 513	0,93	218 144	206 777	0,95	+10%	+12%	+2%
K111 (Hôpitaux de soins généraux, prise en charge centralisée de niveau 1)	199 198	285 943	1,44	210 323	303 645	1,44	+6%	+6%	0%
K122 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 4)	195 196	163 067	0,84	205 868	182 062	0,88	+5%	+12%	+5%
K123 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 5)	72 619	64 306	0,89	81 421	76 598	0,94	+12%	+19%	+6%

Tableau 9

Source: OFS



Graphique 7
Source: OFS

Top 10 des DRG selon le type OFS

Tous les fournisseurs de prestations

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
Total	1 210 328	1 296 880	1,07
I47Z - Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, avec intervention à complications ou implantation ou remplacement d'une prothèse de tête radiale	19 543	32 877	1,68
I43B - Implantation d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	13 697	27 295	1,99
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	38 236	21 663	0,57
I53Z - Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	14 592	16 245	1,11
P67D - Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	71 909	14 872	0,21
O01F - Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	16 892	14 753	0,87
G18B - Interventions sur l'int. grêle et le côlon ou autres interv. sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans procéd. de complication, sauf lors de néof. maligne, âge < 3 ans, sans interv. pour malf. congénit. ou âge > 1 an, sans interv. hautement complexe ni diagn. complexe	6 896	13 729	1,99
I29Z - Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	10 952	10 813	0,99
I18B - Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations, âge > 15 ans	20 261	10 257	0,51
G23C - Appendicectomie sauf pour péritonite, sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge > 13 ans	15 160	10 193	0,67

Tableau 10
Source: OFS

K111 (Hôpitaux de soins généraux, prise en charge centralisée de niveau 1)

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
F98Z - Remplacement de valve cardiaque par implantation endovasculaire	861	5 433	6,31
A11A - Ventilation artificielle > 249 et < 500 heures avec interv. haut. complexe ou ventil. artif. > 95 h avec tt complexe de soins intensifs > 1470 / 1656 pts ou avec interv. pour malform. congénit., âge < 2 ans ou avec proc. op. particulière et procédures de complication, avec tt compl. de soins intens. > 1470 / 1656 pts ou âge < 16 ans	250	4 672	18,69
A18Z - Ventilation artificielle > 999 heures ou ventilation artificielle > 499 heures avec procédure hautement complexe ou avec traitement complexe de soins intensifs > 4410 / 4600 points	89	3 584	40,27
A13A - Ventilation artificielle > 95 et < 250 heures avec situations hautement complexes	287	3 382	11,78
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	5 853	3 319	0,57
B20B - Craniotomie ou grande opération de la colonne vertébrale avec procédure complexe, âge > 15 ans, sans monitoring neurophysiologique intraopératoire	1 037	2 868	2,77
P61A - Nouveau-né, poids à l'admission < 1000 g avec procédure opératoire significative ou ventilation artificielle > 95 heures	167	2 745	16,44
U61Z - Troubles schizophrènes, hallucinatoires et troubles psychotiques aigus	886	2 469	2,79
A13B - Ventilation artificielle > 95 et < 250 heures avec situations très complexes	275	2 408	8,76
F24B - Angioplastie coronaire percutanée (PTCA) avec diagnostic complexe et intervention hautement complexe ou avec PTA, sans CC extr. sévères, âge > 15 ans	1 331	2 378	1,79

Tableau 11

Source: OFS

K112 (Hôpitaux de soins généraux, prise en charge centralisée de niveau 2)

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
I47Z - Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, avec intervention à complications ou implantation ou remplacement d'une prothèse de tête radiale	5 283	8 910	1,69
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	11 600	6 563	0,57
G18B - Interventions sur l'int. grêle et le côlon ou autres interv. sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans procéd. de complication, sauf lors de néof. maligne, âge < 3 ans, sans interv. pour malf. congénit. ou âge > 1 an, sans interv. hautement complexe ni diagn. complexe	2 758	5 571	2,02
I43B - Implantation d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	2 730	5 448	2
I53Z - Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	4 421	5 007	1,13
P67D - Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	22 363	4 612	0,21
O01F - Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	4 848	4 232	0,87
E77D - Autres infections et inflammations des organes respiratoires sans diagnostic complexe lors d'état après transplantation d'organes ou CC extrêmement sévères, sans procédure de complication, sans traitement complexe de soins intensifs > 196 / 360 points, âge > 15 ans	3 028	4 060	1,34
F62C - Insuffisance cardiaque et choc sans CC extrêmement sévères	4 485	4 051	0,9
A95C - Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, à partir de 14 jours de traitement, sans procédure opératoire particulière, sans traitement complexe de soins intensifs > 360 points	1 753	3 912	2,23

Tableau 12
Source: OFS

K121 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 3)

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
I47Z - Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrolyse, avec intervention à complications ou implantation ou remplacement d'une prothèse de tête radiale	4 118	6 930	1,68
I43B - Implantation d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	2 679	5 340	1,99
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	8 441	4 781	0,57
I53Z - Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	3 402	3 739	1,1
O01F - Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	4 079	3 556	0,87
P67D - Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	16 290	3 376	0,21
G18B - Interventions sur l'int. grêle et le côlon ou autres interv. sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans procéd. de complication, sauf lors de néof. maligne, âge < 3 ans, sans interv. pour malf. congénit. ou âge > 1 an, sans interv. hautement complexe ni diagn. complexe	1 636	3 230	1,97
G19B - Autres interventions sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans procédures de complication, sauf pour néoformation maligne, sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou âge < 16 ans	1 473	2 512	1,71
I09C - Fusion de corps vertébraux sans CC extrêmement sévères ni sévères	1 206	2 491	2,07
H08B - Cholécystectomie laparoscopique sans diagnostic très complexe, sans diagnostic de complication, sans CPRE	2 981	2 438	0,82

Tableau 13

Source: OFS

K122 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 4)

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
I47Z - Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, avec intervention à complications ou implantation ou remplacement d'une prothèse de tête radiale	3 633	6 111	1,68
I43B - Implantation d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	2 712	5 409	1,99
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	7 910	4 499	0,57
O01F - Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	4 070	3 555	0,87
A95C - Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, à partir de 14 jours de traitement, sans procédure opératoire particulière, sans traitement complexe de soins intensifs > 360 points	1 434	3 222	2,25
P67D - Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	14 968	3 114	0,21
I53Z - Autres interventions sur la colonne vertébrale sans CC extrêmement sévères, avec intervention complexe ou halotraction	2 331	2 591	1,11
G18B - Interventions sur l'int. grêle et le côlon ou autres interv. sur l'estomac, l'œsophage et le duodénum sans procéd. de complication, sauf lors de néof. maligne, âge < 3 ans, sans interv. pour malf. congénit. ou âge > 1 an, sans interv. hautement complexe ni diagn. complexe	1 246	2 427	1,95
I18B - Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations, âge > 15 ans	4 529	2 269	0,5
G23C - Appendicectomie sauf pour péritonite, sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge > 13 ans	3 275	2 199	0,67

Tableau 14
Source: OFS

K123 (Hôpitaux de soins généraux, soins de base de niveau 5)

Code DRG	Cas	Case mix	Indice case mix
I43B - Implantation d'une endoprothèse du genou sans CC extrêmement sévères	1 532	3 041	1,98
I47Z - Révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, avec intervention à complications ou implantation ou remplacement d'une prothèse de tête radiale	1 740	2 916	1,68
O60D - Accouchement par voie basse sans diagnostic de complication	3 024	1 710	0,57
A95C - Traitement complexe de réhabilitation précoce gériatrique, à partir de 14 jours de traitement, sans procédure opératoire particulière, sans traitement complexe de soins intensifs > 360 points	709	1 573	2,22
I18B - Arthroscopie y compris biopsie ou autres interventions sur les os ou articulations, âge > 15 ans	2 643	1 298	0,49
I29Z - Interventions complexes sur l'articulation de l'épaule	1 301	1 290	0,99
O01F - Césarienne sans diagnostic de complication, durée de la grossesse plus de 33 semaines complètes, sans diagnostic complexe	1 354	1 177	0,87
P67D - Nouveau-né, poids à l'admission > 2499 g sans procédure opératoire, sans ventilation artificielle > 95 heures, sans problème grave, sans autre problème ou un jour d'hospitalisation	5 507	1 141	0,21
I30Z - Interventions complexes sur l'articulation du genou	981	954	0,97
I05Z - Autre grand remplacement d'articulation ou révision ou remplacement de l'articulation de la hanche sans diagnostic de complication, sans arthrodèse, sans intervention complexe, avec CC extrêmement sévères	425	859	2,02

Tableau 15

Source: OFS

Médicaments

En ce qui concerne les prescriptions de médicaments, on considère les dépenses par tête pour chaque fournisseur de prestations, par jour et par marque de médicament (Pharmacode). Si deux paquets d'un même médicament sont délivrés simultanément, une seule prescription est enregistrée. Les médicaments remis dans les établissements médico-sociaux, lors des prestations de services d'aide et de soins à domicile et par les chiropracteurs ne sont pas inclus dans les statistiques suivantes.

Tandis que les coûts des prescriptions de médicaments par patient ont augmenté de 4% entre 2012 et 2015 que ce soit chez le médecin ou en pharmacie, ils ont baissé de 4% dans le domaine hospitalier ambulatoire. La croissance de 13% des coûts à l'hôpital tire son origine de la croissance du nombre de prescriptions, elle-même due au nombre de patients en hausse, mais aussi à l'augmentation du nombre de prescriptions par patient. Les hôpitaux remportent des parts de marché au détriment des pharmacies et des médecins. Cela correspond à l'évolution générale des volumes et des coûts dans le domaine hospitalier ambulatoire. Au total, le nombre de prescriptions dans le domaine hospitalier ambulatoire a connu une progression deux fois supérieure à celle des pharmacies et des médecins.

Le fait que les coûts par patient en cas de remise en pharmacie soient près de deux fois plus élevés qu'en cas de remise par un médecin est dû aux prescriptions plus nombreuses par patient et aux différentes conditions de desserte. Tandis que les médecins délivrant directement des médicaments (propharmaciens), stockent principalement des médicaments courants, relativement peu chers, les pharmacies disposent d'une gamme plus vaste et d'une meilleure disposition à la distribution. Avec les médicaments onéreux, elles prennent aussi de plus grands risques et leurs marges sont moindres.

Depuis l'introduction des DRG dans le domaine stationnaire, les prescriptions de médicaments ont augmenté de près de 30% dans le domaine hospitalier ambulatoire, lequel gagne des parts de marché au détriment des médecins propharmaciens et des pharmacies.

	Total	Évolution depuis 2012	Médecins	Évolution depuis 2012
Coûts				
Total	6 596 911 849	+12%	1 956 173 646	+13%
par assuré	792	+8%	235	+8%
par patient	1 066	+6%	478	+4%

Prescriptions				
Total	106 272 935	+13%	38 699 015	+11%
par assuré	12,8	+8%	4,6	+7%
par patient	17,2	+6%	9,5	+2%

	Pharmacies	Évolution depuis 2012	Hôpitaux	Évolution depuis 2012
Coûts				
Total	3 737 456 717	+11%	903 281 486	+13%
par assuré	449	+7%	108	+8%
par patient	889	+4%	649	-4%

Prescriptions				
Total	56 742 546	+11%	10 831 374	+28%
par assuré	6,8	+7%	1,3	+23%
par patient	13,5	+4%	7,8	+9%

Tableau 16

Source: Rapport sur les médicaments Helsana (édition 2016)

Remarque: 1,1% des coûts totaux de 6 666 millions de francs et 0,5% des 106,8 millions de prescriptions globales concernaient d'autres sources d'approvisionnement telles que les établissements médico-sociaux sans facturation forfaitaire, les chiropracteurs, les dentistes, les physiothérapeutes, les sages-femmes et les organismes de services d'aide et de soins à domicile.

Cinq patients sur dix mille, voire plus, prennent quatre des quinze médicaments les plus coûteux (hors domaine hospitalier stationnaire). Les autres sont utilisés plus rarement. Pour onze des quinze postes de dépenses les plus importants, les prix élevés sont donc le facteur de coût déterminant. Cette constellation montre que les développements escomptés dans le domaine des médicaments (nouvelles biothérapies onéreuses, etc.) vont entraîner de fortes augmentations des coûts dans les circonstances actuelles de détermination des prix.

Les nouveaux médicaments contre l'hépatite C (Harvoni, Sovaldi) ont pris la tête du classement. Ils relèvent de champs d'indication similaires. La réglementation actuelle des prix entraîne un classement des produits dérivés dans la même catégorie de prix. Dès que le prix d'une nouvelle préparation a été fixé, un prix aussi élevé est attribué aux successeurs ou aux préparations similaires. L'exemple de Lucentis et d'Eylea l'illustre parfaitement.

Les immunosuppresseurs (médicaments qui influencent les fonctions du système immunitaire, comme les cancérothérapies) sont également très chers et relativement peu prescrits. Dans ce domaine, l'évolution va certainement s'accélérer dans les prochaines années, avec d'inéluctables conséquences sur les prix.

Les médicaments peu prescrits, mais onéreux, sont en tête du classement des coûts. La réglementation des prix est à l'origine d'une spirale ascendante.

Aperçu des préparations classées par coûts, 2015, extrapolation pour toute la Suisse

Préparation	Description de niveau 2	Classement des coûts	Coûts [CHF] (part des coûts totaux en %)	Nombre de personnes
Harvoni®	Antiviral	1	119 179 624 (1,8)	1 819
Remicade®	Immunosuppresseur	2	115 811 784 (1,7)	6 283
Humira®	Immunosuppresseur	3	111 115 768 (1,7)	8 453
Gilenya®	Immunosuppresseur	4	89 272 592 (1,3)	4 109
Xarelto®	Inhibiteur de la coagulation sanguine	5	79 167 144 (1,2)	152 973
Sovaldi®	Antiviral	6	77 200 136 (1,2)	1 212
Eylea®	Médicament ophtalmique	7	71 815 768 (1,1)	12 959
Lucentis®	Médicament ophtalmique	8	71 243 720 (1,1)	15 114
Enbrel®	Immunosuppresseur	9	67 226 776 (1,0)	5 512
Crestor®	Hypolipémiant	10	64 951 444 (1,0)	158 774
Herceptin®	Anticancéreux	11	53 104 044 (0,8)	2 471
Simponi®	Immunosuppresseur	12	52 006 208 (0,8)	4 290
Truvada®	Antiviral	13	50 118 784 (0,8)	6 639
Ferinject®	Antianémique	14	50 107 508 (0,8)	175 844
Dafalgan®	Analgésique	15	48 835 820 (0,7)	1 778 514

Tableau 17

Source: Rapport sur les médicaments Helsana (édition 2016)

Soins

Alors qu'entre 2008 et 2015, la durée moyenne de séjour est restée quasiment constante, les volumes de pensionnaires et de jours facturés dans les établissements médico-sociaux ont augmenté respectivement de 10% et de 6%. Dans le même temps, les coûts à la charge de l'assurance de base sont restés stables. Cette situation est due à l'introduction du nouveau financement des soins en 2011. Les taux de cotisations fixés par le Conseil fédéral ont empêché toute hausse des coûts. De 2011 à 2013, une phase de transition était prévue pour l'adaptation des remboursements de l'AOS aux frais de soins. Les nouvelles cotisations ne sont entrées en vigueur de manière définitive dans tous les cantons qu'en 2014. Cela peut expliquer les légères baisses des coûts constatées à partir de 2014.

À l'inverse, le nombre de patients bénéficiant de services d'aide et de soins à domicile et le nombre d'heures facturées par l'ASSASD ont crû fortement. Le nombre d'heures par patient a également augmenté, ce qui illustre une intensification des soins pour ces patients. La réduction de la durée de séjour dans les hôpitaux et l'encouragement des soins ambulatoires (principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire) ont pu entraîner un recours accru aux prestations de services d'aide et de soins à domicile par les personnes ayant besoin de soins complexes.

Grâce au nouveau régime de financement des soins, les frais de soins à la charge de l'AOS (services d'aide et de soins à domicile et établissements médico-sociaux) n'ont que peu augmenté de 2010 à 2015. L'objectif de décharger l'AOS a été atteint.

La forte croissance du recours aux prestations de soins ambulatoires est frappante.

Soins à long terme	2008	2015	Évolution depuis 2008
Établissement médico-social			
Nombre de patient(e)s	114 922	126 043	+10%
Jours facturés	30 476 760	32 285 237	+6%
Jours par patient(e)	265	256	-3%
Services d'aide et de soins à domicile			
Nombre de patient(e)s	158 560	253 823	+60%
Heures facturées	7 842 965	13 700 641	+75%
Heures par patient(e)	49	54	+10%

Tableau 18
Source: OFS

Débat

Le système de santé suisse: explosif ou supportable?

L'ensemble des coûts de la santé a augmenté pour atteindre 71 milliards de francs en 2014. Les raisons principales de leur hausse sont la croissance démographique (augmentation et vieillissement de la population), l'extension et le renchérissement du catalogue de prestations de l'assurance de base, ainsi que l'intensification des traitements des patients. Les exigences croissantes des assurés interfèrent également.

Dans les médias et chez les professionnels de la santé, des voix se lèvent pour affirmer que la Suisse ne peut plus se permettre de conserver en l'état son système de santé, considéré comme trop onéreux. Les chiffres prouvent le contraire. Malgré une augmentation des coûts de la santé, le PIB corrigé de ces coûts – pour ainsi dire, la richesse corrigée de la part santé – a poursuivi sa hausse annuelle de plus de 17 000 francs par tête depuis 1996. La croissance du PIB par tête, secteur de la santé inclus, s'élève à 20 300 francs depuis 1996. Vu cette croissance, la charge des primes (qui s'est accrue de 1 500 francs par tête en moyenne entre-temps) est tout à fait supportable. La flambée des coûts dont on entend sans cesse parler n'existe pas: la croissance des coûts totaux est constante.

Les statistiques de l'enquête sur le budget des ménages le confirment également. De 2006 à 2014, le ménage moyen a pu financer une hausse de l'épargne sept fois supérieure à l'augmentation de l'assurance de base grâce à la croissance du PIB et des revenus. De plus, le surcroît de prospérité depuis 2006 permet à chaque foyer des dépenses supplémentaires pour la consommation d'environ 325 francs par mois.

Une tendance à l'allègement des paiements exclusivement privés (directs) se fait jour au profit des formes de financement publiques organisées de l'assurance de base et du financement cantonal par les recettes de l'impôt. Les formes de financement solidaires gagnent du terrain sur les formes privées.

Ces chiffres indiquent que notre système de santé souffre davantage d'un problème de répartition des charges que d'un problème de croissance des coûts. «Nous ne pouvons plus nous le permettre!» devrait être remplacé par «nous sommes de plus en plus à ne pas pouvoir nous le permettre!».

Ce qui met en évidence le mal dont souffre la politique de la santé: elle est principalement axée sur les mesures touchant les coûts. Le problème politique de répartition est seulement abordé de manière secondaire, et isolément en ce qui concerne le système de santé (p. ex. réductions cantonales sur les primes, rabais de franchise). Dans le même temps, la politique néglige les avantages du système de santé. Au lieu de vouloir couvrir les coûts à tout prix pour des raisons de répartition, les mesures devraient mettre davantage l'accent sur la qualité et l'efficacité. Globalement, et non ponctuellement.

AOS: tarifs et coûts

Coûts

Les mesures prises en matière de politique de la santé se concentrent sur le domaine de l'assurance de base. En 2015, elle finançait 37% du total des coûts de la santé. Si l'on inclut la participation financière des cantons dans le domaine hospitalier, ce pourcentage dépasse les 50%.

À un moindre degré par rapport aux coûts totaux, une part importante de la croissance des coûts dans l'assurance de base est imputable à des facteurs démographiques, environ 33% depuis 2008. Les 67% restants de la croissance proviennent principalement de la fréquence et de l'intensité des traitements des patients, ainsi que de l'extension du catalogue des prestations. Depuis 2008, les coûts par patient augmentent chaque année de 3,2% en moyenne. L'effet de quantité observé par patient est nettement moindre chez les aînés (plus de 65 ans) que chez les jeunes.

L'évolution financière par catégorie de coûts confirme la tendance à l'intensification des traitements par patient. La forte hausse (+63%) des prestations de laboratoire illustre l'extension des diagnostics. Les prescriptions de médicaments ou les points de taxation Tarmed par patient dans tous les canaux indiquent aussi une intensification des traitements.

Le fait que ces données de coûts et de volumes ne puissent systématiquement être comparées aux résultats et aux données de qualité est caractéristique du système de santé. Ainsi, il est impossible de savoir si ces développements sont justifiés ou non dans la recherche de meilleurs soins. Le manque de transparence ne permet guère de tirer des conséquences en ce qui concerne l'efficacité et l'évolution de la productivité dans le système de santé. Cette carence est notamment due au fait que dans la plupart des

cas, les tarifs conventionnels sont fixés indépendamment de l'efficacité des prestations ou du résultat des soins médicaux. Les données correspondantes ne peuvent donc pas être produites, récoltées ou comparées.

Les grandes disparités régionales – en matière de coûts par patient, de densité de médecins ou de frais hospitaliers – peuvent provenir de facteurs démographiques et socio-économiques. Toutefois, il est tout à fait plausible qu'existent des différences de résultat ou d'efficacité, et par conséquent différents niveaux de performance des soins. Elles donnent à penser que l'évolution des coûts ne dépend pas seulement de la demande, mais plutôt de l'équipement en infrastructures et de la dotation en personnel médical.

Dans la quasi-totalité des cantons, entre 2008 et 2015 la densité de médecins a augmenté. D'une manière générale, il semble qu'elle ne soit pas vraiment un facteur d'explication des coûts. Le fait qu'aucun lien ne soit identifiable entre la densité des fournisseurs de prestations et les points de taxation par patient dans la comparaison entre les cantons confirme cette hypothèse.

En définitive, le domaine hospitalier ambulatoire est le principal élément de coût. L'offre (infrastructure, prestations aux patients) et la demande (nombre de patients) ne cessent d'augmenter. Si l'on part du postulat que la qualité des soins se trouvait dans un rapport optimal par rapport aux coûts au cours de l'année précédente, cela signifie que l'évolution des coûts peut être imputable à la seule valeur ajoutée des soins. Si l'on considère les différentes composantes de l'évolution des coûts et les disparités régionales, cette conclusion perd tout son sens. Le potentiel d'efficacité est donc évident.

Tarifs

Près de 11 milliards de francs, soit plus d'un tiers des coûts de l'assurance de base, sont générés à l'aide du tarif Tarmed. Le facteur qui engendre les coûts les plus importants, le domaine hospitalier ambulatoire, recourt à Tarmed comme le domaine médical. Il existe aussi des facteurs induits par l'offre qui codéterminent l'évolution des coûts. Par ailleurs, une part importante des augmentations des coûts est due à des modifications peu contrôlables de la pratique de facturation, c'est-à-dire à la structure tarifaire à proprement parler. Le reproche d'inefficacité s'en trouve triple-ment exacerbé:

1. Le tarif autorise de nombreuses modifications incontrôlables de la pratique de facturation.
2. L'indemnisation n'est pas subordonnée au résultat des soins médicaux ou à l'efficacité de la prestation.
3. L'intensification des prestations aux patients est difficilement concevable (qualité de l'indication). Quasiment «par essence», les possibilités pour ce faire sont plus grandes auprès des spécialistes. Ceux-ci peuvent effectuer une vaste gamme de prestations techniques parallèlement à leur pratique médicale. Le reflètent également les taux de croissance nettement plus élevés des points de taxation relatifs aux prestations techniques des spécialistes comparativement aux médecins de premier recours.

Malgré ce défaut apparent, les parties prenantes ne parviennent pas à développer le tarif en commun. Il reste à prouver dans quelle mesure les accords de maîtrise des coûts, les interventions du Conseil fédéral ou la chamaillerie sur la neutralité des coûts des soins de santé sont utiles. Les failles fondamentales du tarif ne seront pas dépassées en procédant ainsi.

En 2012, les règles du financement hospitalier ont changé, et le tarif forfaitaire orienté sur les prestations SwissDRG a été introduit. Certes, cela s'est traduit par un transfert unique des coûts à la charge des cantons et de l'assurance de base, mais depuis les coûts semblent se stabiliser. Il n'est pas encore sûr que les effets escomptés de la concurrence prévue sur les tarifs se produisent.

L'introduction des SwissDRG suscitait l'espoir que la concurrence résultant du benchmarking entraînerait des gains d'efficacité. Les données présentées ne peuvent pas le prouver. Il apparaît seulement que les petits hôpitaux ont gagné des parts de marché par rapport aux grands depuis 2012 et que le degré de gravité des cas y a augmenté bien davantage que dans les centres hospitaliers. Si cette tendance n'est pas souhaitée, il serait possible de faire contrepoids avec le développement annuel du système DRG.

Dans le secteur des soins, le transfert du domaine stationnaire au domaine ambulatoire tant attendu se produit à maints endroits. En ce qui concerne les médicaments prescrits en ambulatoire, on observe également des mouvements notables en concordance avec l'augmentation du nombre de patients dans le domaine hospitalier ambulatoire. Indépendamment de cela, quelques médicaments très onéreux représentent une part appréciable des coûts des médicaments. Cette tendance devrait se maintenir.

Influence de la politique de la santé

En outre, l'on peut se demander comment ces données doivent être interprétées dans le contexte des interventions réglementaires.

La Confédération définit la gamme des prestations dans tous les domaines de l'assurance de base, ou elle a le pouvoir de les définir. Comme le montre le tableau ci-dessous, selon les catégories de coûts d'autres mesures étatiques s'ajoutent sur le plan fédéral et/ou cantonal.

Catégories de coûts	Croissance 2008-2015	Tarif	Qui	Instrument étatique de fixation des volumes/prix
Médecin ambulatoire	37%	Tarmed	Convention	Régulation cantonale de l'offre: clause du besoin
Hôpital stationnaire	31%	DRG à partir de 2012	Convention	Régulation cantonale de l'offre: planification hospitalière
Hôpital ambulatoire	52%	Tarmed	Convention	-
Médicaments – hôpital ambulatoire	74%	Liste des spécialités	OFSP	Prix maxima
Médicaments – médecin et pharmacie	15%	Liste des spécialités	OFSP	Prix maxima
Établissements médico-sociaux	1%	Contributions:	Conseil fédéral	Planification cantonale, contribution fixée par le Conseil fédéral
Services d'aide et de soins à domicile	60%	Tarif horaire	Conseil fédéral	Prix
Analyses de laboratoire	63%	Liste des analyses	DFI	Prix maxima

Tableau 19

Source: OFSP/Helsana

Il serait audacieux de contester en bloc l'efficacité des mesures fédérales à l'aide des informations disponibles. Elles ne restent pas sans incidence, mais manifestement leurs résultats sont très inégaux. Toutes ont en commun de viser une régulation des coûts – mais de manière quasiment exclusive.

Si les interventions réglementaires avaient pour objectif d'améliorer le rapport coûts/bénéfices de nos soins de santé, elles n'ont eu aucun effet tangible. En effet, l'impact sur l'efficacité des soins ne peut être déterminé sans considérer les bénéfices (résultats, qualité, etc.). Les autres facteurs parallèles aux interventions fédérales de pilotage sont trop complexes: permutations structurelles de l'offre, nouvelles formes de soins, modification de la structure démographique, nouveaux besoins, changements dans la fixation des prix, développements technologiques, etc.

C'est pourquoi il faut saluer dans ce contexte les activités accrues dans le domaine du «Health Technology Assessment», à savoir le contrôle des prestations à financer par l'assurance de base, qui toutefois en est toujours à ses débuts. Un aspect essentiel consistera à associer efficacement ces enseignements avec les conventions tarifaires et les prix ou avec d'autres mesures réglementaires. Faute de quoi le rapport coûts/bénéfices ne sera pas visible à grande échelle.

Conclusion

Globalement, notre société peut de mieux en mieux supporter les dépenses de santé. Pour autant, cela ne signifie pas que leur niveau absolu doive nous laisser indifférent. En réalité, c'est la répartition des charges entre les différents groupes de population qui est la clé du problème. Ce point est essentiel. Les mesures réglementaires visant exclusivement le système de santé sont trop réductrices.

Les chiffres de l'assurance de base donnent à penser qu'il existe différents générateurs de coûts. En premier lieu, il faut naturellement citer la démographie. Cependant, son influence est surestimée. Les facteurs les plus importants sont les suivants:

- les redéploiements du financement comme le nouveau financement hospitalier et le transfert de prestations entre les domaines stationnaire et ambulatoire
- l'extension de la gamme de prestations
- les nouveaux profils d'acquisition de prestations comme les comportements induits par l'offre, l'infrastructure en place et la dotation en personnel médical
- les changements peu contrôlables dans l'application des tarifs.

Les données sur lesquelles se base ce rapport relatif aux dépenses de santé concernent principalement les prestations et les coûts. Elles ne permettent guère de tirer des conclusions tranchées sur l'efficacité, la productivité et l'adéquation aux besoins de notre système. Il s'agit donc désormais d'analyser ce qui en ressort, autrement dit les résultats. On l'a souligné, les mesures politiques doivent être davantage orientées vers les critères de qualité et d'efficacité. C'est la seule manière de ne pas s'enfermer dans une discussion sur les coûts. En effet, le système de santé est bien plus qu'un poste de dépense pour la Suisse.



Groupe Helsana
Case postale
8081 Zurich
www.helsana.ch