

Concurrence et financement des hôpitaux en Suisse

Luc Schenker, économiste
Institut d'économie et management de la santé de l'Université de Lausanne

1. Introduction

A l'aube des années 2000, la question du financement des hôpitaux est l'un des thèmes majeurs de discussion de l'avenir de l'assurance obligatoire des soins en Suisse. L'absence de décision rapide ou des décisions hâtives et "bricolées" risquent fort d'entraîner une situation chaotique ou de prolonger pour de nombreuses années la situation actuelle de crise.

La commission pour les questions conjoncturelles, s'appuyant sur deux expertises commandées aux Professeurs Jürg H. Sommer et Pierre Vassalli¹, a pris position pour une concurrence accrue dans le domaine de la santé. Dans le domaine du financement hospitalier, la commission recommande d'adopter un financement unique des prestations par les assureurs maladie, dit financement moniste, par opposition au financement actuel par les assureurs et les cantons, dit dual.

La présente étude se fonde sur les conclusions de la commission qui ne sont, par conséquent, pas reprises ici. Elle a pour objectif d'approfondir certains des thèmes traités par la commission, et surtout de répondre aux nombreuses objections faites par les cantons et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en particulier contre le financement moniste.

Le débat national, qui a débuté en automne 2000 au Conseil des Etats sur la base du projet de 2^{ème} révision de la LAMal proposé par le Conseil Fédéral², ne porte pas uniquement sur le fond – financement moniste ou non – mais sur les questions importantes qui lui sont liées dans la situation actuelle.

A savoir :

- les intérêts professionnels des médecins face à la suppression de l'obligation de contracter ;
- l'engagement financier respectif de l'assurance obligatoire des soins, des assurances complémentaires, des cantons et de la Confédération ;
- l'avenir du financement de l'assurance obligatoire des soins basé sur des primes par tête.

¹ Commission pour les questions conjoncturelles : Concurrence accrue dans le domaine de la santé, 377^e Bulletin, supplément de La Vie économique, 2^{ème} semestre 2000.

² Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 septembre 2000 (www.admin.ch/ch/f/ff/2001/693.pdf).

Très souvent – et c'est compréhensible pour un sujet touchant à la fois des intérêts économiques importants et le domaine très sensible de la mort et de la souffrance – ces questions sont abordées de manière détournée : médecine à deux vitesses, risques d'atteinte grave à la qualité des soins, régions sacrifiées, ... Ces risques sont très certainement à prendre en compte, mais, la plupart du temps, ils ne sont évoqués que pour servir de paravent aux vrais problèmes posés.

2. Une concurrence accrue dans le domaine de la santé et en particulier dans le domaine hospitalier

Comme le souligne la commission des affaires conjoncturelles³, le développement de la concurrence comme outil de régulation du marché des soins et des hôpitaux est non seulement cohérent avec la philosophie de la LAMal, mais offre des possibilités réelles d'introduire une régulation efficace, en tous les cas plus efficace que les faibles moyens actuels ou tels qu'ils ressortent du projet du Conseil fédéral.

Le marché hospitalier ne connaît actuellement aucune concurrence par les prix et la qualité. Le maintien du financement dual des prestations, même appliqué de manière égale à l'ensemble des hôpitaux publics et des cliniques privées, surtout avec le maintien de la planification sous la forme de liste d'hôpitaux, n'apportera aucun progrès dans ce sens :

- Le projet du Conseil fédéral vise une régulation des hôpitaux par l'offre, sans donner aux cantons les moyens réels de l'appliquer.
- Il laisse cohabiter un secteur qui devrait être régulé par la concurrence (médecins de ville) avec un secteur régulé administrativement (hôpitaux), alors que les deux secteurs devraient s'intégrer afin d'offrir une continuité des soins. Par ailleurs, le secteur de la médecine de ville pourrait poursuivre son expansion basée sur un système de financement à l'acte sans limite de prescription, alors que le secteur hospitalier connaîtrait des contraintes budgétaires qui le forceraient à reporter sur l'ambulatoire, sans réflexion sur la qualité des soins, une part des soins d'hospitalisation. Une divergence est déjà apparue entre le projet du Conseil fédéral et celui de la commission du Conseil des Etats sur le contrôle de l'ambulatoire hospitalier : la solution des Etats ne fait qu'isoler la prise en charge résidentielle des autres modes de prise en charge, alors que le Conseil fédéral veut étendre le contrôle administratif sur l'ensemble des prestations ambulatoires nécessitant un plateau technique hospitalier.
- Aucun pays, à notre connaissance, n'a mis en place un système dual de financement. Son maintien aurait pour effet principal l'obligation pour les hôpitaux de continuer à négocier avec deux partenaires aux intérêts contradictoires. Un tel système entraîne de faux incitatifs pour les hôpitaux, qui sont amenés à rechercher des ententes cartellaires automatiquement basées sur le chaînon le plus faible en termes de qualité et de coûts.
- La proposition du Conseil des Etats d'une phase transitoire entre le financement dual et le financement moniste n'offre aucun avantage. Elle ne doit pas être confondue avec une phase d'accompagnement aux changements puisqu'un nouveau débat politique devrait avoir lieu pour passer au système moniste.

³ voir note 1 op. cité.

3. Analyse des arguments contre le financement moniste des hôpitaux

3.1 Les primes de l'assurance obligatoire des soins deviendraient insupportables

L'argument est réel. Toutefois, les effets du projet du Conseil fédéral s'ajoutant à la croissance des coûts constatés ces dernières années rendront également les coûts des primes insupportables, et cela dès 2002 déjà dans certains cantons.

La solution proposée récemment par la commission du Conseil des Etats de limiter le poids des primes à 8% du revenu des ménages correspondrait à subsidier, dans certains cantons, plus de 50% des ménages, ce qui est une aberration. En effet, le subside individuel n'est acceptable politiquement et administrativement que s'il concerne une minorité de la population.

Les primes par tête ont fait leurs preuves en permettant de faire prendre conscience à la population du coût des soins. En revanche, le législateur a chargé l'assurance obligatoire des soins de coûts qui ne relèvent pas de son champ d'action et qui devraient être financés par d'autres canaux. Il s'agit principalement de l'aide à la vieillesse et de l'invalidité. La description détaillée des charges qui devraient être exclues de l'assurance maladie devrait faire l'objet d'une étude distincte. Toutefois, la question se résume comme suit. La majeure partie des prestations médico-sociales d'hébergement ou à domicile de longue durée sont avant tout liées aux handicaps de la vieillesse et devraient être prises en charge par une assurance ou des indemnités de dépendance. L'assurance invalidité se retire progressivement de domaines tels que le traitement des dépendances (alcool et drogues) et de la psychiatrie chronique, alors qu'au contraire elle devrait supporter les coûts des maladies chroniques et ne pas en charger l'assurance maladie dans un système de primes par tête. La suppression de ces charges permettrait de couvrir au moins 50% de l'augmentation des coûts due au passage au financement moniste. Pour le solde, il faudrait revoir le principe de la solidarité entre générations qui aujourd'hui repose intégralement sur la prime unique par tête.

Indépendamment des facteurs de risque individuels, les coûts des soins augmentent avec l'âge, même si l'on exclut les coûts médico-sociaux strictement liés à la vieillesse. Aujourd'hui, la population active supporte intégralement, par le paiement des primes, la solidarité intergénération. Ainsi, pour un jeune de 25 ans, la part de prime payée au titre de la solidarité est plus importante que celle qui couvre les risques de sa classe d'âge. Il n'a donc aucune incitation à choisir une assurance alternative puisque l'économie rapportée à la prime totale sera insignifiante.

Deux mesures permettent de résoudre cette question :

- ⇒ Admettre une augmentation progressive de la prime, jusqu'à concurrence de 1.5 à 2 fois la prime de la tranche d'âge 20/25 ans, au fur et à mesure du vieillissement. En règle générale, les revenus augmentent également avec l'âge et cela ne devrait pas générer de problèmes particuliers.
- ⇒ Financer par l'impôt une partie de la solidarité intergénération de façon à ce que, conjuguée à la mesure précédente, les jeunes générations ne supportent qu'un tiers environ du coût de cette solidarité.

En conclusion, le financement moniste ne fait qu'accélérer la prise de conscience du problème des primes par tête qui se pose aujourd'hui dans la LAMal. Quelle que soit la solution adoptée dans le cadre de la 2^{ème} révision LAMal, ce problème devra trouver rapidement une issue. En limitant très fortement le coût de la solidarité intergénération pesant actuellement sur la population active, on peut garder les avantages du système de primes par tête et faire en sorte qu'il soit mieux lié aux risques encourus par chaque classe d'âge.

3.2 La satisfaction des besoins de soins ne sera plus assurée de manière équitable

De nombreux milieux craignent que le système moniste et l'introduction d'une concurrence par les prix n'entraînent de facto une recherche de la rentabilité au détriment d'une satisfaction équitable des besoins en soins.

Plus concrètement, les craintes concernent une prise en charge moindre de personnes défavorisées (sélection des risques), la fermeture d'hôpitaux dans les zones peu peuplées et une diminution de la qualité des soins par un déplacement des centres de décision du "médical" vers le "management".

On retrouve ici les oppositions politiques, sociales et syndicales provoquées par la privatisation de la Poste, mais avec davantage d'ampleur. La population veut une gestion plus performante des hôpitaux, mais craint d'en perdre la maîtrise. Les associations médicales en particulier craignent une perte de prestige, d'autonomie et de revenus ; elles jouent sur la corde sensible des assurés pour s'opposer à toute limitation du choix du médecin et de l'hôpital.

En effet, la suppression de l'obligation de contracter est le corollaire de la mise en concurrence des prestataires de soins, hôpitaux compris. Cela signifie que les assureurs passeront des contrats d'exclusivité avec certains fournisseurs de manière à obtenir des prix plus bas et/ou une qualité plus élevée. En conséquence, certains fournisseurs seront laissés de côté et disparaîtront. Outre la crainte des professionnels pour leur emploi, les milieux politiques y voient un risque pour la couverture des besoins de soins. Les difficultés apparues lors de la privatisation de l'électricité ou des transports ferroviaires sont abondamment citées.

Ces risques sont réels et doivent être pris en compte. Il y a bien entendu de nombreuses raisons qui justifient pleinement l'intervention de l'Etat pour encadrer le marché des soins, mais cela ne signifie en aucune manière que ce secteur doive continuer à jouir d'une surprotection et que la seule régulation possible soit une régulation administrative.

La croissance du secteur de la santé ne pose problème que pour la part socialisée des dépenses et c'est là que l'Etat doit intervenir, c'est-à-dire, d'une part, en subventionnant l'assurance obligatoire en visant un emploi optimum des moyens à disposition (à savoir, une utilité des prestations supérieure à leur coût. Voir H.J. Sommer, note 1) et, d'autre part, en intervenant financièrement pour que les objectifs qu'il fixe en matière de santé publique soient atteints.

En ce sens, pour une partie des hôpitaux en tout cas, le financement ne serait pas strictement moniste. En effet, les cantons devraient passer contrat avec les hôpitaux qui remplissent des tâches de formation, qui assument la prise en charge de populations particulières dont les coûts excèdent les prix convenus avec les assureurs, qui contribuent à des programmes de prévention ou encore qui assurent la couverture des urgences. De plus, en cas de risques de sous-équipement de certaines régions, l'Etat pourrait subventionner des infrastructures pour permettre à ces hôpitaux de rester sur le marché.

La question de la qualité est difficile à traiter dans le domaine des soins. Toutefois, les expériences menées en termes de certification et de contrôle de qualité montrent que l'Etat pourrait intervenir pour fixer des minima au-dessous desquels les prestataires ne pourraient plus être autorisés à fournir des soins. L'Etat peut également être actif dans le domaine de l'information au public afin de restreindre les conséquences de l'asymétrie de l'information.

La crainte d'une position dominante des assureurs sur le marché est justifiée, mais pourrait se résoudre au moyen de dispositions légales renforcées contre les positions monopolistiques et les ententes cartellaires. L'expérience montre qu'au-delà d'une emprise de plus de 30% du marché, les risques sont importants. A ce titre, l'entrée sur le marché de nouveaux assureurs ou hôpitaux devrait être encouragée plutôt que freinée comme c'est le cas aujourd'hui.

En conclusion, une régulation par la concurrence présente des risques, mais ils sont surmontables. Le rôle des pouvoirs publics doit rester important pour garantir les objectifs de santé publique et d'équité d'accès. Une législation rigoureuse pour éviter les positions dominantes sur le marché doit être mise en place. L'intervention de l'Etat ne doit pas entraîner de distorsion de la concurrence, sauf pour des motifs justifiés de santé publique et d'équité d'accès aux soins.

3.3 Le changement de financement va provoquer des dysfonctionnements majeurs dans le système

On entend souvent dire que les professionnels, soit de la branche santé, soit de la branche assurance, sont dans l'incapacité d'assumer les changements qu'impliquerait une régulation par la concurrence et que le système de soins risquerait de sombrer dans l'anarchie. C'est un fait que les professionnels d'un secteur surprotégé, habitués aux prix administratifs et aux comportements cartellaires, auront quelques difficultés à se mettre à la concurrence.

Une phase de transition et des mesures d'accompagnement doivent être prévues sur la base de règles du jeu nationales, et à la condition que les objectifs à atteindre soient clairs dès le départ. Le point déterminant pour que la concurrence, notamment entre assureurs, puisse jouer son rôle de régulation est la compensation des risques visant à éviter la sélection des assurés et des patients. Malheureusement, malgré les nombreuses études réalisées qui ont démontré l'insuffisance des mécanismes actuels basés exclusivement sur l'âge et le sexe, ni le Conseil fédéral ni le Parlement n'ont jusqu'ici pris au sérieux les recommandations des experts. En effet, tant que les assureurs, et par répercussion les fournisseurs de soins, auront avant tout intérêt à sélectionner les risques plutôt que de travailler à offrir des produits concurrentiels en termes de prix et de qualité, la concurrence ne pourra pas jouer son rôle régulateur.

Cette question, ainsi que celle d'une agence de régulation, et le désenchevêtrement des compétences et du financement entre la Confédération et les cantons sont plus problématiques que le manque momentané de compétences des acteurs. Un traitement correct de ces points sera un facteur décisif de succès de la réforme.

La question de l'agence de régulation est déterminante. L'expérience montre que les administrations publiques ont de grandes difficultés à jouer correctement ce rôle. D'abord, en raison de leurs liens hiérarchiques avec le pouvoir politique plus sensible aux pressions et aux difficultés conjoncturelles qu'à l'équilibre du système à long terme. Ensuite, parce que ces administrations sont peu enclines à prendre des risques, mais plus attachées au respect des procédures par la nature même de leurs activités.

L'expérience plaiderait donc pour une agence indépendante dont les objectifs généraux seraient fixés par la loi et le mandat, à caractère pluriannuel, dans des décisions du Conseil fédéral. Cette agence pourrait s'appuyer par ailleurs sur les compétences des institutions existantes dans le domaine de la concurrence et de la surveillance des prix.

Le désenchevêtrement des compétences et du financement entre Confédération et cantons doit aller de pair avec la réforme. Sans entrer dans le détail d'un sujet qui nécessiterait une étude fouillée, on peut esquisser les grandes lignes suivantes :

- ⇒ A la Confédération, l'émission de règles uniques sur le plan fédéral, tant dans le domaine de la santé que celui de l'assurance, le contrôle de ces règles, la détermination des mesures de régulation ainsi que leur mise en œuvre et les contrôles. Sur le plan financier, la Confédération prendrait à sa charge le subventionnement de la compensation des risques pour la part de solidarité entre les générations fiscalisées, l'assurance invalidité ainsi que les coûts d'administration générale du système.
- ⇒ Aux cantons, la responsabilité de garantir les tâches de santé publique et l'accès équitable aux soins, de financer les assurés qui ne peuvent assumer le paiement des primes, ainsi que le secteur médico-social en faveur des personnes âgées.

Sous réserve d'établir un compte précis des transferts, une analyse rapide montre qu'il ne devrait pas être difficile d'équilibrer, avec ces propositions, les coûts assumés aujourd'hui respectivement par les ménages et les fiscalités cantonales et fédérale.

4. Le financement des hôpitaux à la prestation Le DRG comme prestation hospitalière

En théorie, il peut paraître absurde, dans un système de marché, que l'instance de régulation décide des nomenclatures de produit ou de prestation. Pour les soins, cette mesure est indispensable à la transparence du marché.

Le système de santé connaît trois types de financement pour ses services :

- **A l'acte** : le fournisseur facture chaque geste ou chaque matériel fourni. Le prestataire ne prend aucun risque puisqu'il facture ce qu'il fait et, dans la mesure où il fixe lui-même la quantité d'actes nécessaires au traitement du patient, il peut influencer son volume de production de manière à maximiser son revenu.

Pour l'assureur, le seul élément de négociation s'avère être le prix unitaire. C'est la principale raison d'être d'une nomenclature unique qui lui permet de comparer et d'analyser les prix. Le paiement à l'acte est particulièrement pervers pour les assureurs dans le cadre hospitalier puisqu'il est plus facile d'y faire varier les prestations selon les disponibilités de l'hôpital.

C'est à raison que la LAMal a fixé que le financement à l'acte devait se faire selon des nomenclatures d'actes uniformes pour toute la Suisse et qu'elle interdit le financement à l'acte pour l'hospitalisation dans l'assurance obligatoire des soins.

- **Au forfait** : prestataires et assureurs conviennent de forfaits prospectifs comprenant un paquet de prestations. La difficulté est de définir des paquets qui aient une homogénéité clinique et économique, c'est-à-dire qui prennent en compte le case-mix de façon appropriée.

Les forfaits complets ou partiels utilisés jusqu'ici (journées ou cas) ne permettent pas de comparer les hôpitaux entre eux puisqu'ils ne tiennent pas compte du case-mix. En revanche, les DRG (Diagnosis related groups), utilisés aux USA depuis les années 80 et dès 2001/2002 dans les cantons de Vaud et de Zurich, ont cette propriété⁴. Par rapport aux autres classifications connues, ils ont l'avantage de la simplicité (entre 600 et 1000 groupes selon les versions, basés sur des données de routine collectées par l'hôpital).

L'adoption d'un système de type DRG est nécessaire au développement d'un système concurrentiel pour les prestations d'hospitalisation. En effet, il est aujourd'hui le seul à permettre une comparaison entre les coûts des hôpitaux et à assurer la transparence du marché. Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, il permet en outre d'effectuer une certaine répartition des risques entre assureurs et prestataires puisque le partenaire s'engage non seulement sur un prix unitaire, mais également sur un paquet de prestations.

- **La capitation** : un groupe de prestataires s'engage envers un assureur à soigner un groupe d'assurés à un prix fixe convenu prospectivement. Les nomenclatures et classifications uniques vont là aussi jouer un rôle déterminant, soit pour répartir entre les fournisseurs le montant de la capitation et pour calculer le montant à négocier avec les assureurs, soit pour payer les prestations fournies par un prestataire externe au groupe qui a passé contrat. Il faut noter que tout système de capitation nécessite un outil d'évaluation et un mécanisme de compensation des risques entre assureurs, d'une part, et entre les assureurs et les prestataires d'autre part, pour éviter toute sélection des risques ou tout rationnement.

En conclusion, de même si le financement à l'acte nécessite une nomenclature unique prévue par la LAMal pour assurer la transparence du marché, les forfaits hospitaliers doivent être classés de manière identique dans un système de marché concurrentiel. Les APDRG sont aujourd'hui en Suisse la classification adéquate pour remplir cet objectif.

5. Résumé des recommandations

1. La révision de la LAMal doit renforcer le rôle des mécanismes concurrentiels dans le marché de l'assurance maladie et accident et dans celui des soins. Les recommandations de la commission pour les questions conjoncturelles doivent être mises en œuvre.
2. Le principe du financement de l'assurance maladie par des primes par tête doit être maintenu. En revanche, le champ de l'assurance doit être mieux circonscrit et la solidarité entre générations répartie différemment pour mettre, au moins partiellement, les primes en relation avec le risque encouru.
3. Le rôle des cantons doit être limité. Ces derniers doivent se porter garant d'une couverture universelle des soins de base et orienter leur financement en ce sens, ainsi qu'encourager et financer la formation, le développement et la recherche.

⁴ Voir APDRG Suisse www.hospvd.ch/public/ise/apdrg/home.htm notamment. Le financement des hôpitaux suisses par APDRG en 2002, Luc Schenker, Juin 2001.

4. Les règles du marché doivent inciter les acteurs à offrir des assurances et des prestations concurrentielles en termes de prix et de qualité. Pour ce faire, les mécanismes de compensation des risques doivent être développés afin de rendre inintéressante la sélection des risques.
5. Une agence de régulation indépendante de l'administration doit être créée pour assurer le bon fonctionnement du marché.
6. Les tâches et le financement, respectivement de la Confédération et des cantons, doivent être désenchevêtrés et clarifiés parallèlement à la révision des règles légales.
7. Comme pour les prestations ambulatoires avec TarMed, le secteur de l'hospitalisation a besoin d'une classification unique de ses prestations. Les expériences menées en Suisse et à l'étranger montrent que les DRG sont aujourd'hui la classification la mieux appropriée.

Version 2 corrigée et augmentée

Lausanne, août 2001