



14 Santé

Neuchâtel, octobre 2017

Statistique de synthèse Coûts et financement du système de santé

Révision 2017: développement modulaire et dynamique de la statistique, concepts, méthodes et perspectives

La statistique des coûts et du financement du système de santé livre des informations sur l'ensemble des coûts de la santé en Suisse. Elle repose sur une approche globale spécifique. Elle a été révisée en 2017 dans le but d'améliorer la transparence et la reproductibilité. La révision a aussi permis de créer les conditions d'une future amélioration de la qualité des données.

1 La statistique des coûts et du financement du système de santé

Le résultat principal de la statistique des coûts et du financement du système de santé (COU) se résume en un chiffre: les 77,8 milliards de francs que représente le coût total de la santé pour 2015. Il n'est pas possible de calculer ce montant à partir des autres statistiques de la santé, qui n'éclairent chacune que des aspects particuliers du secteur de la santé.

Le coût total est un indicateur important pour connaître, d'une part, le poids macroéconomique de la santé (progression des coûts et rapport entre ceux-ci et le PIB), d'autre part, la charge financière de la santé pour la population et la part des coûts financés directement par cette dernière. La statistique joue un rôle particulièrement important pour le pilotage du système, puisqu'elle révèle par exemple les reports de charges

- entre les agents financeurs (dont les principaux sont l'assurance obligatoire des soins -AOS [27 milliards de francs], l'État [14 milliards], les ménages par leurs versements directs [22 milliards], les autres sources [14 milliards])
- entre les prestataires de services et entre les domaines de prestations (p. ex. hospitalier et ambulatoire).

Ces reports résultent d'une part de la mise en œuvre des prescriptions légales, d'autre part des actions et des réactions des acteurs (du marché) mais aussi des patients. Il est nécessaire d'adapter la statistique pour qu'elle puisse, dans cette approche globale, tenir compte des différents acteurs en fonction de leurs interactions et de leurs évolutions.

La présente publication décrit les adaptations récemment apportées, qui ont débouché en 2017 sur la révision de la statistique. Au chapitre 1, on décrit les buts et les caractéristiques de la statistique en fonction des priorités définies, qui peuvent varier. À partir d'une analyse de la situation et des évolutions en cours, on a défini des approches pour revoir la conception de la statistique aux niveaux de ses composantes, de sa structure et de sa maniabilité. Au chapitre 2, on présente les méthodes permettant de manier des sources de données en constante évolution et leur importance pour la statistique des points de vue structurel et technique. Les principes de transparence et de reproductibilité, qui ouvrent la voie au dialogue entre les producteurs et les utilisateurs des données, ont joué un rôle particulier dans les réflexions qui ont abouti à la présente conception. La mise en œuvre de ces principes est présentée de manière détaillée au chapitre 3, de même que la méthode de développement continu de la statistique. Enfin, le chapitre 4 présente dans une perspective nationale et internationale les principaux résultats résultant de la révision.

1.1 But de la statistique

La statistique des coûts et du financement du système de santé vise à décrire le rôle, l'état et l'évolution du système de santé au travers des flux financiers, qui sont en grande partie externes au domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS) tel qu'il est défini dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). En matière de politique de santé, cette statistique permet de répondre aux questions suivantes:

- À combien se montent les dépenses de santé totales?
- Entre quels segments du système de santé se répartissent-elles?
- Quels groupes de prestataires de services génèrent quel volume de dépenses? À combien se montent p. ex. les coûts des hôpitaux?
- À quelles prestations correspondent ces coûts? À combien se montent p. ex. les dépenses administratives du système de santé?
- Quels régimes de financement couvrent les coûts? À combien se montent p. ex. les versement directs des ménages?

Les segments du système de santé sont définis à l'aide d'une classification regroupant les dimensions «prestataires de services», «prestations» et «financement». La granularité de cette classification peut varier sans que cela n'influe sur la complétude de la statistique. Cette complétude est aussi garantie lorsqu'on considère l'ensemble, soit le coût total de la santé, de 77,8 milliards de francs, en renonçant à toute segmentation. Mais quelques segments suffisent pour tirer les enseignements les plus importants (tableau 1):

Dépenses de santé par prestataire de services et régime de financement (schéma simplifié) T 1

| Prestataires de services | Régime de financement | | | | Σ (Somme) |
|------------------------------|-----------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| | État | AOS | Versements directs des ménages | Autres | |
| Hôpitaux | 9 305 | 11 182 | 2 279 | 4 381 | 27 148 |
| Institutions médico-sociales | 3 098 | 1 724 | 4 239 | 3 579 | 12 640 |
| Cabinets médicaux | – | 7 461 | 6 464 | 1 501 | 15 427 |
| Autres | 1 470 | 7 131 | 9 105 | 4 833 | 22 539 |
| Σ (Somme) | 13 873 | 27 499 | 22 087 | 14 295 | 77 754 |

© OFS 2017

Au niveau suisse, on remarque tout de suite que l'AOS ne finance que 27 des 78 milliards de francs que coûte la santé (35,4 %), tandis que les versements directs (y c. la participation aux frais selon la LAMal) représentent 22 milliards, soit presque autant.

On peut aussi combiner ce chiffre avec certains des indicateurs de la législation réalisés par la chancellerie fédérale: il suffit de connaître le PIB (653'735 millions en 2015) et la population (8,282

millions) pour calculer le rapport entre le coût de la santé et le PIB et les dépenses de santé par personne et par mois:

- rapport entre le coût de la santé et le PIB:

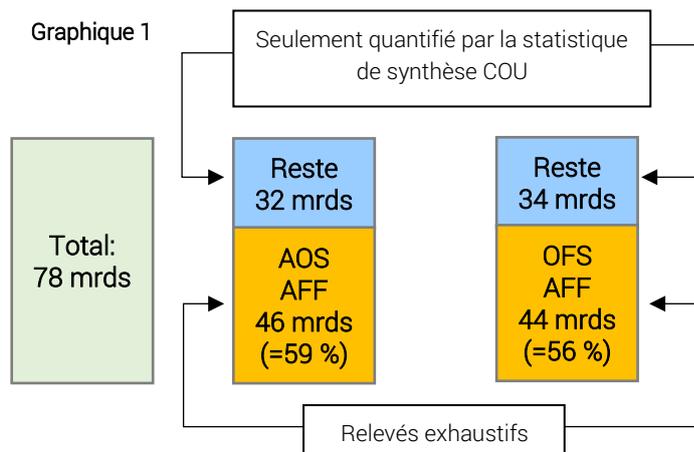
$$\frac{77'754}{653'735} = 11.9\%$$

- dépenses par personne et par mois:

$$\frac{77'754}{8'282} * \frac{1}{12} = 782 \text{ CHF}$$

1.2 Spécificité de la statistique

La statistique des coûts et du financement du système de santé ne se contente pas de combiner et d'exploiter les résultats de relevés exhaustifs ni d'en donner une vue d'ensemble. Une telle chose est tout simplement impossible en Suisse, qui dispose de sources de données bien moins complètes que d'autres pays, comme l'Allemagne, où l'on utilise des données issues de relevés primaires intégrés et de grande ampleur (comme la statistique des biens et de la valeur ajoutée). Ainsi, les relevés exhaustifs réalisés en Suisse couvrent 59 % des dépenses totales d'après le régime de financement (statistique de l'AOS, statistique financière de l'Administration fédérale des finances - AFF) et seulement 55 % d'après les prestataires de services (statistiques de l'OFS sur les hôpitaux, les institutions médico-sociales, les services d'aide et de soins à domicile, et statistique financière de l'AFF).



Alors que d'autres statistiques (fondées sur des relevés exhaustifs) n'éclairent que des fragments du système de santé, la statistique des coûts et du financement ambitionne, en tant que statistique de synthèse, de livrer des informations sur les 77,8 milliards que coûte au total la santé (voir graphique 1). Elle remplit deux fonctions essentielles:

- Elle regroupe et ordonne les données sur les flux financiers provenant des relevés exhaustifs existants. Ces relevés sont pour l'essentiel les statistiques de l'OFS sur les hôpitaux, les institutions médico-sociales et les services d'aide et de soins à domicile, la statistique de l'AOS réalisée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFSP) et la statistique financière de l'AFF.
- Elle vise une quantification des éléments pour lesquels il n'existe pas de relevé exhaustif (chiffres d'affaires des dentistes p. ex.). Cette tâche est bien plus complexe que la combinaison de relevés exhaustifs et fait la spécificité de la statistique des coûts et du financement du système de santé.

1.3 Critères internationaux

Les critères figurant dans le manuel *Systems of Health Accounts 2011* (SHA) de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS sont pris en compte dans la statistique des coûts et du financement du système de santé afin de garantir sa comparabilité au niveau international. Ces critères concernent la délimitation et la classification des éléments du système de santé (voir ch. 4.5 pour la comparaison internationale).

Les critères internationaux fixent seulement un cadre, ce qui permet des adaptations qui tiennent compte des besoins suisses en matière de données. Ils n'en impliquent pas moins certains changements qui sont peu souhaitables dans une perspective nationale. Par exemple, les calculs qui aboutissent à des résultats négatifs ont toute leur pertinence du point de vue suisse (p. ex. pour indiquer les subventionnements croisés dans les hôpitaux), mais les critères internationaux n'autorisent pas de résultats négatifs. On trouve p. ex. des valeurs négatives résultant de déficits du secteur hospitalier ambulatoire.

1.4 La révision 2017 répond à des exigences nationales et internationales

La statistique des coûts et du financement du système de santé n'a subi pratiquement aucun changement entre 2000 et 2017, à l'exception d'un certain nombre d'adaptations concernant les institutions médico-sociales et le financement. Cependant, l'évolution de la situation rendait de plus en plus urgente une révision relativement importante. Il a donc fallu

- revoir les données et les méthodes,
- développer un nouveau modèle technique de base,
- évaluer la qualité des données au moyen de critères pertinents,
- garantir la compatibilité avec les nouveaux critères internationaux (*Systems of Health Accounts 2011*).

Une première révision approfondie des critères du manuel SHA en 2011 avait imposé des adaptations au niveau national. Auparavant, la conception détaillée 2000 de la statistique des coûts et du financement du système de santé prévoyait déjà le respect des critères du manuel SHA 2000. Les adaptations que l'OFS a apportées dans l'intervalle à la statistique étaient temporaires et visaient uniquement à garantir la compatibilité internationale des données (selon le manuel SHA 2011). Elles impliquaient toutefois des divergences entre les statistiques nationale et internationale. Par exemple, les importations de biens et services, dont le volume représente 377 millions de francs, ne figuraient jusqu'ici que dans la statistique internationale.

2. Méthodologie

2.1 Délimitation du système de santé d'après le manuel SHA

L'une des tâches essentielles consiste à délimiter les prestataires de services et les prestations qui sont imputables au système de santé. On doit veiller en particulier à bien le distinguer de branches proches, comme celles du fitness, du bien-être, de la cosmétique, du handicap et, du social, mais aussi des prestations de santé importées ou exportées. L'OFS applique ici l'approche internationale,

logique et uniforme, qui prévoit quatre critères (p. 55 s. du manuel SHA):

1. Le premier critère est qu'une mesure doit viser à améliorer ou à préserver l'état de santé des individus, de groupes de population ou de la population dans son ensemble ou à empêcher une détérioration de cet état, et à atténuer les conséquences des maladies.
2. L'application de la mesure doit nécessiter des connaissances médicales ou infirmières ou requérir la supervision par des personnes possédant ces connaissances. Elle peut inclure des prestations administratives et des mesures de pilotage ou de financement du système de santé.
3. La mesure sert à la consommation finale de biens et de prestations de santé par les habitants.
4. La mesure implique un transfert de biens et de prestations de santé.

Les délimitations sont toutefois difficiles. Par exemple, les opérations de chirurgie esthétique ne font en principe pas partie du secteur de la santé et sont traitées comme des prestations de coiffure. Il en va différemment si elles sont ordonnées par un psychiatre, par exemple dans le cas d'une personne accidentée ou d'une infirmité congénitale.

Une conséquence des critères internationaux est que la Suisse doit subdiviser ses prestations de soins (de longue durée) à domicile en «prestations de soins» et en «prestations domestiques». Les critères internationaux prévoient d'imputer ces dernières à la catégorie «social» plutôt qu'à la catégorie «santé». Une telle délimitation peut être insatisfaisante d'un point de vue national, mais l'observation des critères internationaux est importante pour la comparabilité des données. Cela explique pourquoi le montant imputé dans la statistique aux prestations d'aide et de soins à domicile (y c. les infirmiers indépendants) a baissé de 2,1 à 1,3 milliard de francs (voir le tableau 10, E, 5d).

De manière générale, seule la consommation de la population résidente de Suisse est prise en compte dans la statistique des coûts et du financement du système de santé. Cela signifie qu'il faut déduire les prestations de santé exportées et ajouter celles qui sont importées. C'est ce que vise la présente statistique.

2.2 Classification

La classification forme la trame sur laquelle sont représentés les flux financiers. Améliorer et élargir cette classification a été un élément essentiel de la révision de la présente statistique de synthèse.

2.2.1 Coexistence des classifications nationale et internationale

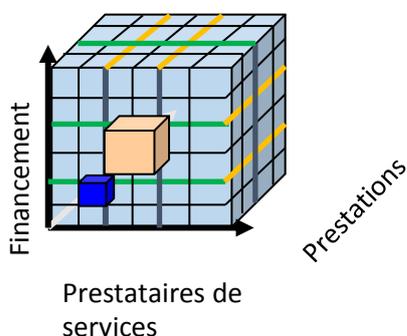
Plusieurs pays, comme l'Autriche et le Liechtenstein, appliquent la classification du manuel SHA 2011 dans son intégralité. La Suisse pourrait aussi le faire, mais elle doit tenir compte de ses propres besoins en matière de données. En outre, la conception sur laquelle reposent les critères internationaux, notamment en ce qui concerne le financement, n'est pas assez fine et est très

2.3 Parenthèse théorique: la structure d'analyse de base

2.3.1 Déconstruire pour permettre la couverture des besoins en informations, la maniabilité et la transparence

L'ancien modèle de données - de même que le modèle révisé - comprend plus de 13 500 champs (3 dimensions combinées avec 25 catégories de prestataires de services, 30 catégories de prestations et 18 catégories de financement), dont un grand nombre reste évidemment vide, du fait qu'ils représentent des combinaisons théoriques seulement (p. ex. le champ D1.M8.U3 combinant obstétrique ambulatoire, cabinet dentaire et financement par l'assurance-accidents). Garantir à la fois la maniabilité et la transparence d'un modèle aussi complexe sans se limiter aux informations superficielles est un défi.

Graphique 2



Cela rend nécessaire une déconstruction de l'ensemble. Encore faut-il déterminer la manière de procéder. Toutes les informations présentent un intérêt, qu'elles concernent une seule dimension ou qu'elles résultent d'une combinaison entre deux dimen-

Tableau 3:

Exemple d'une visualisation géométrique combinant différents éléments

| | Informations en 3D grossièrement structurées | Informations en 3D finement structurées |
|-----------------------------------|---|--|
| Figure géométrique correspondante | Gros cube  | Petit cube  |
| Exemple: | Prestataires | A Hôpitaux |
| | Prestations | L Soins curatifs hospitaliers |
| | Régime de financement | T État |
| | Valeur (2015) | 6'318 millions |
| | | E09 Aide et soins à domicile |
| | | O2 Soins de longue durée à domicile, au sens strict: soins |
| | | Versements directs des ménages |
| | | 40 millions |

sions ou davantage. Pour visualiser les besoins en informations, l'idéal est de recourir à des cubes (voir graphique 2/tableau 3):

2.3.2 Cadre théorique de la déconstruction

On peut représenter sous la forme d'un cube les informations de la statistique COU qui nous intéressent (puisque la statistique COU comporte trois dimensions, à savoir le financement, les prestataires de services et les prestations). La figure de la pyramide segmentée permet de représenter le principe de la déconstruction de l'information de manière plus générale et abstraite.

Graphique 3a



On peut décrire comme suit le problème à résoudre du point de vue théorique:

- l'objet considéré est la pyramide segmentée, qui comprend un grand nombre de segments n ;
- on souhaite décrire aussi bien la pyramide dans son ensemble que les différents segments;
- il n'est pas possible de calculer la pyramide en une fois, vu sa complexité.

La question de la nécessité d'une déconstruction ne se pose pas; une telle procédure est indispensable si l'on veut disposer de données maniables et transparentes. Il reste dès lors à en déterminer la forme.

1) Une option possible, qu'on ne retiendra pas ici, serait de procéder par une sous-segmentation, pour obtenir des segments que l'on traiterait séparément. De fait, il est tout à fait possible de décrire la pyramide par ses sous-segments. Toutefois, le recours à des sous-segments devient difficile si l'on considère que la structure de la pyramide représente un processus: le fait de décrire isolément chaque partie ne permet pas encore de dégager une vue d'ensemble cohérente.

Exemple: on peut comparer la pyramide segmentée à une partition d'orchestre, qui affiche l'une au-dessus de l'autre les partitions des différents instruments. Segmenter la partition d'orchestre reviendrait à isoler la partition de chaque instrument de celles des autres instruments. Le compositeur aura cependant des difficultés à composer avec justesse une œuvre en prenant chacun d'eux isolément.

Graphique 3b



2) Une option plus favorable, que l'on retiendra donc, consiste à observer la pyramide d'abord dans son ensemble (1^{re} étape), puis dans ses composantes.

A la 1^{re} étape, on commence par spécifier l'enveloppe de la pyramide, en remettant à plus tard la définition de ses composantes (2^e étape). *Exemple de la partition d'orchestre: l'enveloppe est représentée par le thème (musical), que l'on compose d'abord pour le piano.*

Graphique 3c



Au fil des étapes suivantes, on en accroît la complexité. *Exemple: on développe le thème musical, d'abord par des variations sur ce thème, puis par l'ajout des différents instruments.*

Graphique 3d



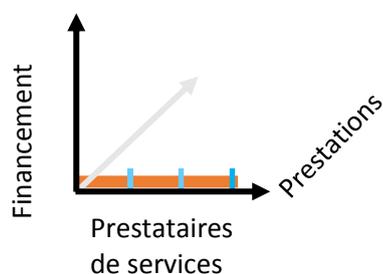
2.3.3 Application

Voici comment appliquer ce principe théorique. Le but à atteindre est le cube reconstitué (voir ch. 2.3.1). On opère de manière progressive, en calculant chacune des figures géométriques qui le composent, à partir d'un premier axe (premier segment).

A) 1^{re} étape: segment. On part de l'ensemble en posant un premier segment grossièrement structuré. Ce segment représente une dimension unique (les prestataires de services; voir graphique 4 / tableau 4):

- longueur du segment → coût total: 78 milliards
- longueur du premier sous-segment → coût des hôpitaux: 27 milliards

Graphique 4



Output Prestataires de services

T4

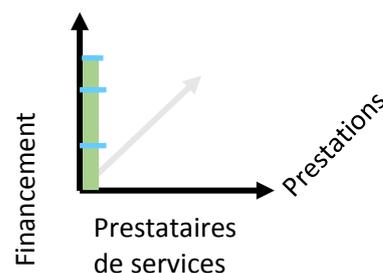
| | | Σ |
|------|---|-------|
| A | Hôpitaux | 27148 |
| B | Institutions médico-sociales | 12640 |
| C | Cabinets médicaux et centres ambulatoires | 15427 |
| (..) | | (..) |
| K | Reste du Monde (importations) | 408 |
| Σ | | 77754 |

© OFS 2017

b) 2^e étape: segment. On positionne un deuxième segment de manière qu'il forme un angle droit avec le premier. Dans ce cas aussi, le segment est structuré grossièrement et correspond à une seule dimension (le financement; voir graphique 5/tableau 5).

- longueur du segment → coût total: 78 milliards
- longueur du premier sous-segment → État: 14 milliards

Graphique 5



Output Financement

T5

| | | Σ |
|------|-------------------------------------|-------|
| T | État | 13873 |
| U | Assurance obligatoire des soins AOS | 27499 |
| (..) | | (..) |
| Z | Versements directs des ménages | 22087 |
| Σ | | 77754 |

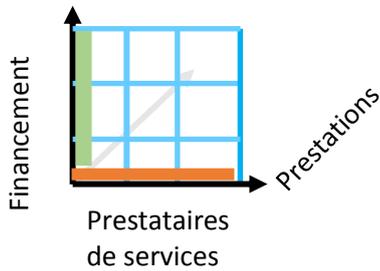
© OFS 2017

b) 3^e étape: carré. Le premier carré illustre le premier tableau croisé. Ce tableau est construit à partir des deux côtés définis au cours des 2 précédentes étapes. L'étape 3 consiste uniquement en l'ajout d'une information (voir graphique 6 / tableau 6).

Cela permet d'accroître la complexité de manière progressive, chose indispensable si l'on veut préserver la maniabilité et la transparence du modèle:



Graphique 6



d) Etapes 3 à 12

Le modèle est étoffé au fil des nombreuses étapes. Elles sont décrites dans la structure du tableau 7.

Output Prestataires de services x Financement T6

| | T État | U AOS | (...) | Z Versements directs des ménages | Σ |
|---|--------|--------|-------|----------------------------------|--------|
| A Hôpitaux | 9 305 | 11 182 | | 2 279 | 27 148 |
| B Institutions médico-sociales | 3 098 | 1 724 | | 4 239 | 12 640 |
| C Cabinets médicaux et centres ambulatoires | | 7 461 | | 6 464 | 15 427 |
| (...) | (...) | (...) | (...) | (...) | (...) |
| K Reste du Monde (importations) | | | | 408 | 408 |
| Σ | 13 873 | 27 499 | (...) | 22 087 | 77 754 |

© OFS 2017

Tableau 7: Structure par étape

| Etapes | Dimension | Granularité de la classification prestataire - prestation - financement | Figure géométrique évoquée |
|---|--|---|------------------------------|
| 1 | Prestataires de services | Grossier – vide – vide | Segment, structure grossière |
| 2 | Financement | Vide – vide – grossier | Segment, structure grossière |
| 3 | Prestataires de services, financement | Grossier – vide – grossier | Carré, structure grossière |
| 4 | Prestataires de services, prestations | Grossier – grossier – vide | Carré, structure grossière |
| 5 | Prestataires de services, prestations, financement | Grossier – grossier – grossier | Carré, structure grossière |
| 6 | Prestataires de services | Fin – vide – vide | Segment, structure fine |
| 7 | Prestataires de services, prestations | Fin – grossier – vide | Carré, structure mixte |
| 8 | Prestataires de services, prestations | Fin – fin – vide | Carré, structure fine |
| 9 | Financement | Vide – vide – fin | Segment, structure fine |
| 10 | Prestataires de services, prestations, financement | Fin – grossier – grossier | Carré, structure mixte |
| 11 | Prestataires de services, prestations, financement | Fin – grossier – fin | Carré, structure mixte |
| 12 | Prestataires de services, prestations, financement | Fin – fin – fin | Carré, structure fine |
| Résultat final: modèle complet avec classification fine = cube de structure fine | | | |



2.4 Spécifications du modèle en comparaison internationale

La structure retenue pour le modèle n'est pas prescrite par les organisations internationales. La Suisse a choisi de prendre comme référence la dimension des prestataires de services, contrairement à l'Allemagne, l'Autriche et le Liechtenstein, qui fondent leur approche sur le financement. L'approche fondée sur le financement s'avère plus problématique pour la Suisse: le système des franchises et le montant nettement plus élevé des versements directs des ménages compliquent grandement la quantification du volume de prestations inscrit sur les factures non transmises (voir ch. 4.5).

En ce qui concerne la conception et la réalisation de la statistique, le Liechtenstein est particulièrement intéressant du fait qu'il présente une configuration institutionnelle similaire à la nôtre tout en ayant, en raison de sa petite taille, des connaissances bien plus pointues de ce qui se passe dans son secteur de la santé. En l'absence de données pour la Suisse, on peut dans certains cas recourir aux données de la Principauté. Par exemple, grâce aux similitudes qui existent entre les deux pays sur les plans légal et de la structure du marché, on peut ventiler entre les catégories de prestations les dépenses financées par les assurances privées et par les assurances complémentaires.

3. Une révision pour pallier le manque de données

L'une des principales raisons de la révision de la statistique des coûts et du financement du système de santé réside dans l'insuffisance des sources de données primaires. La quantification de certaines positions de la statistique s'appuie souvent sur des estimations dont la fiabilité varie.

3.1 Extrapolation et interprétation des données

La situation en matière de données est particulièrement problématique en ce qui concerne les prestataires de services ambulatoires. On ne dispose pas pour l'heure (août 2017) de données exploitables concernant les prestations ambulatoires des médecins, des psychothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopédistes et des chiropraticiens. Pour ce qui est du financement, on relève des lacunes dans les données nécessaires à la ventilation des assureurs privés par prestataires de services et par prestations¹.

En outre, on a par le passé recouru, malgré d'importantes réserves méthodologiques, à des extrapolations fondées sur les données brutes relevées en vertu de la LAMal. L'inconvénient d'une telle extrapolation est que le facteur utilisé représente une hypothèse, alors que l'utilisateur de la statistique le considérera peut-être comme un résultat statistique.

Dans ce domaine, on recourt aux données du Liechtenstein pour effectuer une ventilation, ce qui est acceptable d'un point de vue méthodologique.

Exemple: jusqu'ici, les prestations des médecins et des psychothérapeutes ont été estimées de telle manière que leur progression corresponde à la progression des prestations LAMal des médecins. Il en résulte que les séries de données chronologiques concernant l'évolution du coût des médecins et des psychothérapeutes sont synchrones. Toutefois, il s'agit là d'un artefact statistique, soit du résultat d'une hypothèse, et non d'un résultat statistique exploitable.

3.2. Une approche dynamique du paysage des données

Le recours à des classifications, des méthodes et des sources de données relativement figées pour représenter le système de santé sur une longue période n'est possible que si ce système et ses composantes n'évoluent que lentement, sur de longs cycles. Tel n'est plus le cas aujourd'hui: l'état des données est de plus en plus dynamique, et tout change rapidement. Il ne s'écoule pas une année sans que des sources de données soient modifiées, abandonnées ou créées. La révision vise à intégrer ce processus dynamique dans la statistique.

Le but est, en application des principes de la transparence et de la reproductibilité, de communiquer sur l'état des données et les méthodes employées afin d'inciter les partenaires à contribuer à améliorer cet état. La statistique doit être adaptée au fil de l'évolution du système de santé si l'on veut renforcer ou à tout le moins préserver la confiance du public dans sa qualité et sa pertinence.

3.3 Nécessité de discuter des sources de données et des méthodes

Si l'on admet que la situation en matière de données est dynamique, il faut entrer en discussion avec les acteurs intéressés. Il s'agit de leur communiquer les informations nécessaires pour qu'ils puissent juger de la situation en la matière (notamment points forts et points faibles) et déterminer la meilleure façon d'utiliser la statistique. L'OFS fournit à cet égard assistance et conseils. Les feedbacks des groupes d'intérêts sont eux aussi importants, car ils aident par exemple à valider la fiabilité des estimations. Par ailleurs, on peut contribuer à un meilleur fonctionnement de la statistique en partageant des données, des méthodes et des estimations.

3.4 Une classification qui ne dépend pas de la qualité des données

Une approche dynamique des données suppose une classification qui ne dépende pas de leur disponibilité. La classification doit refléter les besoins potentiels de données et offrir un cadre permettant d'améliorer l'état des données à court et à moyen termes. Le fait qu'elle comporte des champs sans données met en lumière les lacunes des sources de données sans que cela pose problème sur le plan méthodologique.

3.5 Transparence

En l'absence d'indications concernant d'éventuelles lacunes entachant la qualité des données, ces lacunes restent ignorées du public.

Le manque de transparence pose surtout problème lorsqu'on tire des enseignements de données qui résultent, sans qu'on le sache, d'artefacts statistiques (voir ch. 3.1). Ces cas concernent avant tout des extrapolations, qu'il n'est cependant pas toujours possible d'éviter.

Le manque de transparence entraîne souvent une dissymétrie d'information entre le grand public et les spécialistes, du fait par exemple que seuls les prestataires de services (maîtres de données, etc.) savent que les données officielles demandent à être optimisées d'un point de vue méthodologique.

La révision veut instaurer une complète transparence sur la qualité des données. Cela passe notamment par 1) le développement de critères de qualité des données et 2) une description modulaire des données et des méthodes fondée sur la procédure de déconstruction par étapes présentée au chapitre 2.

3.5.1 Critères qualitatifs simples et rapport sur la qualité des données

Pour déterminer les besoins relatifs à la qualité des données, il faut d'abord évaluer cette qualité.

| Note | Condition | Exemple | | |
|--------------|-----------|--|---|---|
| | | Titre | Source | |
| Très bonne | 6 | Relevé exhaustif, sans transformation des variables | Chiffre d'affaires EMS | SOMED |
| Bonne | 5 | (...) | (...) | (...) |
| Suffisante | 4 | (...) | (...) | (...) |
| Insuffisante | 3 | (...) | (...) | (...) |
| Faible | 2 | Extrapolation du total sur la base d'une ancienne estimation combinée avec soit l'évolution d'une partie (généralement la partie couverte par la LAMal) ou une prestation similaire. | Traitement dispensé par les physiothérapeutes | Extrapolation grossière, plus ou moins arbitraire, fondée sur la part LAMal x 150 % |
| Mauvaise | 1 | Source inexistante ou insuffisante | (...) | (...) |

On commence par définir des critères de qualité objectifs, afin d'obtenir un référentiel de la qualité. De tels critères ont été élaborés à l'occasion de la révision de la statistique, en collaboration avec le service de méthodologie de l'OFS (voir tableau 8).

Ces critères permettent d'évaluer la qualité des données pour chaque position et, si nécessaire, pour les niveaux d'agrégation supérieurs. La statistique de l'aide et des soins à domicile, réalisée sous la forme d'un relevé exhaustif, livre des données de très bonne qualité; c'est également le cas de manière générale pour les autres soins de longue durée. En revanche, pour les autres positions de la catégorie «E Autres prestataires de services ambulatoires», la qualité des données est insuffisante ou mauvaise dans 79% des cas, et on ne dispose presque pas de données sur les prestataires de services ambulatoires tels que les physiothérapeutes (voir tableau 9). Pour l'ensemble de cette catégorie, on enregistre finalement une qualité de données que l'on peut considérer comme tout juste suffisante.

| Prestataires de services | Poids (2015) | 6 très bon | 4 suffisant | 3 insuffisant |
|--|--------------|------------|-------------|---------------|
| | Mios de fr. | 5 bon | | 2 faible |
| | | | | 1 mauvais |
| E Autres prestataires de services ambulatoires | 4'407 | 55% | - | 44 % |
| Dont: Spitex, infirmiers | 1'312 | 100 % | - | - |
| Dont: autres soins de longue durée | 945 | 85% | - | 15% |
| Dont: autres | 4'820 | 21 % | - | 79 % |

3.5.2 Évaluation plus poussée des données et des méthodes

Dans le rapport sur la qualité des données (que nous ne faisons qu'effleurer ici), on pourra faire une distinction entre une valeur ponctuelle, pour une année, et l'observation de l'évolution d'année en année. La méthode retenue pour les médecins et les psychologues est jugée qualitativement bonne (note 5) en ce qui concerne l'estimation ponctuelle mais faible (note 2) en ce qui concerne l'évolution (voir tableau 10, médecins et psychologues).

Il serait aussi possible d'attribuer des notes moyennes, ce qui permettrait des comparaisons avant/après sommaires. On pourrait ainsi tirer aisément des enseignements pour les différentes catégories. Il serait cependant plus problématique d'interpréter les données à un niveau d'agrégation plus élevé, lorsque le poids statistique de la source de données (notamment les hôpitaux) devient très élevé.



3.5.3 Documentation des données dans un modèle à étapes

Le recours à une échelle de notes peut livrer des indications sur les données dont la qualité doit être améliorée. L'identification des possibilités concrètes d'amélioration nécessite cependant une description précise des données et des méthodes. Cette description devra contenir les informations essentielles et être compréhensible si l'on veut garantir une communication transparente.

Tableau 10: Coûts de la santé par prestataire, prestation et financement, en comparaison avec le modèle de 2014

| | 2011 | 2014 | 2015 | 2015 | Variation 2014-2015 | Variation 2011-2015 2) | 2014 avant révision 1) | Différence 2014 après révision | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--------------|
| | en millions de francs | en millions de francs | en millions de francs | Parts | in % | in % | in Mio. CHF | in % | in Mio. CHF |
| Coût du système de santé selon le fournisseur de biens et services | 66'900 | 74'681 | 77'754 | 100.0% | 4.1% | 3.8% | 71'335 | 4.7% | 3'346 |
| A Hôpitaux | 23'030 | 26'179 | 27'148 | 34.9% | 3.7% | 4.2% | 25'873 | 1.2% | 306 |
| B Institutions médico-sociales | 11'301 | 12'324 | 12'640 | 16.3% | 2.6% | 2.8% | 12'313 | 0.1% | 10 |
| C Cabinets médicaux et centres de soins ambulatoires 3) | 12'327 | 14'517 | 15'427 | 19.8% | 6.3% | 5.8% | 13'162 | 10.3% | 1'354 |
| D Cabinets dentaires, cliniques dentaires | 3'895 | 4'156 | 4'068 | 5.2% | -2.1% | 1.1% | 4'103 | 1.3% | 53 |
| E Autres prestataires de services ambulatoires 3) | 3'756 | 4'422 | 4'821 | 6.2% | 9.0% | 6.4% | 3'523 | 25.5% | 898 |
| F Prestataires de services auxiliaires | 991 | 1'309 | 1'460 | 1.9% | 11.5% | 10.2% | 2'347 | -4.2% | -1'038 |
| G Commerce de détail | 6'559 | 6'706 | 7'007 | 9.0% | 4.5% | 1.7% | 5'420 | 23.7% | 1'286 |
| H Organismes de prévention et d'assistance | 918 | 1'034 | 1'040 | 1.3% | 0.6% | 3.2% | 636 | 62.6% | 398 |
| I Etat comme prestataire de services | 1'260 | 1'267 | 1'273 | 1.6% | 0.5% | 0.3% | 1'135 | 11.7% | 132 |
| J Assureurs comme prestataires de services | 2'487 | 2'393 | 2'463 | 3.2% | 2.9% | -0.2% | 2'823 | -15.2% | -430 |
| K Reste du monde (importations) | 376 | 375 | 408 | 0.5% | 8.7% | 2.0% | 0 | | |
| Coût du système de santé selon les prestations | 66'900 | 74'681 | 77'754 | 100.0% | 4.1% | 3.8% | 71'335 | 4.7% | 3'346 |
| L Soins curatifs hospitaliers | 13'584 | 14'947 | 15'385 | 19.8% | 2.9% | 3.2% | 16'476 | -9.3% | -1'529 |
| M Soins curatifs ambulatoires 4) | 17'372 | 20'095 | 20'916 | 26.9% | 4.1% | 4.8% | 21'622 | -7.1% | -1'527 |
| <i>dont: Hôpitaux</i> | 4'744 | 6'047 | 6'284 | 8.1% | 3.9% | 7.3% | 5'192 | 16.5% | 855 |
| <i>dont: Cabinets médicaux et centres de soins ambulatoires 3)</i> | 7'592 | 8'702 | 9'312 | 12.0% | 7.0% | 5.2% | 9'277 | -6.2% | -575 |
| <i>dont: Cabinets dentaires, cliniques dentaires</i> | 3'895 | 4'156 | 4'068 | 5.2% | -2.1% | 1.1% | 3'827 | 8.6% | 329 |
| <i>dont: autres</i> | 1'142 | 1'190 | 1'252 | 1.6% | 5.2% | 2.3% | 3'327 | -64.2% | -2'136 |
| N Réadaptation | 2'808 | 3'101 | 3'398 | 4.4% | 9.6% | 4.9% | 2'471 | 25.5% | 630 |
| O Soins de longue durée | 13'257 | 14'627 | 15'128 | 19.5% | 3.4% | 3.4% | 14'334 | 2.0% | 294 |
| P Services auxiliaires 4) | 3'942 | 5'179 | 5'490 | 7.1% | 6.0% | 8.6% | 4'431 | 16.9% | 748 |
| Q Biens de santé 4) | 11'244 | 12'004 | 12'628 | 16.2% | 5.2% | 2.9% | 7'407 | 62.1% | 4'597 |
| R Prévention | 1'695 | 1'851 | 1'873 | 2.4% | 1.2% | 2.5% | 1'569 | 17.9% | 281 |
| S Administration | 2'996 | 2'876 | 2'937 | 3.8% | 2.1% | -0.5% | 3'024 | -4.9% | -148 |
| Financement du système de santé selon l'agent payeur | 66'900 | 74'681 | 77'754 | 100.0% | 4.1% | 3.8% | 71'335 | 4.7% | 3'346 |
| T Etat | 11'806 | 13'446 | 13'873 | 17.8% | 3.2% | 4.1% | 14'229 | -5.5% | -782 |
| U Assurance-maladie obligatoire AOS | 22'671 | 26'127 | 27'499 | 35.4% | 5.3% | 4.9% | 26'042 | 0.3% | 85 |
| V Autres assurances sociales | 4'485 | 4'738 | 4'941 | 6.4% | 4.3% | 2.5% | 4'485 | 5.6% | 253 |
| W Autre financement public | 2'913 | 3'126 | 3'171 | 4.1% | 1.4% | 2.1% | 3'167 | -1.3% | -41 |
| X Assurances privées | 5'467 | 4'915 | 5'098 | 6.6% | 3.7% | -1.7% | 5'159 | -4.7% | -244 |
| Y Autre financement privé | 1'003 | 1'002 | 1'085 | 1.4% | 8.3% | 2.0% | 1'031 | -2.8% | -29 |
| Z Versements directs des ménages | 18'556 | 21'327 | 22'087 | 28.4% | 3.6% | 4.5% | 17'223 | 23.8% | 4'104 |
| Santé, en % du PIB | 10.8% | 11.5% | 11.9% | | | | 11.0% | | |
| Produit intérieur brut | 621'256 | 649'718 | 653'735 | | | | 649'718 | | |
| - | - | - | - | | | | - | | |
| Coût de la santé par habitant (en termes nominaux, en francs par mois) | 705 | 760 | 782 | | 2.9% | 2.7% | 726 | 4.7% | - |
| Population résidente moyenne | 7'912'398 | 8'188'649 | 8'282'396 | | | | 8'188'649 | | |

1) Anciennes données, selon nouvelle classification (exemple de lecture: l'ancienne catégorie « Prestataires ambulatoires » regroupait les médecins, dentistes, ainsi que les autres prestataires de services ambulatoires et de services auxiliaires; désormais séparée en C, D, E et F)

2) Taux de croissance annuel moyen

3) Les valeurs concernant les coûts pour les médecins et quelques autres prestataires ambulatoires sont le résultat d'une extrapolation et pas d'une estimation annuelle.

4) Les valeurs concernant les coûts des soins dispensés par le médecin traitant, des médicaments remis par ce dernier, la radiologie et de quelques autres prestations ambulatoires sont le résultat d'une extrapolation, et pas d'une estimation annuelle.

On tient à cet effet un répertoire à jour des données et des méthodes. Si nécessaire, on augmente le niveau de détail des postes de données les plus déterminants. Un aide-mémoire élaboré dans le cadre de la révision décrit dans le détail la nouvelle méthode appliquée au calcul des coûts des cabinets médicaux (15,4 milliards de francs, soit 1,4 milliard de plus qu'auparavant)².

L'efficacité de la déconstruction apparaît dans le fait qu'au niveau **meso**, on peut représenter sur une seule page les différentes composantes des coûts de la santé, y compris le descriptif méthodologique et l'appréciation de la qualité des données (voir tableau 11). La transparence et la reproductibilité de la statistique sont ainsi garanties.

Au niveau macro, la transparence réside dans le fait que la description de l'intégralité des étapes, des hypothèses et des calculs est soigneusement documentée, ce qui ne serait pas possible sans la déconstruction. Une option possible est de publier sur le portail statistique de l'OFS les principaux tableaux de calculs.

3.6 Mise à jour bisannuelle des données et des méthodes

A l'heure actuelle, la conception détaillée dresse la liste des données et des méthodes qu'il faudrait utiliser dans la statistique. Pour suivre l'évolution du paysage des données, il faut augmenter le rythme des adaptations et assouplir l'utilisation des sources de données (sources modifiées et nouvelles sources). Il est prévu de soumettre tous les deux ans les données et méthodes utilisées à une «mini-révision». Il sera dès lors possible de rendre compte objectivement des changements. Les rétroprojections garantissent la comparabilité longitudinale.

3.7. Discussions régulières avec les experts

La mise au point d'une classification indépendante de l'état des données, d'un répertoire des données et des méthodes et d'une appréciation qualitative des données fondée sur des critères objectifs crée les conditions d'un échange avec les experts des diverses parties prenantes.

Afin de systématiser ce dialogue, il est prévu de contacter les partenaires qui ont les compétences leur permettant de participer à l'estimation de certains postes. Ces discussions devraient être organisées de manière à permettre une mise à jour et une amélioration continues de la statistique, entrecoupées tous les deux ans d'une mini-révision.

4. Résultats

4.1 Modifications par rapport à la statistique non révisée

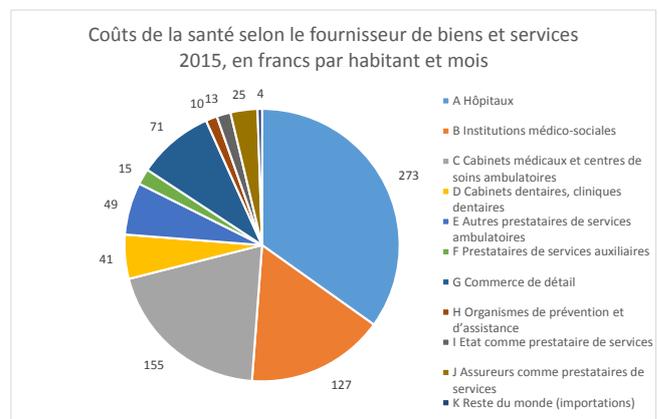
Les anciennes données et les données révisées en 2014³ permettent de mesurer l'effet de la révision (tableau 11). Cet effet se

monte à 3,3 milliards de francs (+4,7% par rapport au calcul selon l'ancienne méthode). 79% de ce montant supplémentaire (2,3 milliards) sont attribuables à seulement deux catégories: les cabinets médicaux (+1,4 milliard de francs, nouvelle source de données, voir notice⁴) et le commerce de détail (+0,9 milliard, prise en compte d'un plus grand nombre de produits, p. ex. des consommables). Chez les autres prestataires de services ambulatoires par contre, les effets de la révision se neutralisent largement: de nouvelles catégories, telles que les soins prodigués par des proches, ont été introduites (+1,0 milliard), alors que, dans les soins de longue durée à domicile, la composante de prestation «ménages et social» ne fait plus partie du domaine de la santé mais de celui des affaires sociales (-0,8 milliard), pour tenir compte des exigences internationales.

4.2 Des résultats déterminants dès les étapes 1 et 2

Le modèle de déconstruction retenu (par étapes) est pertinent, car il offre les principales informations dès les deux premières étapes (dimension des prestataires de services et dimension du financement). Il est aussi possible de braquer les projecteurs sur d'autres éléments du modèle qui peuvent présenter un intérêt (p. ex. au moyen de tableaux pivots). Selon les besoins, on peut donc disposer d'informations pertinentes pour la gestion et le pilotage aux niveaux macro, méso ou micro.

Graphique 7



Il est particulièrement intéressant de noter que 70 % des dépenses par personne, soit 556 francs sur 782, se répartissent entre les prestataires de services hôpitaux (273 francs), médecins (155 francs) et institutions médico-sociales (127 francs). En ce qui concerne le financement, il convient de relever que les dépenses totales par personne et par mois dépassent largement la prime LAMal moyenne de 274 francs et que le total des versements directs des ménages (y c. la participation aux frais selon

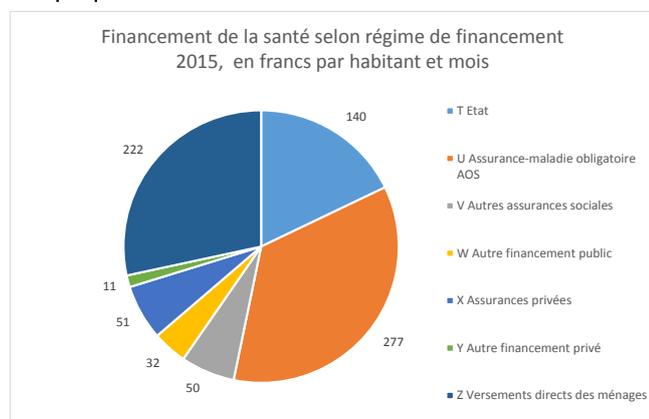
² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.assetdetail.2360562.html>

³ Les derniers calculs d'après le modèle non révisé ont été effectués pour les données 2014.

⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.assetdetail.2360562.html>

la LAMal), qui s'élève à 222 francs, atteint presque le montant de la prime.

Graphique 8



Les données disponibles à la 1^{re} étape du modèle permettent déjà de réaliser également des indicateurs importants, comme les indicateurs de la législature publiés par la Confédération. Il suffit pour cela de connaître les dépenses de santé totales (77,8 milliards), qu'on rapporte au PIB et qu'on utilise pour calculer les dépenses par personne (voir ch. 1.1).

4.3 Tableau croisé central, étape 3

On peut aussi déduire des informations importantes du premier tableau croisé (étape 3, tableau 12): contrairement aux ressources provenant de l'AOS et des versements directs des ménages, le financement étatique se concentre surtout sur les établissements hospitaliers (hôpitaux, institutions médico-sociales, etc.). Une part importante des versements directs des ménages se retrouve dans le financement des dentistes (3,2 milliards de francs sur 4,1), mais aussi d'autres prestataires de services, comme les médecins (6,5 milliards sur 15,4).

Dépenses de santé par prestataire de services et financement (extrait)

T 12

| | T État | U AOS | (...) | Z Versements directs des ménages | Total |
|--|---------------|---------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| A Hôpitaux | | | (...) | 2 279 | 27 148 |
| B Institutions médico-sociales | 3 098 | 1 724 | (...) | 4 239 | 12 640 |
| C Cabinets médicaux et centres ambulatoires | | 7 461 | (...) | 6 464 | 15 427 |
| D Cabinets dentaires, cliniques dentaires | | 57 | (...) | 3 235 | 4 068 |
| E Autres prestataires de services ambulatoires | 379 | 1 896 | (...) | 1 477 | 4 821 |
| F Prestataires de services auxiliaires | 105 | 631 | (...) | 489 | 1 460 |
| G Commerce de détail | | 3 239 | (...) | 3 079 | 7 007 |
| H Organismes de prévention et d'assistance | | 22 | (...) | 417 | 1 040 |
| I État comme prestataire de services | 986 | | (...) | | 1 273 |
| J Assureurs comme prestataires de services | | 1 285 | (...) | | 2 463 |
| K Reste du Monde (importations) | | | (...) | 408 | 408 |
| Σ | 13 873 | 27 499 | (...) | 22 087 | 77 754 |

© OFS 2017

Coûts de la santé selon le domaine LAMal et non-LAMal

T 13

| | LAMal | | Non-LAMal | | Total | |
|--|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|
| A Hôpitaux | 11 182 | 14,4% | 15 968 | 20,5% | 27 148 | 34,9% |
| B Institutions médico-sociales | 1 724 | 2,2% | 10 916 | 14,0% | 12 640 | 16,3% |
| C Cabinets médicaux et centres ambulatoires | 7 461 | 9,6% | 7 965 | 10,2% | 15 427 | 19,8% |
| D Cabinets dentaires, cliniques dentaires | 57 | 0,1% | 4 191 | 5,4% | 4 068 | 5,2% |
| E Autres prestataires de services ambulatoires | 1 896 | 2,4% | 2 510 | 3,2% | 4 821 | 6,2% |
| F Prestataires de services auxiliaires | 631 | 0,8% | 1 142 | 1,5% | 1 460 | 1,9% |
| G Commerce de détail | 3 239 | 4,2% | 3 768 | 4,8% | 7 007 | 9,0% |
| H Organismes de prévention et d'assistance | 22 | 0,0% | 876 | 1,1% | 1 040 | 1,3% |
| I État comme prestataire de services | | 0,0% | 1 286 | 1,7% | 1 273 | 1,6% |
| J Assureurs comme prestataires de services | 1 285 | 1,7% | 1 306 | 1,7% | 2 463 | 3,2% |
| K Reste du Monde (importations) | | 0,0% | 408 | 0,5% | 408 | 0,5% |
| Σ | 27 499 | 35,4% | 50 336 | 64,7% | 77 754 | 100% |

© OFS 2017

4.4 Domaines LAMal et non-LAMal par prestataires

La présente statistique bénéficie principalement aux domaines qui ne sont pas encore couverts par d'autres statistiques (comme celles de l'OFSP). Le financement dans le domaine non-LAMal présente des accents différents par rapport au domaine LAMal (voir tableau 13). C'est particulièrement le cas pour les institutions médico-sociales et les dentistes, qui sont financés en grande partie en dehors de la LAMal. Le fait d'observer le système de santé sous l'angle des données LAMal uniquement ne peut que donner à une image biaisée de la réalité.

4.5 Comparaison internationale

La classification uniforme internationale par prestataires de services (HP), catégories de prestations (HC) et régimes de financement (HF) permet de comparer facilement les données au niveau international. Les comparaisons avec les pays voisins sont particulièrement intéressantes (voir tableau 14).

Coûts de la santé par prestataires de services, Suisse et pays limitrophes (en % du total) T14

| | | CH | LI | AT | DE | FR | IT |
|-----|--|------|------|------|------|------|------|
| HP1 | Hospitals | 34,9 | 33,3 | 38,7 | 29,2 | 40,2 | 45,4 |
| HP2 | Residential long-term care facilities | 16,3 | 10,4 | 8,4 | 8,9 | 6,9 | 6,0 |
| HP3 | Providers of ambulatory health care | 30,6 | 37,3 | 21,9 | 31,4 | 22,7 | 22,5 |
| HP4 | Providers of ancillary services | 1,9 | 3,2 | 3,0 | 1,3 | 2,9 | 4,3 |
| HP5 | Retailers and other providers of medical goods | 9,0 | 6,3 | 16,8 | 19,5 | 18,9 | 16,6 |
| HP6 | Providers of preventive care | 1,3 | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 1,2 | 3,1 |
| HP7 | Providers of health care system administration and financing | 4,8 | 5,9 | 3,8 | 5,4 | 6,0 | 1,9 |
| HP8 | Rest of the economy | 0,7 | 2,6 | 6,2 | 3,3 | 1,0 | |
| HP9 | Rest of the world | 0,5 | | 0,4 | 0,5 | | 0,1 |

© OFS 2017

Elles montrent que la part des dépenses pour les institutions médico-sociales est élevée en Suisse (HP2). Toutefois, si l'on regroupe ces dernières avec les hôpitaux, le niveau représenté est similaire à celui relevé en Autriche, en France et en Italie (50 % environ). Par ailleurs, le commerce de détail pèse nettement moins en Suisse et au Liechtenstein, qui sont les seuls pays où les cabinets médicaux peuvent remettre des médicaments.

Si l'on considère le financement (voir tableau 15), les chiffres confirment ce que l'on savait depuis longtemps, à savoir que la part des dépenses couvertes par l'impôt et les cotisations obligatoires est de loin la plus faible en Suisse (HF1: 63,6%), tandis que celle couverte par les versements directs des ménages est

la plus forte (HF3: 28,8%). La part représentée par les versements directs est également élevée en Italie et en Autriche. La question de savoir si des personnes renoncent pour des raisons financières à aller chez le médecin, le dentiste ou à l'hôpital revient régulièrement dans les discussions sur le système de santé.

Coûts de la santé selon le régime de financement, Suisse et pays limitrophes (en % du total) T15

| | | CH | LI ¹ | AT | DE | FR | IT |
|-----|--|------|-----------------|------|------|------|------|
| HF1 | Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes | 63,6 | (..) | 75,6 | 84,5 | 78,9 | 74,9 |
| HF2 | Voluntary health care payment schemes | 7,6 | (..) | 6,5 | 3,0 | 14,3 | 2,3 |
| HF3 | Household out-of-pocket payment | 28,8 | (..) | 17,9 | 12,5 | 6,8 | 22,8 |

¹ Le Liechtenstein utilise des données suisses pour calculer le montant des versements directs; une comparaison entre les données des deux pays résulterait en un artefact statistique.

© OFS 2017

5. Résumé

La statistique des coûts et du financement du système de santé peut apporter une contribution importante à un pilotage de la santé fondé sur les connaissances et les données: grâce aux principes de transparence et de reproductibilité, elle crée les bases d'une gestion globale des ressources et de comparaisons dans le temps et au niveau international.

Le manque de données primaires en comparaison internationale pose pour le moment des limites à la statistique. Le changement de paradigme qui caractérise la révision se traduit par une approche dynamique du paysage des données. On a rendu le modèle plus transparent et reproductible et montré où il faut agir pour pallier les lacunes de certaines sources.

Toutes les conditions sont ainsi réunies pour ouvrir un dialogue entre fournisseurs et utilisateurs des données (potentiels) concernant les possibilités d'améliorer la qualité de ces dernières et le développement de la statistique. On peut désormais accroître la transparence du système de santé et améliorer la communication à son sujet, vis-à-vis non seulement des acteurs concernés, mais de la population dans son ensemble.

La démarche est conforme à la stratégie du Conseil fédéral «Santé 2020», dont le domaine d'action «Garantir la transparence» vise à simplifier le système de santé, à améliorer le pilotage de la politique de la santé et à renforcer l'ancrage international.

Le fait de considérer l'ensemble des coûts et du financement du système suisse de santé permet de s'écarter d'un pilotage fragmenté de sous-systèmes isolés au profit d'un pilotage fondé sur la coordination, plus propice au développement à long terme d'un système adapté à son temps, permettant des soins de qualité et qui soit équitable et abordable.



Tableau 11: Modèle complet de données (résumé sur une page)

| I) Classification | II) Données | | | III) Méthodologie | | IV) Montants (mio) | | V) Rapp. sur la qualité | |
|--|-------------|--|--|--|---|--------------------|--------|-------------------------|---------------|
| | Position | | Source | Variables principales | Hypothèses, méthode, périodicité | Uni-taire | Total | Appréciation | Mise à jour |
| A Hôpitaux | N° 1 | Hôpitaux | (1) Statistique des hôpitaux (2) Statistique médicale des hôpitaux | Produits, coûts, couverture du déficit, contributions, journées d'hospitalisation | Produits+couv. du déficit+déficit non couv. plausibilisé – exportations (estimation économétrique basée sur les journ. d'hosp.) | 27'148 | 27'148 | 5 Bon | |
| B Inst. médico-sociales | N° 2 | SOMED | SOMED | Charges | - | 12'640 | 12'640 | 6 Très bon | |
| C Médecins | N° 3 | Médecins | (1) Données medisuisse-FMH (2) statistique économique (3) Statistique FMH des médecins (4) Extrapolation LAMal | (a) Revenus AVS des médecins (b) Part de "Mixed Income" (c) # Médecins | seul. 2009: estimation ponctuelle: produits=(a/b)*c dès 2010: rétopolation selon l'hypothèse croissance total = croissance LAMal [selon (4)] | 15'427 | 15'427 | 5 Bon | 2 Faible |
| D Cabinets dentaires, cliniques dentaires | N° 4a | Cabinets dentaires | Statistique SSO, comptabilité et # cabinets médicaux | (a) Produit par cabinet (b) Nbre de cabinets dentaires | Produit= a*b | 4'019 | 4'248 | 4 Suffisant | |
| | N° 4b | Cliniques dentaires universitaires | Statistique financière des HE (OFS) | Coût des prestations | - | 49 | | 6 Très bon | |
| E Autres prestataires de services ambulatoires | N° 5a | Psychothérapeutes | (1) Données FSP, (2) série LAMal non correspondante (médecins) | Produit, extrapolation | seul. 2012: étude FSP (1) dès 2013: rétopolation selon l'hypothèse hausse du produit = hausse LAMal médecin [sic! 2]) | 544 | 4'407 | 5 Bon | 2 Faible |
| | N° 5b | Physioth., ergoth., logo., chirop. | (1) série LAMal correspondante (2) | Extrapolation, facteur fixe | Produit = a*150% | 1'558 | | 2 Faible | |
| | N° 5c | Sage-femmes | Facteur fixe | | | 82 | | 2 Faible | |
| | N° 5d | Aide et soins à domicile (soins seul., sans aide mén.) | Statistique spitex | (a) Produit total, (b) Heures aide mén. (c) Heures soins (d) Nbre repas (e) Facteur de conversion | Produits des soins = a*[b/(b+c+d*e)] | 1'312 | | 6 Très bon | |
| | N° 5e | Soins par des proches | (1) Exploitation spéciale AVS (2) Part de 25% | (a) Allocations pour impotence AVS à domicile (b) 25% | Produit= a*b*a*25% | 140 | | 5 Bon | 3 Insuffisant |
| | N° 5f | Soins par des proches | Exploitation spéciale AI | Alloc. pr. impts à domicile | - | 391 | | 5 Bon | |
| | N° 5g | Financ. privé des soins | Étude B,S,S | (a) Nbre de clients (b) Prix moyen | Produit = a * b | 414 | | 5 Bon | |
| | N° 5h | Conseils en nutrition | (1) série LAMal correspondante (2) facteur fixe | (a) Extrapolation (b) Facteur fixe | Produit= a*b=a*200% | 34 | | 2 Faible | |
| | N° 5i | Autres | Cat. LAMal résiduelle | Dépenses | - | 215 | | 4 Suffisant | |
| | N° 5j | Autres | Cat. LAA résiduelle | Dépenses | - | 130 | | 2 Faible | |
| F Services auxiliaires | N° 6a | Laboratoires | Statistique de la TVA | Chiffres d'affaires sans exportations | - | 1'025 | 1'460 | 5 Bon | |
| | N° 6b | Sauvetage, étatique | Statistique financière | Dépenses | - | 105 | | 6 Très bon | |
| | N° 6c | REGA | Rapport de gestion | Produit | - | 154 | | 6 Très bon | |
| | N° 6d | Sauvetage, privé | (1) Etude REE de 1995, (2) série LAMal non correspondante (médecins) | Produit, extrapolation | seul. 1995: étude REE dès 1995: rétopolation selon l'hypothèse hausse du produit = hausse LAMal médecin [sic! 2]) | 177 | | 1 Mauvais | |
| G Commerce de détail | N° 7a | Pharmacies | Données de Pharma-Suisse | Dépenses | - | 5'042 | 7'007 | 6 Très bon | |
| | N° 7b | Drogueries | Données de l'association des drogueries | Dépenses | - | 517 | | 6 Très bon | |
| | N° 7c | App. thérapeutiques | Statistique de la TVA | Chiffres d'affaires | - | 1'447 | | 5 Bon | |
| H Organismes de prévention et d'assistance | N° 8a | Fds. de prévention du tabagisme | Rapport annuel | Produit | - | 14 | 1'040 | 6 Très bon | |
| | N° 8b | LAMal, fondation Promotion de la santé | Rapport annuel | Charges | - | 22 | | 6 Très bon | |
| | N° 8c | LAA-CFST (prévention des accidents) | Rapport annuel | Charges | - | 129 | | 5 Bon | |
| | N° 8d | Org. à but non lucratif au sens large | Donnée de zewo | (a) Chiffres d'affaires de la santé (b) Part de marché zewo (santé et autre) | Produit = a / (b+10%) | 876 | | 5 Bon | |
| I État | N° 9a | État, en général | Statistique financière | Dépenses | - | 1'133 | 1'273 | 6 Très bon | |
| | N° 9b | État, OFSP | Compte d'État | Dépenses | - | 140 | | 6 Très bon | |
| J Assureurs | N° 10a | AI | (1) Rapport de gestion (2) Part de 50% | (a) Coûts administratifs et de réalisation (b) 50% | Produit= a*b=a*50% | 345 | 2'463 | 3 Insuffisant | |
| | N° 10b | LAA, frais administratifs SUVA | (1) Frais administratifs SUVA (2) Part de marché SUVA | (a) Charges SUVA (b) Part de marché SUVA | Produit= a/b | 202 | | 5 Bon | |
| | N° 10c | LAMal | Statistique OFSP | Frais administratifs | - | 1'285 | | 6 Très bon | |
| | N° 10d | LCA, frais administratifs | (1) Statistique OFSP (2) Statistique FINMA | (a) Frais administratifs LAMal-assureurs (LCA) (b) Chiffres d'affaires assureurs LAMal (LCA) (c) Chiffres d'affaires LCA | Produit=a*(b/c) | 630 | | 4 Suffisant | |
| K Reste du Monde (importations) | N° 11 | Importations | Enquête sur le budget des ménages | Dépenses brutes dentistes et commerce de détail | Moyenne sur 3 ans | 408 | 408 | 5 Bon | |
| Σ | | | | | | 77'754 | 77'754 | | |

Éditeur: Office fédéral de la statistique (OFS)

Renseignements: Michael Lindner, tél. 058 463 65 14, michael.lindner@bfs.admin.ch

Auteurs: Michael Lindner, Ulrich Wagner

Série: Statistique de la Suisse

Domaine: 14 Santé

Langue du texte originale: allemand

Traduction: Services linguistiques de l'OFS

Layout: Section GESV

Page de titre: OFS; conception: Netthoewel & Gaberthüel, Bienne; photo: © Auke Holwerda – istockphoto.com

Copyright: OFS, Neuchâtel 2017

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Téléchargement: www.statistique.ch (gratuit)