

Date de dépôt : 6 mai 2010

Rapport du Conseil d'Etat

à la question écrite de M. Claude Aubert : coûts de la santé, planification sanitaire et interprétation des données statistiques

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 3 décembre 2009, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question écrite qui a la teneur suivante :

La planification sanitaire cantonale repose sur des critères d'évaluation, des objectifs identifiés et des moyens par lesquels progresser.

Un des objectifs est de lutter contre l'augmentation continue des coûts de la santé.

En ce qui concerne les hôpitaux publics genevois, la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour font partie des moyens recensés.

Pour évaluer la pertinence des mesures prises, les statistiques sont un instrument précieux, même si leur signification est parfois difficile.

Notre question se base sur les tableaux figurant dans l'Annuaire statistique du canton de Genève, 2008.

Cet annuaire indique que, sur le plan Suisse, de 1998 à 2007, on observe dans le domaine hospitalier :

- une diminution du nombre d'hôpitaux,*
 - une diminution du nombre de lits,*
 - une diminution de la durée des séjours,*
- mais aussi :*
- une augmentation des emplois,*
 - une augmentation des dépenses d'exploitation.*

Il en va de même sur le plan genevois. Le nombre de lits des EPM est resté stable, grosso modo, durant la période considérée; la durée des séjours

a diminué, mais le nombre d'emplois a augmenté (de l'ordre du millier), de même que les charges d'exploitation (quelque 350 millions).

Se référer au volume de travail, en l'occurrence aux admissions, n'apporte aucune information, du fait que la notion même d'« admission » est un artéfact administratif, une construction, très éloignée des questions élémentaires que nous nous posons, d'ordre clinique. Ainsi, on ne sait pas si mille « admissions » signifient qu'un individu a été admis 1000 fois en une année, si mille individus ont été admis une fois en une année, si un individu a fait l'objet de mille transferts d'un service à l'autre en une année. Les chiffres publiés dans l'annuaire statistique (T 14.09) ne sont pas interprétables, les définitions changeant en cours de route, de même que les appellations des services et leurs affiliations. Or, il est essentiel de baser des statistiques sur le suivi personnel des individus et de disposer de chiffres reflétant la trajectoire de soins : un patient admis mille fois pose d'autres problèmes – en termes de santé publique et d'efficacité des soins – que mille individus admis une seule fois en une année.

Sur la base des tableaux statistiques à disposition, une première lecture nous conduirait à penser que la diminution du nombre d'hôpitaux, du nombre de lits et de la durée des séjours entraînent une nette augmentation des coûts d'exploitation et des coûts en personnel. De telles augmentations se répercutant sur les budgets hospitaliers, elles influencent directement les subventions allouées et les primes d'assurance maladie. Il se pourrait, évidemment, qu'il n'y ait pas de corrélations entre ces divers phénomènes. Une meilleure compréhension de ces mécanismes complexes étant indispensable, nous nous permettons de poser au Conseil d'Etat la question suivante :

En matière de planification sanitaire, sur la base de ces données statistiques qui exigent une explication détaillée, en particulier sur les trajectoires de soins, faut-il compter sur le fait que la réduction du nombre d'hôpitaux, du nombre de lits et de la durée des séjours va entraîner, paradoxalement, une augmentation des besoins en personnel et des coûts d'exploitation, donc un accroissement des coûts de la santé ?

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

Le Conseil d'Etat partage la volonté de l'auteur de cette question, à savoir de lutter contre l'augmentation des coûts de la santé en analysant au mieux les besoins en matière de planification sanitaire.

Cependant, les statistiques disponibles actuellement ne donnent qu'une image partielle du système de santé et des facteurs influençant l'évolution de ses coûts. Les statistiques comparables au niveau suisse concernant les itinéraires personnels des patients font défaut. Or, les indicateurs d'activité et de coûts classiques (nombre de lits d'hôpitaux par habitant, durée moyenne de séjour, dotation en personnel par lit, charges d'exploitation, taux d'admission, etc.) ne renseignent pas sur la dimension médicale des cas. Ils ne permettent donc pas de comprendre le lien existant entre les pathologies traitées et les coûts des soins hospitaliers engendrés par ces pathologies. Dès lors, il n'est pas possible de se faire une idée précise de la situation et d'affiner, grâce à de telles informations, l'analyse des besoins en matière de planification sanitaire.

L'introduction du SwissDRG¹, prévue pour 2012, permettra cependant, une fois l'utilisation des données disponible rôdée et unifiée, de disposer de meilleurs indicateurs médico-économiques qu'aujourd'hui. Pour rappel, la SwissDRG SA a été fondée en 2008 par les cantons et les partenaires tarifaires de l'assurance-maladie dans le but d'harmoniser la structure tarifaire dans les hôpitaux. Cette mesure met ainsi en œuvre les postulats aujourd'hui ancrés dans la loi sur l'assurance-maladie révisée. Avec les DRGs, les séjours hospitaliers en soins somatiques aigus pourront être répartis dans un nombre restreint de groupes cliniquement définis avec des coûts de traitement les plus similaires possibles.

Jusque là, des hypothèses quant aux déterminants et à l'évolution des coûts du système de santé en Suisse sont possibles. Les conclusions d'une étude menée par l'Office fédéral de la statistique présentent les pistes les plus sûres en matière d'analyse globale de l'évolution des coûts de la santé.

L'Office fédéral de la statistique a en effet mené et publié, en 2007, une étude approfondie sur les principaux facteurs responsables de la croissance des coûts du système de santé en Suisse, incluant une revue de la littérature et des projections à l'horizon 2030 (*Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse – Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030, Office fédéral de la statistique OFS, Neuchâtel, 2007*).

¹ *Swiss Diagnosis Related Groups, nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus*

De manière générale, il est constaté que le nombre de patients croît, tout comme le volume moyen de soins par patient, et que le coût unitaire des prestations médicales renchérit. Dans le cas des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), si des efforts ont été fait sur la durée moyenne des séjours et la diminution du nombre de lits (1252 lits de soins aigus en 1999 à 1057 lits en 2008), il faut rappeler que, durant cette même période, le nombre de journées d'hospitalisation aux HUG a effectivement augmenté, passant de 740 343 à 810 376, toutes catégories de soins confondus (soins aigus, soins subaigus, psychiatrie, soins continus).

L'étude menée met en évidence que les facteurs qui influencent l'évolution des coûts de la santé sont nombreux, à savoir : l'évolution démographique, l'allongement de l'espérance de vie, l'évolution de l'état de santé général, les progrès dans la technologie médicale, les attentes de la population, l'abaissement tendanciel du seuil à partir duquel on considère qu'une personne nécessite des soins, la densité médicale, la couverture d'assurance, le développement de l'offre et de la demande de soins, ainsi que le recours au service public en augmentation.

L'étude conclut que si les progrès de la médecine, l'évolution du niveau de vie et des comportements en matière de santé ne permettent pas de réduire la fréquence des maladies et des incapacités dans la vieillesse, les coûts de la santé devraient être multipliés d'ici à 2030 par 2,2 dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé, et par 2,4 si l'état de santé est inchangé. Dans ce contexte, les gains d'efficacité des institutions de santé sont une partie importante de la réponse mais ils ne peuvent à eux seuls prétendre relever le défi de l'augmentation des coûts de la santé. Dans le cas genevois les augmentations de coûts et de personnel auraient vraisemblablement été bien supérieures si la hausse du volume d'activité et l'évolution des besoins en prises en charge des patients avaient dû être assumées sans être accompagnées par une réflexion sur l'efficacité des institutions.

Le Conseil d'Etat est déterminé à redoubler ses efforts en matière de maîtrise des coûts de la santé, notamment en améliorant l'économicité et la transparence. Afin de disposer d'un système d'information permettant de mieux comprendre la composition des coûts de la santé, le Conseil d'Etat – via le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) – a lancé, en 2009, le « suivi trimestriel des prestations de santé à Genève ». Ce document, actualisé tous les trimestres, permet de mieux exploiter des éléments statistiques déjà existants en les valorisant au sein d'une vue d'ensemble de l'évolution du système de santé. Il permet également de publier de façon transparente des éléments qui relèvent du pilotage des institutions placées sous la responsabilité de l'Etat.

Cet outil permet d'accompagner en outre une réflexion constante nécessaire sur l'adéquation des itinéraires cliniques dans le réseau de soins. Une bonne interaction des différents acteurs doit permettre de garantir aux patients la meilleure prise en charge dans le cadre le plus adéquat possible. Tout en poursuivant sa politique d'efficience au sein des institutions, le Conseil d'Etat mise en effet sur de telles améliorations de l'efficacité du réseau afin de maîtriser au mieux l'évolution des coûts de la santé à Genève.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

La chancelière :

Anja WYDEN GUELPA

Le président :

François LONGCHAMP