



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position de H+

Le financement hospitalier actuel a atteint ses limites

Contexte

Les hôpitaux et les cliniques souffrent d'un sous-financement chronique des prestations dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Dans le secteur ambulatoire, cette insuffisance de couverture s'élèvera bientôt à 30% des coûts; dans le secteur stationnaire, elle atteint quelque 10%. L'inflation, la pénurie de personnel qualifié et les hausses de salaire qui en résultent entraînent aussi pour les hôpitaux et les cliniques des coûts et des investissements supplémentaires qu'ils devraient en principe financer via les tarifs si ces derniers le permettaient. En outre, il manque depuis des décennies dans les tarifs de l'AOS une prise en compte équitable de l'évolution prospective des coûts cumulés. À cela s'ajoutent les défis démographiques avec les babyboomers qui, au cours des dix années à venir, vont quitter les professions de la santé. Il en va de même pour les patients âgés qui présentent des tableaux cliniques plus complexes et requièrent davantage de soins. Ces facteurs de coûts ainsi que les investissements nécessaires dans les progrès technologiques et numériques mais aussi le transfert vers l'ambulatoire et la réglementation accrue imposée par le législateur transforment le sous-financement des hôpitaux en un cocktail toxique.

La situation financière des hôpitaux et des cliniques montre clairement que le système de santé suisse ne correspond pas aux prescriptions et aux conceptions de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Les tarifs de l'AOS devraient permettre de financer économiquement et sur la durée un hôpital présentant une efficacité moyenne – or tel n'est pas le cas. H+ exige que les principes de financement adoptés dans la LAMal soient enfin appliqués de manière correcte. Il convient de mettre un terme au sous-financement imposé pour des motivations politiques. Si cette revendication n'est pas entendue, la population risque de subir des restrictions de qualité, voire des pénuries dans la fourniture des soins.

Les hôpitaux et les cliniques tiennent à maintenir les prestations et la qualité à leur niveau actuel. Pour cette raison, H+ Les Hôpitaux de Suisse exige que les six points suivants soient remplis:

1. Un financement approprié et durable des prestations stationnaires et ambulatoires des hôpitaux et des cliniques prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), afin que ces prestations puissent continuer à être fournies à avec la qualité requise.
2. Une adaptation immédiate de la politique tarifaire portant sur:
 - a. une hausse des tarifs de 5% afin de rattraper le renchérissement et l'évolution des coûts du personnel qui sont intervenus;
 - b. une inscription du principe de l'indexation prospective dans le financement de l'AOS;
 - c. une hausse progressive des tarifs ambulatoires de 15% au total au cours des quatre années à venir afin d'absorber le sous-financement chronique de 30% en moyenne qui sévit depuis des années.
3. L'introduction et la reconnaissance par toutes les parties prenantes d'une comparaison, optimisée en termes d'adéquation, prenant en compte les facteurs exogènes (qui ne peuvent pas être influencés par les hôpitaux et les cliniques) dans les calculs de benchmark.

4. L'introduction pour l'ambulatoire d'un système tarifaire approprié, reposant sur des forfaits et sur le tarif à la prestation TARDOC, doit intervenir de manière neutre pour les coûts. Le sous-financement actuel de quelque 30% dans l'ancien système TARMED doit être levé, indépendamment du changement de système à venir – dans l'idéal encore sous l'empire de TARMED.
5. L'introduction de solutions alternatives de financement pour les missions des hôpitaux et des cliniques qui ne sont pas des prestations médicales, infirmières et thérapeutiques (prestations LAMal) stricto sensu.
6. La prise en compte dans les réflexions des milieux politiques, des pouvoirs publics et des assureurs, de la sécurité de l'approvisionnement en soins et des innovations ainsi que, partant, la mise à disposition des ressources financières nécessaires.

Position

1. Un financement approprié et durable, conforme au niveau de qualité élevé des prestations des hôpitaux et cliniques de Suisse

Le système de financement actuel pousse les hôpitaux et cliniques au-delà de leurs possibilités. Avec des tarifs qui ne couvrent pas les coûts dans l'ambulatoire et le stationnaire, il n'est pas possible de répondre aux défis que sont le changement démographique, la pénurie croissante de personnel qualifié, les revendications des collaborateurs en termes de conditions de travail, le progrès technologique, les nouvelles missions constamment imposées par les milieux politiques et l'administration ainsi que les attentes de la population.

H+ estime que, s'il était correctement appliqué, c'est-à-dire dans la lettre et l'esprit du nouveau financement hospitalier adopté en 2009, le cadre légal actuel de l'assurance maladie devrait permettre un financement adéquat, conforme aux principes économiques, des secteurs ambulatoire et stationnaire. C'est pourquoi, H+ s'engage en faveur d'une utilisation efficiente des ressources pour fournir des prestations médicales dans la qualité requise. L'association réclame, dans le même temps et selon ces principes, un financement approprié, valorisant et durable.

2. Des tarifs appropriés, conformes à l'esprit de la LAMal, impliquent une hausse massive des prix

Un sous-financement chronique, le renchérissement, la pénurie de personnel formé, le vieillissement de la population, le progrès technologique et les attentes de la population à l'égard du système de santé ont un impact sur l'offre concrète en prestations médicales et ainsi sur les coûts de la santé en général et sur les finances des hôpitaux et des cliniques en particulier. Afin d'assurer la sécurité des soins à long terme, il est nécessaire de relever les tarifs de 5% dans l'immédiat et de procéder à une hausse échelonnée de 15% au cours des quatre années à venir pour ce qui concerne l'ambulatoire, afin que le sous-financement chronique soit enfin résorbé. De même, il conviendra à l'avenir d'indexer les tarifs de manière prospective.

- Le **sous-financement** est devenu un phénomène chronique depuis des années et résulte de plusieurs causes: la concentration exclusive sur les coûts des milieux politiques, des autorités et des assureurs empêche les hôpitaux et les cliniques de négocier avec les assureurs des tarifs couvrant les coûts, bien qu'ils fournissent leurs prestations de manière efficiente. À cela s'ajoute la vétusté de la structure tarifaire dans le secteur ambulatoire. L'étude «[Hôpitaux suisses: santé financière 2021](#)» de PWC conclut aussi que seuls de très rares hôpitaux et cliniques réalisent la marge EBITDAR de 10% nécessaire pour survivre à long

terme. Selon l'esprit du financement hospitalier, les hôpitaux efficaces devraient pouvoir l'atteindre au travers des seuls tarifs AOS.

- Le **renchérissement** ainsi que l'**augmentation des prix de l'énergie et des biens** exercent une influence notable sur les finances des hôpitaux et des cliniques. Des hausses à deux chiffres dans les secteurs de l'énergie, des technologies médicales et des produits consommables médicaux, de la nourriture et de la construction sont devenues monnaie courante depuis 2022. Les hôpitaux et les cliniques devraient pouvoir reporter ces augmentations sur les coûts de leurs prestations. Ils n'ont pas d'alternative! Mais contrairement aux autres secteurs économiques, les fournisseurs de prestations de santé ne peuvent pas agir de la sorte car les tarifs doivent être négociés avec les assureurs et approuvés par les autorités. Lorsque ces deux acteurs ne jouent pas le jeu, les hôpitaux se retrouvent dans l'impasse: ils dépérissent lentement mais sûrement. La qualité et l'accès aux soins sont menacés.
- La **pénurie de personnel qualifié** exerce une influence décisive sur les finances des hôpitaux et des cliniques car les coûts du personnel représentent entre 65 et 80% des coûts totaux. Dans la «course aux talents» qui fait rage aujourd'hui, les responsables des hôpitaux et des cliniques doivent consentir des dépenses plus élevées pour dénicher les professionnels qu'ils recherchent. Il en résulte que les coûts de recrutement ou pour les travailleurs temporaires augmentent, de même les salaires. Afin de fidéliser les collaborateurs, les hôpitaux et les cliniques doivent aujourd'hui déjà proposer des conditions de travail attrayantes, sans attendre la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. Un élargissement de la marge de manœuvre financière est nécessaire pour que ces mesures en faveur de l'amélioration des conditions de travail puissent exercer un effet durable.
- La population croît: entre 2011 et 2021, la Suisse a enregistré une augmentation de +9.86% (784'000 personnes) de sa population. Dans le même temps, la proportion de personnes à la retraite est en hausse. Ce phénomène n'impacte pas seulement le marché de l'emploi mais aussi la fourniture des soins. Selon le Kompetenzzentrum für Demografie à Bâle, 788'000 personnes atteindront l'âge de 65 ans entre 2023 et 2029. Durant la même période, 640'000 jeunes passeront le cap des 20 ans. Il en résultera un déficit de 148'000 travailleurs potentiels. Jusqu'à 2040, ce manque totalisera 321'000 travailleurs alors que le nombre de personnes âgées présentant des tableaux cliniques complexes, qui nécessiteront davantage de soins médicaux, continuera d'augmenter. De même, le nombre de décès et de personnes dans les dernières années de leur vie connaîtra une hausse massive. Or ce sont ces patients qui entraînent les coûts les plus élevés car ils présentent souvent des tableaux cliniques différents et plus complexes. Ils requièrent donc davantage de soins médicaux. Ce **changement démographique** impose aux hôpitaux et aux cliniques de développer de nouveaux modèles de soins et d'investir. Dans un contexte de sous-financement, cela n'est pas possible.
- Les conséquences des **progrès médicaux et technologiques** sont insuffisamment prises en compte dans les systèmes tarifaires. Seuls des systèmes «apprenants», qui se fondent sur des données réelles de coûts et de prestations, peuvent assurer une représentation proche de la réalité de ces évolutions.
- Les **attentes de la population** à l'égard des soins médicaux ont changé: celle-ci recherche les offres à bas seuil, une fourniture rapide et un accès 24 heures sur 24 et 365 jours par an si possible. Ces attentes sont renforcées par la diminution du nombre de médecins de famille prodiguant des soins de base. Conformément à leur mission de fourniture des soins, les hôpitaux et les cliniques se sont adaptés à cette mutation et ont créé des cabinets de garde, par exemple.

3. Calculs de benchmark corrects et équitables

Afin de réaliser le benchmark, le Surveillant des prix et les assureurs maladie enregistrent les fournisseurs de prestations d'une manière très simple et les classent selon leurs coûts par cas. Cette extrême simplification aboutit à comparer les coûts des hôpitaux universitaires avec ceux d'hôpitaux plus petits, voire très petits, et des maisons de naissance. Naturellement, le benchmarking doit être pondéré par le nombre de cas, respectivement le coût relatif, toute autre manière de procéder n'est pas scientifique. Bien que les coûts par cas prennent en compte certaines différences dans la patientèle des hôpitaux, des différences marquantes entre les établissements sont négligées, qui résultent de facteurs exogènes et non de leur efficacité. Ces facteurs ne sont guère du ressort des hôpitaux car ils résultent des mandats de prestations ou d'aspects spécifiques au site qui ne sont pas pris en compte dans la structure tarifaire. Les facteurs exogènes sont, par exemple un service des urgences ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours par an, la médecine hautement spécialisée, les infrastructures d'un hôpital universitaire ou de prise en charge centralisée, l'étendue de la palette de prestations ou encore les circonstances régionales telles un niveau élevé des salaires. Selon H+, le calcul d'un benchmark équitable implique une prise en considération de ces facteurs exogènes. En outre, un tel benchmark doit être reconnu par tous les partenaires. Des informations supplémentaires sur le benchmark optimisé sont disponibles sur le [site Web de l'association Spitalbenchmark](#).

4. Introduction d'un système tarifaire cohérent

H+ s'engage en faveur de l'introduction d'un système tarifaire équilibré pour l'ambulatoire, constitué de forfaits et du tarif à la prestation TARDOC. L'association en a posé les principes, en collaboration avec santésuisse, avec la version 1.0 des forfaits pour l'ambulatoire. Ces derniers doivent être rassemblés en un système tarifaire cohérent au sein de l'Organisation tarifs médicaux ambulatoires SA (OTMA).

Les forfaits sont clairement intelligibles et simples d'application, ils se fondent sur des règles impératives, des contenus définis, des critères vérifiables et ils réduisent le travail administratif pour toutes les parties prenantes. Chaque contact-patient est facturé soit au moyen d'un forfait ambulatoire soit au moyen du tarif à la prestation. Dans ce système, les forfaits représentent avant tout les traitements mobilisant beaucoup de ressources alors que le tarif à la prestation est plutôt orienté sur les consultations avant et après le traitement, par exemple. À l'avenir, les forfaits ambulatoires couvriront environ la moitié du volume dans l'ambulatoire hospitalier et pourront être développés chaque année sur la base des données actuelles de coûts et de prestations. Ainsi, les forfaits compléteront le tarif à la prestation TARDOC de manière optimale et rempliront l'objectif négocié avec les partenaires tarifaires et le mandat clair confié par les milieux politiques.

5. Solutions alternatives de financement

Le législateur confie toujours plus de tâches supplémentaires aux hôpitaux et aux cliniques pour lesquelles aucun financement n'est prévu, par exemple dans les domaines de la numérisation, de la formation, de l'assurance qualité ou de la protection des données. De plus, la prolifération de la bureaucratie et des contrôles augmente la charge administrative, ce qui renchérit les coûts. C'est la raison pour laquelle H+ exige un financement approprié des missions supplémentaires qui ne sont pas à proprement parler des prestations LAMal. Il s'agit de

- missions prescrites par le législateur et le régulateur (par ex. le DEP);
- tâches non couvertes par les tarifs AOS en vigueur (mise en œuvre de la protection des données, révision de la LAMal Renforcement de la qualité et de l'économicité);
- prestations d'intérêt général, telles que, en particulier, la formation universitaire initiale et postgrade;

- la mise en œuvre de la volonté du peuple au travers de nouvelles lois (initiative Pour des soins infirmiers forts)

H+ s'élève contre tout type de surrégulation administrative entraînant des coûts hors du cadre légal et donc sans financement.

6. Se focaliser sur les soins à la population

Le monde politique, les pouvoirs publics et les assureurs doivent se focaliser sur la garantie des soins à la population et se détacher de la discussion centrée uniquement sur les coûts. Il faut que les politiques et les autorités cessent de vouloir combattre les conséquences de la hausse des primes avec des mesures qui portent atteinte au cadre législatif et imposent des restrictions financières arbitraires aux hôpitaux.

Les hôpitaux et les cliniques sont partie intégrante d'un système dans lequel les assureurs n'assument (ou ne veulent assumer) aucune coresponsabilité concernant l'offre en soins de santé. Or, aujourd'hui justement, tous les acteurs devraient, au vu des multiples défis, avoir un intérêt à la garantie d'une offre de qualité à l'avenir également. Un financement approprié joue à cet égard un rôle essentiel.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe, en tant que membres actifs, 207 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 368 sites et 150 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires. À travers ses institutions membres, H+ représente quelque 200'000 personnes actives.

Août 2023