

L'obligation de contracter : mythes et faits

Conséquences pour les assurés, les assureurs et les fournisseurs de prestations

5 juillet 2004

Numéro 27

dossierpolitique

L'obligation de contracter : mythes et faits

Bien que la 2^e révision de la LAMal ait été rejetée par le Parlement en décembre 2003, les parlementaires étaient unanimes sur l'impératif d'une réforme du système de santé. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin a lancé la consultation sur la nouvelle réforme de la LAMal au mois de mars. Outre un grand nombre de mesures individuelles urgentes, la suppression de l'obligation de contracter entre les assureurs et les fournisseurs de prestations constitue le pilier central d'une réforme exhaustive du système de santé, qui renforce la concurrence sur le marché de la santé. L'abolition de l'obligation de contracter est surtout controversée parmi les médecins. Le présent dossierpolitique donne un aperçu des tenants et aboutissants de cette question. Sur la base de tendances générales, il ébauche les conséquences éventuelles de la liberté de contracter.

Définition, politique et vision

Qu'est-ce que l'obligation de contracter ?

Le terme « obligation de contracter » signifie que les assurances maladie sont tenues, dans l'assurance maladie obligatoire (assurance de base), de conclure un contrat avec tout fournisseur de prestations admis conformément à l'article 35 LAMal. Seuls des critères formels tels que les qualifications professionnelles ou les exigences en termes d'infrastructure déterminent l'admission d'un fournisseur de prestations. La qualité et l'efficacité du fournisseur de prestations n'ont aucune importance. Tous les fournisseurs de prestations admis ont le droit d'accéder au système de l'assurance maladie, mais sont également tenus d'accepter tout patient affilié à une des caisses maladie reconnues par l'Office fédéral de la santé. L'exclusion d'un fournisseur de prestations d'une convention tarifaire est possible en principe (article 59 LAMal), mais guère réalisable au vu du caractère vague des critères de qualité et d'efficacité ainsi que de la longueur de la procédure de plainte (la charge de la preuve incombe à l'assureur).

Élément central de la 2^e révision de la LAMal

Parmi les propositions de réformes présentées par le Conseil fédéral à l'occasion de la récente reprise du débat en vue de la 2^e révision de la LAMal, la suppression de l'obligation de contracter est sans doute l'élément le plus controversé. Pourtant, elle est aussi, selon la majorité des économistes de la santé, incontournable pour réaliser leur vision d'un système de santé suisse de « managed competition » (=concurrence réglementée).

Actuellement, la LAMal combine des éléments d'économie planifiée et d'économie de marché. Lors du débat parlementaire sur la 1^{ère} révision de la LAMal, cette combinaison avait été louée comme un des atouts du projet de loi. A y regarder de plus près, on constate qu'elle représente simplement un compromis entre deux

camps politiques de force égale ayant des attentes largement contraires. Aujourd'hui, les voix de ceux qui remettent en question cette combinaison d'économie planifiée et d'économie de marché se multiplient précisément parce qu'ils y voient une des causes principales de l'inefficacité du système de santé. La grande majorité des économistes de la santé partent du principe que la meilleure solution pour supprimer les incitations néfastes pour les acteurs du système de santé suisse et pour accroître l'efficacité du système consiste à supprimer cette association malheureuse et à introduire la concurrence dans le système de santé. Ils ne plébiscitent pas la libre concurrence, mais la concurrence réglementée, c'est-à-dire la « managed competition ». Compte tenu des particularités du système de santé, les effets positifs de la concurrence ne seront visibles qu'à condition de garantir les conditions-cadre qui permettent le jeu de la concurrence. C'est ce que la majorité des économistes attendent du système de « managed competition ».

Vision de la concurrence réglementée

Les modèles de concurrence réglementée renvoient tous aux principes définis par Enthoven (1978, 1988). Selon le

Concurrence réglementée

Un système de santé peut être aménagé en fonction des lois de l'économie planifiée ou de celles de l'économie de marché. La variante économie planifiée se caractérise par un budget global et une gestion via les ressources allouées. La variante de l'économie de marché met l'accent sur la concurrence réglementée, un modèle où l'offre et la demande sont régulés via le prix. La concurrence réglementée nécessite des conditions-cadre qui permettent le jeu de la concurrence.

professeur Leu de l'Université de Berne¹, les éléments centraux d'une concurrence réglementée adaptée aux conditions suisses sont les suivants :

- Libre accès au marché pour les assureurs qualifiés, qu'ils aient un but lucratif ou non
- Paquet de prestations minimales imposé
- Obligation de s'assurer
- Libre choix de l'assureur (obligation pour les caisses d'accepter les personnes)
- Prime en fonction du risque ou prime forfaitaire avec compensation du risque
- Libre choix de la participation aux coûts avec un minimum (pour promouvoir la prise de responsabilité et réduire le risque subjectif) et un maximum prescrits (pour prévenir la désolidarisation)
- Réduction de primes sur la base du revenu pour les personnes dans une situation économique précaire
- Libre accès au marché pour les fournisseurs de prestations médicales qualifiés
- Liberté de contracter
- Assujettissement total du système de santé à la loi sur les cartels
- Financement moniste des hôpitaux
- Modification du rôle des cantons

Le système de santé suisse satisfait déjà une partie des douze critères mentionnés, certains sont partiellement réalisés et d'autres pas du tout. D'après les économistes, la suppression de l'obligation de contracter est de loin l'élément le plus important à réaliser parmi ceux qui font défaut pour mettre en place la concurrence réglementée. Le prof. Leu estime que la liberté de contracter doit être introduite pour les soins tant ambulatoires que stationnaires et doit être accompagnée d'un affinage de la compensation des risques, du libre choix du système de rétribution (mode et montant) et de l'application de la loi sur les cartels au domaine de l'assurance de base.

Conséquences de la suppression de l'obligation de contracter pour les assurés

Libre choix du médecin

Le fait est qu'aujourd'hui déjà, les assurés disposant d'une couverture de base comme ceux disposant d'une couverture complémentaire peuvent choisir librement leur médecin, malgré l'obligation de contracter, mais seulement dans le domaine ambulatoire (exception : le libre choix du médecin est supprimé dans certains modèles d'assurance), pas dans le domaine stationnaire.

Risque subjectif

L'existence d'une assurance modifie le comportement de l'individu et donc les probabilités avec lesquelles une compagnie d'assurance doit travailler. Le problème du risque subjectif est typique du marché de l'assurance.

Compensation des risques

La compensation des risques vise à compenser les différences au sein d'un groupe d'assurés. Les frais médicaux générés varient d'un individu à un autre tout comme la prime correspondante. Aussi les paiements compensatoires visent-ils à compenser le handicap des assureurs maladie cumulant les « mauvais risques » par rapport à ceux cumulant les « bons risques » et donc à réduire, voire supprimer, l'incitation pour les assureurs maladie à sélectionner les bon risques parmi les personnes désireuses de s'assurer (sélection du risque) afin de se procurer un avantage concurrentiel.

La compensation des risques pratiquée aujourd'hui se fonde sur l'âge et le sexe (article 105 LAMal). La compensation des risques est limitée à une durée de 10 ans (jusqu'à fin 2005).

Dans ce dernier, les personnes qui ne possèdent qu'une assurance de base n'ont, aujourd'hui déjà, plus le choix du médecin, un système accepté jusqu'ici sur le plan social.

Pour les assurés, la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire pourrait impliquer la restriction du choix dans le cadre de leur contrat d'assurance. Ce serait le cas si leur caisse maladie ne concluait pas de contrat avec leur médecin traitant. Dans ce cas, l'assuré aurait cependant la possibilité de changer d'assureur et de choisir une caisse qui a conclu un contrat avec le fournisseur de prestations qu'il souhaite. Ce changement ne poserait aucun problème puisque les assureurs sont obligés légalement d'accepter les assurés dans l'assurance de base, mais la prime peut varier d'un assureur à l'autre. Cette possibilité n'existe que si on part du principe que la majorité des fournisseurs de prestations seraient pris sous contrat par un assureur au moins, une fois l'obligation de contracter levée. Or les opinions divergent sur cette question. Les uns, dont le conseiller fédéral Pascal Couchepin, s'attendent à ce que 95% environ des médecins concluent un contrat avec un assureur au moins.

¹ Dr Robert E. Leu, Intensifier la concurrence, une thérapie pour le système de santé suisse, 28 février 2004

Suppression de l'obligation de contracter : conséquences pour les assurés
(Tendances)

Avantages	Remarques
Elargissement du choix dans l'assurance de base/complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplication des formules d'assurance proposées aux assurés - Intensification de la concurrence dans l'assurance de base/complémentaire - Intensification de la concurrence entre les assureurs
Promotion des modèles Managed Care	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des soins médicaux, diminution des démarches effectuées à double - Récompense pour les assurés qui se soucient des coûts - Réduction de la prime
Homogénéisation de la densité de médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour les médecins installés dans les régions périphériques à trouver un successeur alors que dans les agglomérations ils ont l'embaras du choix - Levée de l'obligation de contracter influe sur la densité de médecins - Stabilisation ou diminution de la densité de médecins
Offre de soins médicaux tient davantage compte de la demande	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture de cabinets là où il y a une demande - Action contre l'offre excessive de soins médicaux
Amélioration de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustement structurel : associé à la définition de priorités, il peut améliorer la qualité, surtout dans le domaine stationnaire - Suppression des capacités excédentaires et des redondances
Réduction de la prime	<ul style="list-style-type: none"> - Instauration de la concurrence entre les médecins du fait du choix entre différents groupes de médecins. Possibilité d'une baisse des tarifs (Zweifel, p. 512) - Intensification de la concurrence entre les assureurs et les fournisseurs de prestations - Elargissement du choix des assurés en matière d'assurance de base/complémentaire - Récompense pour les assurés économes (modèles Managed Care)
Inconvénients	Remarques
Restriction du libre choix du médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de caisse maladie nécessaire pour les assurés dont le médecin n'est pas pris sous contrat par la caisse à laquelle ils sont affiliés - Mise en péril de la continuité à long terme de la relation entre le médecin et le patient.
Changements fréquents de caisse maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Risque que cela dérouté les patients - Augmentation des coûts pour les assurés en raison de la multiplication des démarches administratives
Sélection du risque	<ul style="list-style-type: none"> - Préférence des assureurs pour les médecins dont les patients présentent un risque moindre. - Préférence des médecins pour les patients présentant un risque moindre afin d'être pris sous contrat par le plus grand nombre possible d'assureurs.
Mise en péril de la sécurité d'accès	<ul style="list-style-type: none"> - Garantie de l'accès grâce à des conditions-cadre (clause temporaire garantissant l'accès) - Pas de mise en péril de la garantie de l'accès et de la qualité du seul fait de la diminution de la densité des médecins (président de la FMH H.H. Brunner, Sonntagszeitung du 13.10.1996)

Les autres tablent sur un taux bien inférieur. Par conséquent, les uns voient dans la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire la fin du libre choix du médecin pour le patient, les autres seulement une restriction mineure. Le nombre de médecins pris sous contrat par un assureur au moins serait essentiellement déterminé par les modalités de la compensation des risques.

Enfin, la question du libre choix du médecin dépend de la manière dont la liberté de contracter est mise en œuvre, en particulier les prescriptions relatives à la compensation des risques et la garantie d'accès. Il faut s'attendre à un mouvement de concentration tant du côté des fournisseurs de prestations que des assureurs. Si on prend en considération le fait que, aujourd'hui, le nombre de médecins a augmenté d'un tiers par rapport à 1990 – ils sont plus de 14 000 –, des économistes de la santé réputés estiment qu'ils en ont encore plus qu'assez, même si tous les médecins ne collaborent plus avec toutes les caisses. Il faut se demander si, dans le cadre d'une assurance obligatoire, on ne pourrait pas envisager de restreindre le libre choix du médecin. Parallèlement, il faut mentionner le fait qu'une compensation insuffisante du risque renferme le risque de voir les médecins dont les patients coûtent cher pris sous contrat par un petit nombre seulement d'assureurs, voire aucun, de sorte que le libre choix du médecin et l'accès seraient menacés pour leurs patients. Pour prévenir cela, certaines conditions-cadre semblent s'imposer.

L'acceptation politique de la liberté de contracter et l'issue d'une éventuelle votation populaire sur cette mesure dépendent principalement de la perception du changement par les assurés. Quelle sera l'ampleur de la restriction du libre choix du médecin aux yeux des assurés? Cette question est déterminante puisqu'elle concerne probablement la principale conséquence de la suppression de l'obligation de contracter. Une étude publiée récemment par Plaut Economics sur le gain ou la perte générés par des réformes du système de santé visait à mesurer l'importance du libre choix du médecin. Dans cette étude, les assurés ont été questionnés notamment sur la réduction de primes qui devrait leur être accordée pour qu'ils acceptent une restriction du libre choix du médecin dans l'assurance de base. L'étude a révélé que les assurés accordaient le plus d'importance au libre choix du médecin. Les assurés seraient disposés à choisir leur médecin sur une liste de la caisse maladie, établie en fonction de critères de coûts, à condition de voir leur prime diminuer de 100 francs par mois en moyenne. En revanche, si une telle liste était établie sur la base de critères de coûts et de qualité (critère d'efficacité), les assurés de toutes les régions de Suisse accepteraient de

choisir leur médecin sur une telle liste dès une réduction de prime de 40 francs. L'acceptation de la restriction du libre choix du médecin était nettement supérieure en Suisse allemande qu'en Romandie.

Autres conséquences

Seuls 5% environ des assurés, surtout des jeunes en bonne santé, utilisent aujourd'hui la possibilité de changer de caisse maladie. En cas de suppression de l'obligation de contracter, la garantie du libre choix du médecin, éventuellement un choix restreint, et d'une prise en charge médicale sensée s'inscrivent dans la continuité par un seul et même médecin impliquerait de multiples changements de caisse maladie. C'est peut être trop demander à une partie des assurés. Une adaptation des conditions-cadre susceptible de résoudre ce problème est en discussion. La 2^e révision de la LAMal prévoyait, par exemple, des exceptions à la liberté de contracter pour les patients âgés et ceux souffrant d'affections chroniques.

Conséquences de la suppression de l'obligation de contracter pour les assureurs

Nombre de médecins sous contrat

Dans l'assurance maladie obligatoire (assurance de base), les caisses maladie sont tenues de conclure un contrat avec tout fournisseur de prestations autorisé.

Le nombre de médecins que les assureurs prendraient sous contrat une fois l'obligation de contracter levée dépendrait essentiellement de la générosité de la compensation des risques. Dès lors que la compensation des risques fonctionne bien, les caisses maladie n'auraient aucun intérêt – excepté dans le domaine du Managed Care – à conclure le moins possible de contrats avec des médecins. En effet, elles recevraient une indemnité financière au titre de la compensation des risques pour compenser la prime forfaitaire des personnes qui représentent un risque coûteux. De plus, la conclusion d'un contrat avec un médecin ne génère pas de coûts. Les coûts sont générés seulement lorsqu'il y a fourniture de prestations et peu importe si une quantité donnée de prestations est fournie par un ou plusieurs médecins, aussi longtemps qu'ils sont tous rétribués selon le même mode. Une caisse qui essaierait de raréfier l'offre dans le domaine ambulatoire en concluant des contrats avec un petit nombre de médecins risquerait de voir ses assurés partir chez la concurrence. En outre, notre système prévoyant la rétribution des prestations individuelles, une réduction du nombre de fournisseurs de prestations n'inciterait guère à faire des économies. La négociation d'autres modes de rétribution contribuerait plus

efficacement à réduire les coûts qu'une réduction du nombre de médecins pris sous contrat.

Confrontées à la concurrence, les caisses se révèlent des prestataires de services soucieux de la clientèle qui doivent tenir compte des préférences de la population. On peut donc s'attendre à ce qu'elles prennent sous contrat la majorité des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Ainsi, seulement un nombre infime de fournisseurs de prestations établis n'auraient aucun lien contractuel avec ne serait-ce qu'une caisse. Cette hypothèse est confirmée par les pays qui ne connaissent pas d'obligation de contracter comme les Pays-Bas.

Enfin, on peut partir du principe que les assureurs proposeraient des formules d'assurances, dans le cadre des assurances complémentaires, englobant tous les fournisseurs de prestations admis si une demande existe dans ce sens. On peut supposer en outre que l'introduction de la liberté de contracter se traduirait par une multiplication des couvertures proposées dans l'assurance de base et les assurances complémentaires par rapport à aujourd'hui.

Après la suppression de l'obligation de contracter, une compensation des risques insuffisamment différenciée risque d'inciter les caisses à privilégier les médecins

cumulant les bons risques (autrement dit des patients qui génèrent peu de coûts). En conséquence, les médecins seraient aussi incités, du fait de la pression exercée par les assureurs, à privilégier les patients générant peu de coûts. En cas de maintien de la compensation des risques dans sa forme actuelle, il faudrait s'attendre à une sélection des risques puisque la compensation des risques actuelle corrige seulement 4% environ de la variance des coûts de santé.

Concurrence entre les caisses maladie

On trouve à l'étranger de nombreux exemples de réglementation étatique plus stricte, mais aucun exemple de concurrence plus intense entre assureurs maladie. Le libre choix de la caisse maladie dont jouissent les assurés aujourd'hui, à lui seul, ne crée pas de concurrence en matière de performance entre les assureurs et ne génère pas les avantages en termes d'efficacité qu'on attend d'une telle concurrence. En effet, l'obligation de contracter restreint fortement la concurrence entre les assureurs. Ils n'influencent guère l'évolution des coûts dans l'assurance de base, car ils ne peuvent choisir ni leur partenaires ni (de facto) le mode de rétribution et que le catalogue de prestations est imposé. La compétence de

Suppression de l'obligation de contracter : conséquences pour les assureurs (Tendances)

Avantages	Remarques
Liberté de contracter pour les caisses maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des fournisseurs de prestations (médecins et hôpitaux) : beaucoup de médecins seraient pris sous contrat, car c'est un atout auprès des assurés. - Création d'une marge de manœuvre permettant aux caisses maladie d'étendre l'offre de couvertures d'assurance - Instauration d'une vraie concurrence entre les assureurs (optimisation des performances, des qualités et des prix) - Promotion des modèles Managed Care
Incitation à la performance	<ul style="list-style-type: none"> - Moyen de combattre l'augmentation du volume de prestations - Instrument permettant de contrôler les coûts
Suppression des capacités excessives	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustement structurel : associé à la définition de priorités, il peut améliorer la qualité, en particulier dans le domaine stationnaire - Suppression de capacités excédentaires et de redondances
Inconvénients	Remarques
Administration	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des démarches administratives (changements de caisse maladie) - Répercussion sur les assurés du coût des démarches administratives
Intensification de la sélection du risque	<ul style="list-style-type: none"> - Préférence des assureurs pour des médecins dont les patients présentent un risque moindre - Préférence des médecins pour des patients présentant un risque moindre afin d'être pris sous contrat par le plus grand nombre possible d'assureurs - Sélection du risque : elle n'optimise pas la concurrence

décision et la responsabilité financière ne sont pas réunies. L'introduction de la liberté de contracter permettrait pour le moins aux caisses de choisir les parties avec lesquelles elles concluent des contrats.

La concurrence suppose que les concurrents disposent d'instruments avec lesquels attirer les assurés. Ces instruments comprennent le choix des parties contractantes et du mode de rétribution qui constituent les préalables à une optimisation de la concurrence entre les assureurs et donnerait aux caisses maladie un moyen d'endiguer la consommation de prestations médicales. Des économistes du système de santé réputés jugent sensé de combiner la levée de l'obligation de contracter avec l'introduction du libre choix du mode de rétribution. Du fait que le catalogue des prestations est légalement prédéfini, les caisses devraient au moins pouvoir choisir à quels médecins et quels hôpitaux elles font appel pour la fourniture des prestations et de quelle manière elles les rétribuent. Le libre choix du mode de rétribution existe déjà en soi (article 49, alinéa 5 LAMal), mais il n'est utilisé que de manière marginale dans les quelques organisations de Managed Care puisque, sauf suppression de l'obligation de contracter, il est manifestement difficile, les incitations étant insuffisantes, de trouver suffisamment de fournisseurs de prestations qui soient prêts à conclure un arrangement contractuel différent.

Autres modèles d'assurance

Ces dernières années s'est imposée au niveau international l'idée selon laquelle des offres intégrées sont nécessaires pour un traitement médical de qualité et économique. Cette offre intégrée suppose, premièrement, que le patient soit accompagné tout au long du processus de diagnostic et de traitement et, deuxièmement, que l'assureur et le fournisseur de prestations portent une part de la responsabilité financière pour l'ensemble du traitement. Ces modèles sont appelés des modèles Managed Care. A l'heure actuelle, seuls 8% des assurés suisses participent à un tel modèle.

Il faut s'attendre à ce que l'introduction de la liberté de contracter favorise des modèles différents du fait que les médecins seraient alors incités davantage à s'organiser en groupes et cercles de qualité afin de faire des offres intéressantes aux caisses. Il serait possible dans des négociations ouvertes de conclure des contrats avec des réseaux médicaux entiers (généralistes, spécialistes, centres de rééducation et de soins à domicile). Les caisses pourraient rétribuer les médecins et les hôpitaux sur une base forfaitaire qui dépendrait du diagnostic exact (facturation forfaitaire par cas). Cela supprimerait toute incitation à effectuer des traitements inutiles.

Contrairement à la situation actuelle de l'obligation de contracter, où un prix (tarif) est fixé pour une prestation donnée, il serait possible dans le cadre de la liberté de contracter de définir la prestation, la qualité et le prix dans un contrat. Dans l'idéal cela permettrait de réduire les coûts, mais aussi d'optimiser la qualité. Toutefois, si un assureur ou un fournisseur de prestations met en avant ses intérêts financiers et qu'il conclut des contrats uniquement sur la base de critères de coût, la qualité des soins médicaux risque d'en pâtir.

Conséquences de la suppression de l'obligation de contracter pour les fournisseurs de prestations

En cas de suppression de l'obligation de contracter, les fournisseurs de prestations ne pourraient plus travailler à la charge de toutes les caisses maladie. A l'inverse, ils seraient libres de choisir l'assureur avec lequel une collaboration leur paraît souhaitable.

Densité médicale et structure des fournisseurs de prestations

L'obligation de contracter offre aux jeunes médecins la perspective d'une certaine sécurité financière, ce qui tend à accroître l'attrait des études de médecine. Le choix de leur spécialité ainsi que le lieu de leur installation sont fonction de leurs préférences personnelles et non de la situation du marché. Ainsi, l'obligation de contracter constitue une cause essentielle de répartition inéquitable de la densité médicale en Suisse, que ce soit entre les villes et les régions rurales d'une part ou entre les spécialités ou disciplines d'autre part. La suppression de l'obligation de contracter devrait donc déboucher sur une densité médicale plus homogène à ces deux égards. Les assureurs passeraient contrat de préférence avec des médecins de régions dans lesquelles la densité médicale est plus faible. Ce changement de système représenterait une amélioration par rapport à la situation actuelle, les régions rurales de Suisse étant plutôt sous-dotées, alors que les régions urbaines sont partiellement surdotées en médecins. En outre, la levée de l'obligation de contracter obligerait les étudiants en médecine à se concentrer davantage sur les disciplines dans lesquelles règne un relatif manque de médecins.

En ce qui concerne leur décision d'établissement, les jeunes médecins seraient obligés, bien plus qu'aujourd'hui, de tenir compte des conditions effectives de la demande. La concurrence entre groupes de médecins pourrait se traduire par une baisse des prix en cas d'augmentation de la densité médicale si l'obligation de contracter est supprimée. Ce ne serait le cas toutefois que pour autant que les tarifs ne soient pas fixes. Nombre

Suppression de l'obligation de contracter : conséquences pour les fournisseurs de prestations (Tendances)

Avantages	Remarques
Intensification de la concurrence entre les fournisseurs de prestations	- Incitation à optimiser la qualité pour autant que la compensation des risques fonctionne bien
Incitation à la performance	- Accès optimal plutôt que maximal - Optimisation de l'efficacité - Moyen de contrôler les coûts - Fournisseurs de prestations peu efficaces actuellement favorisés par l'obligation de contracter et la rétribution des prestations individuelles
Densité des médecins	- Homogénéisation de la densité des médecins en termes de cabinets et de spécialisation - Obligation de contracter : un instrument plus équitable que l'interdiction d'ouvrir de nouveaux cabinets - Traitement identique des jeunes médecins et des médecins établis
Surcapacités	- Possibilité de supprimer des surcapacités dans le secteur stationnaire - Hôpitaux : les critères de l'économie et de la qualité sont importants pour la conclusion du contrat - Concurrence entre les fournisseurs de prestations publics et privés
Inconvénients	Remarques
Protectionnisme une fois que le médecin est pris sous contrat	- Protection assimilable à celle d'un cartel pour les médecins établis, si la densité élevée de médecins bloque l'admission de nouveaux médecins.
Risque d'une pénurie de médecins	- Réduction de l'attrait des études de médecine et de la profession : études longues, perspectives professionnelles restreintes et incertaines
Garantie de l'accès	- Risque de favoriser l'émergence d'une médecine à deux vitesses en cas de pénurie de médecins

de spécialistes pensent que la levée de l'obligation de contracter pourrait à long terme faire légèrement diminuer la densité médicale ou du moins la stabiliser.

Mais pour les représentants du monde médical, c'est précisément cet effet qui va dans la mauvaise direction. Une pénurie de médecins se fait déjà sentir dans les pays voisins de la Suisse : Allemagne, France et Autriche. Les premiers signes d'une telle pénurie sont également perceptibles en Suisse. La réduction de l'attrait de la formation médicale favoriserait, selon eux, cette pénurie de médecins. Du fait que pour des raisons de capacités, toutes les prestations médicalement judicieuses et nécessaires ne pourraient pas être fournies, les coûts de la santé pourraient certes baisser, mais ces économies se paieraient au prix fort d'une restriction contestable sur le plan éthique de la qualité des traitements, estiment-ils. La conséquence en serait un rationnement dissimulé sans consensus social ni légitimation politique. La médecine à deux vitesses deviendrait alors réalité : l'accès immédiat et illimité aux prestations médicales serait offert

moyennant des suppléments de prix, l'assurance maladie sociale se bornant à une prise en charge médicale restreinte comportant des listes d'attente et des délais de carence. Ce risque ne peut être totalement exclu, mais il faut tout de même rappeler que le rationnement et la médecine à deux vitesses sont associés à la médecine d'Etat plutôt qu'à la médecine jouant le jeu de la concurrence.

Dans le secteur hospitalier, l'obligation de contracter contribue beaucoup à la forte densité hospitalière et à celle du nombre de lits en Suisse. Elle entrave les adaptations structurelles, car elle contribue au maintien d'hôpitaux ou de divisions d'hôpitaux qui ne pourraient pas subsister dans les conditions de la concurrence. Ainsi, les hôpitaux dont le taux d'occupation est insuffisant peuvent différer leur fermeture en augmentant leurs recettes par la multiplication de leurs prestations. Aujourd'hui, les incitations financières sont telles que les hôpitaux sont intéressés à pratiquer le plus grand nombre d'opérations possibles ou à gérer de longs séjours. La

suppression de l'obligation de contracter dans le domaine hospitalier, dans le cadre d'un système de financement moniste, assainirait considérablement les structures hospitalières.

Immigration de médecins de l'UE

Les accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes prévoient que depuis 2001, les médecins européens domiciliés en Suisse et depuis juin 2004, les médecins européens domiciliés dans l'UE pourront ouvrir un cabinet en Suisse et travailler à charge de l'assurance maladie obligatoire sur la base de l'obligation de contracter. Craignant un afflux de médecins, le Conseil fédéral a décidé d'urgence, en juillet 2002, de bloquer pendant trois ans l'admission des fournisseurs de prestations médicales. Cette interdiction de pratique n'a toutefois permis de réaliser aucune économie de coûts à ce jour ; c'est un instrument non seulement inadéquat, mais injuste. Les jeunes médecins innovateurs très bien formés et qui suivent une formation continue sont défavorisés par cette mesure dirigiste. La suppression de l'obligation de contracter serait un instrument plus efficace pour limiter la densité médicale. Mais vu la pénurie de médecins qui est en train de s'installer dans les pays voisins du nôtre, les médecins jugent cette mesure inutile.

Caractère économique

Le caractère économique des prestations est aujourd'hui réglé à l'article 56 LAMal et à l'article 76 OAMal. L'article 56 LAMal demande que le fournisseur de prestations limite ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Le caractère économique n'est actuellement pas un critère d'admission d'un fournisseur de prestations et il n'est aujourd'hui guère possible d'appliquer l'exclusion de fournisseurs de prestations liés par convention tarifaire pour insuffisance de caractère économique ou de qualité, bien que l'article 59 LAMal prévoie en principe cette possibilité ; la procédure de plainte serait longue et compliquée, le fardeau de la preuve incombant à l'assureur. L'obligation de contracter donnant automatiquement droit à rémunération des prestations à des tarifs garantis par l'Etat, les fournisseurs de prestations ne sont aujourd'hui guère incités à adopter un comportement économique. Au contraire : combinée à un système de rétribution individuelle des prestations, l'obligation de contracter incite les hôpitaux et les médecins à en faire plus que ce qui est médicalement nécessaire, car les fournisseurs qui accroissent le volume des prestations qu'ils fournissent se voient gratifiés de revenus plus élevés. Par conséquent, dans le système actuel, le comportement économique est

pénalisé, l'attitude peu économique récompensée. Une extension incontrôlée des prestations et ainsi l'augmentation des coûts sont d'ores et déjà programmés. Les assureurs maladie ne disposent pas de l'instrument classique de la concurrence, celui qui permet de négocier des conventions tarifaires avec plusieurs fournisseurs de prestations. Une offre de fournisseurs aujourd'hui excédentaire dans un canton ou dans une région, ou des prestations inefficaces, ne jouent actuellement aucun rôle en matière d'adhésion à une convention tarifaire. Il n'est pas possible, dans un tel environnement juridique, d'endiguer efficacement des extensions de prestations et des hausses de coûts dues à l'augmentation du nombre des fournisseurs et à l'expansion quantitative de consommation médicale qui en résulte.

De l'avis de la majorité des acteurs, la suppression de l'obligation de contracter mettrait entre les mains des assureurs un instrument de concurrence leur permettant d'indemniser les fournisseurs de prestations au comportement économique et d'inciter ceux qui ne vont pas dans ce sens à changer de comportement, faute de quoi ils les ignoreraient. Les représentants du monde médical voient au contraire dans la suppression de l'obligation de contracter un instrument hostile au marché et à la concurrence. Pour eux, les médecins qui seraient partie à une convention tarifaire bénéficieraient d'une protection vis-à-vis de ceux qui travailleraient hors convention, car l'assureur ne pourrait guère se permettre de dénoncer le contrat, vu qu'en cas de rupture il pourrait craindre de voir ses clients le quitter. Par conséquent, loin de freiner l'augmentation quantitative avec les médecins au bénéfice d'une convention tarifaire, on ne ferait que l'attiser. De l'avis de ces milieux, la suppression de l'obligation de contracter ne permettrait pas de réaliser des économies, car on assisterait simplement à la multiplication des prestations par médecin. Les tenants de cette idée pensent que l'on ne parviendrait à réaliser des économies de coûts que si le nombre des fournisseurs de prestations descendait au-dessous d'une certaine limite par l'effet d'une réglementation, le niveau actuel de dispensation de soins n'étant alors plus assuré.

Qualité

La qualité des soins dispensés est aujourd'hui réglée à l'article 58 LAMal et à l'article 77 OAMal. L'article 58 demande des contrôles pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations. L'article 77 OAMal fait référence au principe de responsabilité individuelle des parties à une convention tarifaire, c'est-à-dire au fait que les fournisseurs de prestations ou leurs associations élaborent des conceptions et des programmes en matière

d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité, conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations. Ces dispositions fixent des conditions-cadre claires.

Comme l'indique l'analyse des effets de la LAMal produite par l'Office fédéral des assurances sociales pour 1997-2001, le système souffre de manque d'incitations à élaborer les bases de l'assurance qualité, à les mettre en œuvre et en particulier à appliquer une assurance qualité axée sur des résultats. Dans le domaine ambulatoire surtout, l'assurance qualité se limite encore trop souvent à des mesures structurelles, par exemple la preuve d'une formation continue en cours ou accomplie comme condition de la possibilité de pratiquer à charge de l'assurance maladie obligatoire. Mais celles-ci ne permettent pas encore de se prononcer sur la qualité des prestations fournies et sur le caractère approprié des prestations. Le canton de Zurich est le premier à avoir introduit un système de mesure des résultats à l'hôpital qui va dans le sens d'une assurance qualité axée sur les résultats dans le domaine stationnaire ; les cantons de Berne, de Soleure et d'Argovie se sont ralliés à cette démarche. Des négociations sont actuellement en cours entre partenaires tarifaires dans le secteur hospitalier, afin de créer les bases d'une mesure des résultats coordonnée pour l'ensemble de la Suisse. Avec la création de la Fondation pour la sécurité des patients, un premier pas a été accompli à fin 2003 vers la concrétisation de l'amélioration de la sécurité des patients, dimension essentielle de la qualité des prestations médicales. Mais tous ces efforts ne doivent pas nous illusionner : nous sommes encore loin de posséder une large base d'appréciation de la qualité des prestations fournies et des services de santé. La qualité des médecins n'a donné matière à discussion qu'autour du thème de la suppression de l'obligation de contracter, celui-ci ne constituant une incitation à l'assurance qualité ni pour les fournisseurs de prestations, ni pour les assureurs. Ainsi, la corporation des médecins n'a pas encore défini à ce jour des critères de qualification sur la base desquels les patients pourraient choisir leurs médecins. Dans les caisses maladie également, l'intérêt pour l'assurance qualité n'est pas débordant, vu qu'elles sont aujourd'hui obligées d'intégrer tous les médecins dans l'assurance de base, quelles que soient leurs qualités. Les caisses n'interviennent auprès des médecins que lorsque ces derniers présentent des factures manifestement excessives. Combinée à la rétribution indi-

viduelle des prestations, l'obligation de contracter, si elle n'incite pas à promouvoir la qualité, peut même parfois être incitatrice de mauvaise qualité : c'est ainsi qu'aujourd'hui, un hôpital de mauvaise qualité dans lequel les infections et les complications sont fréquentes s'en sort mieux financièrement qu'un autre. De même, un médecin qui ne maintient pas ses patients en bonne santé accroît son revenu en pratiquant des traitements supplémentaires. Un médecin efficace qui ne prodigue que des soins adéquats s'en sort moins bien financièrement. Seule la suppression de l'obligation de contracter viendrait à bout de ces mauvaises incitations, autoriserait davantage de concurrence entre les caisses et les fournisseurs de prestations et permettrait d'axer le système sur la qualité.

Dans l'idéal, la pression renforcée à la concurrence, tant chez les assureurs que chez les fournisseurs de prestations, créerait des incitations à la promotion de l'assurance qualité, dans la mesure où les acteurs seraient intéressés à se distinguer par une plus grande qualité que celle de leurs concurrents. Cela implique un système de compensation des risques qui fonctionne bien, faute de quoi la sélection des risques serait toujours plus lucrative financièrement que des économies de coûts passant par l'amélioration de la qualité.

A l'inverse, les adversaires de la liberté contractuelle craignent une détérioration de la qualité. A l'appui de leur estimation, ils évoquent un système de compensation des risques insuffisant, la concentration unilatérale des caisses sur des critères de coûts ainsi que l'accentuation de la pénurie de médecins.

La liberté contractuelle tendrait à promouvoir d'autres modèles d'assurance qui laissent présager une amélioration de la qualité, par exemple par l'introduction de critères de qualité dans le contrat. Les adversaires de la liberté contractuelle ne voient ces modèles du type Managed Care que sous l'aspect des économies, mais pas sous l'aspect de l'amélioration de la qualité.

Dans le secteur hospitalier, la suppression de l'obligation de contracter dans le cadre d'un système de financement moniste pourrait déboucher sur un important assainissement des structures (suppression des surcapacités) associé à la constitution de priorités médicales. Pour satisfaire aux critères économiques et de qualité en vue de la conclusion d'un contrat avec un assureur, les hôpitaux seraient contraints de réduire la quantité de leurs prestations. Etant donné qu'il est prouvé que la qualité des prestations médicales dépend dans ce secteur du nombre d'actes accomplis, on pourrait attendre de cette concentration un certain saut qualitatif.

Conditions-cadre nécessaires à la suppression de l'obligation de contracter

Les conditions-cadre suivantes font notamment l'objet de discussions en tant qu'éléments nécessaires de la liberté contractuelle :

Compensation des risques

Un système de compensation des risques entre assureurs d'une durée limitée à dix ans (jusqu'au 31.12.2005) a été introduit dans la LAMal pour compenser leur obligation d'accepter au tarif d'une prime unique des individus présentant des risques différents. Il est évident qu'avec des primes uniques, le maintien de la compensation des risques est inévitable. La compensation des risques ne deviendrait caduque que si les primes de l'assurance de base étaient prélevées en fonction des risques ou si l'on introduisait une caisse unique. La compensation des risques telle qu'elle existe actuellement n'est qu'un moyen permettant aux assureurs de s'abstenir de sélectionner les risques, mais elle n'a aucun effet du côté de l'offre de prestations. Elle a certes réduit l'incitation à la sélection des risques ainsi que l'ampleur de cette pratique, mais elle ne l'a de loin pas éliminée, puisqu'elle ne tient compte que de variables comme l'âge et le sexe qui ne représentent que 4% environ des causes de variation des coûts de la santé. En outre, elle est aménagée sur une base rétrospective, ce qui fait qu'elle sert à rembourser les coûts d'une gestion inefficace des caisses.

La majorité des économistes de la santé estime qu'il est indispensable d'affiner la compensation des risques dans le cadre de la liberté contractuelle si l'on entend limiter la sélection des risques des assureurs avec les médecins (chasse aux médecins ayant des patients peu coûteux) et donc des médecins avec leurs patients. Les propositions de réforme actuellement débattues entre spécialistes visent à aménager la compensation des risques de manière prospective et à améliorer le contenu explicatif de la formule de compensation des risques par l'introduction d'indicateurs de morbidité supplémentaires (par exemple diagnostic, groupes de coûts de médicaments, hospitalisations l'année précédente, etc.).

D'autres au contraire ne souhaitent pas affiner la formule de compensation des risques et sont pour son maintien dans sa forme actuelle. Ils redoutent qu'en affinant le système de compensation, on ne fasse que renforcer le principe de remboursement des coûts et ils considèrent que les facteurs de morbidité évoqués ne sont pas des critères objectifs praticables.

Garantie de la sécurité d'accès aux soins

Les débats actuels sur la politique de la santé concernent la pesée des avantages et des inconvénients de la nécessité de réglementer dans la loi la sécurité d'accès aux soins en cas de levée de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire. Les partisans d'une réglementation légale défendent l'argument suivant : si les cantons n'obligent pas les caisses à inclure dans le contrat d'assurance un nombre minimum de fournisseurs de prestations de chaque catégorie, la sécurité d'accès aux soins pourrait ne plus être garantie pour certains groupes de patients. Par le biais de la sélection des risques, les assureurs refuseraient de passer une convention tarifaire avec les médecins ayant principalement des patients qui coûtent cher. Une caisse par exemple pourrait ne plus conclure de convention avec les gynécologues, les femmes étant considérées comme de plus mauvais risques que les hommes. Les adversaires de la réglementation estiment que si le système de compensation des risques fonctionne bien, un tel risque est faible. Ils craignent qu'en cas de fixation par la loi d'un nombre minimum de médecins, on ne consolide la densité médicale actuelle pour des raisons politiques (peur des politiciens de ne pas être élus). On reviendrait ainsi par la bande aux conventions tarifaires obligatoires. Toutefois, ce risque serait plus faible si les cantons devaient déterminer le nombre minimum de fournisseurs de prestations dans un cadre défini par la Confédération. En outre, cela n'a dérangé personne à ce jour qu'il n'y ait pas de planification pour les fournisseurs de prestations dans le domaine obligatoire. Le mandat constitutionnel de la sécurité d'accès aux soins est néanmoins toujours garanti. Il serait possible, le cas échéant, d'envisager une réglementation selon laquelle les cantons devraient réglementer à titre subsidiaire la sécurité d'accès aux soins. En substance, la garantie de la sécurité d'accès aux soins pourrait signifier peu de prescriptions pour éviter de réintroduire les conventions obligatoires par la petite porte, mais certaines dispositions pour limiter la sélection des risques.

Critères économiques et de qualité

A ce chapitre, la discussion tourne surtout autour de la question de savoir si les prescriptions existantes au niveau de la loi et de l'ordonnance concernant le caractère économique et la qualité des prestations (art. 56 LAMal, 76 OAMal et art. 58 LAMal, 77 OAMal) sont suffisantes et si la négociation d'autres critères doit intervenir uniquement au niveau de la convention passée entre les partenaires (caisses maladie et médecins) ou non. Les partisans d'un objectif fondé sur la gestion de la concurrence sont d'avis que les critères légaux actuels

sont suffisants et ils délègueraient la définition d'autres critères allant dans le sens d'une mise en œuvre rigoureuse de l'idée de concurrence aux partenaires contractuels. C'est le seul moyen de développer le potentiel novateur de la concurrence par divers aménagements contractuels. Les tenants de ce point de vue attendent de la liberté contractuelle des prestations plus efficaces. Des critères légaux supplémentaires équivaldraient à des droits d'accès pour les fournisseurs de prestations et reviendraient à réintroduire l'obligation de contracter par la bande. Pour d'autres, il est nécessaire d'élaborer des critères supplémentaires au niveau de la loi ou de l'ordonnance, afin que les assureurs et les fournisseurs de prestations n'agissent pas prioritairement sur la base de critères de coûts, sans tenir compte d'aspects qualitatifs.

Application de la loi sur les cartels à l'assurance de base

De nombreux économistes de la santé pensent qu'il est impératif que la loi sur les cartels s'applique aussi à l'assurance de base si l'obligation de contracter est levée dans le domaine ambulatoire et stationnaire. Cette mesure serait nécessaire d'une part pour empêcher les ententes entre assureurs dans le but d'exclure des fournisseurs de prestations et, d'autre part, de bloquer aussi les ententes entre fournisseurs de prestations visant à boycotter un assureur maladie. La levée de l'obligation de contracter dans l'assurance obligatoire de soins passe par la réalisation de deux conditions : premièrement, il faut que les hôpitaux publics et les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics aient leur propre personnalité juridique et qu'ils soient économiquement indépendants de leur organisme de financement. Deuxièmement, les prescriptions réservées de la LAMal qui excluent l'application de la loi sur les cartels doivent être supprimées. Cela signifie que les assureurs maladie et les fournisseurs de prestations doivent être libres dans leurs négociations tarifaires, que les contrats ne doivent plus être soumis à l'approbation d'une autorité et que l'absence de convention tarifaire ne doit pas être remplacée par la fixation de tarifs. Si cette condition était remplie, il en résulterait notamment que les tarifs des conventions tarifaires qui prévalent actuellement dans l'assurance de base devraient être remplacés par des tarifs individuels ou de groupe. Mais d'autres voix réclament une fixation des tarifs par les autorités, au nom de la sécurité du droit.

Libre choix de la forme de rémunération

Dans le système actuel aux tarifs garantis par l'Etat avec obligation de contracter et rétribution individuelle des prestations, une extension incontrôlée des prestations et donc la hausse des coûts sont d'ores et déjà

programmées. En revanche, sur un marché qui fonctionne bien, les prix baisseraient automatiquement en cas d'offre excédentaire et la baisse des revenus ou des marges assainirait les structures. Pour les partisans d'une gestion de la concurrence, la suppression de l'obligation de contracter exige que la négociation du système de rétribution (type et niveau) soit laissée aux partenaires contractuels au sens d'une application rigoureuse de l'idée de concurrence. Ce n'est pas au législateur de fixer les systèmes de rémunération ni leur niveau. Car seule la pratique peut indiquer avec quelle forme de rétribution il est possible de parvenir à des soins médicaux suffisants et de bonne qualité. C'est la concurrence qui permet la découverte et qui par conséquent se prête le mieux à des tests d'innovation concernant les formes de rémunération.

Commentaire

Les milieux politiques ont tendance à considérer isolément certains secteurs du domaine de la santé. La levée de l'obligation de contracter en discussion dans le cadre du premier paquet de reprise de la 2^e révision de la LAMal en est un exemple. Comme le montre l'analyse ci-dessus, cette approche n'est pas souhaitable étant donné qu'il existe des interactions entre les différents domaines. En cas de suppression de l'obligation de contracter, la qualité de la compensation des risques est notamment un élément déterminant dans les interactions. Les conséquences d'une éventuelle liberté contractuelle dépendent donc fortement de l'aménagement d'autres facteurs liés à la liberté contractuelle, de sorte que les effets définitifs du changement de système découleront en pratique de l'interaction de tous ces facteurs.

Il est également difficile de prédire si la levée de l'obligation de contracter se répercutera sur les coûts et si oui, dans quelle mesure. Cela dit, il ne faut pas oublier que le véritable défi en matière de santé doit être le contrôle des coûts accompagné d'une garantie de qualité. Les partisans de la liberté contractuelle attendent surtout de la levée de l'obligation de contracter un moyen de limiter l'extension des prestations et y voient donc une mesure d'économies. Un certain effet dans ce sens est vraisemblable suivant le type de mise en œuvre de cette liberté contractuelle. Un changement du mode de rétribution serait beaucoup plus efficace et propre à réduire les coûts : le passage de la rémunération individuelle des prestations actuellement en vigueur à la facturation forfaitaire par cas, qui éliminerait les mauvaises incitations. Le système de rétribution individuel, surtout lorsqu'il est associé à l'obligation de contracter, incite les hôpitaux et les médecins à faire plus que ce qui est médicalement nécessaire, car le fournisseur qui multiplie les prestations touche un meilleur revenu que celui qui ne fait que ce qui est judicieux et doit se contenter de recettes inférieures.

Donc, dans le système actuel, le comportement économique est pénalisé, l'attitude peu économique récompensée.

A propos de la levée de l'obligation de contracter envisagée comme mesure d'économie, il convient en outre de tenir compte du fait qu'elle pourrait aussi engendrer des coûts supplémentaires, notamment sous forme de charges administratives dans la prise en charge médicale (il s'agira notamment de préciser quels fournisseurs de prestations ont passé contrat avec la caisse maladie du patient), dans le transfert du secteur de la LAMal vers d'autres assurances et dans le transfert de prestations du secteur ambulatoire vers le secteur stationnaire (en cas de limitation de la liberté contractuelle au secteur ambulatoire). Il est difficile de prévoir exactement comment ces coûts supplémentaires pourraient se répercuter sur d'éventuelles économies réalisées grâce à la liberté contractuelle.

Enfin et surtout, il faut relever que les discussions autour de la politique de la santé concernant le blocage des effectifs de médecins ou la suppression de l'obligation de contracter sont fondées sur l'hypothèse d'une pléthore de médecins ou, du moins, d'un nombre suffisant de médecins. Les représentants des milieux médicaux pour leur part perçoivent déjà en Suisse les premiers signes d'une pénurie de médecins.

Pour toute question :
menga.sandoz@economiesuisse.ch

Bibliographie:

Leu, Robert E. et Hill Stephan (2002): Six années de LAMal-
La politique de santé à la croisée des chemins, Bâle
Interpharma

Leu, Robert E. (2004): Mehr Wettbewerb als Therapie für
das schweizerische Gesundheitswesen, Institut
d'économie publique de l'Université de Berne, Center for
Studies in Public Economics

Credit Suisse (2002): Le système de santé suisse –
diagnostic pour un patient. Une étude spéciale sur le
potentiel de réforme du système de santé suisse. Auteurs:
Semya Ayoubi, Petra Huth

Assurance CSS (2002), Document sur la position de la CSS
– Obligation de contracter

Breyer Friederich, Zweifel Peter S., Kifmann Mathias (2003):
Gesundheitsökonomie, quatrième édition