



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Fiche d'information

Prestations ambulatoires dans les hôpitaux et les cliniques

Berne, 20.05.2014. La croissance des prestations des hôpitaux et des cliniques dans le secteur ambulatoire est due aux raisons suivantes: la hausse de la demande en prestations ambulatoires des hôpitaux, l'augmentation des maladies chroniques et multiples ainsi que le progrès médical. Le développement démographique, caractérisé par le vieillissement de la population et par le fait que la génération du baby-boom doit recourir désormais davantage aux soins, accentue cette évolution. La demande accrue en prestations ambulatoires hospitalières est accompagnée par un recul de la proportion des traitements stationnaires dans les hôpitaux et les cliniques. Cette évolution est judicieuse tant du point de vue de l'économie de la santé que du point de vue de l'économie en général. Alors que les hôpitaux ont adapté leurs offres ambulatoires à la hausse de la demande, le financement insuffisant de ces prestations s'aggrave.

Qu'est-ce que les prestations ambulatoires des hôpitaux?

Toutes les prestations prodiguées de manière non stationnaires dans les hôpitaux et les cliniques sont considérées comme ambulatoires dans le relevé de l'Office fédéral de la statistique et pour la facturation.

Selon l'ordonnance sur l'assurance-maladie, un **traitement stationnaire** correspond à un séjour dans un hôpital d'une durée de 24 heures au moins à des fins d'examen, de traitement et de soins. Les séjours de moins de 24 heures durant lesquels un lit a été occupé pour une nuit sont aussi considérés comme traitement stationnaire. Des séjours répétés dans un hôpital de jour ou de nuit sont considérés comme des **traitements ambulatoires**.

Les **prestations ambulatoires des hôpitaux** sont prodiguées dans les hôpitaux et les cliniques, dans leurs services ambulatoires et leurs policliniques. L'institution qui facture – c'est-à-dire l'hôpital ou la clinique – est déterminante pour le relevé statistique. La forme juridique du fournisseur de prestations (société anonyme, coopérative, fondation, institution de droit public, hôpital public) et le mode de propriété ne jouent aucun rôle. Si un médecin exerçant en pratique privée (par exemple un médecin agréé) loue un cabinet dans un hôpital et qu'il facture lui-même, ses prestations ne relèvent pas des offres ambulatoires de l'hôpital. Il en va de même du médecin de famille qui effectue ses services de garde dans le service d'urgence d'un hôpital en facturant indépendamment de ce dernier. En revanche, si ce praticien est salarié à l'heure pour son travail au service d'urgence et que l'hôpital se charge de la facturation des soins, cette offre compte parmi les prestations ambulatoires des hôpitaux.

Sur le plan tarifaire, les prestations ambulatoires des hôpitaux relevant de l'offre de base sont traitées de la même manière que les traitements prodigués dans un cabinet individuel ou de groupe. Si une opération en ambulatoire nécessite une infrastructure hospitalière particulière, elle est rémunérée par des positions tarifaires spécifiques pour les prestations médicales et techniques.

La **tarification des urgences** obéit à des règles différentes. Pour les urgences, le médecin en pratique privée a droit, en plus de la rémunération de la prestation médicale, à une indemnité forfaitaire de dérangement d'urgence ainsi qu'à des suppléments pour les nuits, les week-ends et les jours fériés. Les hôpitaux ne peuvent pas facturer de tels suppléments: quelle que soit l'heure ou le jour, ils reçoivent la même rémunération. Un forfait d'admission est facturé par patient pour les admissions aux urgences dans les hôpitaux.

Dans les réseaux de soins intégrés, les hôpitaux et leurs spécialistes travaillent étroitement avec les médecins de famille. Cela vaut aussi pour les nouveaux modèles de collaboration dans lesquels des médecins de famille effectuent leurs services de garde à l'hôpital.

Le principe suivant est valable pour la tarification des prestations stationnaires (SwissDRG) et ambulatoires (TARMED): la même prestation est indemnisée de la même manière, quel que soit le lieu où elle est prodiguée et la structure de celui qui la prodigue.

La proposition du Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour l'intervention subsidiaire dans le tarif TARMED ne respecte pas ce principe et viole aussi l'égalité de traitement garantie par la Constitution fédérale. Selon le projet d'ordonnance du DFI, le supplément pour les prestations de la médecine de base ne s'applique pas aux services ambulatoires des hôpitaux.

Des revenus en baisse, qui ne couvrent pas les coûts, pour les prestations à l'acte

La rémunération des prestations ambulatoires des hôpitaux est insuffisante et entraîne une sous-couverture croissante des coûts. En 2013, le déficit des prestations ambulatoires dans l'ensemble de la branche hospitalière s'élevait à quelque 500 millions de francs. Si l'intervention subsidiaire de la Confédération dans le tarif ambulatoire TARMED devait être mise en œuvre comme annoncé, le manque à gagner pour les hôpitaux se creuserait de 100 à 150 millions supplémentaires.

Les données de coûts du tarif TARMED actuel sont notamment fondées sur les salaires du personnel non-médical de la fin des années 90. Pour H+, la seule solution permettant d'assurer à l'avenir une rémunération des prestations ambulatoires qui soit conforme à la gestion économique et à la loi consiste à réviser TARMED dans sa totalité et aussi vite que possible avec la participation de tous les partenaires tarifaires.

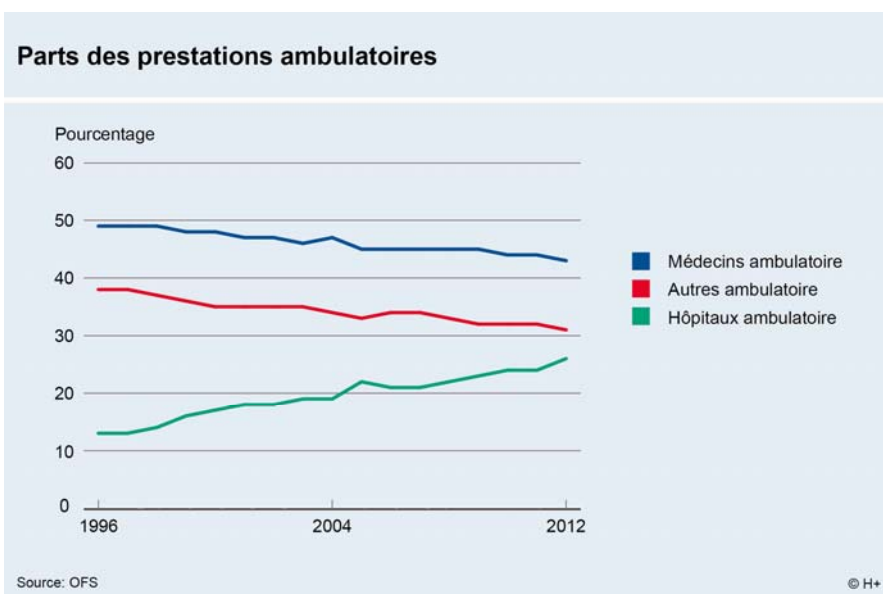
Judicieux du point de vue de l'économie de la santé et de l'économie en général

Au cours des dernières décennies, le progrès médical a permis de prodiguer en ambulatoire toujours plus de traitements qui étaient auparavant dispensés en stationnaire. Cette évolution est judicieuse du point de vue de l'économie de la santé car les coûts diminuent alors que les résultats sont aussi bons, voire meilleurs. Le retour rapide sur la place de travail rend aussi cette tendance souhaitable pour l'économie en général.

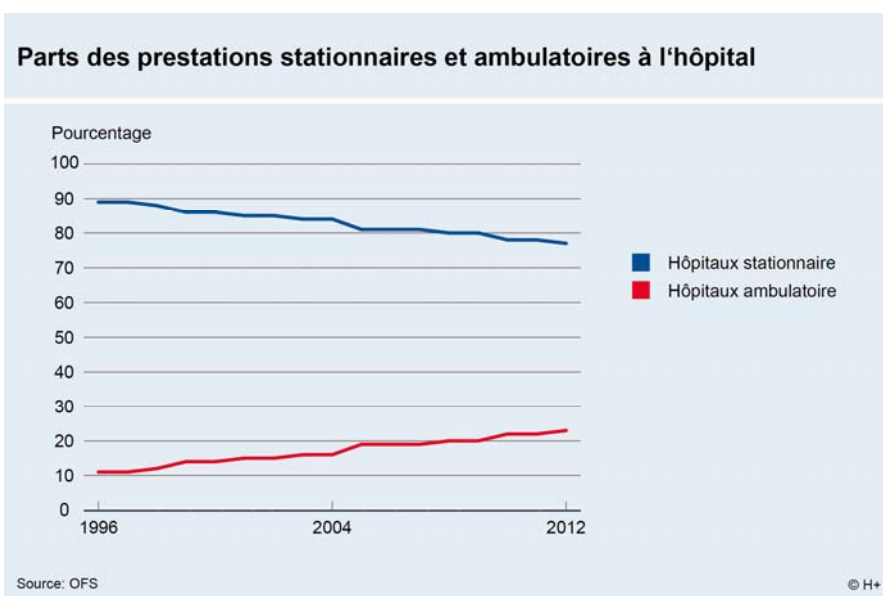
Le **financement différent** des prestations ambulatoires (par les assureurs) et des traitements stationnaires (par les assureurs et les cantons) entraîne des effets pervers et freine le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire.

Faits et chiffres relatifs aux prestations ambulatoires et stationnaires

La **part des prestations ambulatoires** des hôpitaux reste inférieure à celle des prestations des cabinets médicaux. La différence s'est cependant fortement réduite. En 1996, les prestations ambulatoires des cabinets médicaux représentaient 49% de toutes les prestations ambulatoires alors que celles des hôpitaux étaient de 13%, soit une proportion de 4 contre 1. En 2012, ces parts respectives sont passées à 43% et 26% (différence 17%). Un quart de toutes les prestations ambulatoires sont prodiguées aujourd'hui par les hôpitaux.



Les **parts des coûts rapportées à l'ensemble des prestations des hôpitaux** montrent que le secteur ambulatoire croît depuis l'introduction de la LAMal en 1996, alors que le secteur stationnaire voit sa proportion diminuer constamment. Ce transfert s'explique à la fois par les progrès médicaux, qui élargissent les possibilités de traitement en ambulatoire, et par la hausse de la demande, avant tout dans les services d'urgence.



Prestations de la santé par fournisseur

En 2012, les hôpitaux et les cliniques ont dispensé des prestations ambulatoires pour une valeur de CHF 5,9 Mrds et des prestations stationnaires pour CHF 19,6 Mrds. Exprimées en termes de proportion, 3/5 de toutes les prestations stationnaires et 1/4 de toutes les prestations ambulatoires sont prodiguées par les hôpitaux.

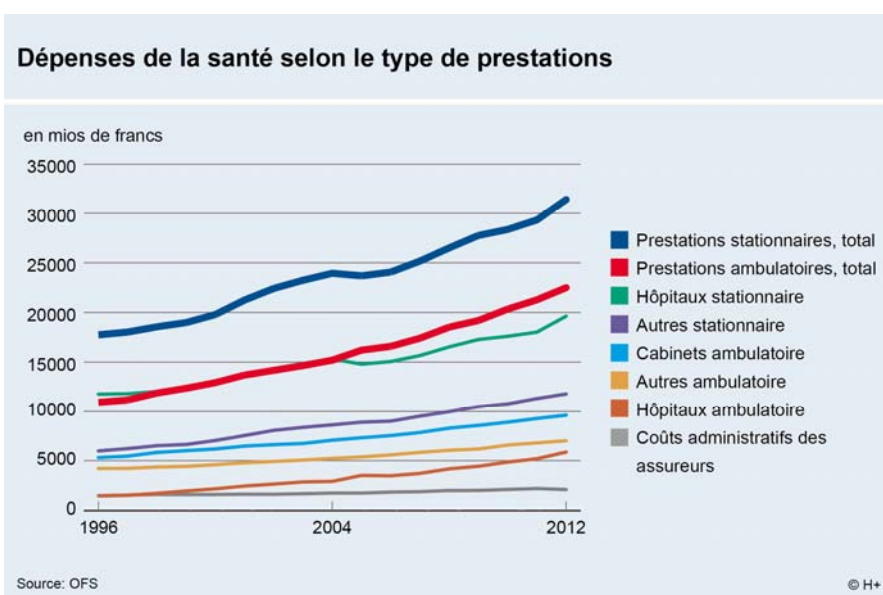
Entre 1996 et 2012, les prestations stationnaires ont augmenté de 67% pour atteindre CHF 31,4 Mrds en 2012. De leur côté, les prestations ambulatoires ont augmenté de 106% pour s'élever à CHF 22,5 Mrds pour cette même année.

Les prestations des hôpitaux dans le secteur stationnaire ont représenté en 2012 un montant de CHF 19,6 Mrds, et dans l'ambulatoire CHF 5,9 Mrds.

Les coûts administratifs des assureurs (LAMal et LCA) s'élevaient la même année à CHF 2,2 Mrds.

Entre 1996 et 2012, la population a augmenté de 12,7%, passant de 7,1 Mios à 8,0 Mios. Les taux d'augmentation des prestations de la santé évoluent très légèrement en-deçà de ceux de la population.

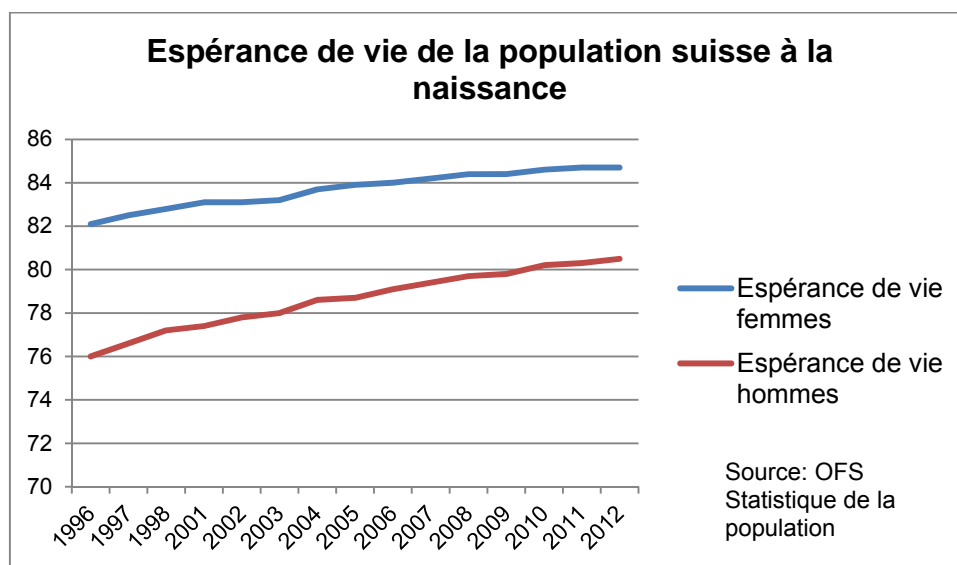
Durant la même période et pour 10'000 habitants, les prestations stationnaires ont augmenté de 56% et les prestations ambulatoires de 81%.



Allongement de l'espérance de vie et toujours davantage de personnes âgées

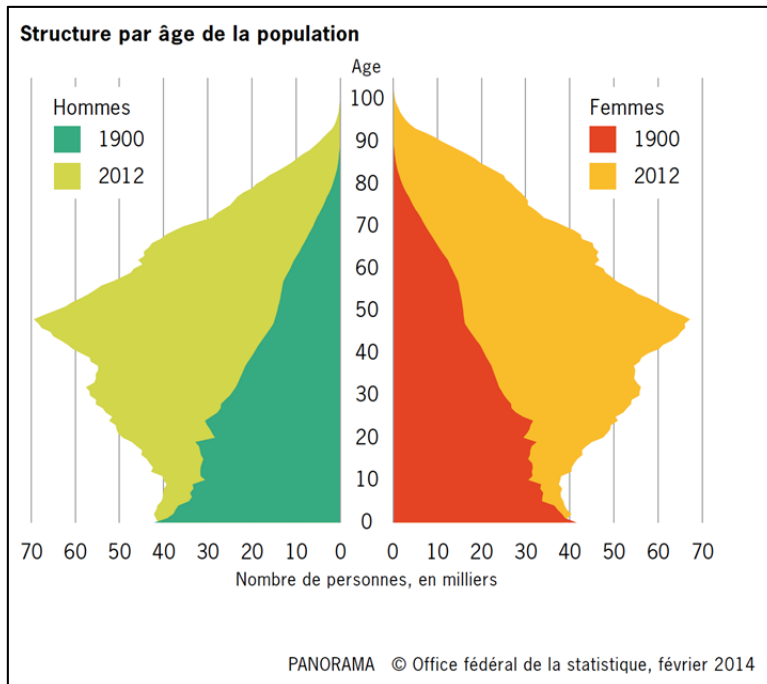
L'espérance de vie des femmes s'est allongée de 3,2% entre 1996 et 2012, passant de 82,1 à 84,7 ans. Celle des hommes est inférieure, mais connaît une augmentation plus forte que celle des femmes durant la même période. Elle est en augmentation de 5,9%, passant de 76,0 à 80,5 ans.

Actuellement, l'espérance de vie à la naissance en Suisse est l'une des plus hautes dans le monde, conséquence d'une forte augmentation au cours du 20e siècle. Depuis 1900, elle a pratiquement doublé: de 46,2 à 80,5 ans pour les hommes et de 48,8 à 84,7 ans pour les femmes. Cette évolution connaît un léger ralentissement depuis quelque temps. La différence entre les deux sexes se réduit depuis les années nonante.



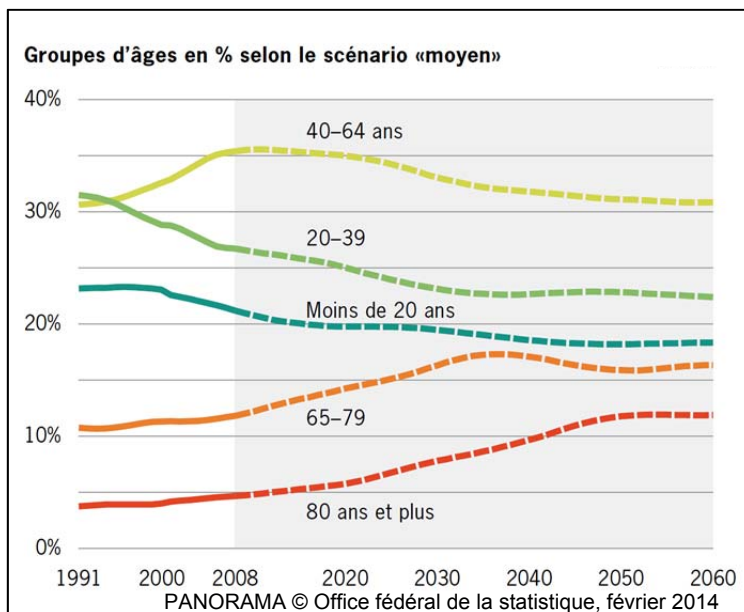
Durant les cent dernières années, la pyramide des âges de la population s'est modifiée durablement, avec le recul de la natalité et de la mortalité, ainsi qu'avec les grandes vagues d'immigration durant la seconde moitié du 20e siècle.

La part des moins de 20 ans a diminué, passant de 40,7% (1900) à 20,4% (2012); durant la même période celle des plus de 64 ans a augmenté, passant de 5,8% à 17,4%. Cette évolution est particulièrement marquée pour les personnes âgées de 80 ans et plus qui ont vu leur nombre croître de 0,5% à 4,9%. Ce processus de vieillissement démographique est une conséquence de l'allongement de l'espérance de vie, et, plus encore, du recul de la natalité. La tendance va se poursuivre au 21e siècle. D'ici à 2060, la part des 65 ans et plus devrait passer de 17,4% (2012) à quelque 28%.



Avec l'entrée de la génération du baby-boom des années 60 dans le groupe des 50 ans et plus, cette classe d'âge gagne en importance. Résultant de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre des personnes âgées augmente également – les plus de 79 ans étaient 390'663 en 2012. En 1962, ce groupe comptait 88'921 personnes. En comparaison, l'effectif des moins de 20 ans a baissé: il est passé de 1'837'938 en 1962 à 1'643'307 en 2012.

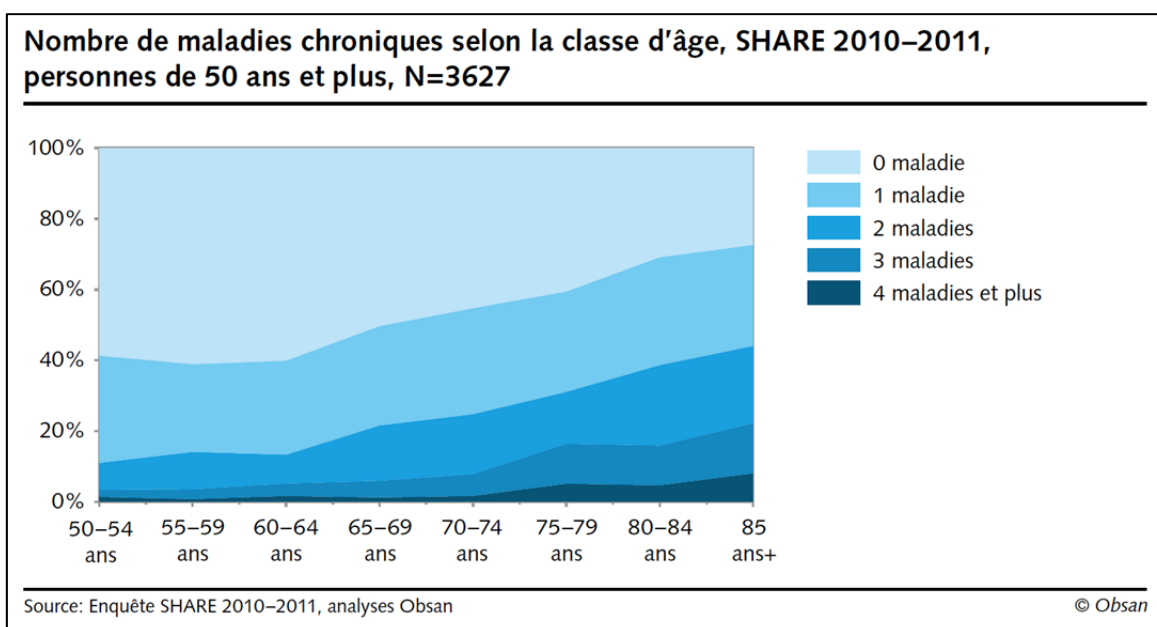
La demande en prestations de santé continuera de s'accroître ces prochaines années, car la génération des baby-boomers aura besoin de plus de prestations. Parallèlement, ce sont les classes d'âges où les naissances étaient moins nombreuses qui devront dispenser ces prestations, ce qui sollicitera de manière très intense les structures ambulatoires ainsi que les hôpitaux et les cliniques.



Davantage de maladies chroniques et multiples

L'Observatoire suisse de la santé Obsan (www.obsan.admin.ch) a publié dans son bulletin 4/2013 les résultats d'une vaste enquête consacrée à la multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. L'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie. Cela s'accompagne d'une forte augmentation de la fréquence des **maladies chroniques**, particulièrement chez les personnes âgées. Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Elles nécessitent une prise en charge sur une période qui peut s'étendre de plusieurs mois à des décennies. Les principales maladies chroniques sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'arthrose, le diabète et la dépression. En Suisse, quatre maladies, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et les démences sont responsables de 74,6% des décès des hommes et de 75,9% de ceux des femmes (Office fédéral de la statistique 2013).

Il est fréquent que les patients souffrent de plusieurs maladies en même temps. L'analyse des causes de décès en Suisse montre que 11% des cas de décès correspondait à un diagnostic, 24% à deux diagnostics, 30% à trois diagnostics et 31 % des cas, à quatre diagnostics (Office fédéral de la statistique 2013).



Les données confirment le lien très important entre la multimorbidité et l'âge ainsi qu'avec le sexe et le statut social. Les personnes de 50 à 64 ans courent davantage de risque d'être multimorbides si elles ont de bas revenus. Celles de 65 ans et plus ont un risque plus élevé de multimorbidité lorsque leur niveau de formation n'est pas élevé ou lorsqu'elles vivent dans un ménage d'une personne.

La multimorbidité continuera d'augmenter

Les données de population générale sur la multimorbidité en Suisse sont encore rares. L'enquête SHARE, qui comprend un vaste échantillon représentatif des personnes de 50 ans et plus en Suisse, apporte des informations importantes sur cette classe d'âge. Des études sont nécessaires cependant sur l'ensemble de la population.

Au niveau pratique, ce travail permet, selon l'Obsan, d'évaluer l'envergure et les particularités du phénomène de la multimorbidité. La proportion importante de personnes multimorbides et son augmentation programmée compte tenu du vieillissement de la population contribuera à mettre le système de santé sous forte pression, constate l'Obsan dans ses conclusions.

Les services d'urgence sont de plus en plus sollicités

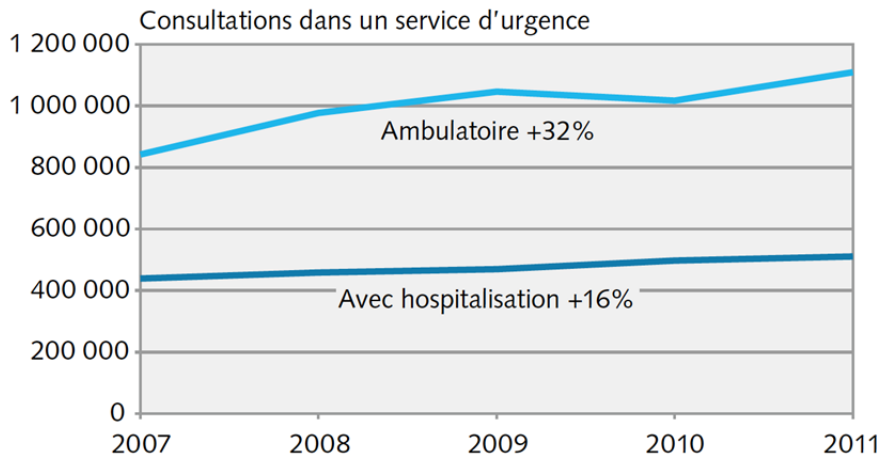
L'Observatoire suisse de la santé Obsan (www.obsan.admin.ch) a publié dans son bulletin 3/2013 une analyse des consultations dans les services d'urgence en Suisse. Cette étude met en évidence les évolutions suivantes durant les années 2007 à 2010:

- Le volume de consultations dans un service d'urgence a augmenté de 26% entre 2007 et 2011. Il s'élève à 4'400 visites par jour en 2011 en Suisse. Sa croissance (+33%) a été la plus importante dans le groupe d'âge des 86 ans et plus.
- La proportion d'hospitalisations depuis un service d'urgence est restée stable entre 2007 et 2011 (respectivement 34% et 32%). Ce résultat pourrait indiquer que les cas nommés communément «fausses urgences» (qui représentent une proportion inconnue des urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation) n'ont pas augmenté.
- Ces évolutions et l'augmentation des consultations imposent à ces services d'adapter leur infrastructure et leurs ressources humaines et financières en fonction de la demande.
- Le taux de recours à un service d'urgence en 2011, qui est de 204/1'000 habitants en moyenne suisse, est plus de deux fois supérieur chez les personnes très âgées (≥ 86 ans) et chez les très jeunes (< 6 ans).
- Le profil des seniors hospitalisés après une visite aux urgences se distingue clairement de celui du reste de la population. Les patients âgés hospitalisés entrent plus souvent à l'hôpital après une consultation aux urgences, leur séjour hospitalier est plus long et il est suivi plus souvent par une entrée en EMS (court ou long séjour). Finalement, ils sont plus souvent réadmis à l'hôpital. Toujours plus nombreux à fréquenter les services d'urgence, les patients âgés nécessitent une prise en charge adaptée à leurs besoins, qui doit passer notamment par la formation du personnel de soins aux spécificités gériatriques.

Les hôpitaux universitaires ou cantonaux reçoivent plus de la moitié des consultations aux urgences (58% en 2011) (figure 3). Les établissements de soins aigus se divisent en trois catégories: les hôpitaux universitaires ou cantonaux, les hôpitaux régionaux et les cliniques spécialisées (chirurgie, gynécologie et néonatalogie, pédiatrie, gériatrie). Dans ces établissements, la croissance du volume de visites dans un service d'urgence s'est élevée à 40% entre 2007 et 2011. Le reste des consultations a eu lieu dans des hôpitaux régionaux (35% en 2011) ou des cliniques spécialisées (6% en 2011). Parmi ces dernières, 69% des consultations se sont déroulées dans des hôpitaux pédiatriques.

Volumes de consultations (ambulatoire et avec hospitalisation) dans un service d'urgence, Suisse 2007–2011

Fig. 1



Source: Statistique médicale OFS et Pool tarifaire SASIS, 2007–2011

© Obsan

Bas seuil d'accès

Les services d'urgence jouent un rôle central dans notre système de soins. Ils fonctionnent comme une porte d'entrée dans le système de soins et plus spécifiquement dans les hôpitaux. Ouverts 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, souvent situés dans des centres urbains, ils se caractérisent par un bas seuil d'accès. Les services d'urgence reçoivent tous les patients pour une première investigation.

La population apprécie l'accessibilité et la fonctionnalité de ces services: situation géographique, horaires d'ouverture, plateau technique. De plus, le recours aux services d'urgence vient toujours davantage pallier à l'absence de médecin de famille, constate l'étude de l'Obsan. Par ailleurs, la population fréquentant les urgences vieillit et les patients vulnérables, voire précarisés, sont plus nombreux. La complexité gériatrique et sociale de ces cas additionnée à une multiplication des gestes techniques (tests diagnostiques, consultations spécialisées) mobilisent les ressources disponibles aux urgences.

En Suisse, des données chiffrées sur leur fréquentation, indispensables à la planification du système de santé, font pourtant défaut. Le bulletin de l'Obsan a pour objectif de pallier à ce vide en présentant des chiffres sur le volume de consultations faites dans les services d'urgence en Suisse, sur le taux de recours et leur évolution entre 2007 et 2011.

Prestations ambulatoires des hôpitaux: enquête de H+ en août 2010

En août 2010, H+ a mené une enquête auprès de ses membres sur les traitements ambulatoires à l'hôpital au cours des années 2006 à 2009. Les chiffres qui suivent sont des extrapolations reposant sur ces données. Il n'existe en Suisse aucune autre statistique du volume des traitements médicaux ambulatoires. Sur 214 hôpitaux de soins aigus et groupes d'hôpitaux, 61 ont rempli le questionnaire dans sa totalité ou partiellement. Parmi les participants, on compte 4 hôpitaux universitaires et 11 hôpitaux de prise en charge centralisée.

Interventions en ambulatoire plus complexes et sophistiquées

Entre 2006 et 2009, le nombre de patientes et de patients traités en ambulatoire dans les hôpitaux suisses a augmenté en moyenne de 4,3% chaque année. Les coûts correspondant ont augmenté de 8,5%, parce que les interventions en ambulatoire sont devenues plus complexes et sophistiquées. Des traitements exigeants comme les dialyses, les chimiothérapies, les interventions cardiaques et les endoscopies – qui requièrent une infrastructure importante, des médicaments coûteux et des connaissances spécialisées – sont aujourd'hui effectués en ambulatoire. Ils étaient dispensés autrefois en stationnaire.

Davantage d'interventions et de traitements peuvent désormais être effectués en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire. Cela ne concerne pas seulement la chirurgie (ex.: cataracte, chirurgie cardiaque), mais aussi les soins de suivi ambulatoires après des traitements complexes en stationnaire (ex.: chimiothérapie et radiothérapie pour les patients atteints d'un cancer). Cette évolution est souhaitable et judicieuse tant du point de vue médical qu'économique. Les patientes et les patients sont de retour au travail beaucoup plus rapidement.

La forte augmentation du nombre d'opérations des yeux et du cœur ainsi que des chimio- et des radiothérapies ne pourrait être ni prise en charge, ni financée dans le secteur stationnaire. En ambulatoire, les traitements sont moins lourds, mais ils coûtent pourtant davantage aux caisses maladie car les cantons ne participent pas au financement.

Prestations ambulatoires à l'hôpital: les prix baissent

Le prix moyen du point tarifaire pour les prestations ambulatoires à l'hôpital a baissé de 4,5% entre le moment de l'introduction de TARMED en 2004 et le 1er janvier 2010. L'augmentation du coût global des soins ambulatoires à l'hôpital est due exclusivement à une croissance massive de la demande pour ces soins.

Rédaction: Département de la communication de H+, Conrad Engler, Nicole Fivaz

Renseignements complémentaires:

Bernhard Wegmüller, directeur

Tél. prof: 031 335 11 00

Mobile: 079 635 87 22

E-mail: bernhard.wegmueller@hplus.ch

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 236 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 369 sites en tant que membres actifs et près de 200 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers comme membres partenaires. A travers ses institutions membres, H+ représente quelque 185'000 personnes actives.
