

Mémoire n° 135

Août 2009

**L'IMPACT DU NOUVEAU FINANCEMENT
HOSPITALIER SUR LES HÔPITAUX
PUBLICS : EXEMPLE DE L'HÔPITAL
DU VALAIS**

Olivier Cordonier

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre
du Master of Advanced Studies en
économie et management de la santé /
Master of Advanced Studies in Health
Economics and Management (MASHEM)*

L'impact du nouveau financement
hospitalier sur les hôpitaux publics :
exemple de l'Hôpital du Valais

**Olivier
Cordonier**
Août 2009
MÉMOIRE N° 135

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES HAUTES ETUDES COMMERCIALES (HEC)
FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE
INSTITUT D'ECONOMIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ
MASTER OF ADVANCED STUDIES EN ÉCONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ (MASHEM)

***L'IMPACT DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER SUR
LES HÔPITAUX PUBLICS :
EXEMPLE DE L'HÔPITAL DU VALAIS***

par

Olivier Cordonier
Licencié HEC Lausanne

Directrice de mémoire

Professeur Iva BOLGIANI
PhD, collaboratrice scientifique auprès de la Division de la santé publique du canton du Tessin
et chargée de cours aux Universités de Genève, de Lausanne et de Suisse Italienne

Experts

Monsieur Dietmar MICHLIG
Directeur général de l'Hôpital du Valais (RSV)

Monsieur Hermann ARNOLD
Responsable finances et controlling de l'Hôpital du Valais (RSV)

Sion, août 2009

SYNTHÈSE

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer les conséquences du nouveau financement hospitalier de la LAMal sur les hôpitaux publics et plus particulièrement sur l'Hôpital du Valais. Les nouvelles dispositions votées le 21 décembre 2007 par le Parlement ont pour but d'accroître la concurrence entre les hôpitaux et de mettre sur un pied d'égalité les établissements privés et publics.

Ce document traite des principales modifications législatives et de leur entrée en vigueur, des nouveautés concernant le calcul des coûts et des tarifs à la charge de l'assurance obligatoire des soins avec l'inclusion des investissements et la nouvelle définition des frais de formation, de l'introduction des forfaits par pathologie SwissDRG, des problématiques de l'ouverture des frontières cantonales et de la concurrence.

Selon les hypothèses retenues, des effets peu importants sont à prévoir en Valais pour l'ouverture des frontières, la liste hospitalière et la répartition du tarif entre assureurs et cantons. Par contre on estime que la prise en compte des investissements augmentera les coûts de l'Hôpital du Valais de 5 à 13% alors les activités d'intérêt général se chiffrent entre 4 et 22 Mio.

Les conséquences de l'introduction de la concurrence voulue par le législateur sont plus difficiles à évaluer, car elles dépendent de paramètres encore inconnus tels que le gain espéré et le comportement des parties. Une concurrence par les prix prêterait les hôpitaux publics si leurs spécificités, telles que les urgences, les soins intensifs et l'obligation d'admission, ne sont pas prises en compte dans la structure tarifaire, le prix ou la planification. Le changement de comportement du patient, des assureurs, des médecins traitants voire des cantons ou des médias constitue également une inconnue qui pourrait avoir de fortes conséquences et contraindre les hôpitaux publics à développer leurs concepts de marketing et de communication.

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement Madame Iva Bolgiani pour son précieux soutien, Messieurs Michlig et Arnold ainsi que toutes les personnes qui m'ont aidé directement et indirectement à l'élaboration de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	2
TABLE DES MATIÈRES	3
1. INTRODUCTION	5
2. LES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER	8
2.1 LIBRE CHOIX DE L'HÔPITAL.....	8
2.2 COMPARAISON DES COÛTS ET INDICATEURS DE QUALITÉ.....	8
2.3 STRUCTURE TARIFAIRE, TARIFS ET FACTURATION	9
2.4 MAISONS DE NAISSANCE.....	9
2.5 SUPPRESSION DE LA CATÉGORIE SEMI-HOSPITALIER	10
2.6 NOUVEAU RÔLE DE L'ÉTAT.....	10
2.7 CONCLUSION.....	11
3. LE FINANCEMENT « TRADITIONNEL » DES HÔPITAUX PUBLICS.....	12
3.1 FINANCEMENT DE L'HÔPITAL DU VALAIS (RSV).....	12
3.2 TARIFICATION HOSPITALIÈRE	13
3.3 CONCLUSION.....	14
4. LA PRISE EN COMPTE DES INVESTISSEMENTS	15
4.1 INVESTISSEMENTS ACTUELS.....	15
4.2 INVESTISSEMENTS FUTURS	15
4.2.1 <i>Nouvelles dispositions légales</i>	15
4.2.2 <i>Phase de transition</i>	15
4.2.3 <i>Discussion</i>	16
4.3 INTÉRÊTS	16
4.3.1 <i>Nouvelles dispositions légales</i>	16
4.3.2 <i>Phase de transition</i>	16
4.3.3 <i>Discussion</i>	17
4.4 LOCATIONS ET ACHATS PAR ACOMPTES	17
4.4.1 <i>Nouvelles dispositions légales</i>	17
4.5 SIMULATION DES COÛTS DES INVESTISSEMENTS.....	17
4.5.1 <i>Généralités</i>	17
4.5.2 <i>Simulation des coûts des investissements selon la valeur résiduelle</i>	17
4.5.3 <i>Simulation des coûts des investissements selon la valeur d'assurance incendie</i>	17
4.5.4 <i>Simulation des coûts des investissements selon calculs RSV</i>	18
4.6 IMPACT DES DIFFÉRENTS CALCULS SUR LES COÛTS.....	18
4.7 CONCLUSION.....	18
5. LA NOUVELLE DÉFINITION DES ACTIVITÉS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL.....	19
5.1 SITUATION AVANT 2009.....	19
5.2 NOUVELLE LOI DÈS 2009.....	19
5.2.1 <i>Le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale</i>	19
5.2.2 <i>La recherche et la formation universitaire</i>	20
5.3 DISCUSSION	21

5.4	CALCULS.....	22
5.4.1	<i>Méthode REKOLE®</i>	22
5.4.2	<i>Estimations</i>	22
5.5	CONCLUSION	23
6.	L'IMPACT DU NOUVEAU FINANCEMENT SUR LES HÔPITAUX PUBLICS ...	24
6.1	CALCUL DES COÛTS UNIFORMES.....	24
6.2	CATALOGUES UNIFORMES.....	24
6.3	FINANCEMENT UNIFORME - TARIFICATION	24
6.4	ORGANISATION.....	25
6.5	PROBLÉMATIQUES	25
6.6	INTRODUCTION DES FORFAITS LIÉS AUX PRESTATIONS	27
6.6.1	<i>Généralités</i>	27
6.6.2	<i>Réadmissions</i>	27
6.6.3	<i>Mesures d'accompagnement</i>	27
6.7	CONCLUSION	28
7.	L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES CANTONALES	29
7.1	PRINCIPE DE L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES.....	29
7.2	SITUATION DES FLUX INTERCANTONAUX DE PATIENTS	30
7.3	ANALYSE DES FLUX DES PATIENTS.....	30
7.4	ESTIMATION DES FLUX DES PATIENTS	31
7.4.1	<i>Statistique OFS 2007 des cas électifs</i>	31
7.4.2	<i>Rapport SSP</i>	31
7.4.3	<i>Rapport Moser : Hospitalisation hors canton</i>	31
7.4.4	<i>Autres considérations non chiffrées</i>	31
7.5	CONCLUSION	32
8.	L'INTRODUCTION DE LA CONCURRENCE ENTRE HÔPITAUX.....	33
8.1	NOUVEAU FINANCEMENT DES HOSPITALISATIONS ET PLANIFICATION	33
8.2	ÉLÉMENTS DE CONCURRENCE.....	33
8.3	PRINCIPALES DISTORSIONS DE CONCURRENCE.....	35
8.3.1	<i>Le prix de base tient compte des spécificités</i>	36
8.3.2	<i>Le catalogue tarifaire tient compte des spécificités</i>	36
8.3.3	<i>Le canton tient compte des spécificités dans sa planification</i>	37
8.4	ANALYSE DE LA CONCURRENCE EN VALAIS	37
8.5	POTENTIEL DE CONCURRENCE.....	37
8.6	COMMENT L'HÔPITAL DU VALAIS S'ORGANISE-T-IL POUR SE PRÉPARER À AFFRONTER LA CONCURRENCE ET L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES ?	38
8.7	CONCLUSION	38
9.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	39
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	41
	GLOSSAIRE	44
	ANNEXES	46

1. INTRODUCTION

La forte croissance des dépenses de santé ces dernières années obligent la majorité des pays à réformer leur système sanitaire. En effet, selon Domenighetti [1], les ressources disponibles pour financer les systèmes de santé ne seront plus suffisantes pour satisfaire, à un coût socialisé, la demande de plus en plus forte; celle-ci est favorisée par l'augmentation de la morbidité suite aux inégalités sociales plus importantes et aux nouveaux risques liés au travail ainsi que par la médicalisation de la vie, transformant les bien-portants en malades. Le vieillissement démographique est souvent désigné comme étant la cause principale de la constante croissance des coûts, mais une étude récente attribue deux tiers de toute l'augmentation aux déterminants non démographiques que sont le progrès technique, les changements dans les pratiques médicales et les exigences croissantes des patients [2].

En Suisse, entre 2000 et 2005, les coûts du système de santé ont augmenté de 22%, soit de 4,1% en moyenne annuelle. Avec 10.8% du produit intérieur brut (PIB) consacré à la santé en 2006, la Suisse fait partie du trio de tête après les USA et la France¹.

Une meilleure maîtrise des dépenses publiques peut passer par l'introduction des mécanismes de marché fondés sur la concurrence dans les administrations publiques et le système de santé. L'efficacité devient donc une priorité sanitaire ainsi que la transparence par l'introduction et le développement notamment de la comptabilité analytique, du benchmarking et du financement à la prestation (DRG). Ainsi, l'entreprise privée devient la référence en matière de gestion tandis que l'Etat se voit attribuer un rôle plus stratégique [4].

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer les conséquences du nouveau financement hospitalier prévu par la Loi sur l'Assurance-Maladie (LAMal) pour les hôpitaux publics et plus particulièrement pour l'Hôpital du Valais. Même si le système fédéraliste suisse est souvent cité comme frein à toute réforme, le 21 décembre 2007 le parlement votait la révision du financement hospitalier; celle-ci a pour but d'accroître la concurrence entre les hôpitaux et de mettre sur un pied d'égalité les établissements privés et publics. Il s'agit d'une révolution pour le monde hospitalier « public » qui a une culture de « service public »² par opposition aux activités privées plus orientées vers des notions de concurrence et de rentabilité.

Dans cette optique plusieurs réformes sont introduites telles que des systèmes de financement uniformes pour toute la Suisse afin de pouvoir comparer les prix, le développement des statistiques pour la comparaison des coûts et de la qualité, le libre choix de l'hôpital par le patient et une redéfinition de la planification. Ces nouveaux instruments auront certainement une influence sur les hôpitaux, leur financement et leur gestion et donc forcément sur l'évolution de la médecine hospitalière. On rappellera l'importance des hôpitaux et cliniques qui représentent 35.1% des coûts totaux de santé³. A noter que les effets des prochaines décisions du Parlement pour des mesures urgentes suite aux annonces des prévisions d'augmentation des primes de 15% pour 2010 ne sont pas pris en compte dans ce travail [5].

¹Source: Eco-Santé OCDE 2008; état des données décembre 2008

²Un service public est un service organisé dans une intention d'intérêt général et considéré comme devant être disponible pour tous. Ainsi les notions économiques telles que les résultats financiers ou la rentabilité ne sont pas l'objectif prioritaire.

³[3] : 18.5 sur 52.8 Mia en 2006

Comme certaines notions inscrites dans la loi demandent à être précisées et sont sujettes à interprétation, ce travail fournit les différents points de vue ainsi que des évaluations d'impacts potentiels pour l'Hôpital du Valais afin de disposer d'un cadre général pouvant faire l'objet d'approfondissements en fonction des décisions prises au niveau politique. Ce travail, réalisé de février à août 2009, prend en compte la première demande d'approbation de la structure tarifaire pour le nouveau système de forfaits par cas SwissDRG auprès du Conseil Fédéral déposée le 9 juillet 2009 [6].

Ainsi, après des explications sur les principales modifications législatives et leur entrée en vigueur, on traitera des nouveautés concernant le calcul des coûts et des tarifs à la charge de l'assurance obligatoire des soins (aos), soit l'inclusion des investissements et la nouvelle définition des frais des activités d'intérêt général. Puis on s'intéressera aux changements qui interviendront dans le financement des hôpitaux publics pour terminer avec les problématiques de l'ouverture des frontières cantonales et de la concurrence.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, en relation directe avec mon activité professionnelle⁴, une présentation succincte de l'Hôpital du Valais est nécessaire.

Actuellement les appellations de *Réseau Santé Valais (RSV)* et *Hôpital du Valais* sont utilisés conjointement ; le RSV est le nom inscrit dans la Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) et cette dénomination devrait être changée en *Hôpital du Valais* dans la prochaine révision législative. Ce changement de nom a pour but d'identifier l'entreprise comme une entité, l'Hôpital du Valais, et non comme une instance qui coordonne des établissements (Réseau Santé Valais), ce qu'était le RSV jusqu'en 2004.

Le Réseau Santé Valais (RSV) est un établissement de droit public autonome doté de la personnalité morale ayant son siège à Sion. Le statut du RSV est fixé dans la LEIS entrée en vigueur le 1er février 2007. Le Grand Conseil assure la haute surveillance et le Conseil d'Etat assume les tâches d'allocation de ressources, de surveillance et est responsable de l'approbation des comptes du RSV.

L'Hôpital du Valais veut offrir des prestations médicales de qualité adaptées aux besoins du patient tout en cultivant un esprit d'entreprise qui lui permette de maîtriser les coûts et d'être attractif comme employeur, institution sanitaire et partenaire.

Les organes du RSV sont les suivants :

- Le Conseil d'administration assume la responsabilité des compétences dévolues au RSV. A cette fin, il adopte les règlements internes nécessaires, définit la composition, l'organisation et le mode de fonctionnement de la Direction générale et des directions des centres; il élabore également le rapport annuel à l'attention du Grand Conseil et assure l'information, la coordination et le suivi des relations avec les hôpitaux.
- La Direction générale s'occupe de tous les sujets essentiels et assume les tâches de moyen et à long terme telles que l'octroi des moyens, les décisions sur les objectifs et les projets importants, la mise en place de la structure d'organisation du RSV et la communication.
- Les directions des centres hospitaliers dépendent de la Direction générale. Elles exécutent les tâches confiées et assurent la gestion opérationnelle de leur centre respectif.

L'Hôpital du Valais (RSV) est constitué de trois centres hospitaliers (Haut-Valais, Valais central et Chablais) et d'un institut central (ICHV). Il regroupe 9 sites hospitaliers, totalise 486 millions de chiffre d'affaires et emploie 4'410 personnes (3'170 EPT) pour 351 Mio de masse salariale. 31'793 patients somatiques aigus, 5'671 patients de psychiatrie, gériatrie et réadaptation y sont traités annuellement et on y dénombre également 287'514 contacts ambulatoires [7].

⁴Responsable des tarifs de l'Hôpital du Valais

L'Hôpital du Valais comprend également deux entités ayant un statut spécial ; il s'agit de l'EMS Gravelone dont la gestion est autonome et confiée à un comité de Direction directement soumis au Conseil d'administration et de l'Hôpital du Chablais (HDC), hôpital intercantonal multisite (Monthey-Aigle), qui a gardé son statut juridique propre et dont la partie valaisanne fait partie du RSV selon la loi sous réserve de conditions particulières. Dans ce document, ces deux entités sont exclues sauf s'il n'est pas fait mention expressément.

Des informations complémentaires sont consultables sur le site internet de l'Hôpital du Valais⁵.



Centres et sites de l'Hôpital du Valais

⁵<http://www.hopitalvs.ch/fr/portrait/Pages/default.aspx>

2. LES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES DU NOUVEAU FINANCEMENT HOSPITALIER

La loi sur l'assurance-maladie a été introduite en 1996 et sa révision complète rejetée par le Conseil National en décembre 2003. Ainsi, le 25 février 2004, le Conseil Fédéral a défini les points sur lesquels devaient porter les réformes nécessaires de la LAMal ainsi que le calendrier. Il a décidé de présenter au Parlement, dans des messages indépendants, plusieurs trains de réformes qui devaient rapidement être mises en œuvre [8]. Les paquets de révisions comprennent plusieurs thèmes dont certains sont toujours en discussion comme la liberté de contracter, le financement moniste et le managed care.

En ce qui concerne plus spécifiquement le financement hospitalier, le texte de modification de la LAMal a été adopté le 21 décembre 2007 et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009 en l'absence de référendum. Les Ordonnances en lien avec ces nouveautés, soit l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), ont été modifiées en conséquence et publiées en octobre 2008.

La nouvelle loi comporte plusieurs nouveautés en relation avec la volonté politique de soumettre le secteur hospitalier aux vertus de la concurrence qui prône une plus grande transparence et une meilleure efficacité des acteurs. Afin que cette concurrence puisse fonctionner, le législateur a décidé de toute une série de modifications qui constitue une révolution dans le domaine dont le libre choix de l'hôpital, un système de financement uniforme, le développement d'indicateurs statistiques et un nouveau rôle de l'Etat.

2.1 LIBRE CHOIX DE L'HÔPITAL

En cas de traitement hospitalier l'assuré aura, dès 2012, le libre choix de l'hôpital et de la maison de naissance, parmi les établissements publics et privés et parmi les hôpitaux sis dans n'importe quel canton, à certaines conditions de prise en charge de coûts. Les conséquences de ce libre choix sur la planification et la concurrence entre établissements seront traitées plus en détail dans les chapitres 7 et 8.

2.2 COMPARAISON DES COÛTS ET INDICATEURS DE QUALITÉ

Le choix de l'établissement par le patient, les assureurs ou les cantons, sera facilité par la publication des coûts et des indicateurs de qualité par la Confédération.

Jusqu'à présent, les données disponibles sur les hôpitaux permettaient difficilement de comparer les établissements entre eux et exigeaient leur accord. Dès le 1^{er} janvier 2009, les bases légales existent non seulement pour publier les données sans recours à l'autorisation expresse des fournisseurs de prestations, mais également pour uniformiser le calcul des coûts et les prestations. Cela passe par un cadre commun notamment au niveau de la comptabilité, de la structure tarifaire et de la détermination des coûts imputables à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Une grande nouveauté concerne la volonté affirmée de publier des indicateurs de qualité médicaux par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) selon l'article 31 de l'OAMal, même si l'on peut relever que ces indicateurs de qualité étaient déjà inscrits dans la LAMal. Les difficultés sont ardues, car selon les experts et les hôpitaux, les données de routine ne peuvent mettre en évidence des indicateurs de qualité qui soient parfaitement comparables entre les différents hôpitaux. Il faut donc avoir la possibilité de faire des commentaires circonstanciés pour chaque

indicateur. On rappellera ici le danger de vouloir absolument publier des données de qualité sans concertation des partenaires. Cela peut préjudicier les institutions notamment parce que les données publiées ne sont pas comparables à cause par exemple d'une mauvaise prise en compte de la lourdeur des traitements ou un problème de définition de cas et cela peut inciter à travailler dans le sens de l'indicateur et non pour le bien du patient. La publication des indicateurs de mortalité par l'OFSP sur le modèle des cliniques allemandes Helios en est une bonne illustration [9]. Début février 2009, des articles paraissent dans les quotidiens romands et parlent de mortalité en ces termes : *Fribourg a l'hôpital le plus mortel de Suisse* [10]. H+, l'association faitière des hôpitaux, cliniques et EMS, prend position en expliquant la problématique des taux de mortalité et reproche de ne pas avoir fait de distinction entre décès naturels et indésirables [11]. Une manière d'éviter ces polémiques serait que l'OFSP rejoigne l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) créée en mars 2009 qui réunit les partenaires de la santé (cantons, H+, santésuisse et les assureurs fédéraux). La nouvelle association veille à ce que tous les hôpitaux et cliniques suisses mesurent la qualité dans les domaines de soins somatiques aigus, de la psychiatrie et la réadaptation, selon des méthodes unifiées pour permettre des comparaisons au niveau national [12]. De plus, elle a été instituée dans la Convention relative à l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG⁶ comme l'organisme de référence chargé de la qualité.

2.3 STRUCTURE TARIFAIRE, TARIFS ET FACTURATION

La loi précise à l'article 49 que la rémunération du traitement se fait généralement sous forme de forfaits qui doivent être liés aux prestations et qui se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. SwissDRG SA est l'organisme compétent chargé du développement et de la maintenance de la nouvelle structure tarifaire introduite au 1^{er} janvier 2012.

Les partenaires conviennent par convention des tarifs hospitaliers qui seront déterminés « *en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse* ». Ces tarifs à charge de l'aos seront calculés selon les nouvelles dispositions, soit en y incluant les charges d'investissements et en y excluant les coûts des prestations d'intérêt général, notamment celles liées au maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que les frais pour les activités de recherche et de formation universitaire.

Les rémunérations sont prises en charge par le canton et les assureurs selon leur part respective déterminée chaque année par le canton mais qui doit se monter à 55% au moins dès 2012, sauf pour les cantons ayant des primes basses qui ont jusqu'en 2017 pour atteindre ce pourcentage selon des modalités fixées dans la loi. Dans l'intervalle, les taux de couverture⁷ d'avant la modification sont maintenus. La part du canton est versée directement à l'hôpital, sauf si les financeurs conviennent qu'elle soit payée à l'assureur.

Afin d'augmenter la transparence le fournisseur de prestations doit, dès le 1^{er} janvier 2009, séparer les factures de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire ainsi que les factures aos selon les parts du canton et de l'assureur. De plus, les soins stationnaires sont désormais toujours couverts en tiers payant et une copie de la facture doit, comme actuellement, être transmise au patient par le fournisseur de prestations, ou si convenu, par l'assureur.

2.4 MAISONS DE NAISSANCE

Dès le 1^{er} janvier 2009, les maisons de naissance sont nouvellement considérées comme prestataires selon la LAMal et doivent, à ce titre, respecter les obligations imposées aux fournisseurs de prestations, notamment en matière de transmission de données et de présentation des comptes. Les

⁶[13] : article 11

⁷Répartition de la facture hospitalière entre assureur et canton. Voir également section 3.1.

maisons de naissance ne traiteront que des cas « légers ». En effet, l'encadrement médical exigé étant suffisant avec une sage-femme, les grossesses à risques et les complications seront prises en charge par les hôpitaux.

Avec l'introduction des maisons de naissance, on peut donc s'attendre à ce que les accouchements « simples » soient pratiqués dans ces nouveaux établissements spécialisés pour un prix certainement inférieur à celui de l'hôpital puisqu'utilisant une infrastructure minimale. Toutefois, un hôpital devra disposer d'un mandat de prestations pour accueillir les cas plus difficiles. Il conviendra alors d'avoir le financement adapté à l'infrastructure technique et au personnel spécialisé répondant aux exigences des cas « compliqués » et aux cas d'urgence transférés des maisons de naissance.

En Valais, les accouchements ont été regroupés en 2004 à Viège et à Sion afin de disposer d'une masse critique suffisante à même à améliorer la qualité et l'efficacité [14].

2.5 SUPPRESSION DE LA CATÉGORIE SEMI-HOSPITALIER

La catégorie de prestations « semi-hospitalier » est supprimée dès le 1^{er} janvier 2009 et ses actes désormais considérés comme des prestations ambulatoires⁸. Il n'y a donc plus ni planification du canton, ni statistiques différenciées et la fourniture des soins se fait aussi sur le lieu de travail comme pour des prestations ambulatoires. La suppression du semi-hospitalier est bienvenue, car cette notion n'était pas appliquée de manière uniforme sur tout le territoire suisse. Ainsi en Valais, les séjours répétés en psychiatrie (hôpital de jour) étaient considérés comme des cas ambulatoires et non pas comme des semi-hospitalisations, pour des raisons principalement techniques liées à un besoin de définition uniforme des cas médicaux, statistiques et facturés.

2.6 NOUVEAU RÔLE DE L'ÉTAT

Afin d'encadrer le système sanitaire et d'assurer l'approvisionnement sur tout le territoire, la mise en place de la concurrence est accompagnée notamment d'un nouveau rôle attribué à l'Etat.

La **Confédération** est chargée de publier les données nécessaires à la surveillance de la loi et à la planification. La modification de la base légale permettra à l'avenir de montrer statistiquement non seulement les dépenses de l'assurance-maladie, des séjours à l'hôpital et en EMS, mais aussi les données relatives aux fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire. Le but est de générer des informations permettant de vérifier le caractère économique et la qualité des prestations.

Les assureurs sont donc nouvellement tenus de transmettre des données concernant la facturation des prestations et l'activité d'assurance, l'évolution des coûts et les mesures éventuelles à prendre pour les maîtriser, le contrôle du caractère économique des prestations et l'égalité de traitement des assurés. Ces nouvelles informations transmises aux autorités permettront à l'OFSP de publier les données concernant l'assurance-maladie sociale et faisant apparaître clairement les recettes et dépenses, le résultat par assuré, les réserves, les provisions pour les cas non liquidés, les coûts des soins, la compensation des risques, les frais d'administration, l'effectif des assurés, les primes, le bilan et le compte d'exploitation⁹.

Les fournisseurs de prestations sont également astreints à fournir des renseignements supplémentaires. Ainsi, l'Office fédéral de la statistique qui est chargé des relevés doit effectuer les changements nécessaires pour la collecte de ces données ; pour les hôpitaux, la révision de la statistique médicale et administrative est en phase de finalisation et son introduction prévue en 2010¹⁰. Les données collectées par l'OFSP sont mises à disposition de l'OFSP, du Surveillant fédéral des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons et des assureurs ainsi qu'à tout autre

⁸Pour plus de détails voir le schéma de définition des cas en annexe 1

⁹LAMal 21 al4 ; OAMal 28, 28a, 28b

¹⁰Relevé statistique 2011 basé sur les données de l'année 2010

organisme selon les conditions de l'article 84 LAMal. L'OFSP est chargée de publier les chiffres de l'assurance-maladie sociale par fournisseurs de prestations ou par catégorie de fournisseurs de prestations concernant l'offre de prestations, les diplômes et titres postgrades, les indicateurs de qualité médicaux, l'étendue et le genre des prestations fournies ainsi que l'évolution des coûts.

Avec la nouvelle loi, les **cantons** se voient attribuer de nouveaux critères nationaux unifiés de planification établis par la Confédération et pouvant se rapporter à la qualité, l'efficacité, l'économicité, le nombre minimal de cas et la réalisation de synergies. Cela devrait permettre de réduire les différences de concepts de planification entre cantons, qui devront désormais planifier pour les soins somatiques aigus non plus selon les capacités, mais selon les prestations et se référer au *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations* édité par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) [15] ainsi qu'au *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière* de l'Observatoire suisse de la santé [16]. La médecine hautement spécialisée devra être planifiée de manière coordonnée par les cantons [17]. De plus, avec le libre choix de l'établissement hospitalier, les cantons devront mieux collaborer entre eux afin de planifier les quantités adéquates et assurer également les soins sur leur territoire. La planification se fera donc sur la base d'une liste hospitalière établie par le canton sur laquelle les hôpitaux (publics et privés, sis dans le canton et hors canton) inscrits se verront attribuer des mandats de prestations. Figurer sur la liste hospitalière implique notamment une obligation de traitement pour les patients domiciliés dans le canton¹¹ et la reconnaissance du remboursement du traitement par l'aos et le canton de domicile. Les cantons devront avoir établi cette nouvelle planification au plus tard trois ans après l'introduction des forfaits par cas, soit au 1^{er} janvier 2015.

2.7 CONCLUSION

La nouvelle loi promeut le benchmarking par la comparaison des coûts et de la qualité, modifie le rôle de l'Etat et la manière de financer les séjours stationnaires. Avant de traiter spécifiquement des changements dans le financement hospitalier et ses effets, des explications sur le financement actuel aideront certainement le lecteur à mieux appréhender les problématiques futures.

¹¹LAMal 41a Obligation d'admission

3. LE FINANCEMENT « TRADITIONNEL » DES HÔPITAUX PUBLICS¹²

Actuellement les hôpitaux publics sont financés de manière diverse en fonction de la loi cantonale sur la santé et de la « culture » sanitaire. Certains cantons sont propriétaires de leurs hôpitaux et leur assurent une couverture de déficit [18]. D'autres se sont dotés de structures pour séparer l'activité hospitalière des autres activités publiques de l'Etat, avec des organisations autonomes de droit public (VS, NE, TI, JU, FR) ou des sociétés anonymes (BE, ZH, tendance alémanique,...). Il existe encore des modèles différents, comme Vaud avec la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV) qui regroupe et défend les hôpitaux privés d'intérêt public. Les formes juridiques les plus fréquentes pour les hôpitaux sont l'établissement de droit public (36%) et la société anonyme (34%). 18% des hôpitaux revêtent la forme d'une fondation de droit public ou privé, 8% sont organisés comme des associations et les 4% restants sont constitués sous des formes juridiques diverses [19].

3.1 FINANCEMENT DE L'HÔPITAL DU VALAIS (RSV)

La LEIS qui consacre deux chapitres exclusivement au Réseau Santé Valais définit la planification sanitaire, les mandats de prestations et les conditions de subventionnement.

Le financement d'un hôpital est différent selon le type de patients (hospitalier, ambulatoire), la catégorie de soins (somatique aigu, gériatrie, psychiatrie, réadaptation), le type d'assurance qui prend en charge les coûts (LAMal, LAA, assurance privée), la couverture d'assurance du patient (division commune, demi-privée ou privée) et le lieu de résidence (valaisan, romand, suisse, étranger). Pour l'Hôpital du Valais, l'annexe 2 illustre la répartition des recettes de l'activité 2008 avec 55% provenant de l'activité somatique aiguë dont 79% pour les patients hospitaliers LAMal valaisans.

Dans le domaine **ambulatoire**, les tarifs LAA restent pratiquement inchangés tandis que les tarifs LAMal sont négociés avec santésuisse chaque année. La détermination du tarif se fait sur le modèle développé par santésuisse basé sur la neutralité des coûts et confirmé par la jurisprudence. D'après les données du Datenpool de santésuisse¹³, les montants payés par les assureurs entre deux périodes sont comparés et si le volume a augmenté, la valeur de point sera diminuée. Cette méthode est contestable puisqu'elle ne prend en compte ni l'évolution médicale (transfert d'activités hospitalières en ambulatoire), ni l'évolution démographique (vieillesse de la population et transferts démographiques), ni l'évolution technologique, ni la pleine évolution des coûts (taux de 1%). A noter que l'activité facturée en TARMED représente 55% du total facturé en ambulatoire, le solde étant constitué principalement de ventes de médicaments, des analyses de laboratoire et des prestations de thérapies.¹⁴

¹²Les hôpitaux universitaires, qui ne sont pas l'objet de ce mémoire, représentent certainement la part la plus complexe, avec des activités cliniques, de formation, de perfectionnement, de recherche et également d'intérêt public et aussi privé.

¹³Données des assureurs, disponibles sous :

http://www.bag.admin.ch/kmt/index.html?lang=fr&webgrab_path=http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/kostenmonitoring_live/km_fr.php?mod=3&id1=23&col=1&lb1year=0&deci=0&nav=g_r2

¹⁴Valeur de point TARMED 2009 pour l'Hôpital du Valais signée à 0.89 pour 2009 et 2010

Dans le domaine **stationnaire**, les tarifs LAMal et LAA sont fixés par convention avec les assureurs (santésuisse et le service central des tarifs médicaux LAA (SCTM)) et les tarifs sont basés sur les coûts imputables des hôpitaux. Ceux-ci sont déterminés en prenant en compte les charges d'exploitation, sans les charges des investissements¹⁵ ni les frais de formation¹⁶, financés par les pouvoirs publics.

L'annexe 3 présente les différents tarifs APDRG 2009 applicables pour les patients somatiques aigus LAMal. Le tarif LAMal VS négocié avec les assureurs se monte à 8'027.-, avec un taux de couverture des coûts de 47.5 % soit un montant de 3'813.- à la charge des assureurs-maladie et le solde de 4'214.- à la charge du canton. Le taux de couverture des coûts est le pourcentage financé par les assureurs ; ce taux est négocié entre l'Etat et les assureurs et devrait représenter la transparence des coûts de l'hôpital, car plus ce taux est élevé, moins il y a d'incertitude sur les coûts et plus les assureurs participent au financement. L'objectif était de récompenser les cantons qui incitaient leurs hôpitaux à la transparence par l'introduction d'une comptabilité analytique en voyant leur participation diminuer. Cette notion a perdu de sa consistance et a été biffée de la nouvelle loi au profit d'un taux minimal de 55 % à la charge du canton.

Pour les patients non valaisans, le tarif est applicable uniquement pour les cas d'urgence. La CLASS, conférence latine des affaires sanitaires et sociales, convient d'un même tarif de 4'522.- pour la part financée par les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Vaud, Tessin et Valais. Pour les autres patients, le tarif est déterminé en ajoutant la part des investissements et la non couverture des coûts LAMal, ce qui donne une valeur de base-rate de 9'228.-.

Concernant les activités stationnaires non somatiques aiguës, la réadaptation (cardiaque et générale) prodiguée au Centre Valaisan de Pneumologie à Crans-Montana est facturée au moyen de forfaits par cas tandis que des forfaits journaliers sont appliqués pour la gériatrie, la psychiatrie, la psychogériatrie et la pédopsychiatrie.

La part de financement du canton aux hôpitaux est réglée également dans la LEIS. Le financement des investissements est précisé avec la mise à disposition gratuite des terrains et bâtiments nécessaires à l'exploitation. En ce qui concerne la détermination de la part du canton aux dépenses d'exploitation plafonnée à hauteur du budget fixé, elle est composée des frais de formation et des charges du service public ainsi que de la contribution du canton au tarif LAMal en tenant compte des écarts d'activité¹⁷.

Pour le financement de l'exploitation, l'Hôpital du Valais envoie ses factures ambulatoires par voie électronique aux assureurs comme l'exige le contrat national TARMED. Pour les factures concernant un séjour, la part destinée à l'assureur est transmise tandis que la part de l'Etat est comptabilisée. Sur la base du budget annuel déterminé, le Service de la Santé Publique (SSP) verse au RSV des acomptes mensuels et un décompte final est effectué après le rapport annuel de subventionnement établi par le SSP.

3.2 TARIFICATION HOSPITALIÈRE

L'article 49 alinéa 1 de la LAMal (Etat le 27 décembre 2006) précise que la rémunération du tarif hospitalier se fait par forfaits. Pour les patients du canton ces forfaits couvrent au maximum le 50 % des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.

¹⁵cf chapitre 4

¹⁶cf chapitre 5

¹⁷Ordonnance sur les écarts d'activité du Réseau Santé Valais (Subventionnement) du 20 décembre 2006; http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/Pdf/800.11.pdf ; L'Etat paie le 30% de la part de tarif à sa charge pour les cas dépassant le budget et finance le 70% des cas budgétés non effectués.

Les établissements privés qui concluent une convention LAMal sont financés uniquement par l'aos. En Valais, la clinique privée de Valère est sur la liste hospitalière [20] pour la chirurgie notamment mais elle facture toujours en forfait cas et le canton ne participe à aucun financement, que ce soit comme contribution au tarif ou aux frais d'investissements. Dès lors, 30% de patients privés sont nécessaires pour que l'établissement soit viable [21].

3.3 CONCLUSION

Avec la nouvelle loi sur le financement, la transparence voulue pour la concurrence amène à des exigences nouvelles. Ainsi pour les tarifs 2012, le calcul des coûts imputables à charge de l'aos implique l'inclusion des investissements dans les comptes et l'exclusion des activités d'intérêt général financées par les pouvoirs publics. Les chapitres suivants traiteront de ces sujets plus en détail.

4. LA PRISE EN COMPTE DES INVESTISSEMENTS¹⁸

Les investissements étant inclus dans les tarifs dès 2012, l'OCP a défini de nouvelles règles concernant le calcul des amortissements, des intérêts, des loyers et des leasings pour ce qui est à charge de l'aos.

4.1 INVESTISSEMENTS ACTUELS

Selon les bases légales en vigueur, les investissements des établissements subventionnés par l'Etat sont pris en charge intégralement par le canton ; les loyers et leasing sont également considérés comme des investissements et les intérêts calculatoires y relatifs ne sont pas pris en compte.

A l'Hôpital du Valais, les investissements de 30.3 Mio en 2009 sont exclus des comptes¹⁹. Les infrastructures immobilières avec une valeur d'assurance incendie avoisinant les 627 Mio sont la propriété du canton et mises à disposition gratuitement ; les marchandises et installations financées par canton mais propriétés du RSV se montent à 189 Mio [7].

4.2 INVESTISSEMENTS FUTURS

4.2.1 Nouvelles dispositions légales

Les investissements sont définis à l'article 8 alinéa 1 de l'OCP révisée comme les biens meubles et immeubles ainsi que les autres immobilisations nécessaires pour remplir le mandat de prestations et l'article 10 alinéa 5 précise que seuls les objets d'une valeur d'achat de 10'000.- ou plus sont considérés comme des investissements²⁰.

Les hôpitaux et les maisons de naissance doivent tenir une comptabilité des immobilisations selon les normes de l'OCP afin d'en calculer les coûts d'utilisation. L'Ordonnance fournit un descriptif détaillé des données obligatoires et précise que pour les immobilisations nécessaires à l'exploitation et à l'accomplissement du mandat de prestations le montant annuel maximum pris en compte est déterminé selon un amortissement linéaire à partir de la valeur d'achat sur la durée prévue d'utilisation jusqu'à la valeur résiduelle nulle. Ainsi aucune charge d'amortissement ne peut être prise en compte pour une immobilisation amortie.

On constate dans ces articles la volonté d'imposer des règles concernant le calcul des investissements. Le commentaire de l'Ordonnance explique que ces prescriptions sont nécessaires du fait que les coûts justifiés doivent servir de base au calcul des tarifs, qu'elles facilitent la comparabilité du caractère économique, qu'elles limitent les conséquences financières pour l'assurance obligatoire des soins et que les valeurs d'achat des immobilisations sont pertinentes pour l'aos, contrairement à la valeur de remplacement des immobilisations qui repose sur des estimations.

4.2.2 Phase de transition

Les mesures transitoires de l'OCP prévoient que les montants des amortissements sont déterminés selon la valeur résiduelle et uniquement pour les immobilisations avec une valeur comptable disponible au moment de la transition. Le commentaire de l'OCP justifie cette mesure en précisant

¹⁸Etat au 21 juillet 2009

¹⁹HDC compris

²⁰Seuil de 3'000.- dans l'ancienne OCP

que l'élaboration des structures tarifaires exige des données fiables et qu'il faut garantir que les immobilisations déjà amorties ne le soient encore une fois.

4.2.3 Discussion

L'OCP s'immisce dans la comptabilité analytique des hôpitaux et interdit toute comptabilisation économique pour les coûts des investissements à charge de l'aos. Cette manière de faire pourrait inciter les hôpitaux à ne plus utiliser les installations mobiles au-delà de leur durée d'amortissement et à les vendre plus tôt pour acquérir une installation semblable. De plus, les hôpitaux auront peu d'intérêt à rester propriétaire de leurs bâtiments, car il pourrait être plus intéressant de faire valoir un loyer [22].

Mais le commentaire de l'OCP est clair en ce qui concerne la valorisation des investissements : *« Indépendamment du fait qu'un hôpital donné soit ou non en mesure de présenter ses coûts d'investissements, ce dernier a droit, dans le nouveau régime de financement, à la rémunération de la part des coûts d'utilisation des immobilisations prise en compte dans la structure tarifaire. Dans une deuxième phase, les partenaires tarifaires conviennent du montant en francs avec lequel une prestation sera finalement rémunérée. »* On en déduit que les coûts des investissements pris en compte dans le calcul de la structure tarifaire seront déterminés sur la base des règles de la phase de transition. On peut donc craindre que les montants déterminés dans le tarif futur pour financer les investissements soient inférieurs à la réalité et que le refinancement entier d'une immobilisation par la rémunération des forfaits liés aux prestations selon SwissDRG ne soit ainsi pas garanti.

Les points suivants peuvent également être soulevés :

- Selon l'OCP le montant de 10'000.- comme limite d'investissement est valable depuis le 1^{er} janvier 2009 ; cependant les assureurs ont refusé de prendre en compte cette disposition dans la détermination du tarif 2010.
- L'OCP ne fait pas de distinction entre les biens meubles et immeubles, alors que cette notion est importante pour notre canton puisqu'elle détermine la propriété du bien.
- Cette nouvelle loi vise le financement hospitalier et a donc un impact sur la rémunération des prestations stationnaires. On pourrait logiquement s'interroger sur la prise en compte des investissements dans la détermination des tarifs ambulatoires qui sont fixés sur le principe de neutralité des coûts.
- Les fournisseurs de prestations devront établir plusieurs comptabilités analytiques : une selon les dispositions de l'OCP pour déterminer et négocier les tarifs LAMal et une tenant compte des règles de gestion courantes de comptabilisation économique pour déterminer les résultats des activités, les tarifs non LAMal et pour livrer les données à SwissDRG²¹.

4.3 INTÉRÊTS

4.3.1 Nouvelles dispositions légales

L'OCP admet des intérêts calculatoires appliqués au capital immobilisé au taux actuel de 3.7% sur la valeur moyenne des immobilisations²² ; le taux d'intérêt calculatoire est examiné périodiquement par le Conseil Fédéral.

4.3.2 Phase de transition

L'Ordonnance précise à l'alinéa 3 des dispositions finales que, durant la phase de transition, les intérêts sont toujours calculés selon la méthode de la valeur moyenne mais sur la base de la valeur comptable au lieu de la valeur d'achat.

²¹Les règles de l'OCP peuvent biaiser le calcul des cost-weights.

²²OCP commentaire Art. 10a p.5 : Valeur moyenne = moitié de la valeur de départ

4.3.3 Discussion

On pourrait discuter de la méthode pour déterminer le taux d'intérêt calculatoire de 3.7%²³ mais il paraît plus essentiel de relever les deux éléments suivants, soit la non-prise en compte d'intérêts calculatoires sur le capital circulant si les intérêts effectifs sont déduits lors de la détermination des tarifs comme actuellement et la sous-évaluation des intérêts calculatoires dans la phase de transition.

Ainsi, pour l'Hôpital du Valais, si l'on prenait en compte les intérêts calculatoires sur le capital circulant de 113.5 Mio pour 2008 au taux de rendement des obligations de la Confédération de 2.41%²⁴, cela représente un intérêt calculatoire de 2.7 contre 1.6 Mio de charges financières effectives du rapport annuel 2008 [7].

4.4 LOCATIONS ET ACHATS PAR ACOMPTES

4.4.1 Nouvelles dispositions légales

Les opérations de location et d'achat par acomptes devront être justifiées séparément en tant que coûts d'utilisation des immobilisations pour garantir un contrôle et permettre d'éviter des charges de location et d'achat par acomptes nettement plus élevées que si l'objet concerné avait été acquis.

Actuellement ces coûts sont déduits des tarifs puisqu'ils sont considérés comme des investissements ; ils représentaient pour l'Hôpital du Valais 1.4 Mio en 2008.

4.5 SIMULATION DES COÛTS DES INVESTISSEMENTS

4.5.1 Généralités

Les anciennes dispositions légales obligeaient le RSV à tenir des inventaires, mais les différentes pratiques et outils techniques au sein des établissements ont rendu cette tâche difficile. Afin de pouvoir évaluer les impacts de la nouvelle loi, des inventaires basés sur la réglementation future ont été fournis par les différents centres hospitaliers et un loyer a été estimé pour les bâtiments qui appartiennent à l'Etat du Valais.

4.5.2 Simulation des coûts des investissements selon la valeur résiduelle

Cette méthode évalue le montant des coûts des investissements et intérêts pour la phase de transition selon l'OCP. Ainsi l'évaluation du coût des investissements se monte à 20 Mio selon le calcul de l'annexe 4 dont 12 Mio de loyer pour les bâtiments et 2.9 Mio d'amortissement pour les équipements.

4.5.3 Simulation des coûts des investissements selon la valeur d'assurance incendie

Le calcul des coûts des investissements sur la base de la valeur d'assurance incendie est la méthode d'évaluation de REKOLE[®]. REKOLE[®] [23] est un manuel de gestion hospitalière édité par H+ qui fixe les lignes directrices d'une uniformisation de la comptabilité analytique d'exploitation au niveau national. A noter que les différences constatées entre l'OCP et la version actuelle de REKOLE[®] s'expliquent, car l'OCP n'a pas pris en compte tous les principes de REKOLE[®] antérieurs à la nouvelle ordonnance.

Le montant calculé en annexe 5 avoisine les 55 Mio dont 30 Mio de loyer pour les bâtiments et 20 Mio d'amortissement pour les équipements.

²³Voir [22] pour plus de précisions

²⁴Taux au 21 juillet 2009

4.5.4 Simulation des coûts des investissements selon calculs RSV

Les montants calculés en interne sont présentés à l'annexe 6. Les bâtiments ont été évalués à la valeur d'assurance incendie et les équipements selon les inventaires effectués par les centres avec la durée d'utilisation normative et la valeur d'achat.

Le montant ainsi calculé est de 42 Mio dont 30 Mio de loyer pour les bâtiments et 8.2 Mio d'amortissement pour les équipements.

4.6 IMPACT DES DIFFÉRENTS CALCULS SUR LES COÛTS

Les montants du point 4.5.4 soit 42 Mio de francs ont été intégrés dans la comptabilité analytique 2008 en utilisant les mêmes clés de répartition que pour les autres charges. L'annexe 7A montre ainsi une augmentation des coûts globale de 9% pour le CHCVs et de 677.- par point APDRG avec un impact peu marqué entre les secteurs.

L'annexe 7B différencie les taux d'augmentation de coûts selon l'activité stationnaire uniquement ou en tenant compte de l'ambulatoire. La nouvelle loi ne concernant que le financement hospitalier, serait-il légitime que les investissements en relation avec l'activité stationnaire soient complètement imputés sur celle-ci, même ces investissements sont utilisés en ambulatoire ?

4.7 CONCLUSION

Le tableau ci-après donne un aperçu des simulations effectuées.

<i>En Mio</i>	Valeur résiduelle	Valeur d'ass. inc	Calculs RSV
Charges d'investissements	20	55	42
<i>dont Loyer</i>	12	30	30
<i>dont Equipements</i>	2,9	20	8,3
Augmentation coûts en %	5%	13%	10%

Les coûts analytiques stationnaires et ambulatoires augmenteront de 13% (55 Mio) si l'on se base sur les valeurs d'assurance incendie et de 5% (20 Mio) en prenant la valeur résiduelle. Selon les « Calculs RSV » la faible valeur d'amortissement des équipements de 8.3 Mio peut s'expliquer par des investissements peu importants jusqu'en 2007²⁵.

Si les tarifs DRG incluent les investissements selon les dispositions de l'OCP, le montant de 20 Mio pris en compte sera certainement insuffisant.

Appliqués aux calculs des tarifs, l'évaluation selon la valeur d'assurance incendie est proche des 12% mentionnés dans un article récent paru dans la presse [24].

Vu l'importance du dossier il faudra être attentif aux décisions futures et contribuer à ce que les valeurs prises en compte dans la structure tarifaire et le prix du point DRG représentent une indemnisation qui corresponde à la réalité et qui permette le refinancement des investissements.

²⁵Rattrapage d'environ 20 Mio pour 2008 et 2009

5. LA NOUVELLE DÉFINITION DES ACTIVITÉS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL²⁶

5.1 SITUATION AVANT 2009

L'ancienne OCP de 2002 définissait à l'article 7 les frais de formation comme les moyens engagés et les coûts indirects pour la formation de base théorique et la formation post-graduée des médecins, du personnel médical académique restant, du personnel soignant, du personnel médico-technique et médico-thérapeutique.

Cette définition n'a, à ma connaissance, jamais été appliquée strictement pour le calcul des tarifs, notamment parce qu'elle n'a jamais été complètement acceptée par les partenaires. D'ailleurs, la jurisprudence du Conseil Fédéral [25] définissant les taux normatifs pour le calcul des frais de formation ci-après est appliquée par santésuisse lors du calcul des tarifs et recommandée par la Surveillance des prix [26] :

Hôpitaux universitaires	25% sur les charges d'exploitation totales
Hôpitaux de plus de 125 lits	5% sur les frais de personnel (comptes 30-39 sans le 38)
Hôpitaux de 75 à 125 lits	2% sur les frais de personnel
Hôpitaux de moins de 75 lits	1% sur les frais de personnel

Pour le calcul des tarifs 2010, santésuisse a déduit les frais de formation de manière forfaitaire selon la règle ci-dessus. Ainsi, pour toutes les activités stationnaires de l'Hôpital du Valais, 5% ont été déduits sur les frais de personnel 2008 représentant un montant de 12.4 Mio dont 8.5 pour le domaine somatique aigu.

5.2 NOUVELLE LOI DÈS 2009

L'article 49 de la nouvelle LAMal redéfinit la tarification hospitalière en précisant que les rémunérations ne comprennent pas les coûts des prestations d'intérêt général que sont en particulier le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et la recherche et la formation universitaire.

5.2.1 Le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale

Cette notion ne fait pas l'objet de commentaires particuliers de l'OCP malgré des interprétations divergentes possibles. D'ailleurs la CDS avait demandé de la biffer lors de sa prise de position en 2007 à l'attention des membres de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats [27]. Cette notion semble remplacer celle de « surcapacité » présente dans l'ancienne loi. Ainsi, les cantons auraient la possibilité de définir le nombre d'hôpitaux et leur emplacement mais devraient alors financer les surcoûts induits. Mais cette notion est-elle vraiment compatible avec les règles de planification à la prestation définies dans la nouvelle loi et les exigences de prix et de qualité ?

On pourrait également comprendre ce concept sous l'angle actuel des « disciplines à caractère cantonal » définies à l'article 28 de la LEIS qui précise que le Conseil d'Etat, dans le cadre de la planification sanitaire, peut reconnaître, de façon temporaire ou permanente, un caractère cantonal à certaines activités médicales ou de santé publique et/ou à certaines disciplines spécialisées. Cette

²⁶Etat au 23 juillet 2009

notion de « discipline cantonalisée » permet au canton de financer les pertes d'exploitation pour des prestations qui ne sont pas rentables à l'hôpital à cause du faible nombre de cas. Par contre, du point de vue du canton, il peut être intéressant que ces prestations soient dispensées localement, car le coût total de ces cas peut s'avérer moins onéreux qu'un traitement hors canton. En 2008 pour l'Hôpital du Valais, les disciplines cantonalisées comprennent une partie des cas des services de cardiologie interventionnelle et de chirurgie cardiaque ainsi que la radio-oncologie. Si l'on ajoute les disciplines de néonatalogie et de chirurgie pédiatrique, comme proposé par le groupe de travail dans le cadre de la révision de la LEIS, le montant à financer est de 1.2 Mio selon le détail de l'annexe 8.

On pourrait s'interroger également si les dispositions de la LEIS²⁷, qui précisent la délimitation de trois zones hospitalières correspondant au Haut-Valais, au Valais central et au Chablais avec au moins un hôpital de soins aigus par zone, pourraient être assimilées à un maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

5.2.2 La recherche et la formation universitaire

L'article 7 modifié de la nouvelle OCP redéfinit les coûts de formation universitaire et de recherche et est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009.

A. Coûts de recherche

Les coûts de recherche sont définis comme les moyens engagés pour les travaux de création entrepris de façon systématique et le développement expérimental visant à accroître le niveau des connaissances ainsi que leur utilisation pour permettre de nouvelles applications. En font partie les projets réalisés dans le but d'accroître les connaissances scientifiques et d'améliorer la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladies. Il faut également tenir compte des coûts indirects ainsi que des moyens engagés pour des activités financées par des tiers.

La recherche concerne principalement les hôpitaux universitaires. Pour l'Hôpital du Valais, les renseignements obtenus²⁸ permettent de considérer que ces activités de recherche sont minimales et qu'elles sont financées par des fonds spécifiques.

B. Coûts de formation universitaire

Les coûts de formation universitaire sont définis comme les moyens engagés, les coûts indirects et les activités financées par des tiers pour :

- la formation de base théorique et pratique des étudiants des professions médicales jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral ; cette formation prégraduée englobe les études de médecine jusqu'à l'obtention du diplôme fédéral de médecin et concerne uniquement les professions de la LPMed, soit les médecins, les dentistes, les chiropraticiens, les pharmaciens et les vétérinaires.
- la formation postgrade des médecins jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral, c'est-à-dire la formation effectuée après l'obtention du diplôme de médecin et sanctionnée par un titre postgrade qui autorise l'exercice de la profession de manière indépendante.

Le commentaire de l'OCP précise que cette nouvelle définition constitue un changement dans la mesure où, jusqu'ici, les coûts des hôpitaux consacrés à la formation et à la recherche étaient considérés comme des coûts d'exploitation non imputables et ne pouvaient donc pas entrer dans le calcul des tarifs. Selon l'OFSP, cette modification découle de l'opinion défendue dans les débats parlementaires selon laquelle la formation de base et la formation postgrade des médecins comme du reste du personnel académique ne peut, par principe, pas être l'affaire de l'assurance obligatoire des soins puisque la LAMal suppose que seules les prestations du personnel médical ayant achevé sa formation sont remboursées.

²⁷LEIS 3 al2e)

²⁸cf discussion du 25.3.09 avec le Directeur médical du RSV

A noter que l'Ordonnance ne fait pas mention de la formation continue des médecins qui garantit la mise-à-jour des connaissances.

5.3 DISCUSSION

La détermination des coûts de formation et de recherche n'est pas aisée parce que les activités ne sont pas toujours clairement identifiables. De plus il y a un enjeu politique, car une mauvaise prise en compte de ces éléments risque de préjudicier les hôpitaux formateurs dans le cadre de la concurrence et pourrait également mettre en péril la profession. L'autre enjeu non négligeable est financier, car il s'agit de déterminer qui devra financer ces coûts de formation.

Deux articles du bulletin des médecins suisses illustrent cette problématique :

Thomas Zeltner, directeur de l'OFSP, explique [28] que la définition de « formation universitaire » n'était pas claire dans la loi et que le Conseil Fédéral l'a précisé dans l'ordonnance : désormais la « formation universitaire » comprend « *la formation de base et la formation postgrade des étudiants des professions médicales réglées dans la loi sur les professions médicales (LPMed) jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral.* » Cet article souligne également l'enjeu financier en précisant que les frais de formation ont été évalués entre 0.9 et 9% des coûts hospitaliers et en exposant le point de vue de l'OFSP qui estime plus social un financement par le biais des impôts.

Max Giger, membre du Comité central et président de la Commission pour la formation postgraduée et continue de la FMH répond [29] en contestant l'interprétation de la définition de « formation universitaire » de l'OFSP. En effet, la notion de « formation universitaire » selon l'article 49 LAMal coïncide parfaitement avec celle de « formation universitaire » utilisée dans la LPMed. Donc, selon la FMH, seule la formation de base offerte par les universités est un pur service d'enseignement faisant partie des prestations d'intérêt général. De plus, l'objectif de la définition de l'OFSP est de décharger l'assurance-maladie et de freiner les augmentations annuelles de primes. M. Giger estime que les médecins-assistant financent leur formation postgraduée eux-mêmes puisqu'ils travaillent 50 heures par semaine et ont un salaire bien plus bas que les médecins spécialistes. L'article met également en valeur l'inutilité de la proposition du directeur de l'OFSP de mener une enquête très onéreuse en vue de débattre de nouveaux modèles de répartition des charges financières puisque les coûts risquent d'être disproportionnés par rapport aux conclusions que l'on pourra en tirer. En dernier lieu il est proposé de créer un fonds de formation postgraduée alimenté par les rémunérations DRG pour éviter la pénurie de médecins comme cela s'est produit en Allemagne lorsque les hôpitaux ont cessé de former faute de financement.

La réponse du Conseil Fédéral datant du 13.03.2009 concernant la motion 08.3847 d'Ignazio Cassis intitulée « Encourager les hôpitaux à former les médecins-assistants » [30] apporte un nouvel éclairage. En effet, « *seuls les coûts de formation supplémentaires engagés par l'hôpital pour la formation de base et la formation postgrade ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie* ». Le Conseil Fédéral précise que les coûts non pris en charge par l'aos sont ceux qui peuvent clairement être attribués aux formations de base et postgrade, soit les coûts du matériel et les composantes salariales des personnes qui ont des tâches de formation à temps complet ou partiel d'après leur cahier des charges. Il est également stipulé que les salaires des médecins-assistants font toujours²⁹ partie des coûts d'exploitation des hôpitaux.

L'opinion de notre directeur médical, que je partage également, est d'affirmer qu'il n'est pas raisonnable de vouloir séparer les frais de formation de l'activité clinique. En effet, les activités sont très souvent simultanées (colloques, visites...) et même une étude fastidieuse et coûteuse peut être contestée et créer des effets pervers. La mise en place d'incitatifs pour les hôpitaux formateurs pourrait être une bien meilleure solution.

²⁹Faisaient-ils vraiment partie des coûts imputables ? Non selon REKOLE©

On constate donc différentes interprétations qui devront être précisées, mais l'enjeu de la définition des frais de formation et son financement peut être résumé comme suit : pour un employeur sur un marché concurrentiel dans lequel les prix sont fixés, la formation sera abandonnée si elle n'est pas rentable, c'est-à-dire que les hôpitaux ne formeront plus si les coûts de formation non financés sont supérieurs aux bénéfices retirés.

5.4 CALCULS

Les coûts de formation et de recherche sont estimés ci-après selon différentes interprétations.

5.4.1 Méthode REKOLE[®]

Le manuel REKOLE[®] contient un chapitre important concernant les frais de formation³⁰. On propose, pour déterminer les coûts de formation à l'hôpital, de prendre en compte plusieurs notions, soit la formation reçue par l'étudiant et la formation donnée par les formateurs. Il convient également de prendre en compte la production jumelée qui est définie comme le chevauchement des coûts des trois secteurs formation, recherche et traitements des patients. REKOLE[®] fait aussi une distinction entre la formation postgraduée structurée et non structurée ; la formation postgraduée structurée correspond aux modules de formation prévus et annoncés conformément au plan de formation ou au calendrier des cours, la formation postgraduée non structurée comprend l'apprentissage durant le processus de travail.

L'annexe 9 explique la méthodologie de REKOLE[®] pour déterminer les frais de formation et de recherche dans un hôpital non universitaire.

5.4.2 Estimations

Dans le cadre du projet d'implantation de REKOLE[®] à l'Hôpital du Valais initié en 2007, un montant de 15.4 Mio avait été déterminé en estimant la part des frais de formation à 10% des charges salariales pour les médecins-chefs, 20% pour les médecins-chefs de clinique et 50% pour les médecins-assistants.

Le tableau ci-après détaillé à l'annexe 10 résume les différents scénarii allant de 2.8 à 20.4 Mio. Ainsi les coûts de formation seront faibles s'ils sont constitués uniquement de frais supplémentaires clairement attribués à ces activités ; ils deviennent beaucoup plus importants si l'on tient compte du temps consacré par les collaborateurs.

A. Taux de 5% sur les charges salariales des médecins	3'235'164
B. Motion Cassis (frais supplémentaires clairement attribués)	2'782'520
C. Estimation formation donnée et reçue	
<i>Scénario 1 : MC 5%, CC 10%, A 25%</i>	7'943'309
<i>Scénario 2 : MC 10%, CC 20%, A 50%; Inf 1%, MT 1%</i>	16'785'594
<i>Scénario 3 : MC 10%, CC 20%, A 50%; Inf 5%, MT 5%</i>	20'381'500
<i>MC = Médecins-chefs, CC = Médecins-chefs de clinique, A= médecins-assistants</i>	
<i>Inf = Infirmières, MT= personnel médico-technique</i>	

³⁰[23] : p.274-286

5.5 CONCLUSION

Selon les calculs ci-dessus, les prestations d'intérêt général à financer par le canton se composent pour l'Hôpital du Valais d'une couverture de déficit de 1.2 Mio pour les disciplines à caractère cantonal et des frais de formation de l'ordre de 2.8 à 20.4 Mio. Ces coûts de formation universitaire sont à mettre en relation avec les 9.6 Mio que le canton a payés en 2008 et les 12.4 Mio déduits du calcul des tarifs 2010.

Les différentes interprétations concernant la détermination des prestations d'intérêt général nous obligent à suivre l'évolution de ce dossier en étant spécialement attentifs au financement de ces activités. Même si la loi cantonale sur la santé prévoit déjà des dispositions concernant ces prestations d'intérêt général, il importera que le financement étatique corresponde aux moins aux coûts non pris en compte dans le calcul des tarifs.

6. L'IMPACT DU NOUVEAU FINANCEMENT SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

Le nouveau financement hospitalier implique un changement de paradigme : les hôpitaux ne seront plus financés selon les coûts mais sur la base de forfaits liés aux prestations³¹. L'objectif de ce mode de rémunération est une meilleure efficacité des hôpitaux et donc une utilisation plus rationnelle des ressources. La sélection des cas profitables et l'orientation des soins pour l'obtention d'une meilleure rentabilité, notamment par la baisse des durées de séjour (transferts anticipés vers d'autres structures, réhospitalisations et multiplication des séjours) constituent les risques majeurs.

La nouvelle loi a également pour volonté de redéfinir les rôles de l'Etat et des hôpitaux, en attribuant un rôle d'entrepreneur aux fournisseurs de prestations et de régulateur aux pouvoirs publics. De plus, de nouvelles exigences sont introduites pour encadrer et contrôler le système concurrentiel comme l'uniformisation du calcul des coûts, des prestations, des structures tarifaires et du financement.

6.1 CALCUL DES COÛTS UNIFORMES

Pour les tarifs 2012, le calcul des coûts à charge de l'aos inclut les investissements et exclut les activités d'intérêt général. Les hôpitaux ont développé leur méthode d'uniformisation de la comptabilité financière et analytique avec le manuel REKOLE[®] qui fait office de référence au niveau national. L'OCP définit notamment des règles pour les investissements et les frais de formation.

6.2 CATALOGUES UNIFORMES

La loi exige que la structure tarifaire soit la même dans toute la Suisse. Pour le domaine ambulatoire, cette exigence est satisfaite avec le catalogue TARMED introduit en 2004 dans les hôpitaux. En ce qui concerne l'hospitalier, APDRG Suisse a été pionnier en incitant les partenaires (assureurs, hôpitaux et Etat) à introduire cette structure tarifaire américaine adaptée à la Suisse. Actuellement on dénombre une centaine d'hôpitaux facturant les cas somatiques aigus en APDRG aux assureurs et plusieurs cantons l'utilisent pour le subventionnement [31].

6.3 FINANCEMENT UNIFORME - TARIFICATION

Les catalogues uniformes au niveau suisse permettront une comparaison des prix et un benchmarking entre les hôpitaux suisses mais également avec l'Allemagne.

L'article 49 alinéa 1 LAMal définit le principe du calcul des tarifs hospitaliers qui seront déterminés « *en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse* ». Cette définition engendre des interprétations différentes selon les partenaires. Alors que l'OFSP se dit non concernée et donc neutre pour l'instant, Stephan Kaufmann, directeur de santésuisse, considère que le base-rate³² doit être identique sur toute la Suisse et pour tous les hôpitaux, car la structure tarifaire basée sur les prestations tiendra compte des différences entre les établissements. De plus le benchmarking sera fait sur la prestation la plus « efficiente et avantageuse » conformément à la loi. Pour Arnold

³¹LAMal 49 al1

³²Valeur du point DRG

Bachmann, vice-président d'H+, le base-rate devra être différent pour les hôpitaux universitaires et un prix pour toute la Suisse n'est pas réaliste pendant la phase d'introduction. De plus le benchmarking doit être basé sur la valeur médiane et les standards définis par les hôpitaux [32].

6.4 ORGANISATION

Selon la LAMal³³, « les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures » tarifaires. Cette organisation, SwissDRG SA³⁴, a été fondée le 18 janvier 2008 sous la forme d'une société anonyme comprenant les cantons et les partenaires tarifaires. Le Conseil d'administration est formé de 3 représentants de la CDS, 2 de H+, 2 de santésuisse, 1 de la CTM et 1 de la FMH ; il a pour tâche la direction stratégique du Casemix Office, la soumission de la structure tarifaire au Conseil Fédéral en vue de son approbation et l'entretien de rapport avec les autorités et les offices fédéraux. Le casemix Office (CMO) assume la conduite opérationnelle et effectue la collecte de données et le calcul des poids relatifs, améliore le système, propose des modifications du codage et des directives de codage (de la compétence de l'OFS) et collabore avec l'Institut allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (InEK).

6.5 PROBLÉMATIQUES

Le choix du système de tarification allemand G-DRG permet de bénéficier de l'expérience de ce pays mais implique que des modifications importantes doivent être implémentées pour que le système SwissDRG puisse fonctionner.

La statistique médicale doit être changée. Ainsi les codes diagnostiques ICD-10 OMS sont abandonnés au profit du catalogue allemand ICD-10 GM. L'OFS, responsable de la statistique médicale des hôpitaux, voulait introduire cette nouvelle statistique pour le 1^{er} janvier 2009 mais a finalement repoussé cette obligation en 2010. Ainsi pour 2009, les hôpitaux facturant en APDRG avec la version 6.0 des cost-weights ont le choix entre les deux catalogues. En Romandie, les hôpitaux publics utilisent toujours la classification ICD-10 OMS alors que le CHUV et les HUG sont passés à la nouvelle classification allemande. On soulignera que les droits d'auteur de la traduction française de la classification allemande n'ont pu être obtenus de l'OMS par SwissDRG que récemment après plus d'une année de tractations, alors que les hôpitaux universitaires romands l'utilisent pour la facturation depuis le 1^{er} janvier 2009³⁵.

Pour passer aux SwissDRG, les règles de codage du manuel de codage édité par l'OFS doivent être adaptées. Les modifications qui devront être assimilées non seulement par les personnes en charge du codage à l'hôpital mais également par les assureurs sont assez importantes. On peut donc s'attendre à ce que le haut niveau de qualité du codage actuel, déterminé lors de révisions effectuées par un organisme neutre dans le cadre d'un Comité de pilotage romand, baisse de façon générale [33]. La création de la structure tarifaire SwissDRG, basée sur les coûts, la statistique médicale et les règles de codage s'en trouveront perturbées : les données dès l'année 2010, disponibles courant 2011, seront au nouveau format et serviront comme base de calcul des tarifs 2012, malgré le fait que la qualité des données ne sera pas optimale la première année.

Le contrôle du codage a fait l'objet également de divergences de vue entre assureurs et fournisseurs de prestations. En effet, comme les factures sont déterminées sur la base des diagnostics et des traitements, les assureurs exigeaient que les hôpitaux leur fournissent toutes les données nécessaires au contrôle des factures. De leur côté les prestataires de soins défendant la sphère privée du patient souhaitaient qu'un concept tenant compte de la protection des données et

³³LAMal 49 al2 (nv)

³⁴www.swissdrg.org

³⁵L'OFS est donc responsable de la statistique médicale et SwissDRG chargé d'obtenir les droits d'auteur pour la traduction de la classification allemande.

du retour sur investissement de ces contrôles soit établi pour une pratique uniforme évitant de nombreuses factures impayées et des coûts administratifs trop importants. La Convention relative à l'introduction de la structure SwissDRG du 9 juillet fixe les modalités de contrôle en instituant une révision annuelle du codage et un contrôle individuel des factures [13].

La révision annuelle du codage prévoit un rapport de révision standardisé établi par des professionnels accrédités sur la base d'un échantillonnage de dossiers médicaux ; le concept s'est largement inspiré du modèle romand auquel l'Hôpital du Valais participe depuis plus de 5 ans. Le principe de la transmission systématique des codes diagnostiques et opératoires aux assureurs pour le contrôle individuel des factures est admis sur la base d'un arrêt du tribunal fédéral administratif (TAF C-6570/2007). Ainsi, même s'il est précisé qu'une convention spécifique réglant les modalités de cette transmission doit être signée entre les partenaires, l'article 8 de la Convention relative à l'introduction de la structure SwissDRG établit le principe de l'inscription des codes diagnostiques et opératoires sur les factures, de la transmission électronique et pour chaque cas d'un jeu de données basé sur la statistique médicale des hôpitaux qui comprend, entre autres, les variables administratives d'entrée et de sortie, les codes diagnostiques et opératoires, les données de soins intensifs et d'activité de tumeur. Le patient pourra toutefois exiger que ces données ne soient transmises qu'au médecin-conseil de l'assureur.

Les traitements hospitaliers sont divisés en catégories de soins, soit les soins somatiques aigus, les soins de réadaptation, les soins gériatriques et les soins psychiatriques. Pour chacun de ces domaines une structure tarifaire uniforme basée sur les prestations devrait être introduite en 2012. Le commentaire de l'OAMal³⁶ prévoit une seule structure nationale pour l'établissement des structures tarifaires uniformes. Simon Hölzer, directeur du Casemix-Office de SwissDRG SA, précise [34] que SwissDRG se concentrera sur la partie somatique aigüe d'ici 2012 mais que des travaux sont déjà en cours afin d'étendre le financement des prestations aux secteurs psychiatrique et de réadaptation³⁷. La demande d'approbation de la structure tarifaire déposée par SwissDRG SA [3] contient une annexe qui résume les différents projets pour les hospitalisations regroupées sous le terme de soins subaigus, à savoir la réadaptation, la gériatrie, les soins palliatifs et les suites de traitement en général. On y trouve les travaux entrepris par les fournisseurs de soins eux-mêmes notamment au travers du projet PRG³⁸ qui a été initié fin 2005 par les directeurs généraux des HUG et du CHUV, et appuyé par la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), ainsi qu'ultérieurement par les hôpitaux et les institutions psychiatriques publiques de Suisse romande et du Tessin.

S'agissant de la psychiatrie, les objectifs fixés par le projet PRG ont pu être atteints et la suite des travaux a été reprise par Psysuisse³⁹ qui a établi une grille de classification⁴⁰ utilisée par les soignants pour déterminer des tarifs différenciés en fonction des prestations. Actuellement les établissements pilotes, dont les services de psychiatrie de l'Hôpital du Valais, effectuent le codage selon cette classification, le but étant de tester cette grille et d'établir des forfaits par jour différenciés selon cette catégorisation.

Il est à noter que les pays européens qui se sont préoccupés de ce sujet et qui disposent d'un système de financement par cas en DRG – comme la France ou l'Allemagne – n'ont pas non plus atteint de résultats définitifs dans ce domaine. Ces projets ont également mis en lumière des pratiques médicales différentes entre cantons et établissements, principalement dans la réadaptation.

³⁶ OAMal commentaire p.13 §2

³⁷Selon renseignements obtenus de H+ les structures tarifaires uniformes pour la psychiatrie et la réadaptation devraient être introduites en 2014.

³⁸Le diagnostic n'étant pas un bon prédicteur de la consommation de ressources dans ces domaines, le système DRG n'est donc pas applicable.

³⁹Descriptif du projet sous

http://www.hplus.ch/fr/tarifs_prix/autres_tarifs_stationnaires/psysuisse/descriptif_du_projet/

⁴⁰Grille disponible sous

http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife_Preise/andere_stationaere_Tarife/psysuisse/franz/01_Einteilungsraster_psysuisse_V6_2009_f.pdf

A l'heure de l'introduction généralisée sur tout le territoire suisse d'un système de financement forfaitaire à la prestation qui incitera à diminuer les durées d'hospitalisation somatiques aiguës, des définitions des cas uniformes pour toutes les catégories de soins permettraient de limiter les effets indésirables et de disposer d'une vision globale sur l'évolution des coûts.

6.6 INTRODUCTION DES FORFAITS LIÉS AUX PRESTATIONS

6.6.1 Généralités

L'introduction des forfaits liés aux prestations pour les cas somatiques aigus sur tout le territoire suisse est prévue le 1^{er} janvier 2012. Ainsi, conformément à l'OAMal⁴¹, SwissDRG SA a déposé le 9 juillet 2009 la première demande d'approbation de la structure tarifaire pour le nouveau système de forfaits par cas SwissDRG [6] auprès du Conseil Fédéral qui devrait se prononcer d'ici mars 2010.

On relèvera que le système SwissDRG est un système apprenant qui s'appuie sur les données des coûts et des prestations fournis par les hôpitaux et que la version de la structure tarifaire déposée sera remplacée par la version 1.0 testée et améliorée. On soulignera aussi que la durée moyenne de séjour diminuera d'environ 1 jour suite à l'application d'un nouveau calcul⁴². A noter également que tous les aspects liés à la formation des prix ne font pas partie intégrante de la Convention.

6.6.2 Réadmissions

Afin d'éviter les effets indésirables des DRG que sont les sorties prématurées et la multiplication des cas, le document « *Règles et définitions pour la facturation des cas* » traite des regroupements des cas⁴³. Ainsi lorsqu'un patient est réadmis dans le même hôpital, dans la même catégorie majeure de diagnostic (MDC) et dans les 18 jours après sa sortie, les deux cas sont regroupés. En prenant les données 2008 du CHCVs et en supposant qu'on puisse simuler selon les mêmes règles, le nombre de cas facturé diminuerait de 2%⁴⁴.

6.6.3 Mesures d'accompagnement

Comme les changements induits par la révision du financement hospitalier ne permettent pas une neutralité au sens strict, l'OAMal⁴⁵ demande aux partenaires d'élaborer et de mettre en place des mesures d'accompagnements.

H+ avait préconisé une phase d'introduction de 4 ans selon le schéma présenté en annexe 11. Pour Luc Schenker, président d'APDRG Suisse et spécialiste des DRG, la Suisse est mal préparée à l'introduction des réformes 2012 dont les DRG ne sont qu'un aspect. Une période transitoire d'au moins 5 ans serait nécessaire [31]. Si l'on observe l'Allemagne, on constate que le système G-DRG n'est pleinement opérationnel que depuis le 1^{er} janvier 2009 [36], après une phase d'introduction contraignante de 5 ans.

⁴¹OAMal al2 des dispositions finales

⁴²Règle allemande : les jours d'entrée et de sortie ne comptent plus que pour 1 jour

⁴³[35] : On ne parle pas des retransferts par souci de simplification.

⁴⁴On considère que les directives de codage restent inchangées, ce qui ne sera pas le cas.

⁴⁵OAMal al2 des dispositions finales

Lors d'un changement de structure tarifaire, le principe de la neutralité des coûts, qui évite une forte variation du volume de facturation, doit être respecté⁴⁶. Cette neutralité a été appliquée lors de l'introduction du TARMED et également lorsque l'Hôpital du Valais a introduit les APDRG pour le domaine LAMal en 2005⁴⁷.

Dans les documents déposés au Conseil Fédéral, les partenaires contractuels constatent qu'un changement de système neutre au niveau des coûts au sens de l'art 59c OAMal sera difficile, car de nombreux facteurs essentiels sont modifiés dans le nouveau financement des hôpitaux en même temps que la nouvelle structure tarifaire SwissDRG est introduite. Ainsi, plutôt que de prévoir un système national on préfère renvoyer cette tâche aux partenaires tarifaires en précisant qu'ils devront prendre des mesures contractuelles appropriées, faire un monitoring du nombre de cas et des coûts et évaluer de manière aussi précise que possible les différents facteurs lors des négociations tarifaires [37].

6.7 CONCLUSION

L'introduction des forfaits uniformes liés aux prestations et les éléments de concurrence conduisent à une complexification du système de rémunération et à l'utilisation des données médicales pour l'établissement et le contrôle des factures. Un pas important a été franchi avec le dépôt de la première demande d'approbation de la structure tarifaire pour le nouveau système de forfait par cas SwissDRG auprès du Conseil Fédéral qui devra encore se prononcer.

Les structures tarifaires pour les catégories de soins autres que le somatique aigu ne seront certainement pas introduites en 2012. Cela pourrait poser un problème de financement à ces établissements s'ils devaient prendre en charge des cas transférés des hôpitaux de plus en plus lourds.

Vu les changements importants dont les effets sont peu connus, les financeurs et fournisseurs de prestations souhaiteront établir des garde-fous qui se traduiront par des systèmes de neutralité des coûts élaborés. Ceci d'autant plus qu'aux changements des structures et règles tarifaires s'ajoutent l'ouverture des frontières et la concurrence, thèmes traités dans les prochains chapitres.

⁴⁶OAMal 59c al1c)

⁴⁷Principe de la « Schattenrechnung » : comparaison du volume facturé en APDRG par rapport à ce qui aurait pu être facturé selon les forfaits cas/services (ancienne structure tarifaire) : correspond à « Tenue d'un compte témoin » de l'annexe 11

7. L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES CANTONALES

7.1 PRINCIPE DE L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES

Actuellement selon l'article 41 alinéa 3 de la LAMal les cantons financent une part du tarif pour leurs ressortissants hospitalisés dans un autre canton uniquement s'il y a nécessité médicale, c'est-à-dire pour les cas d'urgence ou si le traitement approprié n'est pas offert dans le canton. Les patients ne peuvent donc pas décider librement de se faire hospitaliser dans un autre canton sans conséquence financière pour eux, car l'assurance de base ne couvre que les soins en division commune dans le canton de domicile. Ainsi un patient qui choisit un établissement hors canton sans nécessité médicale se voit rembourser la part aos de la facture mais au maximum le tarif de son canton de domicile, le solde de la facture étant à sa charge ou couvert par son assurance complémentaire.

Dès 2012, les assureurs-maladie et le canton de domicile devront contribuer au financement des hospitalisations hors canton également en l'absence de raisons médicales. Toutefois, la participation du canton est liée à la condition que l'établissement figure sur la liste hospitalière du canton de résidence et/ou sur celle du canton où se situe l'hôpital ; le tarif remboursé sera celui applicable dans le canton de domicile du patient sauf si l'établissement hors canton figure sur la liste du canton de domicile du patient, dans quel cas le tarif de l'hôpital traitant sera complètement remboursé. Aussi le libre choix prévaudra pour tous les hôpitaux privés et publics répertoriés figurant sur la planification établie par chaque canton.

Si l'hôpital ne figure pas sur la liste du canton de domicile, ni sur celle du canton d'implantation, mais sur une liste d'assureur ou d'un canton tiers, excepté pour les cas d'urgence, il n'y aura pas de prise en charge par le canton.

Le schéma suivant présente les régimes prévus et la prise en charge des coûts selon différentes situations :

Situation	Tarif pris en charge
Traitement d'urgence dans un hôpital du canton ou hors canton	Tarif de l'hôpital traitant (part aos et part canton)
Traitement électif dans un hôpital hors canton présent sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient	Tarif de l'hôpital traitant (part aos et part canton)
Traitement électif dans un hôpital hors canton présent sur la liste hospitalière du canton de l'hôpital traitant	Tarif maximum de l'hôpital du canton de domicile (part aos et part canton) ; solde à la charge du patient
Traitement électif dans un hôpital hors canton présent sur la liste hospitalière d'un canton tiers ou conventionné avec un assureur	Tarif maximum de l'hôpital du canton de domicile, mais uniquement la part aos ; solde à la charge du patient

Pour les établissements la liste hospitalière est donc primordiale, puisqu'elle détermine la participation financière du canton. Ainsi un hôpital inscrit sur la liste hospitalière de son canton peut faire concurrence aux autres établissements suisses, car désormais l'assureur et le canton de domicile du patient financeront cette hospitalisation jusqu'à concurrence du tarif du canton de domicile.

Pour illustrer ce changement, prenons l'exemple chiffré d'une appendicectomie effectuée à l'Hôpital du Valais (RSV), au CHUV et dans un hôpital de la FHV détaillé en annexe 12. La part à la charge du patient ou de l'assurance complémentaire sera fortement diminuée avec la libre circulation des personnes, soit 2'993.- pour un patient valaisan⁴⁸ hospitalisé au CHUV ou à la FHV, voire 4'803.50 si le CHUV est sur la liste hospitalière du Valais. Si le tarif de l'hôpital traitant est inférieur au tarif du canton de domicile, le patient n'aura aucun supplément à payer ; dans notre exemple, ce sera le cas pour un patient vaudois qui se fait hospitaliser en Valais.

7.2 SITUATION DES FLUX INTERCANTONAUX DE PATIENTS

La publication de l'OFS en annexe 13 montre qu'en Valais, en 2004, la lourdeur des cas exportés était plus importante que les cas traités dans le canton et que les cas importés. Ces données paraissent cohérentes si l'on estime que les cas exportés sont majoritairement des cas lourds soignés dans les hôpitaux universitaires alors que les cas importés sont constitués des cas d'urgences relativement « légers ».

L'annexe 14 tiré de Moser [38] détermine que le libre passage intégral ferait augmenter les flux des patients de plus de 10'000 séjours en Suisse⁴⁹. Le rapport *Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier* de 2003 [39] démontre que les hôpitaux privés traitaient environ 25% des séjours extracantonaux contre 11.5% pour les hôpitaux publics.

7.3 ANALYSE DES FLUX DES PATIENTS

Pour pouvoir déterminer les flux des patients entre les cantons, les statistiques OFS publiées ne sont pas utilisables, car elles incluent les cas semi-hospitaliers. Sur demande il a été possible d'obtenir du canton⁵⁰ cette statistique OFS différenciée entre séjours totaux, séjours planifiés et région de domicile du patient. Par contre, les données utilisées concernent tous les garants et toutes les divisions, et les régions de domicile de l'OFS sont basées sur les numéros postaux.

L'annexe 15 montre que les établissements du Valais ont traité 46'577 sorties dont 41'495 valaisans, ce qui fait 11% de cas importés. 5'127 patients valaisans ont été hospitalisés hors canton tandis que le nombre de séjours des patients domiciliés en Valais a été de 46'622. Ces données sont globales et contiennent les cas d'urgences pour lesquels la prise en charge est garantie par le canton.

Afin d'affiner l'analyse, l'annexe 16 présente les cas électifs uniquement (naissances comprises). En 2007 23'723 patients électifs ont été traités en Valais dont 1'847 cas importés (7.8%). Si l'on ne tient compte que de l'Hôpital du Valais⁵¹, il ne reste que 356 cas importés dont 127 en chirurgie et 100 en médecine interne.

Si l'on s'intéresse aux cas exportés en annexe 17, le nombre de séjours des valaisans hospitalisés hors canton augmente depuis 2004 de 4.2 % en moyenne. De plus, entre 2006 et 2007 le Haut et le Bas-Valais ont augmenté leurs hospitalisations hors canton de 11 et 8%. En 2007, 4'022 patients valaisans ont choisi de se faire hospitaliser hors canton, dont 1'535 pour le Haut-Valais, 1'045 pour le Valais Central et 1'442 pour le Bas-Valais. La chirurgie représente 46% et les communes de Brigue et Viège 26% (annexe 18). Sur les 4'022 hospitalisations planifiées, l'annexe 19 montre que 37% ont été traités dans le canton de Vaud et un tiers s'est rendu à Berne.

⁴⁸Part à la charge du canton de domicile

⁴⁹[38] p.50 : Ce nombre baisse à 6'564 patients si l'on ne tient pas compte des cantons avec des hôpitaux universitaires.

⁵⁰OVS

⁵¹sans HDC

L'annexe 20 s'intéresse uniquement à la chirurgie, la médecine interne, la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique qui représentent 78% des hospitalisations hors canton (83% si l'on ne tient pas compte de la réadaptation). Aussi, plus de 80% des cas hospitalisés à Berne viennent du Haut-Valais. Les cas traités sur Vaud et à Genève proviennent à 60% du Bas-Valais et 36% du Valais central.

7.4 ESTIMATION DES FLUX DES PATIENTS

7.4.1 Statistique OFS 2007 des cas électifs

Sur la base des données des cas électifs 2007 développées au point 7.3 ci-dessus il y a eu 1'847 patients importés en Valais contre 4'022 valaisans traités hors canton. On constate également que l'effet de la frontière linguistique ou territoriale est déjà important.

7.4.2 Rapport SSP

Le rapport sur les hospitalisations hors canton du Service de la santé publique du canton du Valais [40] ne traite que des demandes pour des cas LAMal qu'elles soient d'urgence ou électives. Ce document souligne que le canton du Valais n'est pas un grand exportateur de patients puisque parmi les cantons non universitaires, le Valais est le canton romand avec le taux d'octroi de garantie de paiement le plus bas.

L'annexe 21 montre que le Haut-Valais dépose proportionnellement plus de demandes que les deux autres régions, car les patients germanophones préfèrent aller en Suisse alémanique plutôt que dans le Valais central. A noter que les craintes d'une forte augmentation des demandes dans le Haut-Valais suite à l'ouverture du tunnel de base du Lötschberg n'ont pas été constatées.

En 2007, 2'425 autorisations ont été accordées alors que 1'197 refus ont été prononcés. On ne peut pas dire si ces 1'200 patients seront des hospitalisations hors canton supplémentaires, car on ne sait pas combien se sont tout de même fait traiter hors canton.

7.4.3 Rapport Moser : Hospitalisation hors canton

Le rapport Moser [38] a estimé le nombre d'hospitalisation hors canton ainsi que les conséquences financières pour les cantons sur la base de l'année 2004 sans distinction entre cas d'urgence et électifs⁵². Ces données servent de référence pour la CDS dans l'estimation des charges supplémentaires pour les cantons.

Ainsi l'annexe 22 reprend ces tableaux qui font état pour le Valais avec un libre passage intégral de 1'431 hospitalisations supplémentaires à la charge du canton. Mais en prenant en compte la part des assurés avec une complémentaire (VS 86.2%), seulement 197 hospitalisations hors canton supplémentaires ont été estimées pour le Valais contre 258 patients importés⁵³.

7.4.4 Autres considérations non chiffrées

L'attitude des patients et leur comportement face à la nouvelle législation ne doit pas être négligée, car elle constitue certainement un facteur important.

On peut imaginer que cette nouvelle disposition permettra aux assurés dont le domicile se situe à proximité d'un établissement installé sur le territoire cantonal voisin de se faire soigner plus près de leur lieu d'habitation. L'effet d'annonce aura certainement aussi un impact, c'est-à-dire que les patients voudront « tester » cette possibilité lors de son introduction.

⁵²Seules les hospitalisations LAMal dans des hôpitaux publics subventionnés ont été prises en compte.

⁵³[38] p.52 : Ce nombre baisse à 56 patients si l'on ne tient pas compte des cantons avec des hôpitaux universitaires.

Toutefois, il faut tenir compte des éléments ci-après qui diminueront les impacts possibles :

- L'effet frontière est déjà fortement présent comme montré ci-dessus ; cela est certainement dû aux assurances complémentaires qui couvrent la part non payée notamment celle du canton et qui offrent des contrats couvrant la division commune pour toute la Suisse pour des prix relativement modiques (une dizaine de francs par mois).
- Le rôle de conseil et d'orientation du médecin prescripteur reste très important.
- La capacité des hôpitaux, notamment universitaires, est limitée pour accueillir les éventuels patients hors canton supplémentaires.
- Une hospitalisation proche du domicile permet au patient de recourir plus facilement au médecin opérateur en cas de problèmes (« Service après-vente »).
- Des spécialistes estiment que les changements ne seront pas si importants⁵⁴.

7.5 CONCLUSION

La forte proportion actuelle des hospitalisations hors canton, les estimations de flux de patients et les autres considérations non chiffrées nous incitent à conclure que l'ouverture des frontières cantonales aura, pour l'Hôpital du Valais, des conséquences limitées estimées à une centaine de patients représentant un chiffre d'affaire avoisinant le million de francs.

N'oublions pas que les simulations présentent des limites liées aux chiffres et à leur interprétation. Par ailleurs, le comportement des patients pourrait être modifié par une nouvelle attitude des concurrents, assureurs, cantons ou médias face à ce nouveau libre choix et à la concurrence présentée ci-après.

⁵⁴[41] : p.101 : H+ est convaincu que les structures d'hôpital ne changeront pas grandement parce que les patients rendent visite majoritairement à l'hôpital de proximité.

8. L'INTRODUCTION DE LA CONCURRENCE ENTRE HÔPITAUX

La nouvelle loi sur le financement hospitalier a pour objectif une meilleure efficacité des prestataires en introduisant la concurrence entre hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés. Cette nouvelle concurrence est une concurrence dite « régulée », car le législateur a donné un rôle de régulation important aux cantons dans ce marché de la santé qui a ses spécificités comme l'asymétrie de l'information et la prise en charge des coûts.

Ayant déjà abordé les éléments constitutifs plus haut, cette partie est consacrée à une analyse des éléments de concurrence et ses distorsions possibles ainsi qu'à la position de l'Hôpital du Valais dans cette problématique.⁵⁵

8.1 NOUVEAU FINANCEMENT DES HOSPITALISATIONS ET PLANIFICATION

Actuellement les cantons financent uniquement les hospitalisations de leurs ressortissants effectuées dans un établissement public inscrit sur la liste hospitalière du canton. En plus du financement pour les patients hors canton expliqué au chapitre précédent, les cantons devront aussi à l'avenir participer au financement des établissements privés inscrits sur la liste hospitalière de la même manière que pour les établissements publics.

Comme précisé au chapitre 2 les cantons ont jusqu'en 2015 pour établir leur nouvelle planification en fonction des prestations nécessaires pour le canton. L'article 58b nouveau de l'OMal précise les critères de choix des institutions qui doivent figurer sur la liste des cantons, notamment l'économicité et la qualité des prestations. Le commentaire concernant l'alinéa 5 de cet article souligne que « *des critères uniformes sont indispensables, car la sélection des établissements admis à figurer sur la liste détermine de manière importante à quel prix et dans quelle qualité les prestations pourront à l'avenir être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une base uniforme est nécessaire, d'abord parce que les tarifs hospitaliers devront s'orienter, selon l'art. 49, al. 1, LAMal, sur la rémunération des hôpitaux qui fournissent les prestations dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, mais aussi parce que les hôpitaux devront fournir leurs prestations aux prix fixés et dans la qualité nécessaire. Cette règle s'applique aussi, par analogie, aux établissements médico-sociaux et aux maisons de naissance.* » En parlant de « *qualité nécessaire* » des prestations fournies, il semble que le législateur souhaite un véritable débat sur le « *niveau médical* » pris en charge par l'assurance de base, « *niveau* » qui sera dépendant du prix.

8.2 ÉLÉMENTS DE CONCURRENCE

Les DRG favorisent la comparabilité des coûts des prestations puisque le catalogue tarifaire sera le même sur tout le territoire suisse. Pour les établissements, il devrait s'en suivre une spécialisation favorable à l'augmentation de l'efficacité et de la qualité⁵⁶. Toutefois, pour éviter des effets indésirables et pour que les conditions de la concurrence soient équitables, il faut pouvoir prendre en compte plusieurs paramètres.

⁵⁵Nous n'aborderons pas la liberté de contracter et le financement moniste, écartés (pour l'instant faute de consensus au Parlement) par le législateur, même si ces deux thèmes augmenteraient la concurrence.

⁵⁶Il est communément admis qu'un établissement qui n'atteint pas la masse critique pour une prestation connaît plus de problème de qualité.

Pour illustration, prenons l'exemple suivant. En supposant qu'un établissement privé soit intéressé à exploiter un certain type d'activité et à s'implanter en Valais, et en tirant un parallèle avec ce qui s'est passé dans l'ambulatorio (cataractes et petite chirurgie notamment), il établira le profil type de patients qu'il voudra traiter, **standardisera** au maximum les processus et dimensionnera ses infrastructures et son personnel en conséquence pour obtenir le prix de revient le plus faible possible. Les patients ne correspondant pas au profil ou les interventions qui se compliquent seront adressés à l'hôpital public. Cette problématique est largement connue et débattue. Le tableau ci-après donne un aperçu plus complet sur les principaux éléments ayant une influence sur les coûts, la qualité et la concurrence entre un hôpital avec une mission publique et un établissement spécialisé dans une activité précise.

Etablissement spécialisé dans la prothèse de hanche	Hôpital public
1. Types de patients (sélection des patients)	
Patients électifs uniquement	Patients électifs et d'urgence
Patients selon un profil type défini en fonction de la rentabilité, soit le meilleur rapport coûts - recette	Obligation d'admission, soit tous les patients, avec les cas compliqués souvent polymorbides, très différents entre eux
2. Infrastructure, matériel, coûts administratifs (concurrence sur les coûts de structure)	
L'infrastructure parfaitement adaptée aux patients qui seront traités est utilisée de manière optimale.	L'infrastructure est prévue pour les cas d'urgence et les cas les plus lourds. Elle est donc surdimensionnée pour la plupart des patients.
Les achats de matériel et les investissements sont effectués avec flexibilité, ce qui permet une forte réactivité.	Les achats et les investissements sont soumis à des procédures souvent compliquées et longues, comme la loi sur les marchés publics, qui demandent du temps et des ressources.
La standardisation du matériel est optimale puisqu'adaptée à un seul type de patients.	Les coûts de matériel sont plus importants puisqu'on doit en prévoir pour les patients en urgence et les cas les plus complexes.
Un seul type d'activité réduit les coûts administratifs puisque les saisies de prestations peuvent être ignorées ou automatisées. L'organisation des services est facilitée par la standardisation des processus en général peu nombreux.	Les saisies de prestations ne peuvent être automatisées, car les profils des patients sont différents. L'organisation administrative est plus lourde, car il faut déplacer des rendez-vous à cause des urgences (avec des implications également sur la gestion du personnel).
3. Personnel (concurrence sur le marché du travail)	
La politique salariale peut être décidée librement et adaptée rapidement aux conditions du marché.	Les salaires et la structure salariale sont souvent rigides et réglementées par l'Etat, comme le plafonnement des honoraires des médecins.

Les horaires et l'activité sont facilement planifiables. Le stress lié à la performance peut conduire à de l'insatisfaction du personnel et augmenter les risques. Les possibilités de formation et l'intérêt du travail peuvent être plus limités, car les activités sont peu diversifiées ⁵⁷ .	Les horaires 24h sur 24, les fortes variations d'activité et l'augmentation des risques dus aux urgences peuvent conduire à un stress et une fatigue excessive et provoquer de l'insatisfaction parmi le personnel.
4. Patients - clients	
L'accueil du patient peut être personnalisé (profil-type et sélection « en amont »).	L'accueil du patient est complexe avec plusieurs activités et types de patients.
La gestion d'une activité planifiée limite fortement le risque de reporter les interventions sauf en cas d'indisponibilité de l'opérateur (maladie,...).	Le patient peut s'attendre à un report de date d'intervention due aux urgences et aux capacités limitées.
Une patientèle-type facilite un accueil personnalisé et une prise en charge standardisée et permet ainsi de soigner d'autres aspects « de confort » pour une satisfaction maximale du client.	Les problématiques liées à l'hôpital public (priorité aux urgences, prise en charge de tous les patients,..) peuvent conduire à une insatisfaction des clients.
5. Conduite d'entreprise	
Le management « privé » offre une liberté et une réactivité forte. Le but de l'entreprise est lucratif.	L'hôpital public doit répondre à des intérêts publics tels que la formation et les services d'urgences. De ce fait, il est logique qu'elle soit soutenue par l'Etat.
Le statut juridique privé offre des avantages qui sont défendus notamment par les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public de la FHV [43].	Le statut de droit public donne des compétences larges aux politiques et souvent un droit de regard important sur la gestion.

A noter qu'au niveau de la performance, il n'a pas été démontré une différence significative entre les différentes formes de propriétés (publiques ou privées) [44].

8.3 PRINCIPALES DISTORSIONS DE CONCURRENCE

Dans un marché, la concurrence se fait le plus souvent par les produits, les prix et au niveau de l'orientation client. Dans le domaine hospitalier, il faut également tenir compte de l'inscription sur une liste de planification et des éléments mentionnés dans le tableau comparatif ci-dessus. En principe les établissements privés se différencient au niveau de l'orientation client en offrant une prise en charge personnalisée et un confort supérieur à l'hôpital public.

La nouvelle loi mentionne que le régulateur doit planifier en fonction des prestations nécessaires pour le canton selon des critères définis d'efficacité et d'économicité. Il y aura donc une concurrence qui se fera également sur les prix, et l'on peut s'attendre à ce que les établissements, surtout privés, s'établissent sur les segments rentables et laisseront aux hôpitaux publics la charge des activités moins profitables. Toutefois les cliniques privées doivent aussi mettre en balance les

⁵⁷[42] : Le chef du groupe de cliniques privées Hirslanden, Robert Bider, a déclaré dans la newsletter pour les assurés de Sanitas Corporate Private Care de mars 2005 : «*Nous travaillons 25 à 30 % meilleur marché que les hôpitaux publics*». Ce qu'il justifie par un meilleur engagement du personnel: «*Dans les soins, nous veillons à ce que le personnel ne perde pas son temps en réunions, mais s'occupe en premier lieu des patients. Les médecins sont confrontés au problème des hôpitaux publics où il existe une grosse perte d'énergie au sein de la structure de conduite. Chez nous, les médecins ne sont pas surchargés par l'administration et la conduite de grandes divisions.*»

inconvénients d'être sur une liste hospitalière, tels que la perte d'indépendance, les contraintes étatiques, la remise en cause de l'hôtellerie haut de gamme et une prise en charge personnalisée du patient, les risques de blocages dans la mise en place des DRG, la perte de clientèle internationale, voire l'étatisation du secteur privé ou la perte de qualité éventuelle.

Comme on l'a vu les établissements sont différents de par leur structure et mission. Pour que les acteurs du marché puissent avoir les mêmes règles du jeu au niveau tarifaire, ces différenciations doivent être prises en compte, soit dans le prix de base, soit dans la structure tarifaire ou encore dans l'établissement de la planification cantonale.

8.3.1 Le prix de base tient compte des spécificités

On peut souhaiter que le prix de base du DRG (base-rate) tienne compte des différences de structure et de mission des établissements. Mais si c'est le cas, il n'y aura que peu de comparaison de prix possible puisque chaque établissement a ses spécificités. Plusieurs éléments indiquent que le prix sera déterminant notamment l'esprit de la réforme au travers de l'OAMal⁵⁸, l'avis des assureurs déjà présenté sous le point 6.3, la négociation actuelle des tarifs avec un benchmarking également appliqué par la Surveillance des Prix⁵⁹ ainsi que la volonté de suivre ce qui se fait en Allemagne.

8.3.2 Le catalogue tarifaire tient compte des spécificités

Si l'on veut comparer les coûts du point DRG et susciter une concurrence par les prix, c'est à la structure tarifaire de tenir compte des spécificités. Elle joue donc un rôle capital non seulement dans les incitations mais également au niveau de la concurrence. A l'exception des centres universitaires, on devrait s'attendre à ce que la structure tarifaire prenne en compte les spécificités présentes dans certains hôpitaux.

En effet, il a été démontré un surcoût significatif de 17% pour les patients admis en urgence par rapport aux patients convoqués⁶⁰. De même, le coût moyen global d'un séjour avec un passage en soins intensifs est en moyenne 2.5 fois plus élevé que les autres séjours [46]. Ceci s'explique aisément par l'infrastructure physique et humaine dimensionnée pour les cas les plus graves et les capacités de réserve.

Actuellement la structure tarifaire élaborée par SwissDRG ne prévoit pas de suppléments pour ces spécificités, car on veut que le DRG reste un forfait. Mais même si les données transmises par les hôpitaux de réseau⁶¹ permettaient de calculer ces suppléments [47], la manière de calculer les coûts par les hôpitaux fait que ces surcoûts sont « dilués » sur tous les patients. En effet, si l'on voulait avoir le réel coût des urgences, on devrait calculer les coûts beaucoup plus précisément, ou appliquer des coûts standards pour les patients électifs et imputer les « autres » coûts aux patients en urgence, ce qui ferait baisser les coûts des patients électifs et augmenter ceux d'urgence.

On relèvera également que les données utilisées pour le calcul de la structure tarifaire peuvent être biaisées, car les hôpitaux de réseau n'incluent pas tous les hôpitaux suisses, les codes diagnostiques et opératoires ont été ou sont en cours de modification, la structure complexe des hôpitaux rend l'élaboration d'une comptabilité analytique difficile et lorsque les données suisses ne suffisent pas on les mélange avec les coûts allemands.

⁵⁸cf OAMal art 58b et point 8.1

⁵⁹[26] : indicateurs : CMI, nombre de cas stationnaires et d'APDRG différents, formation continue, nombre de lits exploités et soins intensifs.

⁶⁰[45] p.8 : 14'666/12'491

⁶¹Hôpitaux qui transmettent, sur une base volontaire, leurs données de coûts par cas sous la forme agrégée REKOLE® et la statistique médicale, voir

http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/economie_erhebung.asp?navid=10

8.3.3 Le canton tient compte des spécificités dans sa planification

La loi prévoit que le canton peut tenir compte des spécificités des hôpitaux dans sa planification. Le Conseil Fédéral l'a confirmé dans sa réponse à une interpellation de Stéphane Rossini qui s'inquiétait d'une possible sélection de patients [48]. Il a précisé que les cantons doivent prendre en compte, conformément à l'article 58b alinéa 4 lettre c OAMal, la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations ; ainsi, en cas de sélection de patients, l'hôpital ne respectant plus le principe de l'obligation d'admission, le canton est compétent pour prendre des mesures dans le cadre de la liste hospitalière.

8.4 ANALYSE DE LA CONCURRENCE EN VALAIS

Une analyse de la concurrence passe l'analyse des parts de marché, des taux de dépendance et des tendances du marché. On renonce ici à une analyse SWOT⁶² pour l'Hôpital du Valais, car elle a déjà été établie dans le cadre de la stratégie d'entreprise. On ne traitera pas non plus des effets concurrentiels avec le futur hôpital Riviera-Chablais.

La part de marché de l'Hôpital du Valais en Valais se mesure avec le nombre de valaisans traités à l'Hôpital du Valais (RSV) par rapport à la totalité des séjours des valaisans. Plus les parts de marché d'un hôpital sont élevées dans une région, plus cette région dépend de l'hôpital pour sa couverture sanitaire.

Le taux de dépendance de l'Hôpital du Valais par rapport au canton du Valais est déterminé également avec le nombre de valaisans traités à l'Hôpital du Valais (RSV) mais rapporté à la totalité de sa clientèle. Plus ce taux de dépendance est élevé, plus l'hôpital est lié à la région donnée.

Le graphique en annexe 23 montre une forte dépendance de l'Hôpital du Valais à la population valaisanne (> 90% patients VS traités) et une part de marché se situant aux alentours des 75 %. Ces chiffres, constants depuis 2004, montrent une faiblesse de l'Hôpital du Valais puisqu'une perte de la clientèle valaisanne, sans compensation de patients hors canton, aurait un impact fortement négatif.

La concurrence en Valais est constituée des établissements hors RSV soit la Clinique de Valère et la Clinique romande de réadaptation de la Suva à Sion, le Centre de Réadaptation de Loèche-les-Bains ainsi que les Cliniques Bernoise, Lucernoise et Genevoise à Crans-Montana.

8.5 POTENTIEL DE CONCURRENCE

On précisera que l'on traite ici de concurrence sur les séjours hospitaliers liée à la nouvelle législation et non pas de la concurrence dans le domaine ambulatoire qui est déjà effective avec l'implantation d'ARTeMED à Sion et le développement des activités ambulatoires de la Clinique de Valère. De plus il faudrait prendre en compte l'éventuel impact concurrentiel dû à l'évolution de la médecine qui permet de plus en plus de traiter des pathologies en ambulatoire alors qu'un séjour hospitalier était nécessaire.

Les concurrents potentiels de l'Hôpital du Valais peuvent provenir de l'intérieur ou de l'extérieur du canton. Vu la concurrence limitée en Valais, on pourrait s'attendre à l'implantation d'hôpitaux voire à un développement de l'offre supplémentaire de la part des établissements actuels, surtout dans les traitements électifs. Comme évoqué au chapitre 2, la nouvelle loi introduit les maisons de naissance qui prendront en charge les naissances « simples », laissant les cas « compliqués » à l'hôpital public. Ainsi, un tel établissement avec 10 lits à un taux d'occupation de 90% pourrait prendre en charge 600 accouchements annuels en tenant compte d'une durée moyenne de séjour de 5.4 jours ; l'Hôpital du Valais verrait alors son chiffre d'affaires amputé de 3.5 Mio⁶³.

⁶²SWOT : *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces)

⁶³Simulations selon données 2008, APDRG 373 et 629, version 5.1 CW

La concurrence pourrait provenir également des établissements hors canton. Elle est déjà effective actuellement avec le flux des patients traités hors canton⁶⁴ et pourrait s'exacerber si de nouveaux fournisseurs de prestations s'implantaient.

On constate qu'il est actuellement très difficile de quantifier cette concurrence, car elle dépend essentiellement du potentiel de profit espéré par les acteurs, chiffre qui ne peut être déterminé parce que le prix de la prestation n'est pas connu pour l'instant, ni pour les cas somatiques aigus, ni pour la réadaptation et la psychiatrie, ni pour les maisons de naissance.

8.6 COMMENT L'HÔPITAL DU VALAIS S'ORGANISE-T-IL POUR SE PRÉPARER À AFFRONTER LA CONCURRENCE ET L'OUVERTURE DES FRONTIÈRES ?

Le Valais n'a pas attendu le nouveau financement hospitalier pour développer des centres de compétence, mais cette nouvelle donne renforce cette orientation. Dans ce sens, les collaborations universitaires se font encore plus intenses et la création de nouveaux centres d'excellence en médecine, orthopédie, traumatologie et chirurgie notamment sont effectives. Ceci permet non seulement de rester attractif pour l'ensemble des collaborateurs et d'assurer la relève, mais surtout d'attirer des « pointures » au niveau médical en Valais pour développer des activités de qualité ; celles-ci contribueront à garder les patients valaisans à l'Hôpital du Valais, voire à attirer des patients d'autres cantons⁶⁵. De plus les investissements importants récents au niveau de la radiologie et de la radio-oncologie renforcent cette position.

8.7 CONCLUSION

La nouvelle concurrence entre hôpitaux devrait permettre une meilleure efficacité du système. Pour éviter les effets pervers, soit le système de financement doit être suffisamment élaboré pour tenir compte des différences entre les structures des hôpitaux, soit l'Etat régulateur devra imposer les mêmes règles et les mêmes missions ou en tenir compte dans sa planification.

Il est difficile de prévoir l'effet de la concurrence et de l'ouverture des frontières cantonales, car on ne connaît ni l'intérêt des établissements privés, ni le comportement futur des patients.

Même si l'Hôpital du Valais a entrepris une véritable réforme et construit des pôles médicaux d'excellence, il est primordial pour un établissement public de ne pas négliger tout l'aspect marketing qu'implique la concurrence, c'est-à-dire de considérer le patient aussi comme un client.

S'en tenir à la communication traditionnelle ne suffira probablement pas. Le patient étant toujours plus et mieux informé, il faudra miser sur les nouvelles technologies de l'information et être plus présent et actif au niveau du marketing pour mieux atteindre les personnes qui ont de l'influence sur le choix de l'établissement, soit le patient lui-même, le médecin traitant, les assureurs voire les médias.

⁶⁴cf chapitre précédent

⁶⁵D'autant plus si le prix valaisan reste en-dessous de celui des cantons avoisinants. cf chapitre 7

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'objectif fixé était d'évaluer les conséquences du nouveau financement hospitalier de la LAMal sur les hôpitaux publics et plus particulièrement sur l'Hôpital du Valais⁶⁶. Le thème traité est très intéressant mais impose des contraintes liées à l'actualité du sujet ; il a fallu constamment modifier ce document et le mettre à jour notamment en fonction du dépôt le 9 juillet de la première demande d'approbation de la structure tarifaire SwissDRG au Conseil Fédéral.

Les nombreuses incertitudes qui subsistent dans l'interprétation et l'application de la nouvelle loi m'ont obligé à exposer les différents points de vue des partenaires et à limiter les simulations à des évaluations globales qui pourront être approfondies en fonction des décisions prises notamment pour les problématiques liées au financement.

Le thème choisi est ambitieux d'autant plus quand on sait que SwissDRG a renoncé, alors que l'OAMal⁶⁷ l'exigeait, à l'évaluation des effets de l'introduction en ces termes : « *Il en résulterait au final une somme d'hypothèses et de calculs sur lesquels il serait quasiment impossible de rallier une majorité, notamment sur le plan politique, et qui donnerait peu de crédibilité aux estimations* [49] ».

La nouvelle loi introduit les nouveautés reprises brièvement ci-après :

- Un nouveau rôle de régulateur est attribué à l'Etat ; la Confédération est chargée de publier les données nécessaires à la surveillance de la loi et à la planification ainsi que des indicateurs de coûts et de qualité ; les cantons devront planifier et ne plus gérer les hôpitaux.
- Les investissements inclus dans les comptes et les tarifs devraient permettre une gestion plus rigoureuse. Par contre les exigences légales de l'OCP vont obliger les hôpitaux à établir plusieurs comptabilités analytiques selon différentes méthodes d'évaluation. On a estimé que les coûts de l'Hôpital du Valais augmenteront de 5 à 13%.
- Les activités d'intérêt général constituées des « disciplines à caractère cantonal » et des frais de formation universitaire sont estimées entre 4 et 22 Mio.
- Le système de forfaits par cas à la prestation complexifie le système ; en effet on veut établir des forfaits qui représentent les coûts les plus exacts possibles en utilisant des données médicales pour la facturation et en introduisant de nouvelles règles pour éviter les sorties prématurées aux conséquences négatives dans le financement des structures prenant en charge des cas transférés de plus en plus lourds.
- L'ouverture des frontières aura un impact estimé faible pour l'Hôpital du Valais parce que les nombreux patients souhaitant se faire hospitaliser hors canton le font déjà au moyen de leur assurance complémentaire.
- Les effets au niveau de la concurrence voulue par le législateur sont plus difficiles à évaluer, car ils dépendent de paramètres encore inconnus tels que le gain espéré, le comportement du patient, des assureurs, des médecins traitants voire des cantons ou des médias. Une concurrence par les prix prêterait les hôpitaux publics si leurs spécificités ne sont pas prises en compte dans la structure tarifaire, le prix ou la planification. Le changement de comportement des parties prenantes constitue également une inconnue qui pourrait avoir de fortes conséquences.

⁶⁶Le domaine ambulatoire a volontairement été omis puisque les règles et mécanismes décrits ne sont applicables qu'aux activités stationnaires.

⁶⁷OAMal 59d al1c)

Tout ne sera pas changé au 1^{er} janvier 2012, mais les modifications se feront par étapes. Ainsi, les codes diagnostiques seront introduits en 2010, le catalogue tarifaire pour les cas somatiques aigus en 2012, les structures tarifaires pour la psychiatrie et la réadaptation probablement en 2014, la planification en 2015 et la répartition du tarif entre assureurs et cantons en 2017. La date d'introduction des investissements et des définitions des prestations d'intérêt général reste incertaine vu les enjeux et les délais.

L'importance des changements qu'implique cette nouvelle législation oblige les établissements hospitaliers à être très actifs malgré une introduction étalée dans le temps. Comme les décisions prises ont une incidence non seulement financière mais également stratégique, il est important de poursuivre la politique de recrutement, de collaboration, d'investissement et de création de centres d'excellence. Il faudra également se donner les moyens pour assumer les tâches supplémentaires suivantes :

- Suivre l'évolution des décisions au niveau national tout en essayant de les influencer avec une participation active aux projets ou groupes de travail mis en place.
- Evaluer les impacts des décisions sur le financement et ainsi avoir les données nécessaires pour les négociations, notamment tarifaires. Il faudra certainement aussi développer un modèle de contrôle, car SwissDRG SA estime que la mise en œuvre de la nouvelle structure tarifaire, sans incidence sur les coûts, incombe aux partenaires tarifaires et aux cantons qui doivent veiller lors des négociations tarifaires à une évaluation aussi précise que possible des différents facteurs [37]. A noter que ceux qui ont vécu l'introduction du TARMED en 2004 avec le concept national de neutralité des coûts ne seront pas mécontents de la solution choisie si elle tient compte des réalités régionales.
- Anticiper les changements de comportement des acteurs en développant les outils de communication, l'accueil du patient, les relations avec les médecins traitant, le canton et les assureurs. En fonction de l'évolution des tendances du marché, les hôpitaux publics pourraient être astreints à développer leurs concepts de marketing et de communication, notamment pour augmenter la perception de la qualité fournie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Domenighetti G. (2005) : *Grandeur et misère des systèmes universels de santé*. Bulletin des médecins suisses. 2005;86: (4), 221
- [2] Vuilleumier M.; Pellegrini S.; Jeanrenaud, C. (2007) : *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse : Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel: OFS; p.48; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.101691.pdf>
- [3] Office fédéral de la statistique (2008) : *Statistique du coût et du financement du système de santé : Nouvelle conception de relevé*. Neuchâtel: OFS; p.5; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.111655.pdf>
- [4] Bolgani I. (2002) : *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier*. Muri: SSPS; p.77-89
- [5] Office fédéral de la santé publique (2009) : *Assurance maladie : approbation du message sur les mesures urgentes*. Berne: Communiqué de presse du 29.5.2009; <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=27190>
- [6] SwissDRG SA (2009) : *Première demande d'approbation de la structure tarifaire pour le nouveau système de forfaits par cas SwissDRG auprès du Conseil fédéral*. Berne: 9 juillet 2009; http://www.swissdrg.org/fr/07_casemix_office/SwissDRG_System_02.asp?navid=11
- [7] Réseau Santé Valais (2008) : *Rapport de gestion 2008*. Sion
- [8] Conseil fédéral (2004) : *Message concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents)*. Berne; message 04.03 du 26 mai 2004; <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2004/4019.pdf>
- [9] Office fédéral de la santé publique (2008). *Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus - Evaluation confidentielle par hôpital (CHCVs)*. Statistiques de l'assurance-maladie, Berne: OFSP
- [10] 20 Minutes JBM (2009) : *Fribourg a l'hôpital le plus mortel de Suisse*, 20 Minutes Online. Article du 08.02.09; <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/11961128>
- [11] H+ Les Hôpitaux de Suisse : *Mortalité dans les hôpitaux: le problème des chiffres*. Communiqué du 16.3.2009; http://www.hplus.ch/fr/qualite_securite_des_patients/actualites_rv/
- [12] H+ Les Hôpitaux de Suisse : *Hôpitaux suisses: la promotion de la qualité sous une même enseigne*. Communiqué du 25.3.2009; http://www.hplus.ch/fr/servicenav/news_medias/details/article/2009/03/25/hopitaux_suisse_la_promotion_de_la_qualite_sous_une_meme_enseigne-1/ et http://www.hplus.ch/fr/qualite_securite_des_patients/commissions_de_qualite/nvq/
- [13] SwissDRG SA (2009) : *Convention relative à la structure tarifaire SwissDRG dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie aos*. Berne: 9 juillet 2009; www.swissdrg.org/assets/pdf/System_02/System_02_f/01_SwissDRG_Tarifstrukturvertrag_20090707_f_sig.pdf
- [14] Conseil d'Etat du canton du Valais (2004) : *Hôpital de Martigny-Entremont : Réponse à l'argumentaire lié à la pétition*. Sion: Rapport du 23 juin 2004 p.31-32, http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2004-06-24-5696/fr/Argumentaire.pdf
- [15] Conférence suisse des directeurs de la santé (2005) : *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations, rapport du comité "Planification hospitalière liée aux prestations" à l'intention du comité directeur de la CDS*. Berne: CDS; <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=257&L=1>
- [16] Weaver F., Cerboni, S., Oetli A., Andenmatten P., Widmer M. (2009) : *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière*. Neuchâtel: OFS; Document de travail 32 de Février 2009 (publication initiale parue sur internet en décembre 2008); <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.118262.pdf>

- [17] Conférence suisse des directeurs de la santé (2009) : *Décision du Comité directeur de la CDS : Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée*. Berne; <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=291&L=1>
- [18] Finsterwald D. (2007) : *Nomenclature des structures des tarifs hospitaliers de tous les cantons (état 2007)*. Conférence suisse des directeurs de la santé; http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/Spitaltarife_Kantone/Stuktur_Spaltaxen-f_2007.pdf
- [19] Weiss S. H+ (2007): *Standards de présentation des comptes dans les hôpitaux suisses*. Université de Zurich Institut de comptabilité et de controlling (Institut für Rechnungswesen und Controlling), Travail de bachelor, Résumé; http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/Rechnungswesen_Spital/Rechnungslegungsstandards/Rechnungslegungsstandards_in_den_Spit%C3%A4lern_f.pdf
- [20] Conseil d'Etat du canton du Valais (2008) : *Liste des hôpitaux*; http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16283/fr/Liste_hospitaliere_2009.pdf
- [21] Mayoraz P. (2008) : *La clinique de Valère soigne son avenir*. Sion: Le Nouvelliste du 21 mars 2008
- [22] H+Les Hôpitaux suisses (2009) : Flash H+ 1/09, info 9
- [23] Besson P. (2008) : *Comptabilité de gestion à l'hôpital*. Manuel REKOLE®, édition 2008, H+, Les Hôpitaux suisses
- [24] Jungfrau Zeitung (2009) : *Auf-, Um- oder Abbruch*. Auflage 2702 du 17 juillet 2009
- [25] Conseil Fédéral Suisse (2003) : *Fixation des tarifs 2001 pour les prestations relevant de l'assurance obligatoire*. Berne: Décision du 2 juillet 2003, p.28.
- [26] Preisüberwachung (2006) : *Spitaltarife : Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen*. Bern: 20.12.2006; p.13; <http://www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00008/00009/index.html?lang=fr>
- [27] Conférence suisse des directeurs de la santé (2007) : *Révision partielle de la LAMal concernant le financement hospitalier (04.061): Prise de position en prévision de l'élimination des divergences par le Conseil des Etats*. Lucerne/Berne: 20 avril 2007; http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/KVG-Revision_und_Vollzug/KVG-Revision/SGK-S_200704-f.pdf
- [28] Zeltner T. (2008) : *La relève médicale est-elle vraiment mise en péril?* Bulletin des médecins suisses, 2008;89: 47, p.2020
- [29] Giger M. (2008) : *Promouvoir de la relève malgré l'OCP?* Bulletin des médecins suisses 2008;89: 49, p.2105-2106
- [30] Cassis I. (2008) : *Encourager les hôpitaux à former les médecins-assistants*. Motion déposée le 17.12.2008 non encore traitée au 31 juillet, le Conseil Fédéral propose de rejeter cette motion; http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083847
- [31] Schenker L. (2009) : *Les Enseignements de 25 ans de DRG en Suisse*. Berne: H+ Competence 1-2/2009, p.10-11
- [32] H+ Competence (2009) : *Auf der Suche nach den SwissDRG-Tarifen. Welche Baserate darf es sein ?* Berne: H+ Competence 1-2/2009, p.14-16
- [33] Nice computing (2007) : *Rapport sur la qualité du codage 2006*. Mont-sur-Lausanne; http://www.ovs.ch/documents/validation_codage_2006_fr.pdf
- [34] Holzer S. (2009) : *L'intégration du savoir-faire des partenaires est essentielle*. Berne: Revue H+ Competence 1-2/2009, p.18
- [35] SwissDRG SA (2009) : *Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, Version 0.9*. Berne: 12 juin 2009; http://www.swissdr.org/assets/pdf/System_02/System_02_f/03_SwissDRG_Falldefinitionen_Abrechnungsreg_0-2_f.pdf

- [36] Heimig F. (2007) : *Le processus de maturité d'un système DRG*. Résumé de l'exposé au Forum SwissDRG à Bâle de septembre 2007;
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/forum_2007/02_Abstract_Heimig_f.pdf
- [37] SwissDRG SA (2009) : *Instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations*. Berne: 12 juin 2009, Version 1.1, p.2;
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/System_02/System_02_f/12_SwissDRG_Instrumente_zur_Ueberwachung_der_Kosten-und_Leistungsentwicklung_1-1_f.pdf
- [38] Moser G. (2006) : *Hospitalisation hors canton : avantages et coût du libre passage*. Chavannes-près-Renens: IDHEAP, Working paper no 11/2006;
[www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/\\$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf](http://www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf)
- [39] Zahnd D. (2003) : *Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier*. Sécurité sociale CHSS 6/2003, 355-358;
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/01157/index.html?lang=fr&download=M3wBPgDB/8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWVZHgzIE6p1rJgsYfhyt3NhqbdqIV+bay9bKbXrZ6llhuDZz8mMps2go6fo>
- [40] Service de la santé publique du canton du Valais (2008) : *Rapport concernant les hospitalisations hors canton*. Sion: SSP
- [41] Observatoire suisse de la santé, Stephan Hammer (INFRAS), Martin Peter (INFRAS), Judith Trageser (INFRAS), *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung, Schlussbericht*, forschungsprotokoll 9
- [42] Feels, La newsletter pour les assurés de Sanitas Corporate Private Care : *Bien plus que du confort et de la liberté*. mars 2005
- [43] Fédération des Hôpitaux Vaudois (2007) : *Les hôpitaux privés reconnus d'intérêt public du Canton de Vaud: Expérience, modernité et vision du futur*.
<http://www.fhv.ch/fhv/FHV/Defense%20du%20statut%20RIP/attach>
- [44] Filippini M., Farsi M. (2004) : *Analyse de l'efficacité et de la productivité des hôpitaux suisses*, Résumé. Neuchâtel: Office fédéral de la santé publique, Juin 2004;
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.63623.pdf>
- [45] Chapuis M. (2003) : *APDRG-coût des séjours hospitaliers et type d'admission ; données 1999 à 2001*. Lausanne: IEMS. Mémoire. n° 59 p.8 (14'666/12'491) www.saphirdoc.ch/permalien.htm?saphirid=42494
- [46] Nakov K. (2004) : *Le surcoût des soins intensifs est-il adéquatement reflété dans le système de classification APDRG ?* Lausanne: IEMS. Mémoire n° 63 (p.37); www.saphirdoc.ch/permalien.htm?saphirid=44038
- [47] Office fédéral de la statistique OFS (2005) : *Statistique médicale des hôpitaux - Conception détaillée 1997 (version : 12 décembre 2005)*. Neuchâtel: OFS. Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros) p.31;
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90753.pdf
- [48] Rossini S. (2008) : *Application des DRG dans les hôpitaux et interrogations éthiques*. Interpellation 08.3958 déposée le 19.12.2008 au Conseil National et liquidée;
http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20083958
- [49] SwissDRG SA (2009) : *Estimations sur les effets de l'application du tarif sur le volume des prestations et les coûts*. Berne: 12 juin 2009, version 1.1, p.2;
http://www.swissdrg.org/assets/pdf/System_02/System_02_f/09_SwissDRG_Schaetzungen_ueber_Auswirkungen_1-1_f.pdf

GLOSSAIRE

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques; www.ciq.ch/anq.html?&L=1
aos	Assurance obligatoire des soins
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups. Système de financement par groupes de pathologies
ARTeMED	MV SANTE ARTeMED Valais SA; www.mvsante.ch/pages/centres_sion.asp
BMS	Bulletin des médecins suisses; www.saez.ch/f/index.html
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé; www.gdk-cds.ch
CHC	Centre hospitalier du Chablais; www.hopitalvs.ch/fr/centres/chc/Pages/default.aspx
CHCVs	Centre hospitalier du centre du Valais; www.hopitalvs.ch/fr/centres/chcvs/Pages/default.aspx
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois; www.chuv.ch
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
Cost-weights	Poids relatif des coûts dans un DRG
CTM	Centrale des tarifs médicaux LAA
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Emploi plein temps
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois; www.fhv.ch
FMH	Fédération des médecins suisse; www.fmh.ch
G-DRG	Système de tarification DRG allemand
H+	H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'organisation faitière nationale des hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux publics et privés suisses; www.hplus.ch/fr
HDC	Hôpital du Chablais; www.hopitalduchablais.ch
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève; www.hug-ge.ch
ICD-10	Classification internationale des diagnostiques (CIM). ICD-10 OMS concerne la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé. ICD-10 GM est la classification modifiée allemande.
ICHV	Institut central des hôpitaux valaisans; www.ichv.ch
LAA	Loi sur l'assurance-accident; www.admin.ch/ch/f/rs/c832_20.html
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994, RS 832.10; www.admin.ch/ch/f/rs/c832_10.html
LEIS	Loi <i>valaisanne</i> sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006; www.vs.ch/public/public_lois/fr/Pdf/800.1.pdf

LPMed	loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales; www.admin.ch/ch/f/rs/c811_11.html
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832. 102; www.admin.ch/ch/f/rs/c832_102.html
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques; www.ocde.org
OCP "ancienne"	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002; www.admin.ch/ch/f/as/2002/2835.pdf
OCP (Etat au 1er janvier 2009)	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie du 3 juillet 2002 (Etat le 1er janvier 2009), RS 832.104; www.admin.ch/ch/f/rs/c832_104.html
OBSAN	Observatoire suisse de la santé; www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/01.html
OFS	Office Fédéral de la Statistique; www.bfs.admin.ch
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique; www.bag.admin.ch
OMS	Organisation mondiale de la Santé; www.who.int/fr
OVS	Observatoire valaisan de la santé; www.ovs.ch
PIB	Produit intérieur brut
REKOLE [©]	REKOLE : Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung (Révision du calcul des coûts et saisie des prestations); www.hplus.ch/fr/gestion/comptabilite_des_hopitaux
RSV	Réseau Santé Valais; www.hopitalvs.ch
SdP	Surveillance des prix; www.preisueberwacher.admin.ch/index.html?lang=fr
santésuisse	santésuisse est l'association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale; www.santesuisse.ch
SCTM	Service central des tarifs médicaux LAA; www.zmt.ch
SSP	Service de la Santé Publique du canton du Valais; www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=16030
SwissDRG	SwissDRG SA est responsable pour l'introduction, le développement ainsi que pour l'adaptation et le maintien du système de rémunération SwissDRG des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus en fonction du diagnostic; www.swissdrg.org
SZO	Spitalzentrum Oberwallis; www.hopitalvs.ch/fr/centres/szo/Pages/default.aspx
TARMED	Tarif médical unifié ; le navigateur tarifaire TARMED; www.tarmedsuisse.ch

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Définition des cas 2009.....	47
Annexe 2 : Répartition des recettes 2008 du RSV	49
Annexe 3 : Tarifs hospitaliers 2009 LAMal du RSV	50
Annexe 4 : Simulation des coûts des investissements selon la valeur résiduelle	51
Annexe 5 : Simulation des coûts des investissements selon la valeur d'assurance incendie	52
Annexe 6 : Simulation des coûts des investissements selon calculs RSV	54
Annexe 7 : Impact sur les coûts	55
Annexe 8 : Détail des disciplines à caractère cantonal	56
Annexe 9 : Détermination des frais de formation selon REKOLE®.....	57
Annexe 10 : Calculs des frais de formation	58
Annexe 11 : Phase d'introduction proposée par H+	60
Annexe 12 : Exemple de répartition des coûts	61
Annexe 13 : Nombre de cas et degré moyen de gravité	62
Annexe 14 : Patients supplémentaires	63
Annexe 15 : Statistique des hospitalisations	64
Annexe 16 : Statistique des hospitalisations électives en Valais	65
Annexe 17 : Patients valaisans hospitalisés hors canton	66
Annexe 18 : Patients valaisans électifs hospitalisés hors canton : par discipline médicale et par commune	67
Annexe 19 : Destination des patients valaisans par canton	68
Annexe 20 : Destination des patients valaisans par canton pour 4 disciplines médicales	69
Annexe 21 : Demandes de garantie de paiement pour les hospitalisations hors canton	70
Annexe 22 : Rapport Moser	71
Annexe 23 : Part de marché et taux de dépendance	72

ANNEXE 1 : DÉFINITION DES CAS 2009

OCP: interprétation des articles 3 et 5

Règle d'attribution de la nature des traitements

• Texte d'ordonnance

Art. 3 Traitement hospitalier

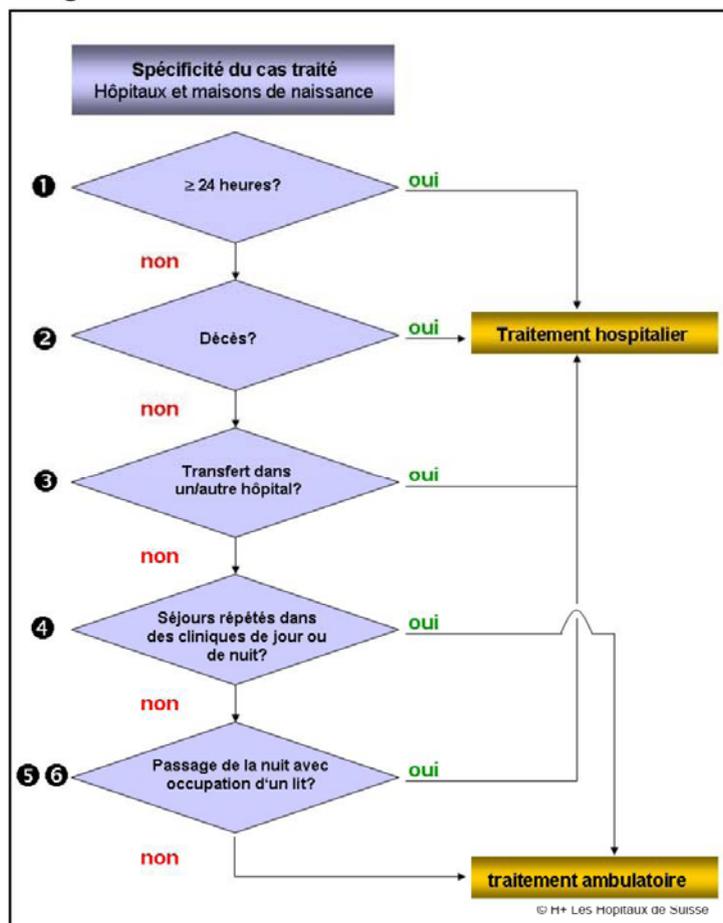
Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours:

- d'au moins 24 heures;
- de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit;
- à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital;
- dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital;
- en cas de décès.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 6, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire.

• Diagramme



OCP: interprétation des articles 3 et 5

Règle d'attribution de la nature des traitements



• Explications des critères d'attribution

Le critère ❶ „ ≥ 24 heures“ signifie que le patient reste au minimum 24 heures dans l'hôpital ou dans la maison de naissance.

Le critère ❷ „décès“ clarifie la question, à savoir si le patient est décédé.

Le critère ❸ „transfert dans un/autre hôpital“ clarifie la question, à savoir si le patient a été transféré dans un autre hôpital ou d'une maison de naissance dans un hôpital.

Le critère ❹ „Séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit“ est une décision médicale et fait partie intégrante du plan thérapeutique d'un patient. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit dans le domaine de la psychiatrie ainsi que les séjours répétés dans le cadre d'autres domaines de prestations médicales et thérapeutiques comme par exemple chimiothérapies ou radiothérapies, dialyses, traitements de la douleur à l'hôpital ou physiothérapies, sont considérés traitements ambulatoires.

Le critère ❺ de „nuit“ est mesuré et saisi à l'aide de la règle du passage de minuit. En d'autres termes, le critère est rempli lorsqu'un patient est dans l'hôpital ou dans la maison de naissance à minuit (00:00).

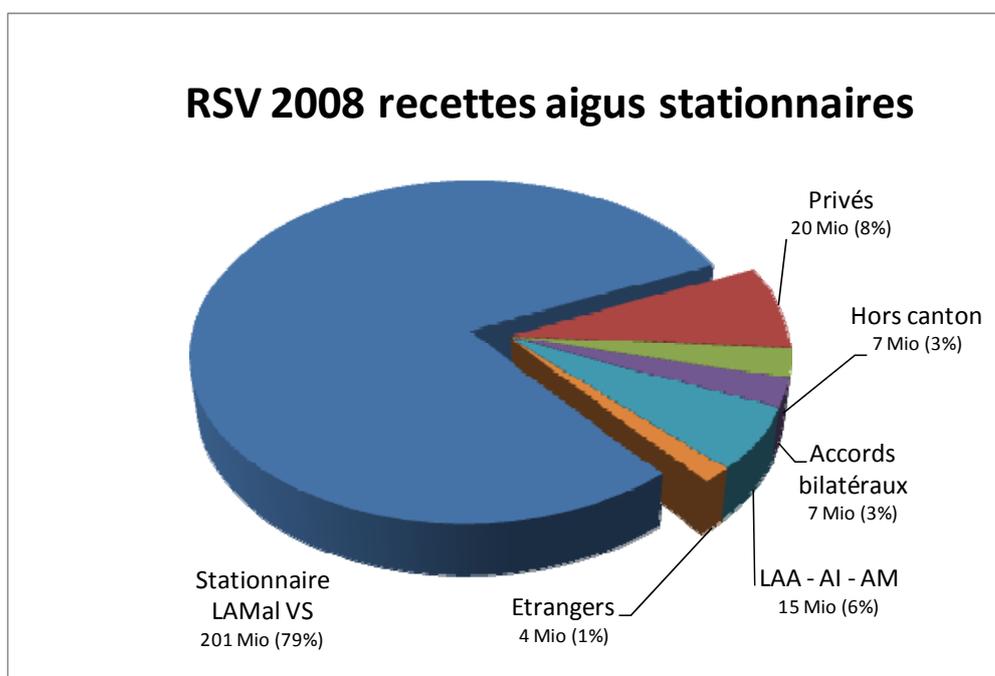
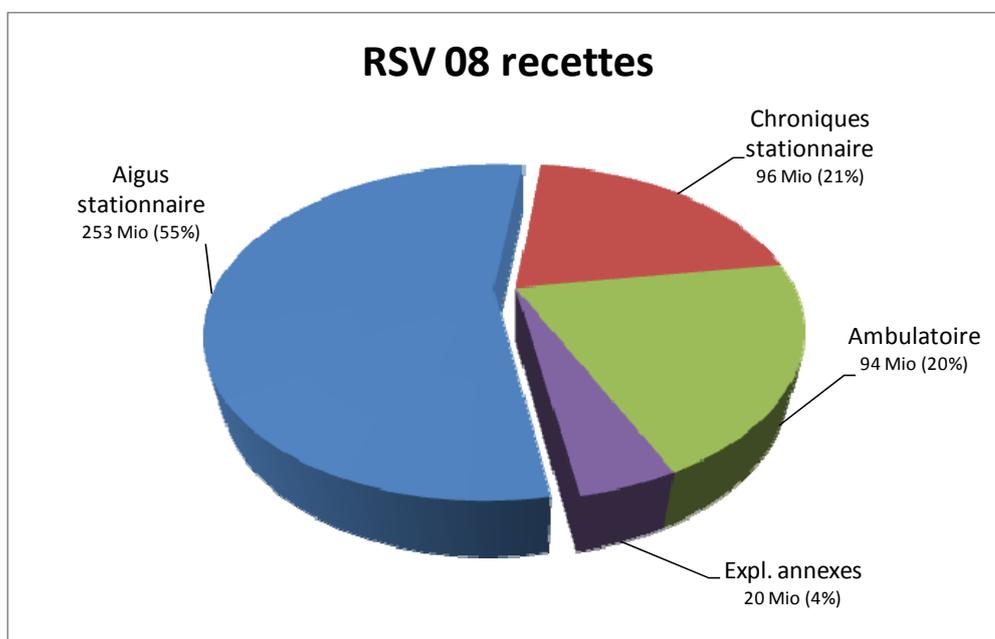
Le critère ❻ „utilisation d'un lit“: un patient occupe un lit lorsqu'il s'agit d'un lit d'unité de soins. Le lit réservé aux femmes ayant accouché est assimilé au lit d'unité de soins. Le traitement de patients qui nécessite uniquement le service d'urgence ou la chambre de naissance (appelée à l'hôpital également salle d'accouchement), aussi bien de jour que de nuit, est considéré comme ambulatoire.

Les critères ❺ de „nuit“ et ❻ d'„utilisation d'un lit“ sont inséparables. En d'autres termes, pour qu'un traitement de moins de 24 heures soit saisi et/ou facturé en tant que traitement hospitalier, il doit satisfaire tant au critère de „nuit“ qu'au critère d'„utilisation d'un lit“.

Également sous disponible sous :

http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/VKL/VKL_Interpretation_der_Artikel_3_4_und_5_V13_Entwurf_zur_Vernehmlassung_f_V1.pdf

ANNEXE 2 : RÉPARTITION DES RECETTES 2008 DU RSV



Source : Comptes 2008 de l'Hôpital du Valais non consolidés, Graphiques propres

ANNEXE 3 : TARIFS HOSPITALIERS 2009 LAMAL DU RSV

Tarifs hospitaliers 2009 LAMal - Soins somatiques aigus Facturation en APDRG

	Part assureurs	Part pouvoirs publics	Total
1.1 Patients LAMal VS (RSV sans HDC)	3'813	4'214	8'027
Convention valaisanne d'hospitalisation (CVsH) RSV-santésuisse du 15.1.09 Annexe tarifaire 2009 RSV			
* Taux de couverture moyen de 47.5%			
1.2 Patients selon convention CLASS	3'813	4'507	8'320
CLASS = CONFERENCE LATINE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES Tarifs applicables pour les patients des cantons de FR, GE, JU, NE, TI, VD pour les cas d'urgence uniquement			
Personnes de contact, formule de garantie, recommandations CDS pour traitements extracantonaux sous <i>Intranet/Supports/Tarifs et Facturation/3. Règles de facturation/CDS</i> Garantie de paiement CDS Personnes de contact CDS			
1.3 Patients suisses (hors CLASS)	3'813	5'415	9'228
Tarifs applicables pour tous les patients suisses non valaisans pour les cas de commodité personnelle. Tarifs applicables pour les autres patients suisses (autres que FR, GE, JU, NE, TI, VD) pour les cas d'urgence.			
Personnes de contact, formule de garantie, recommandations CDS pour traitements extracantonaux sous <i>Intranet/Supports/Tarifs et Facturation/3. Règles de facturation/CDS</i> Garantie de paiement CDS Personnes de contact CDS			
1.4 Patients UE et AELE			9'228
Tarifs applicables pour les ressortissants des Etats de l'UE et l'AELE en division commune (urgence et commodité) avec carte européenne d'assurance			
L'entraide internationale en matière de prestations dans l'assurance-maladie en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de la Convention AELE : documents sous <i>Intranet/Supports/Tarifs et Facturation/3. Règles de facturation/EU</i>			

1.5 Règles de facturation

NB : Les frais de formation et de recherche ainsi que les investissements sont financés en sus par les pouvoirs publics.

Prestations facturées en sus selon l'article 19 de la CVsH

Règles selon le TAR APDRG 2009

Version 6.0 des cost-weights

Valable dès le : 01.01.2009

S'applique à :

GNW-SZO-Spital Brig
GNW-SZO-Spital Visp
RSV-CHCVs-Hôpital de Sierre
RSV-CHCVs-CVP
RSV-CHCVs-Hôpital de Sion
RSV-CHCVs-Hôpital de Martigny

ANNEXE 4 : SIMULATION DES COÛTS DES INVESTISSEMENTS SELON LA VALEUR RÉSIDUELLE

Bâtiments	Total
Valeur comptable au 31.12.08 (Etat du Valais)	133'904'198
Amortissement de 3 et 5%	9'373'294
Intérêt de 3.7%	2'477'228
A. Valeur locative	11'850'522
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>9%</i>
Installations	
Valeur résiduelle au 31.12.08 (Etat du Valais)	13'106'618
Amortissement moyen 10%	2'621'324
Intérêt de 3.7%	242'472
B. Amortissements des équipements	2'863'796
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>22%</i>
C. Investissements de 3'000.- à 10'000.-	3'793'243
D. Loyers et leasing 08	1'433'853
Total	19'941'414

Explications :

- Valeur au 31.12.2008 : chiffres de l'Etat du Valais.
- La valeur des terrains n'est pas prise en compte.
- Les taux d'amortissements correspondent à REKOLE® qui préconise 75% à 3% et 25% à 5% pour des montants qui incluent les bâtiments et installations.
- L'amortissement moyen de 10% est estimé selon les taux d'amortissement usuels pour les équipements.
- Les taux d'amortissements sont doublés lorsqu'ils sont appliqués sur la valeur comptable par rapport à la valeur d'achat.
- Le taux d'intérêt reste calculé sur la valeur moyenne (OCP al.3 disp. finales).
- Les investissements entre 3'000.- et 10'000.- sont nouvellement considérés comme des charges.
- Le montant des loyers et leasing correspond aux coûts stationnaires 2008 qui ont été déduits des tarifs.

Sources : Comptes 2008 RSV, Etat du Valais, [23] Manuel REKOLE®

ANNEXE 5 : SIMULATION DES COÛTS DES INVESTISSEMENTS SELON LA VALEUR D'ASSURANCE INCENDIE

L'OCP exige une comptabilisation selon la valeur d'acquisition pour l'aos. Pourtant l'approche d'évaluation des biens immobiliers retenue pour le calcul des coûts complets selon REKOLE[®] se base sur une approche normative qui est la valeur d'assurance incendie et qui présente les avantages suivants¹ :

- L'évaluation se fait dans toute la Suisse selon des règles uniformes et reconnues, et elle est effectuée de façon professionnelle (conditions cadre claires).
- L'évaluation est faite par des instances neutres tant par rapport à la direction de l'hôpital que par rapport aux partenaires de la santé.
- La valeur d'assurance incendie tient compte des particularités régionales.
- La méthode d'évaluation se base sur des prix de référence au m³ pondéré. La pondération reflète les différents éléments des bâtiments évalués, conformément aux normes de la Société suisse des ingénieurs et des architectes (normes SLA), ce qui a une importance centrale pour les hôpitaux, puisqu'ils sont constitués d'éléments très différents. C'est pourquoi cette approche normative devrait être très proche de la réalité dans son application aux différentes institutions.
- La valeur d'assurance incendie est réexaminée périodiquement pour être indexée ou évaluée à nouveau. Elle se comporte donc de manière dynamique.
- La valeur d'assurance incendie peut également être utilisée pour la gestion de l'hôpital.
- S'il n'est pas possible de répartir la valeur d'assurance incendie entre les catégories d'immobilisations A1–An et C1, on utilisera les taux de répartition (moyennes déterminées empiriquement) de la valeur d'assurance incendie suivants:
 - A1–An Bâtiments hospitaliers et autres bâtiments : 75 % au taux d'amortissement de 3%
 - C1 Installations d'exploitation générale (installations de chauffage, de ventilation, de climatisation et de refroidissement, installations sanitaires et électriques, y compris le câblage) prises en compte dans la valeur d'assurance incendie: 25 % au taux d'amortissement de 5%

Bâtiments	Total	Police ass. inc.	
Valeur d'assurance incendie	556'736'390	626'898'306	89%
Amortissement de 3 et 5%	19'485'774	21'941'441	
Intérêt de 3.7%	10'299'623	11'597'619	
A. Valeur locative	29'785'397	33'539'059	
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>5%</i>		
Installations			
Valeur des immobilisations	167'802'879	188'950'000	89%
Amortissement de 10 %	16'780'288	18'895'000	
Intérêt de 3.7%	3'104'353	3'495'575	
B. Amortissements des équipements	19'884'641	22'390'575	
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>12%</i>		

¹[23] Manuel REKOLE[®] p.150

C. Investissements de 3'000.- à 10'000.-	3'793'243	<i>3'793'243</i>
D. Loyers et leasing 08	1'433'853	<i>1'433'853</i>
Total	54'897'134	<i>61'156'730</i>

Explications :

- La colonne « *Police ass. inc* » correspond aux valeurs d'assurance incendie pour les bâtiments et les installations du rapport de gestion 2008 [7].
- La colonne « Total » contient les valeurs d'assurance incendie des bâtiments qui concernent l'activité hospitalière uniquement. Ces données ont été transmises par les centres hospitaliers et représentent le 89% de la police d'assurance incendie pour les bâtiments.
- Le taux de 89% a également été appliqué pour les installations.
- La valeur des terrains n'est pas prise en compte.
- Les taux d'amortissements correspondent à REKOLE® qui préconise 75% à 3% et 25% à 5% pour des montants qui incluent les bâtiments et installations.
- L'amortissement moyen de 10% est estimé selon les taux d'amortissement usuels pour les équipements.
- Le taux d'intérêt est calculé sur la valeur moyenne (OCP 10a al4).
- Les investissements entre 3'000.- et 10'000.- sont nouvellement considérés comme des charges.
- Le montant des loyers et leasing correspond aux coûts stationnaires 2008 qui ont été déduits des tarifs.

Sources : Comptes 2008 RSV, [7] Rapport de gestion 2008, [23] Manuel REKOLE®

ANNEXE 6 : SIMULATION DES COÛTS DES INVESTISSEMENTS SELON CALCULS RSV

Bâtiments	Total	Police ass. inc.	
Valeur d'assurance incendie	556'736'390	626'898'306	89%
Amortissement de 3 et 5%	19'485'774	21'941'441	
Intérêt de 3.7%	10'299'623	11'597'619	
A. Valeur locative	29'785'397	33'539'059	
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>5%</i>		
Installations			
Valeur d'achats prise en compte selon inventaires transmis	68'012'851	188'950'000	36%
Amortissements 2008 selon fichiers transmis	6'978'165	18'895'000	
Intérêt de 3.7%	1'258'238	3'495'575	
B. Amortissements des équipements	8'236'403	22'390'575	
<i>Taux d'amortissement calculé</i>	<i>12%</i>		
C. Investissements de 3'000.- à 10'000.-	3'793'243	3'793'243	
D. Loyers et leasing 08 déjà inclus		-	
Total	41'815'043	59'722'877	

Explications :

- La colonne « Police ass. inc » correspond aux valeurs d'assurance incendie pour les bâtiments et les installations du rapport de gestion 2008 [7].
- La colonne « Total » contient les montants des valeurs d'assurance incendie des bâtiments qui concernent l'activité hospitalière uniquement. Ces données ont été transmises par les centres hospitaliers et représentent le 89% de la police d'assurance incendie pour les bâtiments.
- La valeur des terrains n'est pas prise en compte.
- Les taux d'amortissements correspondent à REKOLE® qui préconise 75% à 3% et 25% à 5% pour des montants qui incluent les bâtiments et installations.
- La valeur des installations et les amortissements sont déterminés selon les inventaires transmis par les centres hospitaliers avec la durée d'utilisation normative et la valeur d'achat.
- Le taux d'intérêt est calculé sur la valeur moyenne (OCP 10a al4).
- Les investissements entre 3'000.- et 10'000.- sont nouvellement considérés comme des charges.
- Le montant des loyers et leasing correspond aux coûts stationnaires 2008 qui ont été déduits des tarifs.

Sources : Comptes 2008 RSV, [7] Rapport de gestion 2008, [23] Manuel REKOLE®

ANNEXE 7 : IMPACT SUR LES COÛTS

A. Impact sur les secteurs

Les charges des investissements pour l'activité hospitalière se montent à 42 Mio selon l'annexe 6. Afin d'estimer l'impact de la répartition de ces charges sur les différents secteurs, le tableau ci-après présente les résultats du CHCVs. Ainsi des charges supplémentaires de 24 Mio (9%) ont été comptabilisées et imputées avec les mêmes clés de répartition que les autres charges.

On constate que l'impact sur les différents secteurs est assez similaire.

	Montant	En %	Impact sur unité tarifaire
Répartition par secteurs :	<i>en Mio</i>		
Stationnaire aigu	14.2	8%	677.- le point DRG v 5.1
Stationnaire chronique	3.9	10%	50.- par journée (830.- cas réa)
Ambulatoire (+SH)	5.9	10%	
<i>Total</i>	<i>24</i>	<i>8.6%</i>	

Source : CAE 2008 du CHCVs : simulation des coûts avec la prise en charge des investissements de 24 Mio

B. Impact sur les coûts stationnaires et ambulatoires

L'impact sur les coûts stationnaires peut être différent s'il est compté sur l'activité stationnaire uniquement ou si l'on prend en compte également l'activité ambulatoire.

<i>En Mio</i>	CAE 08	Valeur résiduelle	Valeur d'ass. inc	Calculs RSV
Charges d'investissements		20	55	42
Coûts stationnaires et ambulatoires	431.4	5%	13%	10%
Coûts stationnaires (en Mio)	336.6	6%	16%	12%

Source : CAE 2008 du RSV sans les investissements de 3'000.- à 10'000.-, ni les loyers et leasings

ANNEXE 8 : DÉTAIL DES DISCIPLINES À CARACTÈRE CANTONAL

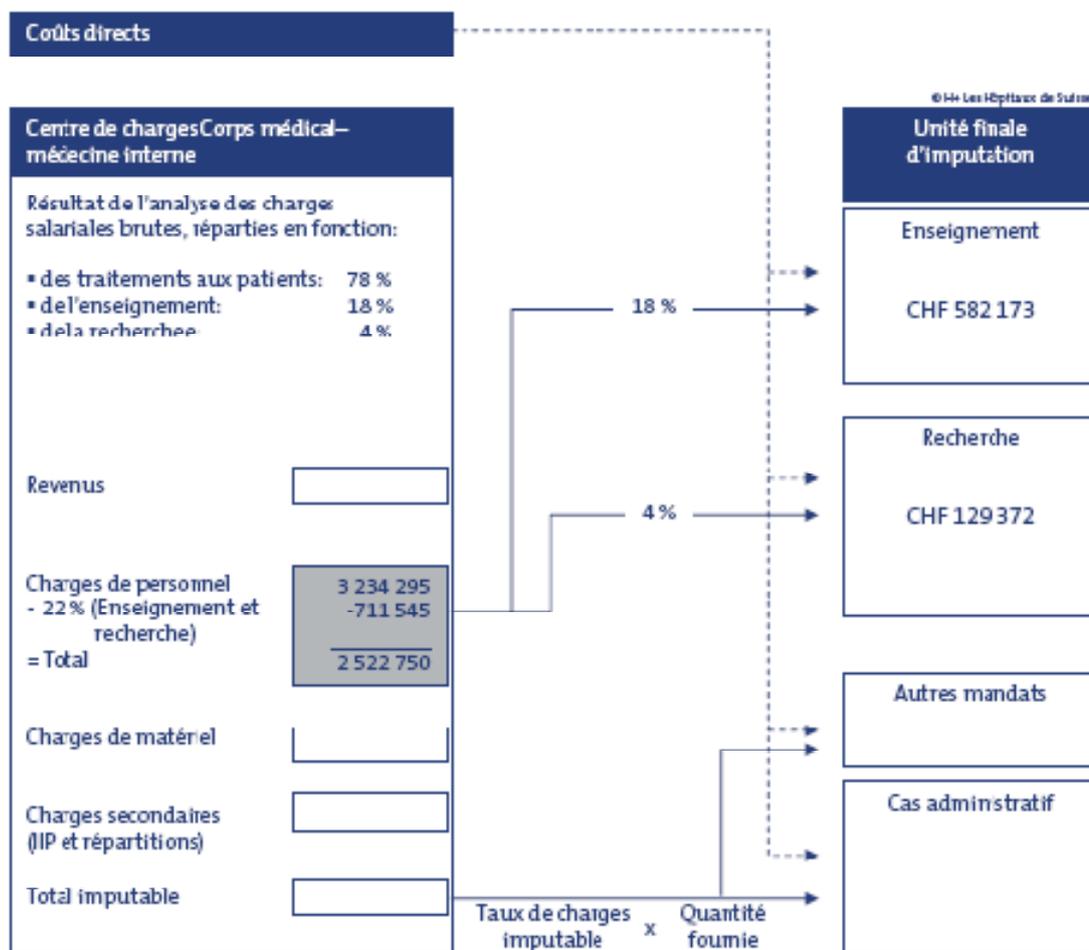
Centre hospitalier	Discipline	Résultat 2007	Résultat 2008
CHCVs	cardiologie cantonalisée	993'079	972'309
CHCVs	chirurgie cardiaque	-659'621	-937'379
CHCVs	radio-oncologie	-202'769	-31'296
	total "disciplines historiques"	130'689	3'634
CHCVS	néonatalogie	-955'657	-1'019'621
CHCVS	chirurgie pédiatrique	-386'959	-206'681
SZO	chirurgie pédiatrique	209'657	-9'367
	total "nouvelles disciplines"	-1'132'959	-1'235'669
	Total	-1'002'270	-1'232'035

Résultat selon CAE pour cas LAMal VS, sauf néonatalogie avec cas AI également

Source : GT4 projet révision LEIS juillet 2009

ANNEXE 9 : DÉTERMINATION DES FRAIS DE FORMATION SELON REKOLE®

- Hôpital non universitaire



Méthodologie de REKOLE® pour déterminer les frais de formation et de recherche dans un hôpital non universitaire :

1. Identifier les centres de charges concernés
2. Faire un relevé précis d'activité du personnel
3. Calculer les % moyens de chaque activité
4. Imputer les charges indirectes sur les Unités Finales d'Imputation correspondantes

Source : [23] Manuel REKOLE®, p.285

ANNEXE 10 : CALCULS DES FRAIS DE FORMATION

A. 5% sur les charges salariales des médecins

	Charges sal.	Taux	Montant
3 Charges salariales des médecins	64'703'273.25	5%	3'235'164

B. Motion Cassis : frais supplémentaires clairement attribués aux formations de base et postgrade

	Charges sal.	Taux	Montant
39110 Formation des médecins-cadres et assistants			335'664
30100 Médecins-chefs de clinique	10'673'372	10%	1'067'337
31000 Infirmières	89'897'639	1%	898'976
32000 Personnel médico-technique	48'054'265	1%	480'543
Total			2'782'520
Médecin-assistant (EPT 2008 DW)	188.43		
Médecin-chef de clinique	62.98		
1 médecin-chef de clinique pour 3 assistants	3.0		
50 min par jour = 10% temps (0.83/8.4)	00:50:00	9.9%	
Infirmière (EPT 2008 DW)	839.84		
1 infirmière pr 1 assistant => 22% des infirmières donnent de la formation		22.4%	
22 min par jour = 4.4% (0.36/8.4) => 1% (4.4%*22.4%)	00:22:00	4.4%	1.0%
México-technique (EPT 2008 DW)	443.85		
1 MT pr 1 assistant => 42% des MT donnent de la formation		42.5%	
12 min par jour = 2.18% (0.2/8.4) => 1% (2.4%*42.5%)	00:12:00	2.4%	1.0%

Remarque : sans prise en compte des frais de matériel

Frais de formation des médecins-assistants

Si l'on pouvait tenir compte des frais de formation des médecins-assistants, on ajouterait 1.6 Mio correspondant aux 17 jours prévus pour la formation dans le contrat, sachant que les 1'500.- sont déjà compris dans le compte 39110.

		Taux	Montant
Selon contrat 17 jours de formation externe soit 7.7% (17/220)	20'556'959	7.70%	1'582'886
<i>Charge salariale assistant 3e année 188.43 EPT (DW 08) 17 jours / 220</i>			
Selon contrat 1'500.- par an pour la formation		1'500	282'645
Total			1'865'531

C. Estimations formation donnée et reçue

Scénario 1		Charges sal.	Taux	Montant
30000 Médecins-chefs et méd.-chefs de service		28'995'463	5%	1'449'773
30100 Médecins-chefs de clinique		10'673'372	10%	1'067'337
30200 Médecins-assistants		21'704'794	25%	5'426'199
31000 Infirmières		89'897'639		-
32000 Personnel médico-technique		48'054'265		-
Total		199'325'534		7'943'309
Médecin-assistant (EPT 2008 DW)		188.43		
Médecin-chef et chef de service (EPT 2008 DW)		96.09		
1 médecin-chef pour 2 assistants		2.0		
25 min par jour = 10% temps (0.42/8.4)		00:25:00	5.0%	
Assistant 2h par jour		02:06:00	25.0%	
Scénario 2		Charges sal.	Taux	Montant
30000 Médecins-chefs et méd.-chefs de service		28'995'463	10%	2'899'546
30100 Médecins-chefs de clinique		10'673'372	20%	2'134'674
30200 Médecins-assistants		21'704'794	50%	10'852'397
31000 Infirmières		89'897'639	1%	898'976
32000 Personnel médico-technique		48'054'265	1%	480'543
Total		199'325'534		16'785'594
Médecin-assistant (EPT 2008 DW)		188.43		
Médecin-chef de clinique (EPT 2008 DW)		62.98		
1 médecin-chef de clinique pour 3 assistants		3.0		
1h40 par jour = 20% temps (1.67/8.4)		01:40:37	20.0%	
Assistant 50% selon REKOLE® p. 279 soit 4.2 h. par jour		04:12:00	50.0%	
Médecin-chef et chef de service (EPT 2008 DW)		96.09		
1 médecin-chef pour 2 assistants		2.0		
50 min par jour = 10% temps (0.83/8.4)		00:50:00	9.9%	
Infirmière et MT : voir point B				
Scénario 3		Charges sal.	Taux	Montant
30000 Médecins-chefs et méd.-chefs de service		28'995'463	10%	2'899'546
30100 Médecins-chefs de clinique		10'673'372	20%	2'134'674
30200 Médecins-assistants		21'704'794	50%	10'852'397
31000 Infirmières		89'897'639	5%	4'494'882
32000 Personnel médico-technique		48'054'265	5%	2'474'795
Total		199'325'534		20'381'500
1 infirmière pr 1 assistant => 22% des infirmières donnent de la formation			22.4%	
2h par jour (2/8.4) => 5.34% (23.8%*22.4%)		02:00:00	23.8%	5.3%
MT		443.85	11.9%	
42% des médico-techniques donnent de la formation		42%		
1h par jour (1/8.4) => 5.05% (11.9%*42%)		01:00:00	11.9%	5.1%

Source : Comptes 2008 sans HDC ni ICHV ni consolidation, Tableaux propres

ANNEXE 11 : PHASE D'INTRODUCTION PROPOSÉE PAR H+

Années				
1	2	3	4	5
Année de calcul	Année de négociation	Mise en œuvre complète (Année d'introduction)		
<i>Facturation selon:</i> Ancien tarif AOS	<i>Facturation selon:</i> Ancien tarif AOS	<i>Facturation selon:</i> SwissDRG	<i>Facturation selon:</i> SwissDRG	<i>Facturation selon:</i> SwissDRG
✓ Codage des cas selon directives spécifiées.	✓ Calculs du prix de base initial pour l'année d'introduction sur la base des données de l'année de calcul. ✓ Majoration de renchérissement pour l'année de négociation. ✓ Proposition de négociation du contrat tarifaire ou de la fixation tarifaire.	✓ Tenue d'un compte-témoin par les cliniques avec bases tarifaires de l'année de calcul/négociation (incl. renchérissement). ✓ Monitoring de l'introduction sans incidence sur les coûts ou les recettes. ✓ Adaptations en cours d'année le cas échéant. ✓ Négociation du prix de base pour l'année 4.	✓ Calcul et exécution des paiements compensatoires possibles de l'année d'introduction.	
La neutralité des versions du groupement SwissDRG et des cost weights SwissDRG doit être garantie (= conflit d'intérêts)				

Source : H+ Les Hôpitaux suisses, Schöni C. (2008). *Présentation de base SwissDRG*. Etat: 08.05.2008 ; http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife_Preise/Swiss_DRG/franzenoisich/CHS_SwissDRG_Basispr%C3%A4sentation_H_20080508_franz.ppt

ANNEXE 12 : EXEMPLE DE RÉPARTITION DES COÛTS

Patient domicilié en Valais se faisant hospitaliser pour une appendicectomie (commodité)

Tarif 2009, taux de couverture futur (45%-55%), sans tenir compte des investissements : pour simplification et comparabilité

1167 P 6 Appendicectomie sans diagnostic principal compliqué, sans α , avec op. multiples 0.678, DMS 4.8, Inlier de 3 à 10 jours

		RSV	CHUV	FHV
Appendicectomie, APDRG 1167 CW v.6.0	0.678	8'027	10'697	8'223
Coût 2009 (sans Invts)		5'442.30	7'252.55	5'575.20
A charge de l'aos (45%)		2'449.05	3'263.65	2'508.85
A charge du canton de domicile (55%)		2'993.25	3'988.90	3'066.35
<u>Répartition des frais actuelle</u>				
A charge de l'aos (45%)		2'449.05	2'449.05	2'449.05
A charge du canton de domicile (55%)		2'993.25	-	-
A charge du patient ou de son assurance complémentaire		-	4'803.50	3'126.15
<u>Répartition des frais future</u>				
A charge de l'aos (45%)		2'449.05	2'449.05	2'449.05
A charge du canton de domicile (55%)		2'993.25	2'993.25	2'993.25
A charge du patient ou de son assurance complémentaire		-	1'810.25	132.90

Pour une hospitalisation sans raison médicale, le patient valaisan

- actuellement
 - o ne paie rien s'il se fait traiter à l'Hôpital du Valais
 - o devra payer 4'803.50 pour un séjour au CHUV et 3'126.15 dans un hôpital de la FHV.
- avec le libre choix de l'hôpital
 - o ne paiera rien s'il se fait traiter à l'Hôpital du Valais qui est sur la liste hospitalière du Valais.
 - o ne paiera rien si le CHUV et l'hôpital de la FHV sont sur la liste hospitalière du Valais.
 - o devra payer 1'810.25 pour un séjour au CHUV et 132.90 dans un hôpital de la FHV, si ces établissements sont sur la liste du canton de Vaud.
 - o devra payer 3'126.15 pour un séjour dans un hôpital de la FHV qui n'est ni sur la liste du canton de Vaud, ni celle du Valais.

Pour une hospitalisation sans raison médicale, le patient vaudois

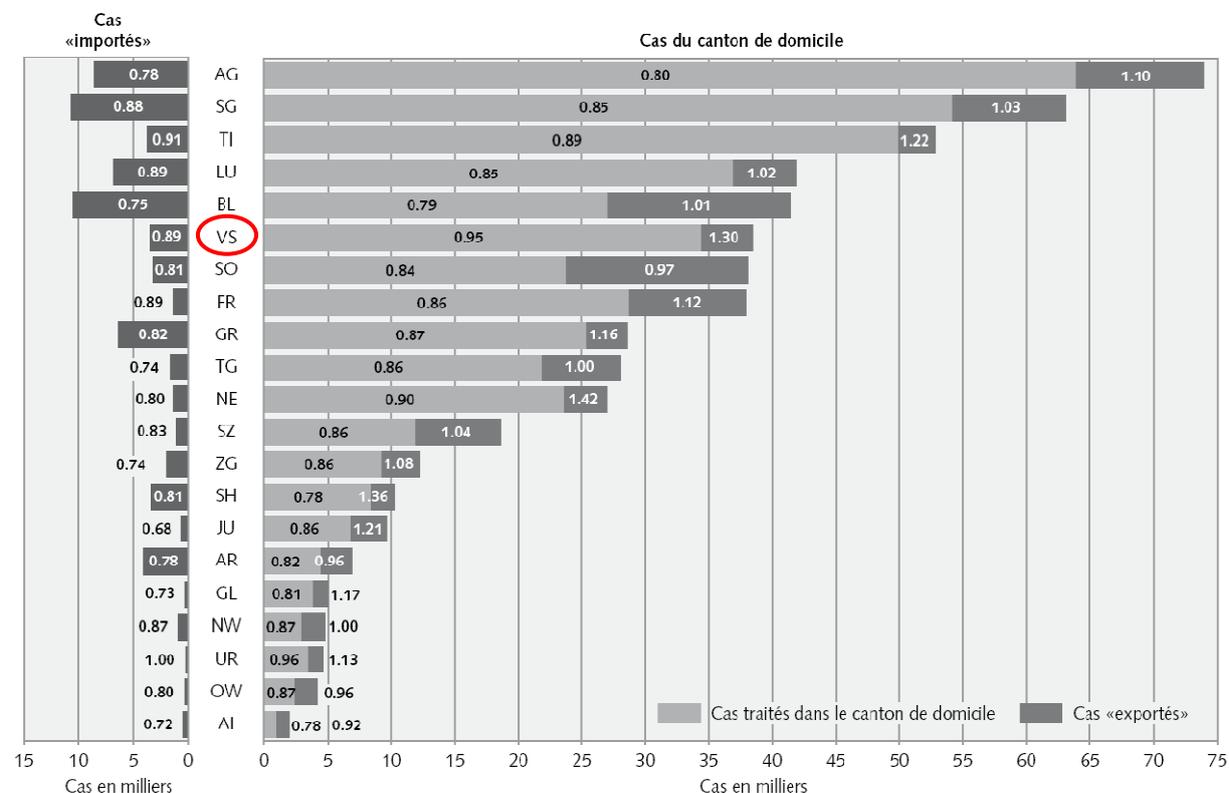
- actuellement
 - o ne paie rien s'il se fait traiter au CHUV ou dans un hôpital de la FHV.
 - o devra payer 2'993.25 pour un séjour à l'Hôpital du Valais.
- avec le libre choix de l'hôpital
 - o ne paiera rien s'il se fait traiter au CHUV ou dans un hôpital de la FHV qui sont sur la liste hospitalière du canton de Vaud.
 - o ne paiera rien pour un séjour à l'Hôpital du Valais, inscrit sur la liste hospitalière valaisanne, qu'il soit ou non sur la liste du canton de Vaud ; l'assureur et le canton de Vaud prendront en charge le tarif vaudois qui est supérieur au tarif valaisan.

Sources : APDRG version 6.0 CW, Base-rate 2009, Tableau propre

ANNEXE 13 : NOMBRE DE CAS ET DEGRÉ MOYEN DE GRAVITÉ

Nombre de cas¹ et degré moyen de gravité par provenance dans les cantons sans un hôpital universitaire

G 14



¹ Cas hospitalisés dans les hôpitaux de soins aigus sortis en 2004.

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Outre les patients provenant d'autres cantons, les cas «importés» sont aussi des personnes venant de l'étranger (16,5% des cas importés). Comme on pouvait s'y attendre, la part de cas en provenance de l'étranger est particulièrement élevée dans les cantons frontaliers.

En plus de Zurich, Berne, Vaud, Genève et Bâle-Ville, six cantons (SG, TI, LU, FR, SH, UR) «importent» des cas présentant un ICM brut supérieur au degré de gravité de leurs propres cas. Il s'agit en majorité de cantons ayant des hôpitaux avec prise en charge centralisée. Exception faite des cinq cantons dotés d'un hôpital universitaire, l'ICM des «importations» est toujours inférieur à celui des «exportations».

Source : Actualités OFS (2006) : *Hospitalisations: principaux résultats : Résultats de la statistique médicale 2004*. Neuchâtel: OFS. p.18

ANNEXE 14 : PATIENTS SUPPLÉMENTAIRES

Tableau 6 Patients supplémentaires à charge du canton avec le libre passage

	Hospitalisations à charge du canton	Hospitalisations non à charge du canton	Part d'assurés complémentaires	Hospitalisations supplémentaires avec libre passage	Hospitalisations supplémentaires à charge du canton	Hospitalisations totales à charge du canton
AG	2'983	3'499	82.6%	739	4'238	7'221
AI	817	75	92.8%	6	81	898
AR	1'132	577	83.1%	117	694	1'826
BE	1'310	2'701	83.1%	548	3'249	4'559
BL	3'621	5'116	80.4%	1'245	6'361	9'982
BS	459	1'689	70.3%	712	2'401	2'860
FR	2'533	1'620	85.5%	275	1'895	4'428
GE	553	533	69.8%	230	763	1'316
GL	956	2	85.3%	0	2	958
GR	1'444	773	84.2%	145	918	2'362
JU	1'652	924	91.4%	87	1'011	2'663
LU	1'660	1'599	89.0%	198	1'797	3'457
NE	1'918	980	79.1%	259	1'239	3'157
NW	872	255	88.5%	33	288	1'160
OW	1'046	229	88.0%	31	260	1'306
SG	1'266	4'037	81.3%	927	4'964	6'230
SH	1'218	289	76.0%	91	380	1'598
SO	3'807	5'538	83.3%	1'110	6'648	10'455
SZ	3'926	686	90.7%	71	757	4'683
TG	1'427	3'115	80.5%	753	3'868	5'295
TI	1'013	709	78.5%	194	903	1'916
UR	838	184	94.1%	12	196	1'034
VD	1'046	1'320	67.2%	645	1'965	3'011
VS	1'721	1'234	86.2%	197	1'431	3'152
ZG	1'483	557	88.1%	75	632	2'115
ZH	2'359	4'329	73.0%	1'602	5'931	8'290
CH	43'060	42'570	82.6%	10'301	52'872	95'931

Source : OFS, cantons et assureurs-maladie

Source : Moser G. (2006) : *Hospitalisation hors canton : avantages et coût du libre passage*. Chavannes-près-Renens: IDHEAP, Working paper no 11/2006 ; p.43 ;

[www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/\\$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf](http://www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf)

ANNEXE 15 : STATISTIQUE DES HOSPITALISATIONS

	Spitalzentrum Oberwallis			Centre Hospitalier du Centre			Centre hospitalier du Chablais		
	Cas totaux	Cas VS	% Importés	Cas totaux	Cas VS	% Importés	Cas totaux	Cas VS	% Importés
TOTAL 2004	11'128	9'524	14.41 %	24'121	22'461	6.88 %	2'081	2'052	1.39 %
TOTAL 2005	11'229	9'714	13.49 %	23'382	21'800	6.77 %	2'179	2'141	1.74 %
TOTAL 2006	11'143	9'473	14.99 %	23'496	21'896	6.81 %	2'265	2'214	2.25 %
2007 M100 Médecine interne	3'429	3'038	11.40 %	8'522	7'966	6.52 %			
2007 M200 Chirurgie	4'908	3'726	24.08 %	7'406	6'550	11.56 %			
2007 M300 Gynécologie et obstétrique	1'074	1'051	2.14 %	2'512	2'462	1.99 %			
2007 M400 Pédiatrie	1'033	968	6.29 %	2'312	2'220	3.98 %			
2007 M500 Psychiatrie et psychothérapie	436	416	4.59 %	169	169		1'282	1'256	2.03 %
2007 M600 Ophtalmologie	3	3		2	2				
2007 M700 Oto-rhino-laryngologie	179	177	1.12 %	201	199	1.00 %			
2007 M850 Radiologie médicale				43	41	4.65 %			
2007 M900 Gériatrie	609	605	0.66 %	1'307	1'296	0.84 %	933	911	2.36 %
2007 M950 Médecine physique et réadaptation				1'103	1'060	3.90 %			
2007 M990 Autres domaines d'activité	1	1							
TOTAL 2007	11'672	9'985	14.45 %	23'577	21'965	6.84 %	2'215	2'167	2.17 %

	Hôpital du Chablais			Hors RSV			TOTAL		
	Cas totaux	Cas VS	% Importés	Cas totaux	Cas VS	% Importés	Cas totaux	Cas VS	% Importés
TOTAL 2004	4'797	4'541	5.34 %	4'028	2'119	47.39 %	46'155	40'697	11.83 %
TOTAL 2005	5'505	5'205	5.45 %	4'063	2'292	43.59 %	46'358	41'152	11.23 %
TOTAL 2006	5'390	5'073	5.88 %	3'905	2'285	41.49 %	46'199	40'941	11.38 %
2007 M100 Médecine interne	1'575	1'493	5.21 %	17	17		13'543	12'514	7.60 %
2007 M200 Chirurgie	1'562	1'426	8.71 %	1'444	1'413	2.15 %	15'320	13'115	14.39 %
2007 M300 Gynécologie et obstétrique	782	768	1.79 %	156	156		4'524	4'437	1.92 %
2007 M400 Pédiatrie	1'288	1'252	2.80 %				4'633	4'440	4.17 %
2007 M500 Psychiatrie et psychothérapie							1'887	1'841	2.44 %
2007 M600 Ophtalmologie							5	5	
2007 M700 Oto-rhino-laryngologie	106	105	0.94 %	17	17		503	498	0.99 %
2007 M850 Radiologie médicale							43	41	4.65 %
2007 M900 Gériatrie							2'849	2'812	1.30 %
2007 M950 Médecine physique et réadaptation				2'166	731	66.25 %	3'269	1'791	45.21 %
2007 M990 Autres domaines d'activité							1	1	
TOTAL 2007	5'313	5'044	5.06 %	3'800	2'334	38.58 %	46'577	41'495	10.91 %

	Cas VS	Cas VS hors canton	Total séjours VS	
TOTAL 2004	40'697	4'469	45'166	Cas totaux = nb de cas traités dans l'établissement
TOTAL 2005	41'152	4'616	45'768	
TOTAL 2006	40'941	4'763	45'704	Cas VS = nb de patients valaisans traités en Valais
2007 M000 Disciplines médicales (en général)		103	103	
2007 M050 Soins intensifs		111	111	
2007 M100 Médecine interne	12514	854	13368	Cas VS hors canton = nb de patients valaisans traités dans un établissement hors canton
2007 M200 Chirurgie	13115	2241	15356	
2007 M300 Gynécologie et obstétrique	4437	343	4780	
2007 M400 Pédiatrie	4440	549	4989	
2007 M500 Psychiatrie et psychothérapie	1841	90	1931	
2007 M600 Ophtalmologie	5	302	307	
2007 M700 Oto-rhino-laryngologie	498	194	692	
2007 M800 Dermatologie et vénéréologie		62	62	
2007 M850 Radiologie médicale	41	15	56	
2007 M900 Gériatrie	2812	2	2814	
2007 M950 Médecine physique et réadaptation	1791	196	1987	
2007 M990 Autres domaines d'activité	1	65	66	
TOTAL 2007	41'495	5'127	46'622	

Sources : OFS – OVS, part valaisanne de l'PHDC comprise, Tableaux propres

ANNEXE 16 : STATISTIQUE DES HOSPITALISATIONS ÉLECTIVES EN VALAIS

	Spitalzentrum Oberwallis				Centre Hospitalier du Centre du Valais				Centre hospitalier du Chablais			
	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés
TOTAL 2004	4'807	4'734	73	1.5 %	12'494	12'201	293	2.3 %	1'676	1'655	21	1.3 %
TOTAL 2005	4'927	4'865	62	1.3 %	12'041	11'785	256	2.1 %	1'118	1'101	17	1.5 %
2006 M100 Médecine interne	754	751	3	0.4 %	2'671	2'584	87	3.3 %				
2006 M200 Chirurgie	1'968	1'930	38	1.9 %	3'610	3'533	77	2.1 %				
2006 M300 Gynécologie et obstétrique	1'013	1'003	10	1.0 %	2'802	2'773	29	1.0 %				
2006 M400 Pédiatrie	29	29			188	180	8	4.3 %				
2006 M500 Psychiatrie et psychothérapie	283	282	1	0.4 %	158	158			116	114	2	1.7 %
2006 M600 Ophtalmologie	2	2										
2006 M700 Oto-rhino-laryngologie	152	152			271	268	3	1.1 %				
2006 M850 Radiologie médicale					56	53	3	5.4 %				
2006 M900 Gériatrie	455	454	1	0.2 %	1'104	1'102	2	0.2 %	946	930	16	1.7 %
2006 M950 Médecine physique et réadaptation					1'139	1'110	29	2.5 %				
2006 M990 Autres domaines d'activité	1	1										
TOTAL 2006	4'657	4'604	53	1.1 %	11'999	11'761	238	2.0 %	1'062	1'044	18	1.7 %
2007 M100 Médecine interne	693	685	8	1.2 %	2'695	2'603	92	3.4 %				
2007 M200 Chirurgie	2'064	2'033	31	1.5 %	3'857	3'761	96	2.5 %				
2007 M300 Gynécologie et obstétrique	445	441	4	0.9 %	1'148	1'135	13	1.1 %				
2007 M400 Pédiatrie	647	639	8	1.2 %	1'680	1'664	16	1.0 %				
2007 M500 Psychiatrie et psychothérapie	273	271	2	0.7 %	166	166			176	171	5	2.8 %
2007 M600 Ophtalmologie	3	3										
2007 M700 Oto-rhino-laryngologie	154	153	1	0.6 %	164	164						
2007 M850 Radiologie médicale					34	32	2	5.9 %				
2007 M900 Gériatrie	551	549	2	0.4 %	1'238	1'227	11	0.9 %	933	911	22	2.4 %
2007 M950 Médecine physique et réadaptation					1'076	1'033	43	4.0 %				
2007 M990 Autres domaines d'activité	1	1										
TOTAL 2007	4'831	4'775	56	1.2 %	12'058	11'785	273	2.3 %	1'109	1'082	27	2.4 %
	Hôpital du Chablais				Hors RSV				TOTAL			
	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés	Cas totaux	Cas VS	Cas importés	% Importés
TOTAL 2004	1'946	1'899	47	2.4 %	2'271	1'588	683	30.1 %	23'194	22'077	1'117	4.8 %
TOTAL 2005	2'263	2'224	39	1.7 %	3'968	2'230	1'738	43.8 %	24'317	22'205	2'112	8.7 %
2006 M100 Médecine interne	166	166			18	17	1	5.6 %	3'609	3'518	91	2.5 %
2006 M200 Chirurgie	778	766	12	1.5 %	1'487	1'462	25	1.7 %	7'843	7'691	152	1.9 %
2006 M300 Gynécologie et obstétrique	409	387	22	5.4 %	75	74	1	1.3 %	4'299	4'237	62	1.4 %
2006 M400 Pédiatrie	645	635	10	1.6 %					862	844	18	2.1 %
2006 M500 Psychiatrie et psychothérapie									557	554	3	0.5 %
2006 M600 Ophtalmologie									2	2		
2006 M700 Oto-rhino-laryngologie	107	106	1	0.9 %	11	10	1	9.1 %	541	536	5	0.9 %
2006 M850 Radiologie médicale									56	53	3	5.4 %
2006 M900 Gériatrie									2'505	2'486	19	0.8 %
2006 M950 Médecine physique et réadaptation					2'133	616	1'517	71.1 %	3'272	1'726	1'546	47.2 %
2006 M990 Autres domaines d'activité									1	1		
TOTAL 2006	2'105	2'060	45	2.1 %	3'724	2'179	1'545	41.5 %	23'547	21'648	1'899	8.1 %
2007 M100 Médecine interne	140	140			16	16			3'544	3'444	100	2.8 %
2007 M200 Chirurgie	749	735	14	1.9 %	1'410	1'383	27	1.9 %	8'080	7'912	168	2.1 %
2007 M300 Gynécologie et obstétrique	367	361	6	1.6 %	154	154			2'114	2'091	23	1.1 %
2007 M400 Pédiatrie	684	672	12	1.8 %					3'011	2'975	36	1.2 %
2007 M500 Psychiatrie et psychothérapie									615	608	7	1.1 %
2007 M600 Ophtalmologie									3	3		
2007 M700 Oto-rhino-laryngologie	96	95	1	1.0 %	17	17			431	429	2	0.5 %
2007 M850 Radiologie médicale									34	32	2	5.9 %
2007 M900 Gériatrie									2'722	2'687	35	1.3 %
2007 M950 Médecine physique et réadaptation					2'092	661	1'431	68.4 %	3'168	1'694	1'474	46.5 %
2007 M990 Autres domaines d'activité									1	1		
TOTAL 2007	2'036	2'003	33	1.6 %	3'689	2'231	1'458	39.5 %	23'723	21'876	1'847	7.8 %

Cas totaux = nb de cas traités dans l'établissement

Cas VS = nb de patients valaisans traités en Valais

Source : OFS – OVS, part valaisanne de l'PHDC comprise, Tableaux propres

ANNEXE 17 : PATIENTS VALAISANS HOSPITALISÉS HORS CANTON

Patients valaisans hospitalisés hors canton (planifiés + naissances)

Région de domicile	2004	2005	2006	2007	%06-07	part % 2007
Goms-ouestl.Raron	113	137	117	148	26%	4%
Brig	388	409	459	538	17%	13%
Westl.Raron	95	84	147	163	11%	4%
Visp	394	439	472	507	7%	13%
Leuk	143	149	185	179	-3%	4%
<i>Haut-Valais</i>	<i>1'133</i>	<i>1'218</i>	<i>1'380</i>	<i>1'535</i>	<i>11%</i>	<i>38%</i>
Sierre	436	447	464	470	1%	12%
Sion	305	337	385	328	-15%	8%
Hérens	61	62	84	53	-37%	1%
Conthey	159	207	172	194	13%	5%
<i>Valais Central</i>	<i>961</i>	<i>1'053</i>	<i>1'105</i>	<i>1'045</i>	<i>-5%</i>	<i>26%</i>
Martigny	356	334	319	350	10%	9%
Entremont	190	206	177	191	8%	5%
St-Maurice	334	350	321	313	-2%	8%
Monthey	586	517	516	588	14%	15%
<i>Bas-Valais</i>	<i>1'466</i>	<i>1'407</i>	<i>1'333</i>	<i>1'442</i>	<i>8%</i>	<i>36%</i>
Total	3'560	3'678	3'818	4'022	5.3%	100.0%

% augmentation annuelle

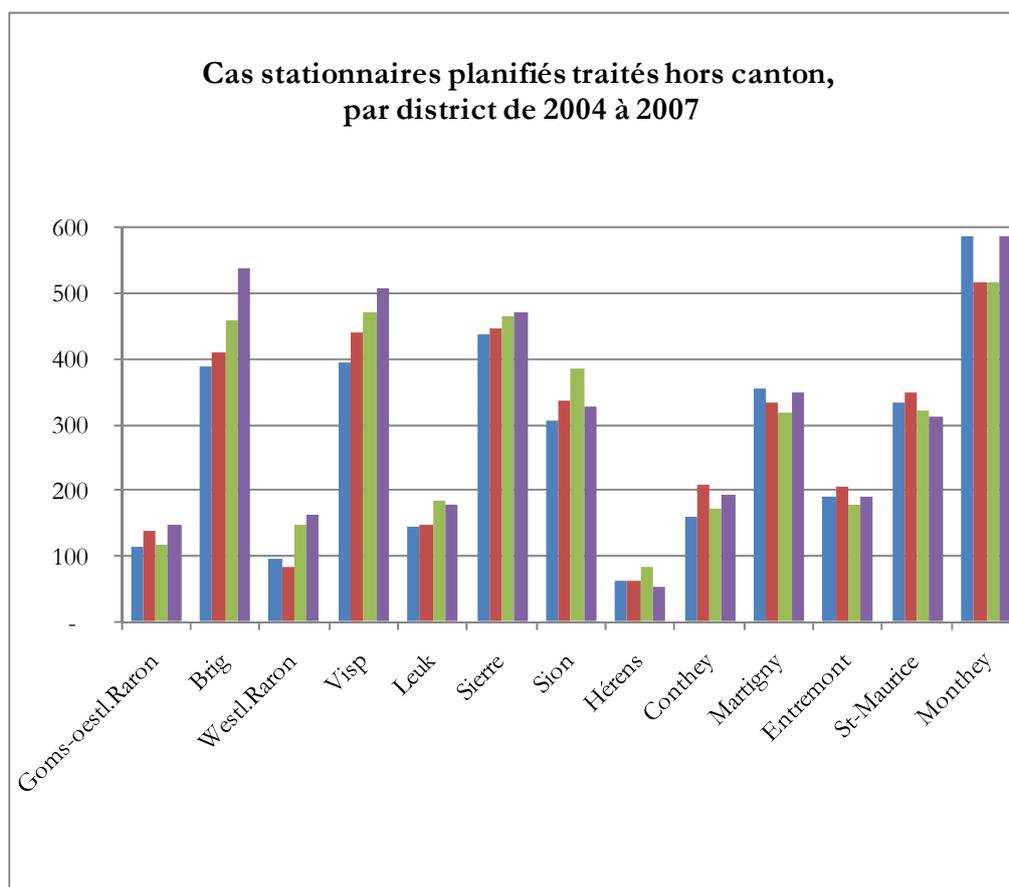
3.3%

3.8%

5.3%

Moyenne annuelle

4.2%



Source : OFS-OVS, part valaisanne de l'HDHC comprise, Tableau et graphique propres

ANNEXE 18 : PATIENTS VALAISANS ÉLECTIFS HOSPITALISÉS HORS CANTON : PAR DISCIPLINE MÉDICALE ET PAR COMMUNE

Disciplines médicales	Sorties	%
Chirurgie	1'858	46%
Médecine interne	567	14%
Pédiatrie	450	11%
Gynécologie et obstétrique	258	6%
Ophthalmologie	217	5%
Médecine physique et réadaptation	193	5%
Oto-rhino-laryngologie	174	4%
Disciplines médicales (en général)	73	2%
Soins intensifs	71	2%
Dermatologie et vénérologie	58	1%
Psychiatrie et psychothérapie	51	1%
Autres domaines d'activité	35	1%
Radiologie médicale	15	0%
Gériatrie	2	0%
Total général	4'022	

Régions	Sorties	%
Monthey	588	15%
Brig	538	13%
Visp	507	13%
Sierre	470	12%
Martigny	350	9%
Sion	328	8%
St-Maurice	313	8%
Conthey	194	5%
Entremont	191	5%
Leuk	179	4%
Westl.Raron	163	4%
Goms-oestl.Raron	148	4%
Hérens	53	1%
Total général	4'022	

Cas électifs 2007 / population	Haut-Valais	Valais Central	Bas-Valais	Total
Population (1)	78'806	115'597	100'205	294'608
Cas VS hors canton électifs	1'535	1'045	1'442	4'022
en %	1.9%	0.9%	1.4%	1.4%

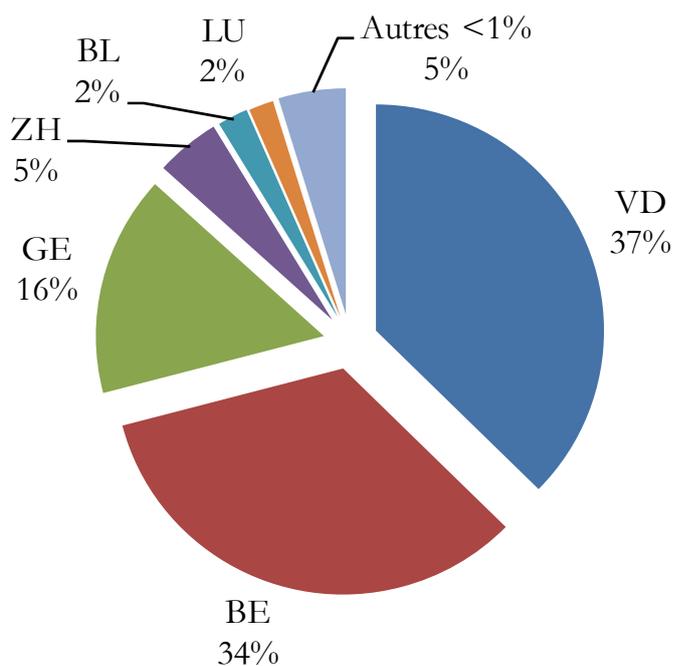
(1) selon rapport SSP sur les hospitalisations hors canton

Source : OFS – OVS, part valaisanne de l'PHDC comprise, Tableaux propres

ANNEXE 19 : DESTINATION DES PATIENTS VALAISANS PAR CANTON

Canton de l'hôpital	2005	%	2006	%	2007	%
VD	1'489	40%	1'440	38%	1'503	37%
BE	1'053	29%	1'169	31%	1'350	34%
GE	634	17%	648	17%	635	16%
ZH	155	4%	155	4%	184	5%
BL	51	1%	91	2%	87	2%
LU	83	2%	73	2%	71	2%
Autres <1%	213	6%	241	6%	192	5%
	3'678	100%	3'818	100%	4'022	100%

Cas stationnaires planifiés traités hors canton en 2007



Sources : OFS-OVS, part valaisanne de l'HDC comprise, Tableau et graphique propres

ANNEXE 20 : DESTINATION DES PATIENTS VALAISANS PAR CANTON POUR 4 DISCIPLINES MÉDICALES

Valaisans hospitalisés hors canton (Top 4) Année 2007			Canton de l'hôpital										TOT
			BE	VD	GE	ZH	BL	FR	BS	AG	LU	Autres	
M200	Chirurgie	Haut-Valais	579	32	10	78	19	7	16	14	7	18	780
M200	Chirurgie	Valais Central	72	189	129	32	5	5	4	3	3	6	448
M200	Chirurgie	Bas-Valais	109	351	124	12	3	26	3			2	630
M100	Médecine interne	Haut-Valais	156	9	1	22	2		11	4	2	8	215
M100	Médecine interne	Valais Central	6	104	54	6	6	3		1	1	1	182
M100	Médecine interne	Bas-Valais	7	110	49	1		1	1			1	170
M400	Pédiatrie	Haut-Valais	68	2	2	6	43				1	2	124
M400	Pédiatrie	Valais Central		42	18		1	1			1		63
M400	Pédiatrie	Bas-Valais	3	95	165								263
M300	Gynécologie et obstétrique	Haut-Valais	84			8			1	1	3		97
M300	Gynécologie et obstétrique	Valais Central	4	45	11			4		2	2	4	72
M300	Gynécologie et obstétrique	Bas-Valais	3	67	14			2	1			2	89
Total			1'091	1'046	577	165	79	49	37	25	20	44	3'133

Nb séjours	Canton de l'hôpital										TOT
	BE	VD	GE	ZH	BL	FR	BS	AG	LU	Autres	
Haut-Valais	887	43	13	114	64	7	28	19	13	28	1'216
Valais Central	82	380	212	38	12	13	4	6	7	11	765
Bas-Valais	122	623	352	13	3	29	5			5	1'152
Total	1'091	1'046	577	165	79	49	37	25	20	44	3'133

%	Canton de l'hôpital										TOT
	BE	VD	GE	ZH	BL	FR	BS	AG	LU	Autres	
Haut-Valais	81%	4%	2%	69%	81%	14%	76%	76%	65%	64%	39%
Valais Central	8%	36%	37%	23%	15%	27%	11%	24%	35%	25%	24%
Bas-Valais	11%	60%	61%	8%	4%	59%	14%			11%	37%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : OFS-OVS, part valaisanne de l'HDIC comprise, Tableaux propres

ANNEXE 21 : DEMANDES DE GARANTIE DE PAIEMENT POUR LES HOSPITALISATIONS HORS CANTON

	Population	Demandes de garantie de paiement					
		Totales	Totales pour 1000 habitants	autorisées	autorisées pour 1000 habitants	refusées	refusées pour 1000 habitants
1997							
Haut-Valais	78'482	711	9.06	503	6.41	208	2.65
Valais Central	105'500	526	4.99	409	3.88	117	1.11
Bas-Valais	87'309	772	8.84	488	5.59	284	3.25
Total	271'291	2'009	7.41	1'400	5.16	609	2.24
2000							
Haut-Valais	79'034	860	10.88	516	6.53	344	4.35
Valais Central	107'058	673	6.29	496	4.63	177	1.65
Bas-Valais	89'540	848	9.47	548	6.12	300	3.35
Total	275'632	2'381	8.64	1'560	5.66	821	2.98
2003							
Haut-Valais	78'487	957	12.19	578	7.36	379	4.83
Valais Central	109'425	953	8.71	670	6.12	283	2.59
Bas-Valais	93'433	1027	10.99	697	7.46	330	3.53
Total	281'345	2'937	10.44	1'945	6.91	992	3.53
2006							
Haut-Valais	78'954	1185	15.01	770	9.75	415	5.26
Valais Central	114'247	1060	9.28	713	6.24	347	3.04
Bas-Valais	98'374	1093	11.11	720	7.32	373	3.79
Total	291'575	3'338	11.45	2'203	7.56	1'135	3.89
2007							
Haut-Valais	78'806	1406	17.84	847	10.75	559	7.09
Valais Central	115'597	1048	9.07	759	6.57	289	2.50
Bas-Valais	100'205	1168	11.66	819	8.17	349	3.48
Total	294'608	3'622	12.29	2'425	8.23	1'197	4.06
2008							
Haut-Valais	78'961	1416	17.93	858	10.87	558	7.07
Valais Central	117'357	1125	9.59	799	6.81	326	2.78
Bas-Valais	102'262	1110	10.85	741	7.25	369	3.61
Total	298'580	3'651	12.23	2'398	8.03	1'253	4.20

Source : [40] : Service de la santé publique du canton du Valais (2008) : *Rapport concernant les hospitalisations hors canton*. Sion: SSP

« Le Haut-Valais dépose proportionnellement plus de demandes que les deux autres régions. Cette situation s'explique principalement par des raisons linguistiques, les patients germanophones préférant en effet se faire hospitaliser en Suisse alémanique plutôt que dans le Valais Central. Cependant, on ne constate pas la forte augmentation des demandes dans le Haut-Valais que l'on pouvait craindre suite à l'ouverture du tunnel de base du Lötschberg. »

ANNEXE 22 : RAPPORT MOSER

Tableau 6 Patients supplémentaires à charge du canton avec le libre passage

	Hospitalisations à charge du canton	Hospitalisations non à charge du canton	Part d'assurés complémentaires	Hospitalisations supplémentaires avec libre passage	Hospitalisations supplémentaires à charge du canton	Hospitalisations totales à charge du canton
AG	2'983	3'499	82.6%	739	4'238	7'221
AI	817	75	92.8%	6	81	898
AR	1'132	577	83.1%	117	694	1'826
BE	1'310	2'701	83.1%	548	3'249	4'559
BL	3'621	5'116	80.4%	1'245	6'361	9'982
BS	459	1'689	70.3%	712	2'401	2'860
FR	2'533	1'620	85.5%	275	1'895	4'428
GE	553	533	69.8%	230	763	1'316
GL	956	2	85.3%	0	2	958
GR	1'444	773	84.2%	145	918	2'362
JU	1'652	924	91.4%	87	1'011	2'663
LU	1'660	1'599	89.0%	198	1'797	3'457
NE	1'918	980	79.1%	259	1'239	3'157
NW	872	255	88.5%	33	288	1'160
OW	1'046	229	88.0%	31	260	1'306
SG	1'266	4'037	81.3%	927	4'964	6'230
SH	1'218	289	76.0%	91	380	1'598
SO	3'807	5'538	83.3%	1'110	6'648	10'455
SZ	3'926	686	90.7%	71	757	4'683
TG	1'427	3'115	80.5%	753	3'868	5'295
TI	1'013	709	78.5%	194	903	1'916
UR	838	184	94.1%	12	196	1'034
VD	1'046	1'320	67.2%	645	1'965	3'011
VS	1'721	1'234	86.2%	197	1'431	3'152
ZG	1'483	557	88.1%	75	632	2'115
ZH	2'359	4'329	73.0%	1'602	5'931	8'290
CH	43'060	42'570	82.6%	10'301	52'872	95'931

Source : OFS, cantons et assureurs-maladie

Tableau 9 Effet financier net du libre passage pour les cantons

	Financement supplémentaire à charge du canton	Patients supplémentaires importés	Prix patients importés	Recettes nettes des patients supplémentaires	Charge supplémentaire nette
AG	34'829'020	583	8'016	4'676'919	30'152'101
AI	410'798	34	8'671	297'711	113'087
AR	5'303'381	251	8'807	2'213'468	3'089'914
BE	26'859'867	1'273	8'213	10'456'388	16'403'479
BL	60'609'872	759	7'744	5'878'965	54'730'907
BS	15'612'795	1'317	8'930	11'764'095	3'848'700
FR	15'439'279	172	8'471	1'456'016	13'983'263
GE	4'963'918	414	9'012	3'731'801	1'232'117
GL	18'141	38	8'782	329'842	-311'701
GR	10'820'315	451	8'368	3'771'553	7'048'762
JU	7'152'782	83	8'458	700'412	6'452'370
LU	14'763'903	241	8'348	2'015'322	12'748'581
NE	13'155'074	125	7'834	981'594	12'173'480
NW	1'955'733	30	7'282	218'355	1'737'378
OW	1'764'168	19	7'632	146'452	1'617'716
SG	50'534'207	699	8'275	5'784'689	44'749'519
SH	3'359'124	588	7'033	4'135'237	-776'113
SO	53'261'813	381	8'870	3'383'726	49'878'087
SZ	7'954'722	96	8'378	808'107	7'146'615
TG	34'260'108	230	7'799	1'790'314	32'469'794
TI	9'721'673	182	9'756	1'778'523	7'943'150
UR	1'469'532	11	8'433	90'515	1'379'017
VD	17'034'964	553	8'567	4'736'257	12'298'707
VS	12'090'822	258	8'071	2'081'437	10'009'384
ZG	5'841'072	128	8'903	1'137'492	4'703'580
ZH	38'458'796	1'384	9'306	12'876'141	25'582'655
CH	447'645'880	10'301	8'532	87'241'332	360'404'548

Source : calculs propres

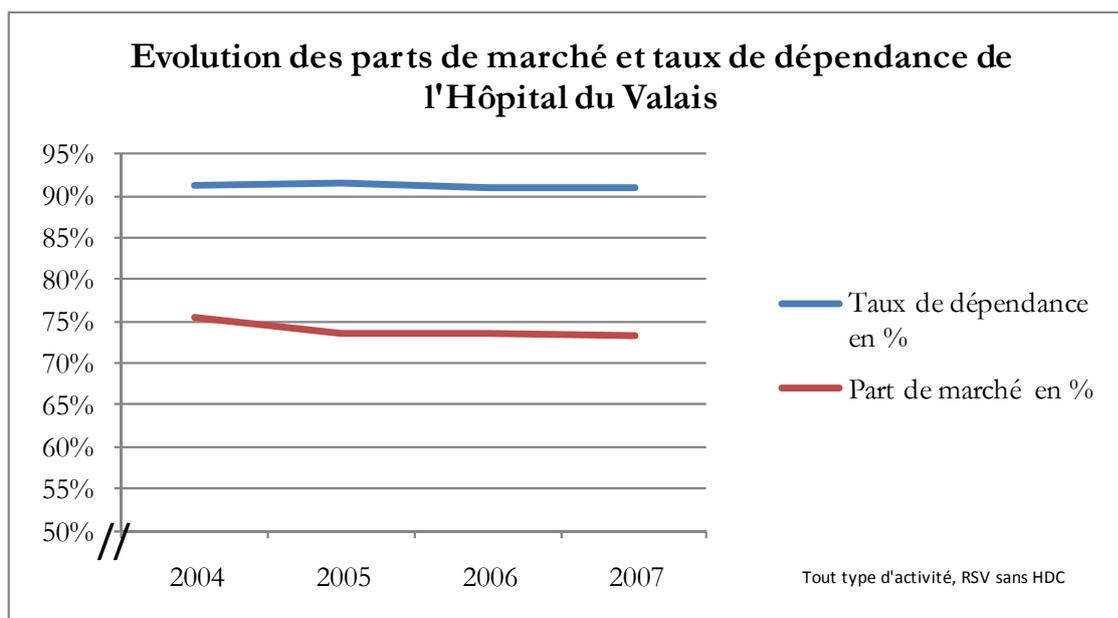
Source : Moser G. (2006) : *Hospitalisation hors canton : avantages et coût du libre passage*. Chavannes-près-Renens: IDHEAP, Working paper no 11/2006 ; p.43 et 48 ;

[www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/\\$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf](http://www.idheap.ch/idheap.nsf/view/1FD7D338DD2203A2C1257214003CDF09/$File/WP%2011-2006%20Guy%20Moser.pdf)

ANNEXE 23 : PART DE MARCHÉ ET TAUX DE DÉPENDANCE

	2004	2005	2006	2007
Nb de patients valaisans traités au RSV	34'037	33'655	33'583	34'117
Nb de patients valaisans traités en Suisse	45'166	45'768	45'704	46'622
Part de marché en %	75%	74%	73%	73%
Nb de patients valaisans traités au RSV	34'037	33'655	33'583	34'117
Nb de patients totaux traités RSV	37'330	36'790	36'904	37'464
Taux de dépendance en %	91%	91%	91%	91%

	Cas VS traités RSV	Cas VS totaux	Part de marché (%)
Gériatrie	2'812	2'814	100%
Psychiatrie et psychothérapie	1'841	1'931	95%
Médecine interne	11'004	13'368	82%
Gynécologie et obstétrique	3'513	4'780	73%
Radiologie médicale	41	56	73%
Chirurgie	10'276	15'356	67%
Pédiatrie	3'188	4'989	64%
Oto-rhino-laryngologie	376	692	54%
Médecine physique et réadaptation	1'060	1'987	53%
Ophthalmologie	5	307	2%
Autres domaines d'activité	1	342	0%
TOTAL 2007	34'117	46'622	73%



Source : OFS-OVS, sans HDC, Graphique propre