

www.pwc.ch/secteur_de_la_sante

Ambulatoire avant stationnaire

*Ou comment économiser un
milliard de francs chaque année*

*Quel est le potentiel de
l'ambulatoire en Suisse?
Et comment l'exploiter?
L'étude de PwC répond à
ces questions.*

*Avec le soutien de Swiss
Medical Network SA*



pwc

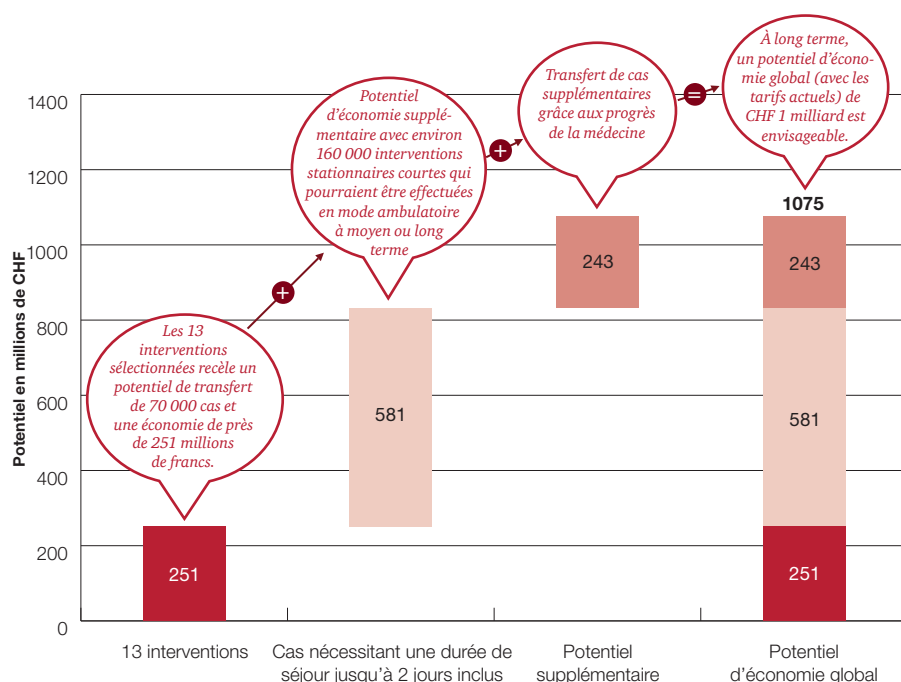
Les médecins traitent de plus en plus de patients en mode ambulatoire. Et ce chiffre pourrait encore augmenter significativement à l'avenir. La présente étude analyse le potentiel du transfert des prestations stationnaires en mode ambulatoire et l'impact qu'aurait ce transfert sur les coûts de la santé en Suisse. Nous proposons plusieurs solutions afin de réduire les incitations dissuasives du système actuel.

Executive Summary

Synthèse

- La tendance à transférer les prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire va se poursuivre. Les avancées en médecine et les besoins des patients sont les principaux moteurs de ce développement.
- Le système tarifaire et de financement actuel de la Suisse comporte des incitations dissuasives. C'est pourquoi de nombreuses interventions ne sont pas effectuées en mode ambulatoire, alors que ce serait médicalement possible. En comparaison internationale, la Suisse est à la traîne : les hôpitaux suisses effectuent certaines interventions majoritairement en mode stationnaire alors qu'à l'étranger, elles sont généralement effectuées en mode ambulatoire.
- De manière générale, les interventions stationnaires sont plus onéreuses que les interventions ambulatoires. C'est pourquoi augmenter le nombre des opérations en mode ambulatoire permettrait de diminuer considérablement les coûts.
- Nous avons sélectionné 13 interventions chirurgicales que les médecins sont généralement en mesure d'effectuer correctement dans un contexte ambulatoire. Le transfert de la majorité de ces interventions permettrait de réaliser jusqu'à 251 millions de francs d'économie par an.

Figure 1 : Le potentiel d'économie global annuel calculé s'élève à environ 1 milliard de francs suisses.



- Si d'autres interventions étaient elles aussi plus largement transférées vers le secteur ambulatoire, le potentiel d'économie serait encore revu à la hausse : à long terme, nous tablons sur une économie possible d'environ 1 milliard de francs par an.
- Condition importante requise pour favoriser ce transfert : il faut réduire les incitations dissuasives qui existent actuellement dans le système tarifaire et de financement. Un financement dualiste uniforme des secteurs stationnaire et ambulatoire par les assurances maladie et les cantons pourrait constituer une solution. Pour supprimer les incitations dissuasives au niveau tarifaire, nous avons élaboré trois solutions possibles : les forfaits TAR-MED, les forfaits SwissDRG sans nuitée et des mesures réglementaires.
- Les calculs des forfaits ambulatoires effectués à titre d'exemples démontrent que ces derniers sont avantageux pour les prestataires et les financeurs.
- Il ne sera possible de freiner l'augmentation des coûts en matière de santé que si toutes les parties concernées travaillent ensemble pour trouver une solution.



Executive Summary	3
Avant-propos	5
1. Introduction et objectifs de l'étude	6
2. La tendance à la médecine ambulatoire – et le rôle que jouent le financement et les tarifs	8
3. Le potentiel ambulatoire des 13 interventions sélectionnées	16
4. Le potentiel global des interventions ambulatoires	22
5. Forfaits ambulatoires – une solution?	24
6. Conclusion	28
Bibliographie	29
Méthodologie et hypothèses	30
Glossaire	34
Délimitation par rapport à d'autres études	37
Contact	38

Avant-propos

Chère lectrice, cher lecteur,

«Ambulatoire avant stationnaire». Ce principe prévaut non seulement en Suisse, mais dans le monde entier. Les avancées en médecine permettent toujours plus aux patients de rentrer chez eux le jour même de l'intervention chirurgicale qu'ils ont subie. Et nombreux sont les patients qui souhaitent s'endormir dans leur propre lit le soir de l'intervention. Les structures de soins ambulatoires sont également financièrement intéressantes pour le système de santé suisse, car elles représentent une opportunité de faire des économies. Pourtant, ce potentiel n'est pas toujours exploité dans la pratique. Car il arrive que le transfert en mode ambulatoire ne soit financièrement avantageux ni pour les prestataires ni pour les assureurs. Une situation qui est due au paysage tarifaire et au financement. Les prestataires innovateurs, qui soutiennent activement la tendance aux soins ambulatoires, subissent souvent des pertes financières.

Par la présente étude, nous souhaitons objectiver le débat actuel, en chiffrant concrètement le potentiel ambulatoire non exploité. Nous entendons fournir matière à réflexion et ouvrir le débat avec les solutions proposées. Dans le chapitre 1, nous décrivons en détail les objectifs de l'étude. Le chapitre 2 illustre la tendance au transfert vers les structures ambulatoires en Suisse et à l'étranger. Le chapitre 3 vous donnera des informations détaillées sur notre calcul du potentiel des soins ambulatoires, basé sur treize interventions médicales sélectionnées pour l'étude. Dans le chapitre 4, nous effectuons une estimation du potentiel d'économie total, tandis que les solutions proposées pour l'exécution financière sont décrites dans le chapitre 5. L'étude se termine par notre conclusion et un rapide coup d'œil sur l'avenir.

Nous vous souhaitons une agréable lecture et serons heureux de débattre avec vous de cette problématique.

Patrick Schwendener
Director, Head Deals Healthcare

Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare

1. Introduction et objectifs de l'étude

Les prestations hospitalières ambulatoires: un point capital pour les soins de santé

L'ensemble des coûts du système de santé suisse a doublé depuis 1995 et pris une part disproportionnée par rapport au produit intérieur brut (PIB). C'est pourquoi il est nécessaire de prendre des mesures concrètes pour stopper cette explosion des coûts de santé. En 2014, l'ensemble des coûts s'élevait à 71,2 milliards de francs (voir figure 2), dont 31,9 milliards de francs pour les prestations stationnaires et 24,9 milliards de francs pour les interventions ambulatoires. Le secteur ambulatoire des hôpitaux, compris dans ce chiffre, joue un rôle central dans le cadre des soins médicaux en Suisse. En 2014, ce secteur a coûté 6,3 milliards de francs pour 16,8 millions de consultations. Le secteur hospitalier ambulatoire a presque doublé ces dix dernières années, atteignant ainsi un développement plus que proportionnel par rapport aux prestations stationnaires.

Les soins ambulatoires dans les cabinets médicaux atteignent un montant de onze milliards de francs. Dans l'ensemble, les coûts relatifs aux soins stationnaires et ambulatoires aigus dans les hôpitaux et les cabinets médicaux pour l'année 2014 se montent à 35,6 milliards de francs (voir figure 3). Une optimisation s'impose.

D'une part, les prestations ambulatoires augmentent par rapport aux soins stationnaires, ce qui signifie que les prestations passent dans le domaine ambulatoire et sont ainsi compensées. Le débat actuel porte sur le slogan « ambulatoire avant stationnaire ».

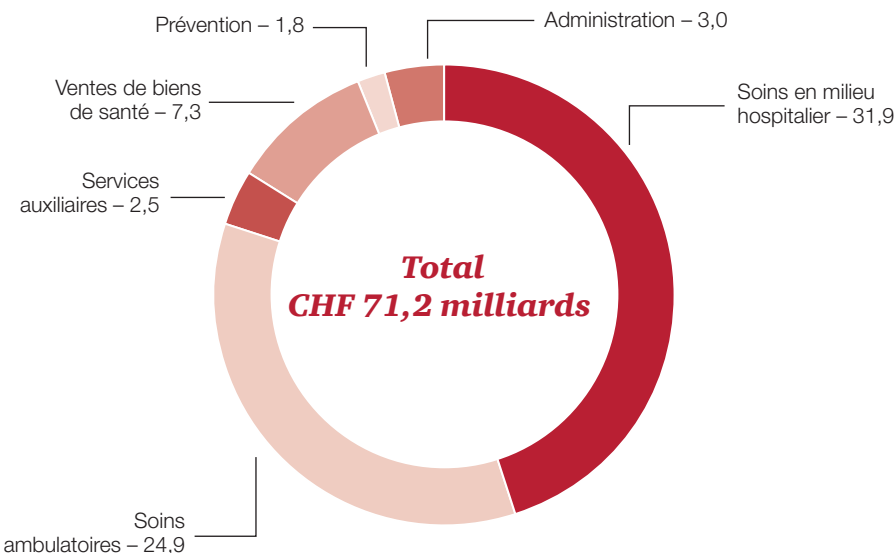
D'autre part, les hôpitaux et les cabinets médicaux proposent aussi toujours plus de prestations ambulatoires, ce qui s'explique par les progrès techniques de la médecine, par le rôle de plus en plus important accordé à la proximité des soins par rapport au lieu de résidence ou de travail, et à la volonté du patient de recevoir des soins ambulatoires. La demande croissante de prestations ambulatoires s'explique aussi par des coûts d'opportunité moindres et un absentéisme réduit.

Réduire les coûts grâce aux prestations ambulatoires

D'un point de vue économique, ce transfert de prestations est souhaitable. Les coûts – tout comme la rémunération – d'une intervention en mode ambulatoire sont généralement bien moins élevés que ceux d'une même intervention effectuée en milieu hospitalier. Chaque acte ambulatoire préféré à un acte stationnaire permet donc de diminuer le coût des soins de santé. Favoriser les prestations ambulatoires présente d'autres avantages, par exemple ouvrir la voie à de nouvelles offres, infrastructures ou à de nouveaux processus ainsi que certaines régions le prévoient. De nombreux hôpitaux réfléchissent déjà à des offres ambulatoires, comme des centres de chirurgie ambulatoire de jour qui seraient moins dépendants des offres stationnaires.

Pourtant, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est arrivé à la conclusion suivante dans le cadre de l'étude n°68¹: de nombreuses interventions stationnaires ont un potentiel ambulatoire inexploité. Les potentiels d'économie restent donc, eux aussi, inexploités. La question est la suivante: pourquoi les médecins ne traitent-ils pas plus de patients en mode ambulatoire?

Figure 2: Les coûts de la santé en Suisse 2014 (en millions de CHF) (source: OFS)



Des systèmes de financement différents, des incitations inopportunes

Les différents systèmes tarifaires pour les soins stationnaires (SwissDRG) et les soins ambulatoires (TARMED) sont au cœur du problème. À cause d'eux, les hôpitaux peuvent être rémunérés différemment pour gérer le même problème de santé, et les coûts au niveau des assurances peuvent varier considérablement. Ce qui dissuade financièrement les hôpitaux, les médecins et les financeurs. Pour une même intervention, un hôpital perçoit souvent une

1 Obsan (2015): Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?

« Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est nécessaire pour supprimer les incitations financières dissuasives. »

Thomas Weber, Conseiller d'État du canton de Bâle-Campagne

indemnité supérieure de plusieurs milliers de francs s'il l'effectue en mode stationnaire et non ambulatoire. Chez les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, la différence est encore plus marquée. C'est pourquoi, d'un point de vue purement financier, les hôpitaux ont intérêt à traiter les patients en milieu stationnaire.

Les systèmes d'honoraires différents pour les médecins agréés et les médecins-chefs ont le même effet : le remboursement des prestations stationnaires est plus intéressant que celui des actes ambulatoires. C'est pourquoi les hôpitaux effectuent des interventions en mode stationnaire alors qu'elles pourraient l'être en mode ambulatoire.

Les différents financements engendrent également de fausses incitations au niveau des assurances. Généralement, l'assurance maladie prend en charge 45% du tarif dans le secteur stationnaire, le reste incombant au canton. En mode ambulatoire, l'assurance prend en charge la totalité des frais de traitement.

Les systèmes tarifaires et de financement actuels freinent donc la mise en application du principe « ambulatoire avant stationnaire ». Si l'on veut progresser vers un transfert entre les deux manières d'opérer et vers un allègement de la charge économique, il est indispensable de reconsidérer le mode de remboursement. Les intérêts divergents des parties concernées et les fausses incitations doivent être pris en compte. L'objectif est que les hôpitaux, tout

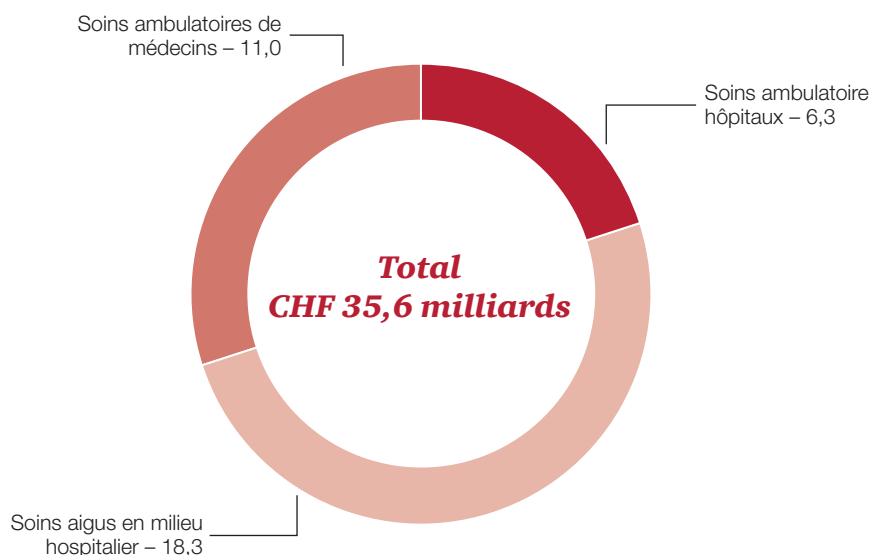
comme les assureurs, favorisent l'opération ambulatoire tant qu'elle est défendable d'un point de vue médical et respecte les souhaits du patient. Ainsi, les coûts du système de santé baisseraient considérablement.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de la présente étude sont les suivants :

- Primo, estimer le potentiel de transfert à moyen et long termes des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire et calculer les économies qui en découleraient.
- Secundo, examiner les répercussions d'un transfert vers le secteur ambulatoire, en prenant en compte les points de vue des différents acteurs, notamment des prestataires.
- Tertio, proposer des solutions pour réduire les incitations dissuasives. Nous fournirons ainsi une piste de réflexion aux débats entre les partenaires tarifaires en Suisse.

Figure 3 : Les coûts des soins aigus en Suisse 2014 (en milliards de CHF) (source : OFS)



2. La tendance à la médecine ambulatoire – et le rôle que jouent le financement et les tarifs

Ambulatoire ou stationnaire? Statu quo en Suisse

L'analyse des coûts pour les interventions ambulatoires des médecins et des hôpitaux montre que les dépenses sont passées de 6,4 milliards de francs en 1995 à 17,3 milliards de francs en 2014. D'autres coûts ambulatoires découlent, par exemple, des soins dentaires, de la physiothérapie, de la psychothérapie, de Spitex et d'autres prestations paramédicales. La part des frais hospitaliers au niveau des interventions ambulatoires ne cesse d'augmenter et se monte actuellement à près de 6,3 milliards de francs, ce qui représente 37% (voir figure 4). En 2015, cette part ne représentait encore que 20%.² Cela signifie que les hôpitaux transfèrent de nombreuses

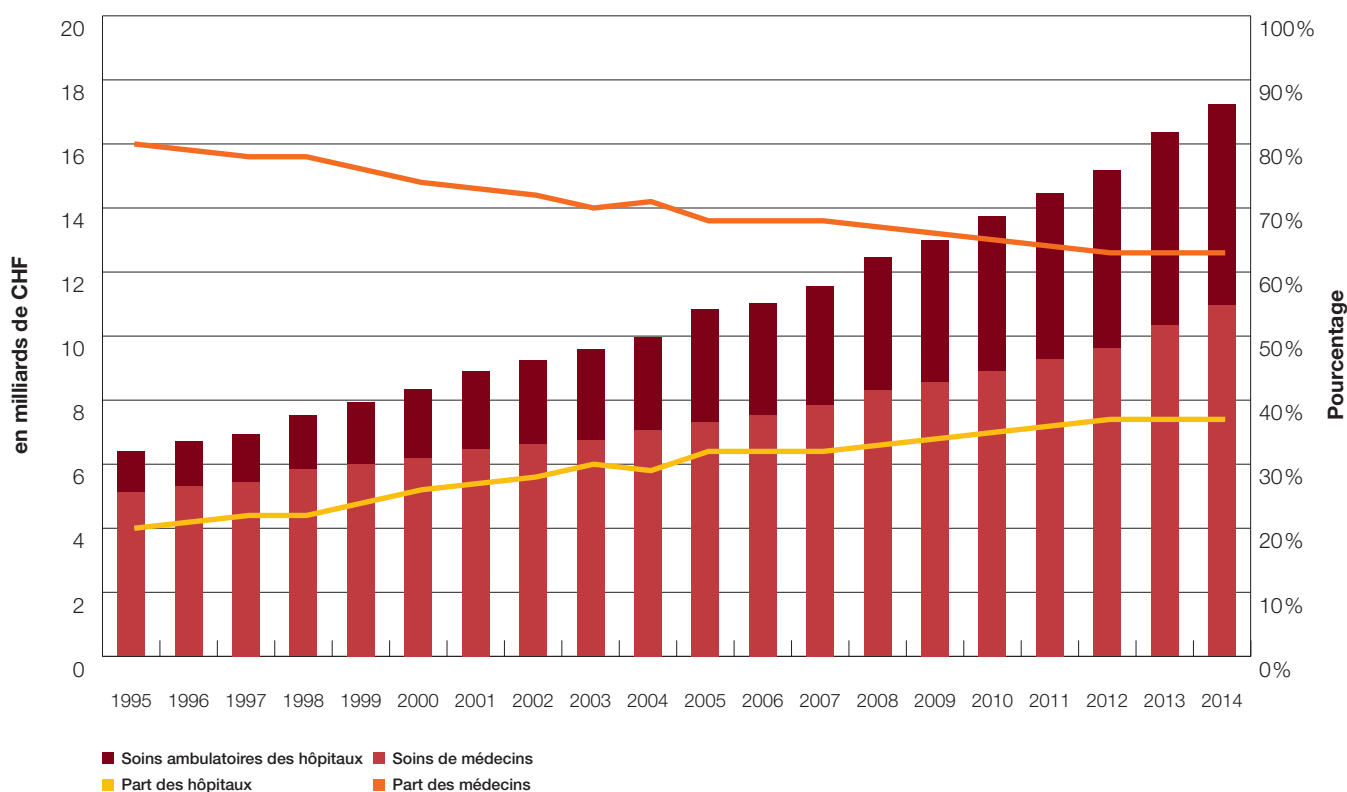
opérations du stationnaire à l'ambulatoire. Aujourd'hui, les médecins effectuent des interventions ambulatoires, encore inconcevables il y a vingt ans. Grâce aux progrès de la médecine, ce mouvement n'est pas près de s'arrêter. À l'inverse, certaines prestations classiques que les médecins de famille effectuaient dans leurs cabinets sont de plus en plus souvent réalisées dans les hôpitaux.

La Suisse à la traîne

La médecine ambulatoire continue de s'imposer en Suisse. Nonobstant, la part de chirurgie ambulatoire par rapport au nombre total d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux est encore faible en comparaison internationale. L'OCDE³ a

publié des données internationales en 2008. La Suisse arrive tout juste à 20% (seulement pour les prestations hospitalières ambulatoires). Les États-Unis font partie des meilleurs élèves avec presque 60% d'interventions ambulatoires (voir figure 5). Ce chiffre élevé est dû au financement américain et à un système de rémunérations qui s'apparente plutôt au principe du pollueur-payeur. Pour les patients, il est financièrement intéressant de choisir les prestations ambulatoires. En Europe, ce sont la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et le Danemark qui ont les chiffres les plus élevés (entre 50 et 60%). Chez nos voisins français, le nombre d'interventions ambulatoires n'a pas non plus cessé d'augmenter ces dernières années (2007 : 32,3%, 2010 : 37,7%).

Figure 4 : Évolution des coûts ambulatoires auprès des médecins et dans les hôpitaux (source : OFS)



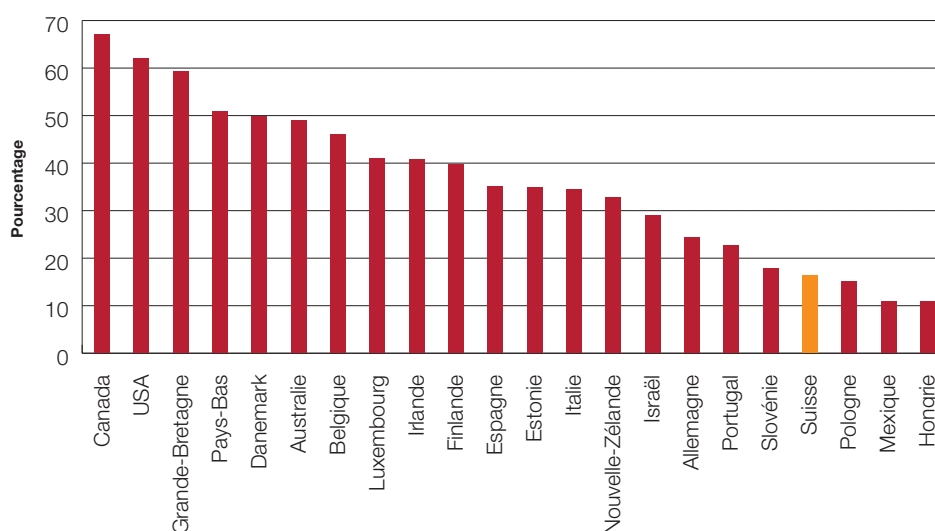
2 OFS (2016) : Relevés, sources - Statistique médicale des hôpitaux.

3 OCDE (2010) : Health Data.

«Préférer l'ambulatoire au stationnaire répond à un besoin des patients et est réalisable grâce aux progrès de la médecine. Les incitations tarifaires doivent être conçues de manière à ce que chaque acteur puisse soutenir cette tendance.»

Docteur Markus Trutmann, secrétaire général fmCh et directeur de l'Union tarifaire fmCh

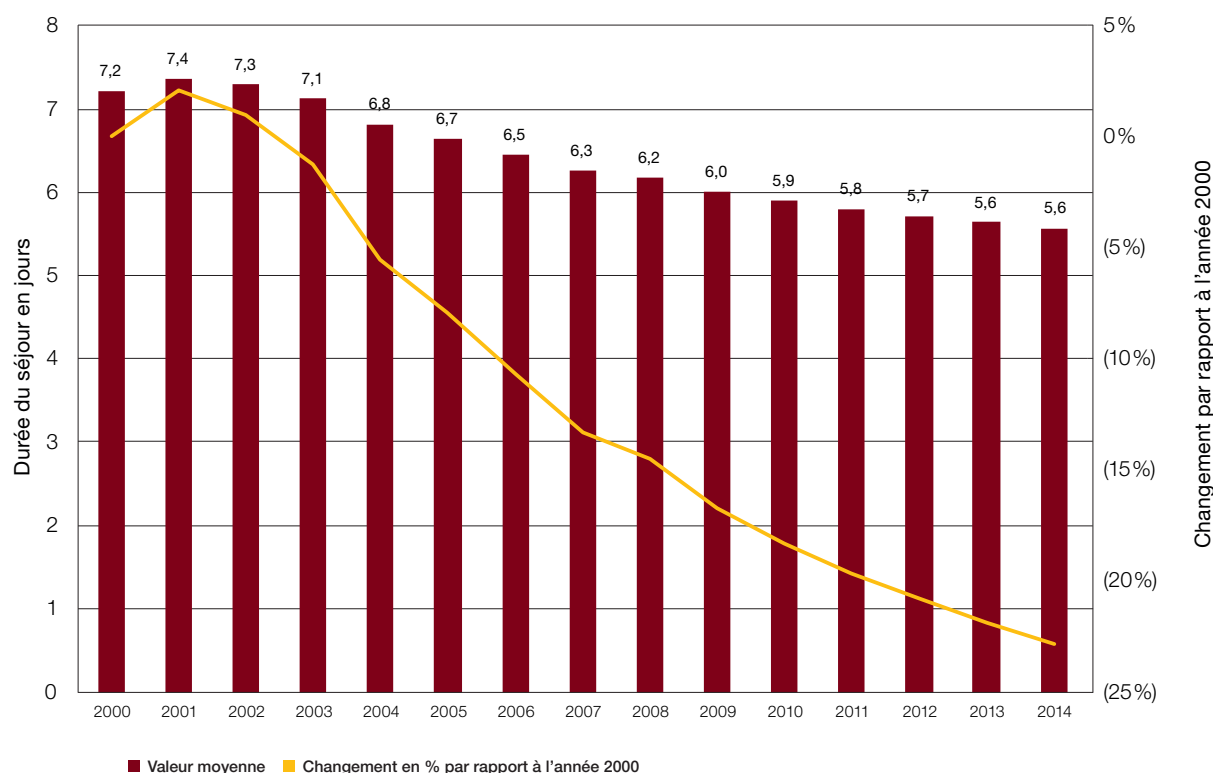
Figure 5 : Pourcentage d'interventions hospitalières ambulatoires parmi toutes les interventions chirurgicales en 2007 (source: OCDE)



Ce sont surtout les prestataires privés qui favorisent cette tendance. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) favorise activement ce développement. Pour certaines interventions nécessitant un traitement du patient en mode stationnaire, une garantie de prise en charge est requise.

Les données historiques montrent que, par rapport à la moyenne internationale, la Suisse est à la traîne pour les interventions chirurgicales ambulatoires. Certes, nos analyses ont souligné une tendance à la hausse pour les interventions ambulatoires en Suisse, ce qui a permis de réduire l'écart avec les autres pays. Mais cela n'empêche pas la Suisse de se trouver encore dans la moitié inférieure du classement.

Figure 6: Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux suisses de soins aigus (source: OFS)



Les progrès de la médecine et la volonté des patients encouragent le transfert

Les médecins opèrent de plus en plus souvent en mode ambulatoire grâce aux grandes avancées de la médecine. Des techniques d'opération peu invasives et des procédures d'anesthésie de pointe atténuant les effets secondaires affectent moins les patients. Le besoin d'assistance après une intervention diminue. Les patients peuvent rentrer chez eux le jour même, ce qui réduit les risques d'infection nosocomiale. Cette tendance est également visible dans les statistiques médicales de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : la durée moyenne d'hospitalisation a diminué d'environ deux jours ces dix dernières années.⁴ Le fait que la Suisse occupe une

bonne place dans ces statistiques internationales montre le potentiel des soins ambulatoires, puisque les statistiques sont biaisées vers le bas par les cas stationnaires simples. La figure 6 montre que, même pour les pays affichant un taux élevé de soins ambulatoires, une diminution de la durée d'hospitalisation est encore possible (voir figure 7).⁵

Les patients eux-mêmes préfèrent être traités en ambulatoire, pour des raisons de confort. En effet, ils peuvent ensuite passer la nuit auprès de leur famille, chez eux, et ne doivent pas faire leurs valises pour se rendre à l'hôpital, ce qui est très important, surtout pour les patients âgés.

Les interventions ambulatoires raccourcissent aussi généralement l'absentéisme au

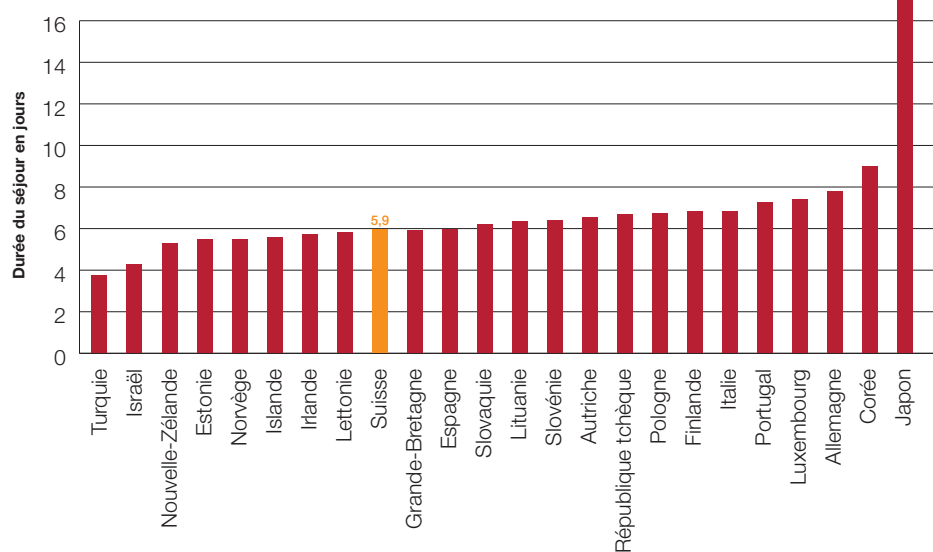
travail, et réduisent donc les coûts d'opportunité.

Le transfert vers le secteur ambulatoire présente également des avantages pour les prestataires, notamment financiers. Les soins ambulatoires exigent fondamentalement moins d'investissements, car le secteur ambulatoire est nettement moins onéreux que le stationnaire. Si les interventions étaient plus souvent effectuées en mode ambulatoire, cela libérerait de la place dans le secteur stationnaire, que l'hôpital pourrait utiliser pour s'occuper de cas complexes. Pour y parvenir, l'hôpital a besoin d'une perspective moyen à long terme. À côté de nouveaux processus, il est également nécessaire de mettre en place des infrastructures adaptées aux prestations ambulatoires ou d'adapter les infrastructures stationnaires.

4 OFS (2016), Relevés, sources - Statistique médicale des hôpitaux.

5 Les différences entre les chiffres de l'OFS et de l'OCDE s'expliquent par les différents indicateurs choisis. Mais les grandes tendances ressortent malgré tout dans les deux études.

Figure 7 : Durée de séjour moyenne en soins aigus en 2013 (source : OCDE)



Les interventions qui s'effectuent en ambulatoire

Les interventions transférées dans le secteur ambulatoire sont principalement celles qui comportent des risques médicaux minimes. Médicalement parlant, elles sont considérées comme moins risquées les interventions répondant aux critères suivants :

- la gravité de l'état général du patient (selon le code PCCL) est faible,
- le degré d'anesthésie est faible,
- le moment de l'intervention est facile à planifier,
- il n'existe aucune indication concernant un suivi médical spécial,
- la gestion de la douleur après l'opération est aisée et
- le patient peut rapidement recommencer à boire et à manger après l'opération.

Pour les patients, les circonstances suivantes sont synonymes de faibles risques pour les opérations ambulatoires :

- multimorbidité faible,
- peu de diagnostics secondaires,
- jeune âge et

- conditions favorables au domicile, qui permettent un transport et un suivi post-opératoire adéquat chez soi.

L'Obsan a mené une étude sur le thème « Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? ». Dans le cadre de cette étude, onze procédures chirurgicales sélectionnées, avec un potentiel de prise en charge ambulatoire, ont été analysées. Pour choisir ces onze interventions, l'Obsan s'est basé sur une liste de 37 procédures chirurgicales de référence, publiée par l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), que les médecins peuvent effectuer en mode ambulatoire. Outre les opérations qui se trouvent dans la liste de l'Obsan, celle de l'IAAS mentionne notamment l'interruption volontaire de grossesse, la coloscopie, le prélèvement d'implants osseux, la stérilisation endoscopique chez la femme ou la chirurgie anti-reflux laparoscopique. En France, l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) donne des conseils sur les indications médicales de base pour savoir quelles interventions peuvent être effectuées en ambulatoire. Le Ministère français de la Santé et des Affaires sociales a fait passer la liste de ces interventions de 17 à 38 cas en 2012.

Les différents pays définissent généralement les mêmes interventions comme susceptibles d'être traitées en ambulatoire. Au vu des listes des pays voisins, d'autres interventions médicales pourraient être également considérées comme ambulatoires par les médecins suisses. En Allemagne, l'Association faîtière des assurances maladie obligatoires, la Société allemande des hôpitaux (DKG) et la Fédération nationale des médecins conventionnés (KBV), rassemblent dans un catalogue réglementaire les opérations pouvant s'effectuer en mode ambulatoire, ainsi que d'autres interventions pouvant se substituer au service stationnaire. Il harmonise également la rémunération des hôpitaux et des médecins conventionnés. Ce catalogue des opérations ambulatoires est revu chaque année et compte à ce jour près de 3000 situations.

Les tarifs et les financements actuels ralentissent cette évolution

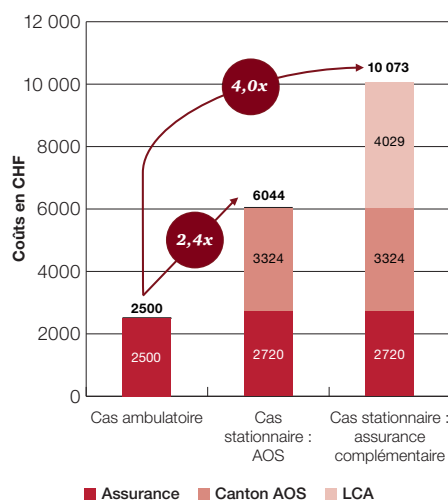
Il existe, du point de vue médical et psychosocial, des raisons qui nécessitent de traiter des patients en mode stationnaire dans le cadre de certaines interventions. L'évaluation des risques dépend également des valeurs culturelles. Toutefois, cela ne suffit pas à expliquer pourquoi d'autres pays opèrent nettement plus souvent en mode ambulatoire que la Suisse. L'indemnisation des prestations médicales joue ici un rôle essentiel.

En Suisse, les interventions ambulatoires sont financées par TARMED. Ce tarif a été établi en 2004 et se base sur plus de 4500 cas particuliers. Il est appliqué aussi bien dans les hôpitaux que dans les cabinets médicaux individuels ou dans les cabinets de groupe.

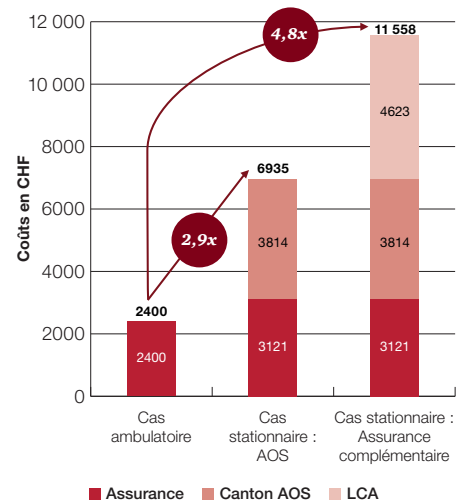
Dans certains pays, on observe également une tendance aux tarifs forfaitaires (complémentaires) dans le secteur ambulatoire. En Suisse, il existe des rémunérations forfaitaires préétablies pour des interventions ambulatoires, telles que l'opération de

Figure 8 : Différence de coûts entre les soins ambulatoires et les soins en milieu hospitalier, répartition du financement comprise

Opération des varices



Opération du ménisque



la cataracte. Elles reposent pour l'instant sur des accords volontaires entre les prestataires et les assureurs.

Le financement des interventions ambulatoires et stationnaires diverge sur trois points :

1. TARMED est un tarif à la prestation. Le SwissDRG est un tarif forfaitaire.
2. Dans le domaine ambulatoire, l'assurance prend en charge la totalité des frais de traitement (financement moniste). Dans le domaine stationnaire, le canton prend en charge au moins 55% des coûts. L'assurance maladie en rembourse au maximum 45% (financement dualiste). L'assurance accident, militaire ou invalidité n'intervient pas ou seulement très peu par rapport au canton. La présente étude renonce à aborder les montants à la charge des parties pour les prestations ambulatoires et stationnaires.
3. Dans le cadre d'interventions stationnaires, l'hôpital perçoit généralement une indemnité supplémentaire de l'assurance complémentaire lors du traitement de patients privés ou

semi-privés. S'ils sont traités en ambulatoire, l'hôpital ne reçoit généralement rien.

Ces mécanismes de rémunération font peser des coûts bien plus élevés pour les financeurs si une intervention est effectuée en mode stationnaire. En conséquence, ils constituent aussi la raison principale pour laquelle le potentiel de transfert n'est pas exploité en Suisse. Les différentes règles de financement et de rémunération sont à l'origine des incitations dissuasives, tant pour les hôpitaux que pour les financeurs. Les hôpitaux réalisent davantage de profits lorsqu'ils effectuent certaines interventions en mode stationnaire. Les coûts supplémentaires des interventions stationnaires sont inférieurs à la différence de rémunération, car le suivi médical (soins et médecin) à l'hôpital est faible suite à une intervention peu complexe. La différence de rémunération est encore plus grande entre les soins ambulatoires et stationnaires si les patients disposent d'une assurance complémentaire : les honoraires de l'assurance complémentaire augmentent les gains de l'hôpital par rapport aux soins ambulatoires (voir exemple 1).

Exemple 1 : Une opération des varices permet d'illustrer les mécanismes d'incitation financière. Nous utiliserons cet exemple tout au long de notre étude.

Pour une prise en charge ambulatoire, les hôpitaux reçoivent environ 2500 francs pour l'intervention. Les assureurs prennent en charge la totalité des coûts. En stationnaire, les hôpitaux reçoivent environ 6044 francs pour l'intervention en cas d'un patient assuré en division commune. L'assurance prend en charge 45%, c'est-à-dire 2720 francs. Le canton supporte les 55% restants. Avec un patient au bénéfice d'une assurance complémentaire, l'hôpital peut même recevoir jusqu'à 10 073 francs pour l'opération. L'assurance complémentaire paie la différence. Dans un cas normal, une opération des varices en mode ambulatoire coûte donc 2,4 fois plus cher qu'une intervention en mode stationnaire. Pour les patients avec une assurance complémentaire (semi-privée, privée), la rémunération pour une prise en charge stationnaire peut être jusqu'à quatre fois plus élevée. Dans cet exemple, le facteur purement financier incitant les hôpitaux à traiter les patients en mode stationnaire est donc considérable.

Pour les assureurs, l'opération des varices en ambulatoire est financièrement plus avantageuse, puisqu'elle leur coûte 45% de moins que la prise en charge stationnaire (économie d'environ 200 francs). Pour les patients en court séjour qui subissent une opération des varices, la situation est différente : au vu de la faible rémunération des soins stationnaires, les assureurs doivent prendre en charge plus de 45% des coûts liés au traitement stationnaire dans le cadre d'un traitement ambulatoire. Dans ce cas de figure, l'assureur n'a aucun intérêt financier à se tourner vers les soins ambulatoires.

L'incitation dissuasive expliquée ci-dessus se retrouve également dans les chiffres. En effet, les médecins ont effectué quelque 18 300 opérations des varices en 2014; 5400 patients ont été opérés en cabinet et 3300 environ à l'hôpital en ambulatoire. Les 9600 interventions restantes ont été effectuées en mode stationnaire. Dans les trois quarts des cas, les médecins optent donc pour une opération stationnaire dans les hôpitaux.

Nous avons effectué les mêmes calculs pour les 13 interventions sélectionnées (voir chapitre 3) et sommes parvenus à la même conclusion, comme le montre le tableau suivant (voir également tableau 2). En moyenne, une prise en charge stationnaire coûte 2,4 fois plus cher que l'option ambulatoire. D'un point de vue financier, la prise en charge ambulatoire est plus avantageuse pour les assureurs lorsque le facteur «stationnaire AOS» est environ 2,2 fois plus grand (100%/45%), ce qui est le cas dans la majorité des interventions sélectionnées.

Selon la LCA, les coûts engendrés par un traitement stationnaire sont en moyenne 3,8 fois plus élevés que ceux d'un traitement ambulatoire.

Tableau 1 : Rapports des coûts entre Les soins ambulatoires et stationnaires des interventions sélectionnées

Rapports des coûts par intervention	Ambulatoire	Stationnaire AOS	Stationnaire LCA
Hernie	1,0x	1,9x	3,2x
Varices	1,0x	2,4x	4,0x
Opération des amygdales	1,0x	2,4x	4,0x
Hémorroïdes	1,0x	2,0x	3,3x
Stimulateur cardiaque	1,0x	1,4x	2,3x
Cataracte	1,0x	2,7x	4,5x
Ménisectomie	1,0x	2,9x	4,8x
PTCA	1,0x	1,3x	2,2x
Tunnel carpien	1,0x	3,4x	5,6x
Conisation du col de l'utérus	1,0x	2,6x	4,3x
PTA	1,0x	1,7x	2,8x
Arthroscopie du genou	1,0x	2,7x	4,5x
ESWL	1,0x	2,6x	4,3x
Médian	1,0x	2,4x	4,0x
Moyenne	1,0x	2,3x	3,8x

De plus, de nombreux hôpitaux travaillent à perte dans le secteur ambulatoire, ce qui s'explique en partie par le fait que les données concernant les coûts, sur lesquelles se base le système TARMED actuel, datent des années 1990. Il existe donc un déficit financier au niveau des prestations ambulatoires dans les hôpitaux. À l'échelle de tous les hôpitaux de Suisse, ce déficit s'élevait aux alentours d'un demi-milliard de francs suisses en 2014.⁶ Si les prestations ambulatoires étaient plus nombreuses, les hôpitaux pourraient mettre en place des infrastructures spécifiques moins onéreuses, comme des centres de chirurgie de jour, et les utiliser à plein rendement. Les services ambulatoires seraient alors rentables et les interventions ambulatoires même plus rentables que les soins stationnaires.

Les hôpitaux ne sont pas les seuls à être confrontés à des incitations financières dissuasives. Financièrement parlant, les assureurs ne sont pas non plus intéressés, dans certaines circonstances, par le transfert de certaines prestations au secteur ambulatoire. L'incitation fonctionne seulement lorsque le coût des soins ambulatoires est inférieur à 45 % des soins stationnaires généraux. Le fait que les économies souhaitées ne sont pas atteintes résulte donc bien de ces incitations dissuasives. L'impact du transfert au secteur ambulatoire sur la compensation des risques n'a pas été étudié.

Le transfert au secteur ambulatoire présente également un autre inconvénient dans le système actuel : il a tendance à solliciter bien davantage les payeurs de prime. Le canton et le contribuable, quant à eux, sont déchargés, un effet secondaire involontaire. Cela concerne notamment les relations entre les caisses d'assurance maladie et le canton, où les coûts sont partagés à 45 % d'un côté et 55 % de l'autre. L'assurance accident, militaire ou invalidité n'intervient pas ou très peu par rapport au canton. Dans le cadre d'interventions du genou et du ménisque, l'assurance-accidents et l'assurance militaire prennent souvent les coûts en charge.

Digression sur la psychiatrie : dans le domaine de la psychiatrie aussi, les prestations ambulatoires revêtent toujours plus d'importance. Les coûts des soins ambulatoires ou des traitements en clinique de jour et ceux des soins psychiatriques ambulatoires ont sensiblement augmenté entre 2004 et 2014 par rapport au mode stationnaire. Ici aussi, le credo « ambulatoire avant stationnaire » est d'actualité. Les patients profitent des cliniques de jour, en augmentation depuis plusieurs années. De cette manière, les séjours en clinique sont écourtés et réduits.

En psychiatrie, c'est également le TARMED qui permet de calculer les prestations ambulatoires et les prestations des cliniques de jour. Les partenaires tarifaires ont en outre la possibilité de mettre en place des forfaits pour les traitements en clinique de jour. Il existe donc aussi des différences au niveau du remboursement des prestations ambulatoires et stationnaires. Par ailleurs, l'intervention de différents agents payeurs pour les patients à l'AI et les hospitalisations légales freine le transfert. Dans son rapport sur l'avenir de la psychiatrie, le Conseil fédéral constate que, selon le canton et les prestataires, un certain nombre de prestations ne sont pas suffisamment représentées dans les tarifs ambulatoires. Il s'agit notamment des prestations de base fixes, des prestations de soins après la quatrième heure, de la thérapie sociale et de la thérapie en milieu institutionnalisé, des frais de coordination, des prestations de professionnels qui ne font pas partie du personnel médical ou soignant, ainsi que du conseil aux proches. Dans l'ensemble, les tarifs en vigueur dans le secteur ambulatoire et les cliniques de jour sont jugés non rentables. Une situation qui rend difficile la juste rémunération des prestations ambulatoires en psychiatrie et qui entrave le transfert complet des cas médicaux possibles. Pour les prestations qui ne sont pas couvertes par l'assurance à cause d'investissements supplémentaires (non représentés), certains cantons accordent des prestations d'intérêt général aux institutions psychiatriques. Une attitude que de nombreux cantons ont décidé d'adopter.

Urgence au niveau des tarifs ambulatoires

La Fédération des médecins suisses (FMH), H+ hôpitaux de Suisse, la Commission des tarifs médicaux (CTM) et curafutura travaillent depuis 2012 sur une révision du TARMED.

Le remaniement devrait conduire à une «évaluation actualisée, appropriée, conforme à la loi et aux critères entrepreneuriaux, des prestations fournies au cabinet médical, dans les hôpitaux et les cliniques, en fonction de bases fondées sur des données et des faits».⁷ Les hôpitaux ont approuvé la révision⁸, tandis que les médecins l'ont rejetée suite à une consultation de la base.⁹ L'association suisse des hôpitaux H+ a expliqué soumettre la révision des tarifs pour examen auprès du Conseil fédéral, sans les médecins. Le Conseil fédéral a accordé un ajournement (au 1^{er} juillet 2016) pour des négociations supplémentaires.¹⁰

santésuisse et l'Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive fmCh ont proposé un système tarifaire comme alternative à la révision du TARMED. Ce dernier serait utilisé pour certaines interventions déjà exécutées en ambulatoire.¹¹ Les forfaits concernent tout particulièrement les techniques d'imagerie, l'ophtalmologie, la cardiologie, l'orthopédie, la dermatologie ainsi que la préparation et le suivi ambulatoires.

Ces développements actuels montrent que des mesures urgentes s'imposent au niveau des tarifs ambulatoires.¹²

7 FMH (2016): Site web.

8 NZZ (2016): Die Spitäler stehen hinter dem neuen Tarifsysteem.

9 NZZ (2016): Neuer Ärztetarif – Ein Scherbenhaufen als Chance

10 Office fédéral de la santé publique (2016): Echec de la révision TARMED.

11 santésuisse (2016): La révision du TARMED menace d'échouer : il est impératif à présent de respecter les directives légales.

12 NZZ (2016): Hickhack um Tarif – Fallpauschalen auch für freie Ärzte?



3. Le potentiel ambulatoire des 13 interventions sélectionnées

Le potentiel ambulatoire se calcule de la manière suivante

Dans un modèle à plusieurs niveaux, nous avons calculé le potentiel d'économie découlant d'un transfert des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire. Les données de treize interventions sélectionnées (voir tableau 2) servent de base. L'étude de l'Obsan nous a servi de référence dans notre choix des interventions et dans notre analyse du potentiel du transfert. Les informations que nous avons recueillies au cours de nombreux entretiens avec différents experts de la santé, du controlling médical et financier, ainsi que des prestataires et des politiques, ont également influencé ce choix. Nous estimons que ces treize interventions recèlent un très fort potentiel de transfert à court et moyen terme.

Sur cette base, nous avons utilisé différentes hypothèses de croissance pour estimer le nombre de prestations stationnaires et ambulatoires en 2030. À partir de ce nombre supposé, nous avons évalué le potentiel de transfert au secteur ambulatoire en nous projetant en 2030. Précisons que nous ne prenons en considération que les coûts incombant directement aux assureurs et aux cantons. Si les prestations ambulatoires se multiplient, les prestataires devront investir davantage et supporter des coûts de transformation. En contrepartie, ils seront encore plus efficaces et pourront réaliser des économies en termes de coûts. Vous trouverez une description détaillée de la méthodologie en annexe.

Tableau 2 : Interventions sélectionnées avec un haut potentiel ambulatoire (source : Obsan, 2015, SASIS, OFS)

#	Interventions sélectionnées	Désignation médicale	Part ambulatoire 2014
1	Hernie	Hernie inguinale	19%
2	Varices	Varices	48%
3	Opération des amygdales	Tonsillectomie	34%
4	Hémorroïdes	Hémorroïdes	22%
5	Stimulateur cardiaque	Pacemaker	27%
6	Cataracte	Cataracte	98%
7	Ménisectomie	Ménisectomie	41%
8	PTCA	Angioplastie coronaire transluminale percutanée	38%
9	Tunnel carpien	Tunnel carpien	97%
10	Conisation du col de l'utérus	Conisation de l'utérus	79%
11	PTA	Angioplastie transluminale percutanée	43%
12	Arthroscopie du genou	Arthroscopie du genou	93%
13	ESWL	Lithotritie extracorporelle par ondes de choc	59%

Le montant total des 13 interventions est supérieur à 900 millions de francs

Les structures quantitatives et tarifaires des treize interventions effectuées en 2014 en ambulatoire et en stationnaire constituent la base de données. Le nombre de cas stationnaires pour les DRG sélectionnés par intervention se fonde sur les données de l'OFS. Pour chaque intervention, nous avons sélectionné deux à trois DRG ayant le plus grand potentiel de transfert moyen à long terme. Nous n'avons pas pris en compte les forfaits DRG trop complexes pour un traitement ambulatoire. Outre le nombre de cas, nous avons relevé la durée moyenne du séjour, les coûts relatifs, la diminution des coûts relatifs et le statut de l'assuré.

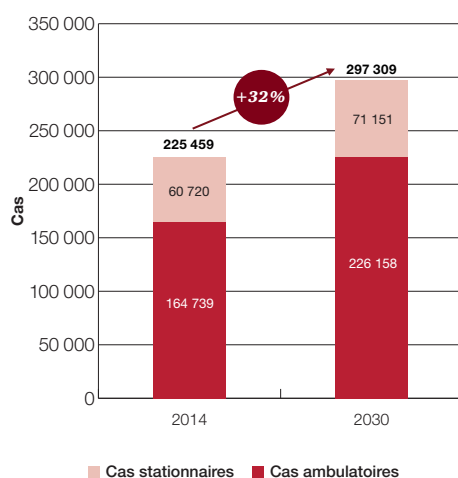
Pour les interventions ambulatoires, nous avons utilisé les données du pool tarifaire SASIS. Exception faite de l'intervention de la cataracte qui est forfaitaire, les treize interventions sont toutes des prestations ambulatoires, calculées selon le TARMED.

Le prix enregistré pour les revenus issus du décompte TARMED se base sur les revenus moyens, médicaments compris, ce qui facilite la comparaison avec les revenus stationnaires. Nous avons validé l'ordre de grandeur de ces hypothèses après en avoir discuté avec des experts des hôpitaux et des assurances.

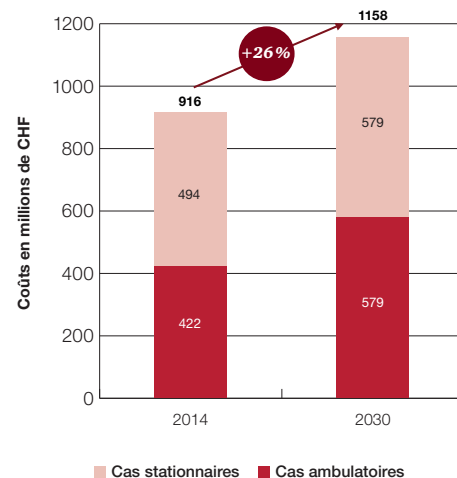
En 2014, les treize interventions ont été effectuées 60 720 fois en mode stationnaire et 164 739 fois en mode ambulatoire. Ce dernier nombre ne représente qu'une partie d'un bon pour cent de toutes les consultations ambulatoires effectuées à l'hôpital en 2014. Nous partons d'un prix de base moyen de 9500 francs, et d'une majoration d'un tiers pour les assurés semi-privés et de deux tiers pour les assurés privés. Nous avons laissé les prix inchangés jusqu'en 2030 (modèle réel). Ainsi, les coûts stationnaires s'élèvent à environ 494 millions de francs. Les cas ambulatoires traités ont engendré près de 422 millions de francs en 2014. Ensemble, les treize interventions sélectionnées ont coûté 916 millions de francs en 2014. Nous avons procédé à ce calcul pour chacune des treize interventions séparément. L'exemple 2 présente le calcul des coûts de traitement de l'opération des varices.

Figure 9: Nombre de cas et coûts des 13 interventions sélectionnées avant le transfert

Nombre de cas avant le transfert



Coûts avant transfert



Exemple 2 : En 2014, les médecins ont effectué 9624 opérations des varices en mode stationnaire et 8729 en mode ambulatoire. Dans le domaine stationnaire, nous avons pris en compte les DRG F39A et F39B. En se basant sur un Case-Mix-Index (CMI) moyen de 0,528 pour les séjours courts et de 0,636 pour les séjours normaux, les coûts s'élèvent à 5018 francs pour les séjours courts et à 6044 francs pour les séjours normaux. À quoi il faut ajouter les coûts pour les patients bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. En 2014, près de 30% des patients traités en stationnaire disposaient d'une assurance complémentaire. La moyenne globale suisse se situe aux environs de 20%.

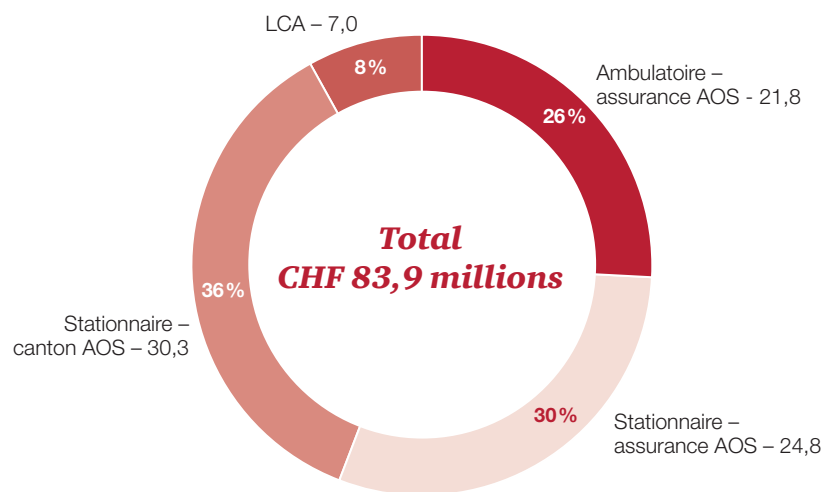
Pour les interventions ambulatoires, nous avons défini un montant moyen de 2500 francs par intervention, soit un coût total de 83,9 millions de francs pour 2014. Les coûts ambulatoires totaux sont donc nettement inférieurs aux frais de traitement stationnaire. Cette conclusion s'applique tout particulièrement aux patients qui disposent d'une assurance complémentaire.

Le virage ambulatoire va se poursuivre

L'analyse du nombre historique de cas montre qu'au cours des dernières années, le nombre d'interventions ambulatoires a enregistré une progression supérieure à la moyenne des soins stationnaires. Nous avons pris en compte ce transfert de prestations vers le secteur ambulatoire dans le cadre de l'évaluation du futur montant total. Pour nos prévisions portant sur le nombre de cas en 2030, nous sommes partis d'une croissance annuelle moyenne d'un pour cent dans le domaine stationnaire et de deux pour cent dans le domaine ambulatoire. Il s'agit ici d'une croissance quantitative pure.

Selon nos calculs, le nombre d'interventions stationnaires s'élèvera à 71 151 en 2030, contre 226 158 opérations ambulatoires. La croissance annuelle dans le secteur ambulatoire est deux fois plus élevée que dans le stationnaire. Le pourcentage d'opérations ambulatoires ne cesse donc d'augmenter. En 2014, les médecins opéraient environ 27% des patients en mode stationnaire. En 2030, ce chiffre aura chuté à 24%. Ce report relatif a aussi un effet sur les coûts. Sur la base de nos prévisions de croissance dans les domaines stationnaire et ambulatoire, le coût total des treize interventions s'élèvera à 1158 millions de francs en 2030. Si la croissance du nombre de cas est identique dans les domaines stationnaire et ambulatoire – avec une évolution des cas globalement égale jusqu'en 2030 –, près de 49 millions de frais supplémentaires seront à prévoir.

Figure 10: Composition de l'ensemble des frais de traitement par financeur pour l'opération des varices en 2014 (en millions de CHF)



Exemple 3: Diminution des coûts dans le cadre de l'opération des varices, choisie comme exemple.

En 2014, les médecins ont effectué 9624 opérations des varices en mode stationnaire. Avec une croissance annuelle d'un pour cent, le nombre d'opérations stationnaires s'élèvera à 11 282 en 2030 et celui des opérations ambulatoires des varices à 11 985 (avec une croissance annuelle de deux pour cent). Le coût total des opérations des varices se montera alors à 102 millions de francs en 2030. Le transfert lié à la croissance mène à une économie de 4 millions de francs. Ces économies étant indépendantes d'un transfert délibéré, nous ne les avons pas prises en compte dans le potentiel de transfert. La figure 11 représente l'évolution des coûts pour l'intervention des varices et d'autres interventions.

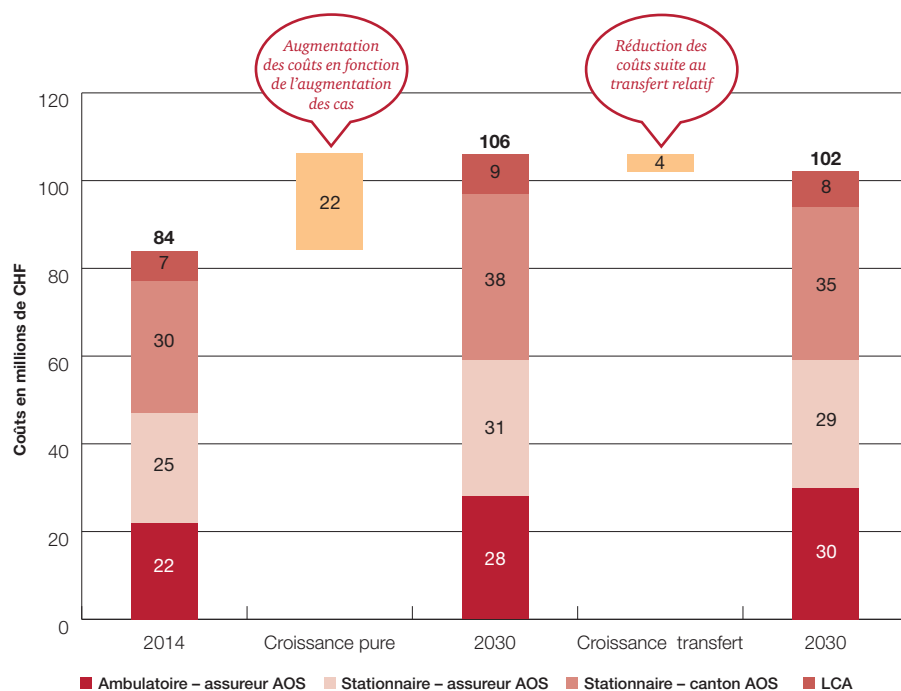
Le transfert d'environ 50 000 cas par an du secteur stationnaire au secteur ambulatoire est réaliste

Nous partons du principe qu'à l'avenir, les interventions ambulatoires remplaceront une partie conséquente des cas stationnaires. Afin d'analyser l'effet du transfert sur la base de différentes hypothèses, nous avons envisagé trois scénarios : un pessimiste, un réaliste et un optimiste.

1. Dans le cadre du scénario pessimiste, nous sommes partis du principe qu'en 2030, 100% des cas stationnaires dans la catégorie séjour court seraient traités en mode ambulatoire. Cela paraît plausible, car à l'heure actuelle les patients ne restent déjà en moyenne qu'une seule journée à l'hôpital.
2. Le scénario réaliste part du principe que, outre les courts séjours, la moitié des séjours normaux seront également traités en mode ambulatoire en 2030.
3. Le scénario optimiste va encore plus loin : nous partons du principe qu'en 2030, tous les séjours courts et normaux seront traités en mode ambulatoire. Dans aucun scénario nous ne partons du principe que les séjours longs pourraient également être transférés dans le secteur ambulatoire.

Dans le scénario réaliste, en 2030, environ 70% des 71 151 cas stationnaires, soit près de 50 000 cas, seront transférés vers le secteur ambulatoire (voir tableau 3). Ce nombre peut paraître élevé, mais nous considérons qu'il est tout à fait réaliste, car aujourd'hui déjà, les patients subissant l'une des interventions sélectionnées ne passent à l'hôpital qu'un jour en court séjour, ou deux jours et demi en séjour normal.

Figure 11 : Croissance et transfert relatif de l'opération des varices



Le transfert entraîne la disparition de certains coûts liés aux traitements stationnaires. Parallèlement, les coûts ambulatoires augmentent. Mais globalement, le coût total des traitements pour ces treize interventions baisse. Les économies potentielles dépendent des tarifs pratiqués pour les interventions ambulatoires. Plus le remboursement est élevé, plus l'incitation au transfert est grande, mais l'accroissement numérique réduit en même temps l'effet du potentiel d'économie.

Dans le système de financement actuel, ces transferts seraient avantageux pour les cantons et pour le contribuable. Quant aux assureurs, ils profiteraient dans un premier temps de la réduction des interventions stationnaires avant de voir leur contribution alourdie par l'augmentation des prestations ambulatoires.

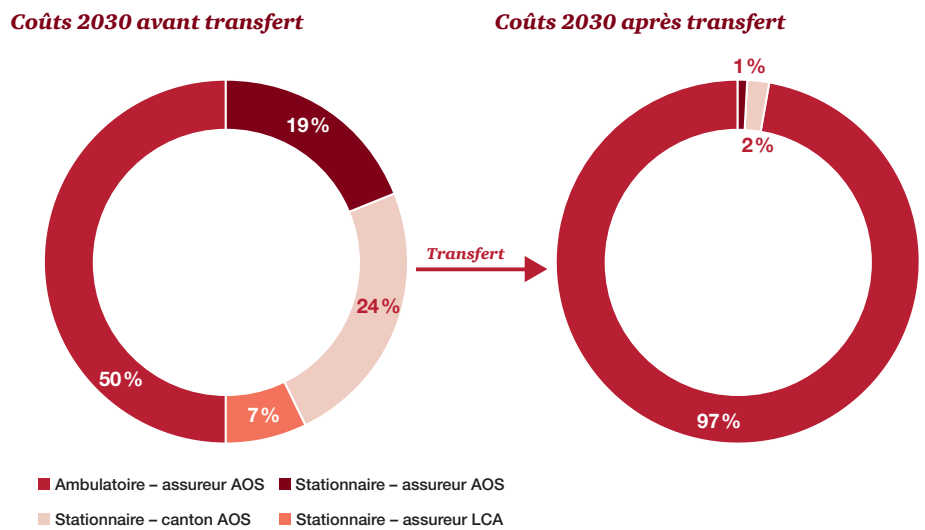
L'exemple montre qu'un transfert efficace ne peut être mis en place sans remettre en question le financement.

L'exemple 4 et la figure 3 montrent, partant des mécanismes de financement en vigueur et du système tarifaire actuel pour l'opération des varices, quelles seraient les économies annuelles possibles grâce à un transfert. Ici encore, le remboursement des soins ambulatoires doit être revu à la hausse afin de créer une réelle incitation au transfert, ce qui réduirait le potentiel d'économie calculé.

Tableau 3: Le potentiel de transfert annuel pour les 13 interventions sélectionnées dépend des différents scénarios de transfert.

Scénario	Description du transfert	Cas transférés (pourcentage sur le total des cas transférés)
Pessimiste	100% séjour court	30 235 (43%)
Réaliste	100% séjour court + 50% séjour normal	49 710 (70%>)
Optimiste	100% séjour court + 100% séjour normal	69 188 (97%)

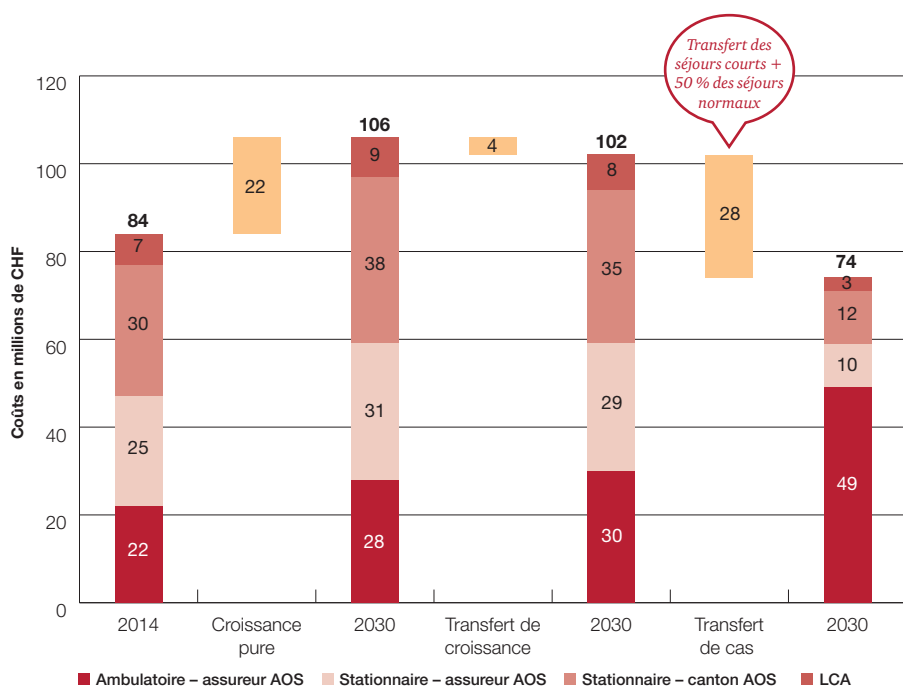
Figure 12: Effet global du transfert dans le cadre du scénario optimiste





Exemple 4 : Nous partons du principe qu'il y aura environ 11 282 opérations des varices en 2030. Dans le scénario réaliste, nous estimons que les 4400 séjours courts seront traités en mode ambulatoire, tout comme la moitié des 6600 séjours normaux. Les 200 séjours longs resteront stationnaires. Ces derniers sont souvent complexes et exigent plus de soins. Le potentiel d'économie envisageable s'élève ainsi à près de 28 millions de francs en 2030, soit tout juste un tiers des coûts. Les figures suivantes illustrent l'évolution des coûts au fil du temps.

Figure 13: Transfert des coûts pour l'opération des varices avec le scénario réaliste



4. Le potentiel global des interventions ambulatoires

Un taux de 60 à 70% de prestations ambulatoires permettrait d'économiser un milliard de francs par an

Lorsque nous avons choisi les interventions, nous nous sommes concentrés sur celles qui possédaient le plus fort potentiel ambulatoire. Partant d'un calcul fondé sur les tarifs et les mécanismes de financement actuels, le scénario réaliste prévoit une économie annuelle de quelque 161 millions de francs, soit une réduction des coûts d'environ 14% par rapport aux coûts sans transfert supplémentaire en 2030. Le potentiel d'économie est toutefois étroitement lié aux mesures de transfert prises. Il oscille entre environ 71 millions de francs dans le scénario pessimiste et 251 millions de francs dans le scénario optimiste, soit une économie de 22% des frais de traitement. Il faut souligner que ces économies pourraient être réalisées annuellement avec un développement sans transfert. Nos calculs se basant sur un modèle réel, les ajustements tarifaires éventuels dus à l'inflation ne sont pas pris en compte.

Toutefois, de nombreuses opérations pourraient venir s'ajouter, à moyen et long termes, à la liste de ces treize interventions ambulatoires. Plusieurs méthodes permettent d'obtenir le potentiel global approximatif des interventions ambulatoires. Pour la présente étude, nous avons tout d'abord déterminé, à l'aide d'une procédure top-down, un ordre de grandeur du pourcentage futur des interventions ambulatoires par rapport à toutes les interventions. Nous avons contrôlé la plausibilité de la différence des cas obtenue via une approche bottom-up.

Tableau 4 : Le potentiel annuel d'économie pour les 13 interventions sélectionnées dépend des différents scénarios de transfert.

Scénario	Description du transfert	Potentiel d'économie annuel
Pessimiste	100% séjour court	CHF 71 millions
Réaliste	100% séjour court + 50% séjour normal	CHF 161 millions
Optimiste	100% séjour court + 100% séjour normal	CHF 251 millions

Contrairement à d'autres pays européens, il n'y a en Suisse aucune statistique accessible au public concernant la proportion de prestations ambulatoires parmi les interventions chirurgicales. Nous l'avons donc estimée sur la base des données accessibles de l'OFS et du pool tarifaire SASIS. Nous partons du principe que 40 à 45% de toutes les interventions chirurgicales en Suisse en 2014 ont été effectuées en mode ambulatoire, que ce soit dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux. Ce pourcentage continuera de s'accroître puisque les interventions ambulatoires augmentent, à raison de 2% par an, plus vite que les interventions stationnaires. En 2030, nous estimons que le pourcentage des interventions ambulatoires s'élèvera à 47%.

Si le scénario optimiste se réalise, le pourcentage d'interventions ambulatoires gagnerait encore 5% pour atteindre environ 52%. Dans certains pays européens tels que la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et le Danemark, ces chiffres correspondent déjà à la réalité. Dans ces pays, il est possible que les interventions ambulatoires atteignent 60 à 70% en 2030.

L'analyse des données de l'OFS nous montre que, pour 200 000 autres interventions, les patients restent seulement deux jours ou moins à l'hôpital. Si 80% de ces cas, soit 160 000 patients, étaient également traités en mode ambulatoire, le pourcentage total des interventions ambulatoires s'élèverait à tout juste 65% d'ici 2030. Grâce aux avancées de la médecine, il est possible qu'à long terme, 70% de toutes les interventions chirurgicales soient effectuées en mode ambulatoire. Le transfert additionnel des 160 000 cas permettrait d'économiser 581 millions de francs supplémentaires en frais de traitement, en comptant la même économie moyenne par cas qu'avec les treize interventions. Ajoutée au potentiel d'économie que nous avons calculé dans le scénario optimiste avec les treize interventions (251 millions de francs), l'économie potentielle atteindrait au total 832 millions de francs d'ici 2030, à prix constants. Si le pourcentage d'interventions ambulatoires atteint 70%, le montant total des économies potentielles s'élèverait alors à 1075 millions de francs.

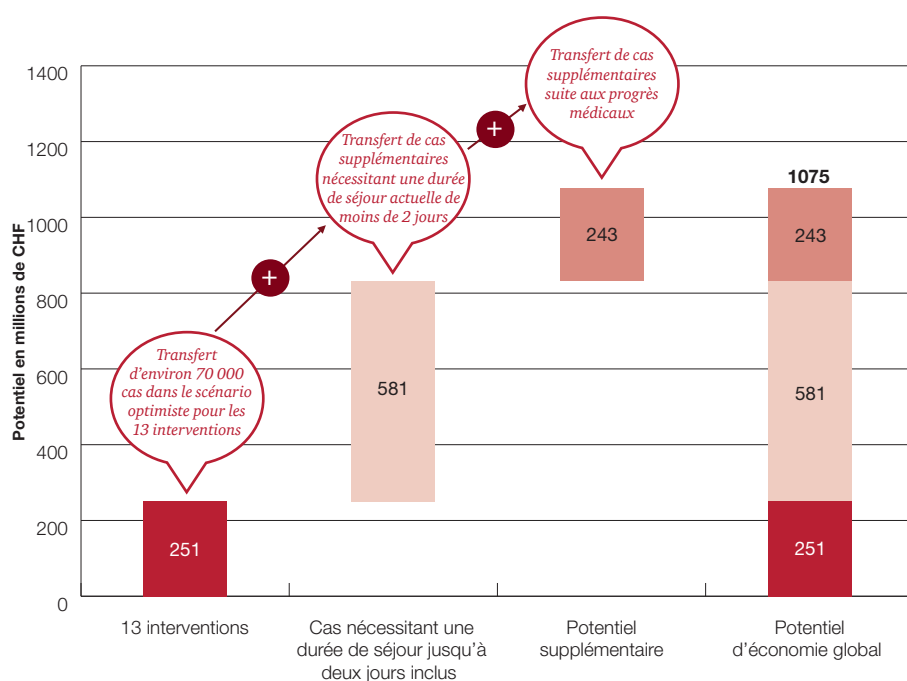
Dans le calcul du potentiel total, l'utilisation d'un modèle d'économie par cas semblable à celui des treize interventions est prudente. En effet, le potentiel d'économie pourrait être plus élevé si d'autres interventions plus complexes commençaient à être pratiquées en mode ambulatoire. Par exemple, poser une prothèse de hanche coûte actuellement près de 16 000 francs. Effectuée en mode ambulatoire, le coût par cas pourrait être nettement inférieur, ce qui signifie que les économies potentielles par cas peuvent être bien plus élevées que pour les treize interventions sélectionnées.

Si le coût total des soins stationnaires aigus évolue comme prévu, tant pour les prestations à l'hôpital que dans des cabinets, il devrait atteindre 45,2 milliards de francs en 2030. L'économie potentielle calculée de 1075 millions de francs correspond à une réduction annuelle d'environ 2,5%.

La tendance à favoriser les prestations ambulatoires engendre un autre effet positif : les prestataires peuvent travailler avec une efficacité accrue par des volumes plus élevés. Ce qui permet d'accroître encore le potentiel d'économie à long terme. Ces économies supplémentaires sont toutefois difficiles à quantifier. Nous ne les avons pas analysées dans cette étude.

Nous sommes conscients qu'il est difficile d'appliquer ce potentiel théorique dans la pratique. Nous sommes cependant optimistes quant à la réalisation d'une partie significative des économies – pour autant que les conditions-cadres s'y prêtent.

Figure 14 : Réflexions sur le potentiel d'économie total



5. Forfaits ambulatoires : une solution?

De nombreux obstacles entravent le transfert

Comment renforcer encore le principe « ambulatoire avant stationnaire »? Pour mettre en œuvre les transferts médicaux vers le secteur ambulatoire, il faut supprimer les incitations dissuasives qui persistent dans le système actuel. Cela signifie que les prestataires doivent recevoir la même rémunération, que le patient soit traité en mode ambulatoire ou stationnaire, tout en tenant compte des intérêts des financeurs, c'est-à-dire des assureurs et des cantons, ainsi que des différences dans l'assurance complémentaire.

Autre obstacle au transfert : les médecins cadres et les médecins-chefs dans les hôpitaux, qui facturent des honoraires privés, doivent s'attendre à une baisse de leurs revenus si leurs prestations deviennent ambulatoires.

Une solution doit donc prendre en compte les intérêts de tous les acteurs (hôpitaux, médecins, assureurs, cantons), convaincre la majorité et réduire le coût total de la santé.

Plusieurs solutions envisageables

Voici l'ébauche de trois solutions qui, selon nous, pourraient améliorer le statu quo, réduire les incitations dissuasives et endiguer l'explosion des coûts de la santé :

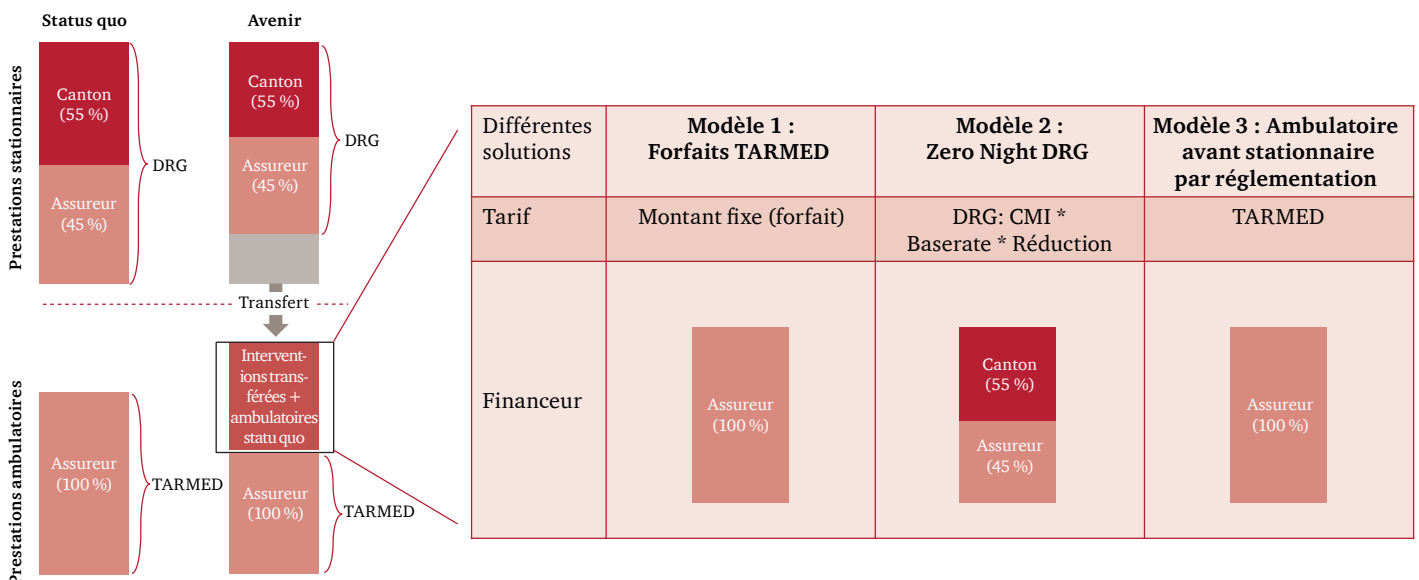
- introduction de forfaits TARMED pour les interventions à potentiel ambulatoire,
- forfaits SwissDRG sans nuitée (« Zero Night DRG »),
- ambulatoire avant stationnaire par réglementation.

La figure suivante illustre la structure tarifaire et les flux de financement des trois modèles. L'impact des différentes approches est influencé dans une certaine mesure par les tarifs, les tarifs élevés ayant pour conséquence de réduire le potentiel d'économie.

Digression : un système forfaitaire élargi pourrait fonctionner avec un financement uniforme des soins ambulatoires et stationnaires

Si les prestations stationnaires et ambulatoires sont financées de la même manière, la limite entre les deux secteurs sera plus perméable. L'assureur sera incité à encourager les prestations ambulatoires, car il profitera pleinement des économies réalisables. Cependant, ce modèle change la répartition des coûts entre les assurances et les cantons. Les cantons prendraient probablement en charge près d'un quart de toutes les prestations stationnaires et ambulatoires via l'assurance obligatoire des soins (AOS). Jusqu'ici, ils assument la moitié environ du secteur stationnaire. Si le coût total de la santé diminue grâce au transfert au secteur ambulatoire, cette baisse profitera également aux cantons. Les partenaires tarifaires pourraient convenir de solutions telles qu'un système forfaitaire pour les soins stationnaires et ambulatoires. Toutefois, l'uniformisation du financement nécessitera une révision de la loi. C'est pourquoi cette solution est envisageable uniquement à long terme. Les autres solutions proposées pour la tarification profiteraient d'un financement uniforme du transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire.

Figure 15 : Trois solutions différentes



« Seul on forfait par cas ambulatoire avec un rabais raisonnable permettra de donner aux acteurs un incitatif d'évoluer vers l'ambulatoire. »

Antoine Hubert, Administrateur de Swiss Medical Network SA

Modèle 1 – Introduction des forfaits TARMED pour les interventions à potentiel ambulatoire : le forfait ambulatoire assorti d'un montant fixe pour une prestation ambulatoire constitue l'une des solutions. Les assureurs paieraient l'intégralité de ce forfait (forfait TARMED). Son avantage est que l'incitation est facile à mettre en œuvre et que les mécanismes de financement ne changent pas. Pour les cantons, les choses restent en l'état.

Baser les forfaits par cas sur des contrats bilatéraux libres entre l'assureur et le prestataire – comme il en va déjà pour la cataracte – ne permet d'exploiter qu'une partie du potentiel décrit dans ce système. En fonction du montant plus ou moins élevé du forfait, l'incitation des différents tarifs pratiqués pour les soins ambulatoires et stationnaires perd de son attrait. Plus les forfaits par cas sont attractifs pour les hôpitaux, moins les économies de coûts sont élevées. Le calcul des forfaits TARMED n'est pas facile non plus. Le risque est que les forfaits ne soient pas fixés en fonction des données de prestations et de coûts, mais calculés en fonction des positions tarifaires applicables. C'est-à-dire que, dans la situation actuelle, les prestataires seraient insuffisamment remboursés et qu'un transfert serait peu probable. Baser le forfait sur le coût moyen déterminé pourrait être une solution.

Tableau 5 : Répercussions approximatives du montant des forfaits TARMED ambulatoires sur le potentiel d'économie de l'opération des varices

Économie annuelle en millions de CHF	TARMED aujourd'hui	TARMED + 20%	TARMED + 40%	TARMED + 60%
Pessimiste	13,9	11,7	9,5	7,3
Réaliste	28,2	24,4	20,5	16,6
Optimiste	42,6	37,0	31,5	26,0

Nous avons utilisé les données TARMED actuelles pour calculer le potentiel d'économie maximum. Plus le forfait est élevé, plus le potentiel d'économie est faible.

Pour les hôpitaux, ce système ne compense pas suffisamment les incitations dissuasives. Le problème des incitations dissuasives dues aux personnes qui bénéficient d'une assurance complémentaire et les soins privés n'est pas encore résolu. Et ce système ne supprimera pas non plus complètement ces incitations pour les assureurs qui devront assumer des coûts relatifs supplémentaires si les interventions stationnaires sont transférées vers l'ambulatoire. En revanche, les deux parties bénéficieront d'une diminution des frais administratifs, ce qui réduira les coûts. De plus, hôpitaux et assureurs pourront mieux planifier leurs dépenses et leurs bénéfices grâce aux forfaits TARMED.

Cette proposition est simple et librement consentie. Les deux approches suivantes vont encore plus loin. Elles sont synonymes de profonds changements au niveau du système de financement et exigent des adaptations des bases légales.

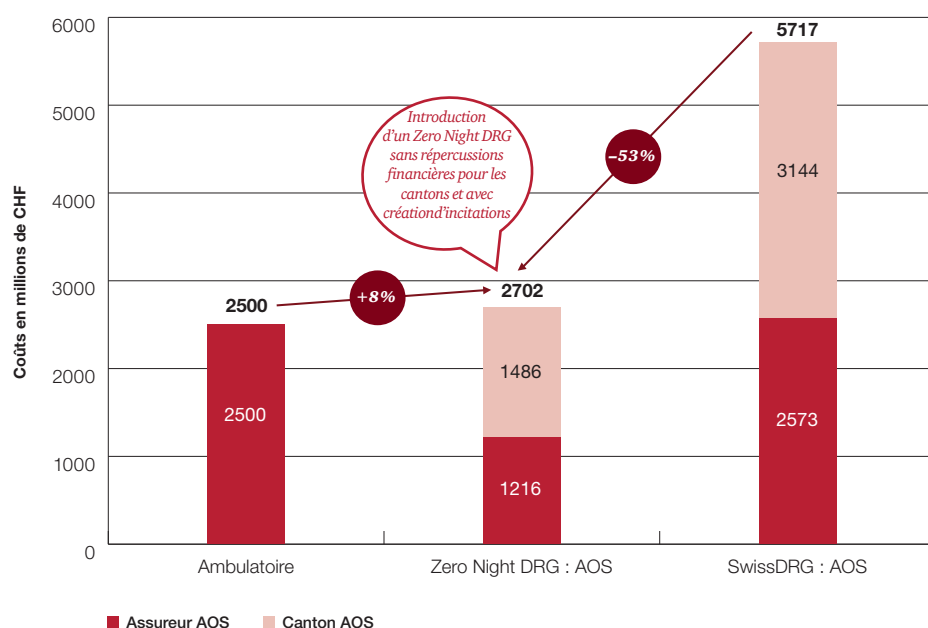
Modèle 2 - Forfaits SwissDRG sans nuitée («Zero Night DRG»): La création d'un SwissDRG sans nuitée est une possibilité qui modifie le système de rémunération. Cela impliquerait, outre le tarif actuellement en vigueur pour les courts séjours, la création d'un tarif sans nuitée, par exemple au moyen d'une réduction supplémentaire. Ainsi, les mécanismes de financement et de rémunération de la prestation de certaines interventions spécifiques seraient identiques, qu'elles soient effectuées en ambulatoire ou en stationnaire. Avec cette solution, le canton financerait une partie du DRG défini et serait donc considéré comme un

financeur actif pour un ensemble de prestations ambulatoires. Par conséquent, les prestations ambulatoires ne seraient plus financées uniformément et ne seraient plus monistes. Certaines prestations ambulatoires seraient financées de manière dualiste. Cette solution, qui pèserait sur le canton et, donc, sur le contribuable, serait avantageuse pour les assureurs. Ce système concernerait toutes les parties et serait en vigueur partout. Avec pour effet secondaire positif d'améliorer les processus et de réduire les coûts.

Un forfait DRG sans nuitée réduirait la différence de recette entre le traitement ambulatoire et le traitement stationnaire. Il réduirait aussi les incitations dissuasives. L'activité de médecin privé pourrait continuer à être facturée sans désavantager les prestations ambulatoires. Les hôpitaux et les médecins recevraient toujours, même réduites, des rétributions de l'assurance complémentaire. De cette façon, le forfait DRG augmenterait dans l'ensemble l'incitation pour les hôpitaux à opter davantage pour les prestations ambulatoires, car elles leur permettraient de réaliser plus de produits qu'avec le système actuel. Les assureurs eux aussi auraient davantage de raisons de se tourner vers les prestations ambulatoires, car ils ne seraient plus obligés de prendre en charge la totalité des coûts lorsqu'un patient est traité en mode ambulatoire.

Conditions préalables pour ce système : adapter la loi et saisir les données de coûts et de prestations pour les interventions à potentiel ambulatoire.

Figure 16 : Calcul à titre d'exemple d'un Zero Night DRG pour l'opération des varices



Dans le cas de l'opération des varices (voir exemple 5), une réduction d'environ 53% sur le forfait DRG normal permettrait d'introduire une Zero Night DRG sans impact sur les coûts pour les cantons, si la répartition des coûts actuelle passait de 55% à 45%. Pour les assurances, il en résulterait une économie d'environ 30 millions de francs. Une clé de répartition de 31% aux cantons et de 69% aux assureurs garantirait un partage équitable des économies entre cantons et assureurs. Le tableau 6 montre, à titre indicatif pour différents niveaux d'économie, quelle répartition serait nécessaire pour réduire uniformément les coûts pour les cantons et les assureurs, afin que l'introduction de ce modèle n'entraîne pas de coûts, voire les diminue.

Modèle 3 – Ambulatoire avant stationnaire par réglementation : la troisième solution consiste à introduire des mesures réglementaires pour inciter le transfert du stationnaire à l'ambulatoire. Le système tarifaire reste inchangé.

Dans cette approche, c'est la loi qui prescrit quelles interventions doivent être effectuées en mode ambulatoire. Dès lors, les prestataires ne pourront admettre un patient en mode stationnaire qu'à titre exceptionnel et moyennant une garantie de prise en charge. La réglementation serait contraignante pour toutes les parties. Les tarifs en vigueur et la répartition des coûts ne changent pas. Les incitations dissuasives restent inchangées. Le nombre de demandes de prise en charge des frais augmentant, les frais administratifs auront tendance à augmenter eux aussi.

Exemple 5 : Calcul d'un Zero Night DRG en prenant pour exemple l'opération des varices

L'introduction d'un forfait DRG dualiste pour les interventions sans nuitée aurait plusieurs conséquences. Les cantons – et donc indirectement les contribuables – participeraient au financement des interventions ambulatoires, tandis que les assurances maladie et les payeurs de primes seraient déchargés. En prenant l'exemple de l'opération des varices, nous démontrons qu'un tel forfait peut être mis en place sans engendrer de variations de coûts pour tous les financeurs.

Nous avons déterminé un DRG qui engendre les mêmes coûts (à coûts neutres, donc) pour les cantons, que les soins soient stationnaires ou ambulatoires. Avec le forfait Zero Night DRG calculé pour chaque intervention des varices, il est possible d'économiser environ 53% des coûts par rapport à la moyenne des coûts du secteur stationnaire. Les cantons devraient payer 1486 francs pour chaque intervention ambulatoire, soit une économie de 1658 francs par rapport au coût moyen d'une intervention stationnaire. Les coûts par cas diminueraient donc pour le canton. Parallèlement, le nombre d'interventions augmenterait, car le canton participerait à toutes les interventions ambulatoires effectuées. L'introduction d'un tel Zero Night DRG ne pèserait pas davantage sur les cantons. Pour eux, les coûts resteraient donc inchangés.

Le nouveau DRG est plus élevé de 8% que le coût moyen actuel d'une intervention ambulatoire. Les prestataires ont donc tout intérêt à choisir l'option ambulatoire, car ils peuvent réaliser davantage de profit par intervention qu'avec le système actuel. Ce système semble judicieux puisque, à l'avenir, des cas plus complexes seront également traités en mode ambulatoire.

À moyen et long terme, les prestataires vivront aussi des changements structurels s'ils opèrent de plus en plus en ambulatoire, et auront la possibilité d'augmenter leurs profits. Une telle évolution pourrait à son tour soulager les cantons.

Tableau 6: Sensibilité de la détermination de la part cantonale avec un Zero Night DRG en fonction des économies (en millions de CHF)

Répartition des frais	0 % CT/ 100 % AOS	37 % CT/ 63 % AOS	36 % CT/ 64 % AOS	34 % CT/ 66 % AOS	31 % CT/ 69 % AOS	55 % CT/ 45 % AOS
Niveau de prix	TARMED	DRG -30 %	DRG -38 %	DRG -45 %	DRG -53 %	DRG -53 %
Augmentation/diminution des coûts stationnaires selon les cas	-56 %	-30 %	-38 %	-45 %	-53 %	-53 %
Augmentation/diminution des coûts pour les cantons (en millions de CHF)	(34,2)	0,0	(5,0)	(10,0)	(15,0)	0,0
Augmentation/diminution des coûts pour l'assurance AOS (en millions de CHF)	(0,4)	0,0	(5,0)	(10,0)	(15,0)	(30,0)

6. Conclusion

Le secteur ambulatoire est un pilier de plus en plus important des soins de santé. La tendance à opter pour les prestations ambulatoires va se poursuivre. L'une des raisons réside dans le potentiel de transfert qui n'est que partiellement exploité : les prestataires effectuent de nombreuses interventions en stationnaire alors que la technologie actuelle permettrait d'opérer en mode ambulatoire. La faute en revient aux systèmes tarifaires et de financement. Le système tarifaire est plus avantageux pour les hôpitaux si ces derniers traitent leurs patients en mode stationnaire. Les assurances maladie ne voient pas non plus l'intérêt de transférer les prestations vers l'ambulatoire, car ce transfert n'est pas systématiquement avantageux. Les hôpitaux et les assureurs n'ont donc aucune raison financière suffisante pour encourager ce transfert.

Notre analyse montre qu'une économie pouvant atteindre 30% des frais de traitement par intervention est possible, si toutes les interventions éligibles sont transférées vers le secteur ambulatoire. Globalement, nous évaluons le potentiel des treize interventions sélectionnées à 251 millions de francs. Le potentiel d'économie annuelle pour toutes les interventions atteint près d'un milliard de francs. En outre, les hôpitaux pourraient proposer des prestations à des tarifs plus avantageux s'ils opéraient plus souvent en mode ambulatoire. En conséquence, le potentiel économique augmente encore sur le long terme. Cependant, pour exploiter ce potentiel, il faut corriger les incitations financières dissuasives au niveau de l'assurance obligatoire de base et de l'assurance complémentaire.

Nous avons développé trois solutions qui peuvent favoriser un transfert du stationnaire à l'ambulatoire :

1. Forfaits TARMED volontaires entre les assureurs et les prestataires
2. Forfaits SwissDRG sans nuitée (Zero Night DRG)
3. Ambulatoire avant stationnaire par réglementation.

Les différentes approches pallient plus ou moins bien les incitations dissuasives. Les chances de réussite diffèrent également. À court terme, il est intéressant d'un point de vue économique de mettre en place des forfaits TARMED. À moyen et long terme, il faut améliorer les conditions générales et revoir le financement des soins ambulatoires et stationnaires.

Résumé : Le paysage tarifaire dans le secteur ambulatoire subit des changements profonds, la tendance aux prestations ambulatoires a le vent en poupe. Ce sont des conditions optimales pour supprimer les incitations dissuasives et exploiter le potentiel d'économie à l'aide de solutions innovantes. Cependant, pour réduire les coûts de la santé, il est nécessaire que les différentes parties travaillent ensemble pour trouver une solution.

Les intérêts des patients, des payeurs de primes et des contribuables, des assureurs, des médecins et des prestataires doivent être pris en compte sur un pied d'égalité. C'est là le seul moyen de trouver une solution qui convienne à toutes les parties.

Bibliographie

Articles/Données

- Curafutura (2016) : Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires.
- H+ (2015) : Rapport annuel 2014 – Bonnes notes pour la branche hospitalière.
- International Association for Ambulatory Surgery (2006) : Day Surgery: Development and Practice.
- OCDE (2010) : Health Data. Cité de : Leimgruber, Martin (2014). Ambulante Chirurgie, Möglichkeiten und Grenzen.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Polynomics AG (2016) : Erste gesundheitsökonomische Betrachtungen zur Tarifstruktur « TARVISION ».
- Office fédéral de la statistique (2014) : Coûts du système de santé selon le fournisseur de biens et services.
- Confédération suisse (2016) : Avenir de la psychiatrie en Suisse – Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255).

Études

- Obsan (2015) : Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins ? http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport_0.pdf
- Uni Basel/BSS. Volkswirtschaftliche Beratung (2012) : Transfert des coûts et des prestations entre les soins stationnaires aigus et le secteur ambulatoire en cabinet et à l'hôpital

Sources

- Office fédéral de la statistique, Statistique médicale des hôpitaux
- SASIS SA, pool de données SASIS

Journaux/TV

- Office fédéral de la santé publique (2016) : Echec de la révision TARMED
- Limmattalerzeitung (2016) : Durch die Sparmassnahmen drohen dem Spital Limmattal verschärfte Bedingungen
- Luzerner Zeitung (2015) : Santésuisse befürchtet Kostenschub wegen neuem Arzttarif
- Luzerner Zeitung (2016) : Neuer Vorschlag zur Tarmed-Revision
- Neue Zürcher Zeitung (2016) : Die Spitäler stehen hinter dem neuen Tarifsysteem.
- Neue Zürcher Zeitung (2016) : Neuer Ärztetarif – Ein Scherbenhaufen als Chance
- Neue Zürcher Zeitung (2016) : Neuer Ärztetarif – Ein Scherbenhaufen als Chance
- Neue Zürcher Zeitung (2016) : Hickhack um Tarif – Fallpauschalen auch für freie Ärzte?
- Schweizer Fernsehen SRF – Kassensturz (2014) : Stationär statt ambulanz: So kassieren Spitäler
- Santésuisse (2016) : La révision du TARMED menace d'échouer : il est impératif à présent de respecter les directives légales

Méthodologie et hypothèses

Méthodologie et hypothèses

Données

L'étude se base fondamentalement sur les statistiques de la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS et du pool tarifaire de SASIS SA. Dans un premier temps, nous avons défini les treize interventions pertinentes, puis choisi les DRG qui convenaient via les codes CHOP. Tous les DRG par intervention ne possédant pas un potentiel ambulatoire, nous les avons analysés en fonction de leur potentiel ambulatoire. Pour chaque intervention, nous avons pu identifier un à trois DRG à potentiel ambulatoire. Grâce à ces critères de sélection, nous avons identifié 21 DRG et 60 720 cas. Nous avons analysé chaque cas à l'aide des paramètres suivants : statut d'assuré, durée moyenne du séjour, coûts relatifs, augmentation ou diminution des coûts. Nous avons dénommé «séjour court» les cas qui, sur la base de leur courte durée (en moyenne un jour), permettent une diminution des coûts, «séjour long» les cas avec un supplément de coûts et «séjour normal» les cas de durée normale, comme dans le catalogue des forfaits par cas de SwissDRG.

Nous avons également filtré les cas ambulatoires selon les différentes interventions. Pour chaque intervention, nous avons tenu compte du nombre de cas relevé par le pool tarifaire SASIS. Dans une deuxième analyse, nous avons également différencié les cas ambulatoires en cabinet et à l'hôpital. Les coûts ambulatoires de chaque intervention se basent sur des montants de décompte moyens que nous avons estimés à partir des positions TARMED idéales. Pour comparer les coûts stationnaires et ambulatoires, nous avons également pris en compte les coûts des médicaments et du matériel.

Modèle

Pour analyser le potentiel ambulatoire des treize interventions chirurgicales sélectionnées, nous avons utilisé un modèle à plusieurs niveaux.

Nous avons calculé d'abord les coûts historiques ambulatoires et stationnaires de chaque intervention. Pour les cas stationnaires, nous avons articulé les coûts totaux de chaque intervention en séjour court, normal et long et pris en compte l'assurance complémentaire et le DRG. Nous avons ensuite additionné les coûts par catégorie pour calculer le coût total par intervention et par année. Nous avons calculé les coûts par cas comme produit du coût relatif effectif et d'un prix de base moyen de 9500 francs.

Pour les cas couverts par une assurance complémentaire, nous avons appliqué un supplément au prix de base de 3167 francs pour le semi-privé et de 6333 francs pour le privé. Nous avons calculé les coûts ambulatoires comme produit du montant de règlement TARMED moyen, médicaments compris, et du nombre de cas ambulatoires.

Pour analyser les effets en 2030, nous avons ensuite effectué une projection sur les coûts historiques. Pour comparer au mieux les coûts de 2030 avec ceux de 2014, nous avons choisi une croissance du nombre et non des prix. En observant l'évolution de ces dernières années, on remarque que le nombre de cas ambulatoires augmente plus rapidement que celui des cas stationnaires. Par conséquent, un certain transfert a déjà eu lieu ces dernières années. Pour une question de simplicité, nous partons du principe que la croissance est d'un pour cent pour le secteur stationnaire, et de deux pour cent dans le secteur ambulatoire. La croissance plus élevée des cas ambulatoires conduit donc déjà à un transfert dans le secteur ambulatoire jusqu'en 2030. L'augmentation supposée d'un pour cent dans le domaine stationnaire reflète la croissance démographique moyenne à long terme de 0,7% (source : OFS) ainsi que d'autres tendances démographiques telles que le vieillissement de la population.

Outre le transfert vers l'ambulatoire dû à la très forte croissance des cas ambulatoires, nous partons du principe que pour les treize interventions sélectionnées, une part significative des interventions effectuées aujourd'hui encore en mode stationnaire avec un séjour moyen, voire long, sera traitée en mode ambulatoire.

Nous avons analysé le passage à des interventions ambulatoires à l'aide de trois scénarios différents : un scénario pessimiste, un réaliste et un optimiste. La définition des scénarios se base sur la durée moyenne du séjour en 2014 et la classification en séjour court, normal et long. Le terme « séjour court » décrit les cas qui entraînent une diminution des coûts relatifs. La durée moyenne des séjours courts s'élève à un jour pour tous les DRG choisis. C'est donc ici que se trouve le plus grand potentiel de transfert. Dans les trois scénarios, nous partons du principe que les séjours courts seront traités à l'avenir en

mode ambulatoire. Le deuxième plus grand potentiel de transfert revient aux séjours normaux. Pour les treize interventions sélectionnées, la durée moyenne des séjours normaux en 2014 s'élevait à 2,5 jours de moyenne. Dans le scénario optimiste, tous les séjours normaux sont également traités en mode ambulatoire en 2030. Dans le cadre du scénario réaliste, seule la moitié des séjours normaux est traitée en mode ambulatoire. Par contre, dans le scénario pessimiste, seuls les séjours courts sont traités en mode ambulatoire. Dans les trois scénarios, nous partons du principe que les séjours longs seront toujours traités à l'avenir en mode stationnaire. Nous appliquons les hypothèses de transfert citées ci-dessus aux cas de 2030 et analysons leurs effets sur l'ensemble des coûts.

Le tableau 7 illustre la représentation schématique des trois scénarios concernant le transfert de l'opération des varices.

Pour la dernière analyse, nous avons calculé approximativement le potentiel global des interventions ambulatoires. Les rapports historiques entre les interventions chirurgicales ambulatoires et stationnaires sont difficiles à identifier. Contrairement à d'autres pays, il n'existe pas en Suisse de statistiques uniformes accessibles à tous, comparant les interventions ambulatoires et stationnaires. Dans un premier temps, nous avons calculé approximativement le nombre d'interventions chirurgicales stationnaires effectuées. Selon la Statistique médicale des hôpitaux (OFS), 42% des cas stationnaires étaient justifiés par une intervention chirurgicale en 2014.

Tableau 7 : Représentation des hypothèses de transfert pour l'opération des varices

Transfert de l'opération des varices		Stationnaire	Ambulatoire
Statu quo 2030	<i>Ambulatoire (statu quo)</i>		11 985
	<i>Séjour court</i>	4 395	
	<i>Séjour normal</i>	6 648	
	<i>Séjour long</i>	239	
		11 282	11 985
Transfert : Scénario pessimiste	<i>Ambulatoire (statu quo)</i>		11 985
	<i>Séjour court</i>	– 100% →	4 395
	<i>Séjour normal</i>	6 648	
	<i>Séjour long</i>	239	
		6 887	16 380
Transfert : Scénario réaliste	<i>Ambulatoire (statu quo)</i>		11 985
	<i>Séjour court</i>	– 100% →	4 395
	<i>Séjour normal</i>	3 324 50% →	3 324
	<i>Séjour long</i>	239	
		3 563	19 704
Transfert : Scénario optimiste	<i>Ambulatoire (statu quo)</i>		11 985
	<i>Séjour court</i>	– 100% →	4 395
	<i>Séjour normal</i>	– 100% →	6 648
	<i>Séjour long</i>	239	
		239	23 028



Sachant que le nombre total de cas stationnaires en 2014 s'élevait à environ 1,4 million, il s'agit donc de 577 000 interventions chirurgicales. Selon les données extrapolées du pool tarifaire SASIS (extrapolation basée sur les taux de couverture), les médecins ont effectué également près de 262 000 interventions ambulatoires à l'hôpital et 168 000 en cabinet en 2014. Sur la base de ces données, il ressort qu'en 2014, près de 43% des interventions chirurgicales étaient pratiquées en ambulatoire. À l'étape suivante, nous avons utilisé les mêmes prévisions de croissance qu'avec les treize interventions, pour les trois nombres de cas historiques

(stationnaires, ambulatoires à l'hôpital, ambulatoires en cabinet). Nous parvenons ainsi au taux de 47% d'interventions ambulatoires en 2030. Si les cas supplémentaires venaient s'ajouter à nos treize interventions, ce chiffre irait jusqu'à atteindre 52%.

Nous avons déterminé le potentiel supplémentaire en analysant les données stationnaires de l'OFS. Pour cela, nous avons tout d'abord identifié 200 000 cas chirurgicaux nécessitant une durée de séjour moyenne inférieure à deux jours. En supposant qu'à long terme, les avancées médicales permettent d'effectuer 80% de ces interventions en ambulatoire, un potentiel

supplémentaire de 160 000 cas viendrait s'ajouter. Cumulé, le pourcentage de cas ambulatoires s'élève ainsi à 65% du nombre total d'interventions chirurgicales. Nous estimons qu'à long terme, les progrès médicaux permettront aux cas nécessitant un séjour de trois à cinq jours d'être traités en mode ambulatoire. En conséquence, nous avons ajouté 5% de manière générale. Nous avons évalué approximativement les économies qui en résulteront à l'aide d'une économie moyenne par cas, basée sur les économies réalisées sur les treize interventions sélectionnées.

Tableau 8 : Aperçu des hypothèses - tous les calculs et les hypothèses se basent sur les chiffres historiques de l'année 2014.

Intervention	DRG	# Cas stationnaires	CMI moyen	Durée de séjour moyenne	Assurance complémentaire en%	# Cas ambulatoires	Décompte TARMED	Interventions ambulatoires en %	Cas stationnaires transférés en %
Hernie	G24Z, G25Z	12 129	0,567	2,2	26%	2 842	2 900	19%	63%
Varices	F39A, F39B	9 624	0,602	1,8	30%	8 729	2 500	48%	68%
Opération des amygdales	D30A, D30B, D30C	4 832	0,513	2,4	12%	2 513	2 100	34%	63%
Hémorroïdes	G26Z	3 261	0,438	2,2	30%	932	2 300	22%	67%
Stimulateur cardiaque	F12Z, F12A, F12D	2 189	2,466	3,8	38%	791	17 100	27%	59%
Cataracte	C08B	1 668	0,474	1,2	57%	102 037	2 200	98%	90%
Ménisectomie	I30Z, I18B	11 633	0,573	1,9	38%	8 111	2 400	41%	74%
PTCA	F58Z, F57B, F56B	7 120	1,378	1,6	38%	4 374	12 000	38%	82%
Tunnel carpien	B05Z	611	0,392	2,0	45%	17 194	1 300	97%	74%
Conisation du col de l'utérus	N09Z	883	0,395	1,3	27%	3 311	1 800	79%	87%
PTA	F54Z, F59B	5 188	0,892	2,0	30%	3 913	5 500	43%	66%
Arthroscopie du genou	I18B, I30Z	683	0,618	2,9	41%	8 679	2 400	93%	64%
ESWL	L42B	899	0,374	2,0	29%	1 313	1 500	59%	66%
Moyenne 13 interventions		60 720	0,745	2,0	32%	164 739	2 550	86%	70%

Glossaire

Terme	Définition
Baserate - Prix de base	<p>Le prix de base (de l'anglais : baserate) correspond, dans le domaine de la santé, au prix du point par lequel est multiplié le cost weight pour obtenir le remboursement lié à un cas hospitalisé dans un DRG (Diagnosis Related Groups).</p> <p>Pour calculer le prix du traitement hospitalier, le rapport d'évaluation du DRG est multiplié par le prix de base du cas.</p>
CANMETS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Case Mix Index (CMI)	<p>Le Case Mix Index (CMI) permet de mesurer le degré de gravité moyen des cas d'hospitalisation; il est calculé à l'aide d'une échelle correspondant à l'ensemble des ressources requises. Il représente une mesure pour les ressources économiques relatives requises dans tous les cas hospitaliers traités. Le CMI est particulièrement utile dans les systèmes de classification des patients tels que Diagnosis Related Groups (DRG).</p> <p>Il est obtenu en additionnant les coûts relatifs (cost weight, CW) de tous les cas traités par l'hôpital et en divisant le total obtenu par le nombre de cas traités. Le Case Mix est la somme des coûts relatifs recensés dans un hôpital dans un laps de temps donné.</p>
Code CHOP	<p>La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) est à l'origine une traduction et adaptation du volume 3 de la classification américaine ICD-9-CM. Jusqu'en 2007, les modifications annuelles apportées à l'ICD-9-CM étaient incluses dans la CHOP. Depuis 2008, les modifications de l'ICD-9-CM ne sont plus reprises. L'actualisation annuelle de la CHOP est garantie par la procédure de demande nationale.</p>
FMH	<p>La FMH est l'association professionnelle des médecins suisses et l'organisation faîtière des sociétés cantonales de médecine et des sociétés de discipline médicale. Elle compte plus de 40 000 membres.</p>
H+	<p>L'association suisse des hôpitaux H+ est l'association faîtière des hôpitaux publics et privés, des cliniques et autres institutions de soins. Elle compte 236 membres actifs, hôpitaux, cliniques et institutions de soins, implantés en 369 lieux différents, ainsi que 170 membres partenaires parmi des associations, services, institutions, firmes et personnes physiques.</p>

Terme	Définition
IAAS	L'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) a été créée en 1995 en Belgique. Son objectif est de promouvoir une chirurgie ambulatoire de qualité à travers le monde.
Coûts relatifs	Le coût relatif (synonyme : cost weight [CW], degré de gravité ou poids relatif) est un indice dans les systèmes de classification médico-économiques, comme le système DRG, qui calcule les prestations médicales dans les hôpitaux. Il est attribué à un groupe de patients (DRG) et indique le degré de gravité économique d'un cas médical et donc, en corrélation avec le prix de base (baserate), le produit dégagé par un cas.
LAMal	La LAMal, loi fédérale sur l'assurance-maladie, régit l'assurance obligatoire des soins. L'assurance-maladie sociale permet à toute personne vivant en Suisse l'accès aux soins adéquats en cas de maladie, de maternité et d'accident, si ce dernier risque n'est pas couvert par l'assurance-accidents.
Obsan	L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) traite les six thèmes de la santé suivants : « Santé de la population », « Santé mentale », « Âge et soins de longue durée », « Système de santé », « Personnel de santé » et « Coûts et financement ». L'Obsan met ses résultats à la disposition de la Confédération, des cantons et d'autres institutions de la santé.
AOS	Assurance obligatoire des soins. Elle accorde des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité.
SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus qui, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), règle de manière uniforme dans toute la Suisse l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas. Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire selon des critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics complémentaires, et d'autres facteurs. L'introduction du système national de forfaits par cas SwissDRG a eu lieu le 1 ^{er} janvier 2012.

Terme	Définition
TARMED	Structure tarifaire pour les prestations ambulatoires des médecins. TARMED est un tarif à l'acte introduit en 2004. Il comprend plus de 4500 positions.
TARVISION	La révision du tarif ambulatoire a été lancée sous le nom de TARVISION. Quelque 200 délégués tarifaires des sociétés de discipline médicale de la FMH se sont penchés, aux côtés des experts tarifaires de H+ et de CTM, sur la révision globale du tarif médical ambulatoire et ont remanié les plus de 4500 positions tarifaires initiales.
PCCL	Le Patient Clinical Complexity Level (PCCL) est une valeur comprise entre 0 et 4 calculée à partir d'une formule mathématique. Il décrit le degré de gravité général du patient dans un système de classification médico-économique tel que le DRG.
LCA	La LCA, loi fédérale sur le contrat d'assurance, régleme- te notamment les catégories d'assurance-maladie qui complètent l'assurance obligatoire des soins.

Délimitation par rapport à d'autres études

Dans le cadre de la recherche concomitante de SwissDRG, la FMH et H+ ont mandaté l'étude « Transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaire et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets) » (Uni Basel/BSS Volkswirtschaftliche Beratung, 2012). L'étude d'accompagnement analyse les effets de l'introduction du Swiss-DRG sur les transferts de prestations et de coûts entre le secteur de soins aigus stationnaires et le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets). La présente étude analyse, quant à elle, le potentiel de transfert au travers des opérations ambulatoires 1.) du transfert partiel des soins du secteur stationnaire au secteur ambulatoire et 2.) du transfert total des soins du secteur stationnaire au secteur ambulatoire. Les transferts de prestations au secteur ambulatoire en amont et en aval génèrent une réduction des coûts annuelle d'environ 91 millions de francs dans le secteur stationnaire, avec des coûts annuels supplémentaires dans le secteur ambulatoire de 27 millions de francs. Des transferts supplémentaires de soins du stationnaire à l'ambulatoire permettraient d'atteindre une nouvelle économie nette de neuf millions de francs par an. Les différences de potentiels d'économie sont dues aux différentes conceptions des études.

De son côté, le BSS a analysé principalement les données stationnaires (données OFS) et estimé le potentiel ambulatoire. La base de données dans le secteur ambulatoire (données NewIndex) a un taux de couverture notablement inférieur à celui du pool tarifaire SASIS. Le développement du SwissDRG n'a été pris en compte que pendant un an. Notre étude se base, elle, sur des données actuelles des secteurs ambulatoire et stationnaire, avec un taux de couverture très élevé.

Contact

Nous nous réjouissons de débattre avec vous de ce sujet.

Vos interlocuteurs



Patrick Schwendener, CFA
Director, Head Deals Healthcare
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@ch.pwc.com



Philip Sommer
Director, Head Advisory Healthcare
+41 58 792 75 28
philip.sommer@ch.pwc.com

Coauteurs

Tobias Pfinninger

Senior Manager, Révision de codage et contrôle en médecine
+41 58 792 23 76
tobias.pfinninger@ch.pwc.com

Dr. Marc Schulthess

Assistant Manager, Conseil pour le domaine de la santé
+41 58 792 75 00
marc.schulthess@ch.pwc.com

Marius Obrist

Assistant, Corporate Finance/Valuation
+41 58 792 13 50
marius.obrist@ch.pwc.com

Avec le soutien de Swiss Medical Network SA

