

Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire

Dix ans de planification hospitalière n'ont pas corrigé les défauts du système: il existe toujours des surcapacités, parfois une inadéquation de l'offre.

Or, le domaine stationnaire coûte cher, puisqu'il représente près de la moitié des dépenses annuelles de santé.

Un changement de paradigme est nécessaire. Le marché hospitalier doit mettre les établissements publics et privés sur un pied d'égalité, permettre la transparence sur les coûts et instaurer la concurrence en matière de prestations.

19 février 2007

Numéro 3

dossierpolitique

Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire

Les hôpitaux sont un des éléments centraux du système de santé en termes d'infrastructure et de coûts. Or, après dix ans de planification hospitalière, les surcapacités et, dans certains cas, l'inadéquation de l'offre perdurent, alors que les coûts affichent de fortes hausses. Ce sont ces problèmes que la révision de la LAMal vise à résoudre. Il s'agit de prendre une décision de principe relative, à savoir faire le choix de la transparence et de la concurrence en matière de prestations et de rejeter l'économie planifiée.

Position d'économiesuisse

Un système de santé solide, efficient et innovant possède un potentiel de croissance et représente un facteur important pour une économie nationale. Les hôpitaux, qui représentent pas loin de la moitié des dépenses du domaine de la santé, en constituent aussi l'infrastructure clé. Il s'agit donc de mettre en place en leur faveur des conditions-cadre adéquates

Quant aux cantons, auxquels fait défaut selon l'OCDE la taille nécessaire et la capacité pour organiser une dispensation des soins efficiente, leur rôle fait l'objet de controverses. C'est pourquoi la réforme ne peut pas viser à étendre une planification cantonale qui conduirait inmanquablement dans une impasse et provoquerait le rationnement. Il faut au contraire établir la transparence et la concurrence en matière de prestations, tant dans le domaine de la qualité des soins que de celui des coûts, sur un marché hospitalier étendu à l'ensemble du pays. L'accès non discriminatoire au marché devient ainsi la pierre angulaire de la réforme.

Renforcer les hôpitaux

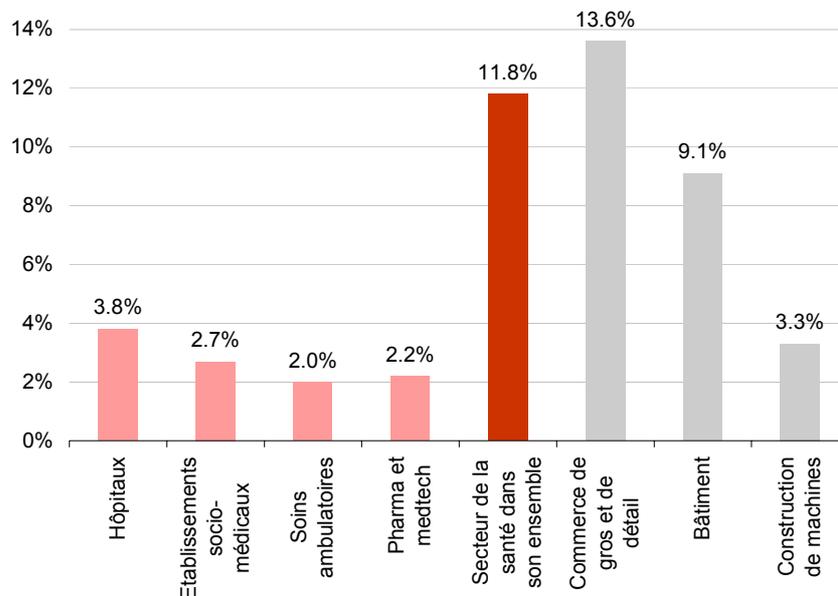
Les hôpitaux : des employeurs importants qui coûtent cher...

Le financement des hôpitaux n'est pas seulement un des aspects les plus complexes de la réforme de la LAMal, c'en est aussi l'élément central du point de vue financier et économique. Car les hôpitaux pour soins aigus, qui salarient plus de 120'000 personnes, sont des employeurs importants, voire les employeurs principaux dans certaines régions. Ce poids est aussi mis en évidence par la comparaison avec les soins ambulatoires, les secteurs de la pharmacie et de la technologie médicale et d'autres branches économiques importantes.

Les structures hospitalières ont un coût. Par rapport à l'ensemble du système de santé (50 mrd fr. en 2003), le domaine stationnaire absorbe 23,8 mrd fr. ou 47,83 % des ressources. De ce total, 14,9 mrd fr. ressortissent aux hôpitaux pour soins aigus (cf. graphique 2). Comme dans d'autres segments du système de santé, les prestations hospitalières financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS), c'est-à-dire via les primes et les impôts, représentent la part du lion avec près de 11 mrd fr. A cela s'ajoutent les coûts hospitaliers financés via des prélèvements obligatoires en faveur d'autres assurances sociales (800 mio.fr.). Enfin, les ressources consacrées au financement des hôpitaux par les assurances complémentaires ou les paiements directs de particuliers (3,3 mrd fr.) jouent un rôle non négligeable, du fait que le financement croisé existant entre l'AOS et les assurances complémentaires induit des distorsions du marché.

Les hôpitaux pour soins aigus sont un secteur à haute intensité de main d'œuvre. Regroupés avec d'autres établissements de soins stationnaires, leur poids est comparable à celui du secteur de la construction. Dans les régions périphériques, ils constituent un employeur (étatique) majeur, parfois le plus important. Élément de la politique de la santé, ils jouent donc aussi un rôle dans la politique régionale.

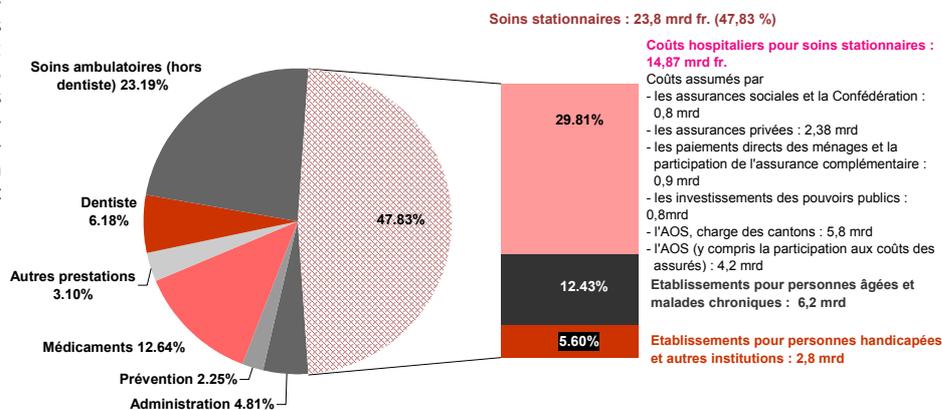
Graphique 1 :
Ventilation des emplois entre les différents acteurs du système de santé par rapport à l'ensemble des emplois (2002)



Source : Infras, création de valeur et emploi dans le secteur de la santé en Suisse, 2006

Le domaine stationnaire représente la part du lion des coûts de la santé. A cet égard, les hôpitaux pour soins aigus revêtent une grande importance dans le cadre de la révision de la LAMal. Ils sont financés par les cantons (5,8 mrd fr.), les caisses maladie (4,2 mrd fr.) et les autres assurances sociales (0,8 mrd fr.). Si on les additionne aux prestations des assurances complémentaires, les cantons financent finalement seulement la moitié des coûts, ce qui remet en cause le dicton « Qui paie commande » dont ils se prévalent généralement.

Graphique 2 : Structure des dépenses de santé en 2003 : 50 mrd fr. au total



Source : OFSP, Coûts du système de santé 2003, 2005 et loi sur l'assurance maladie, révision partielle (financement des hôpitaux), annexe 1

Les réformes dans le domaine hospitalier n'ont induit ni changements structurels ni baisse des coûts

... et résistent aux réformes

Le groupe de travail IDA-FISO a estimé que le domaine stationnaire possédait le plus fort potentiel d'amélioration en matière d'efficacité. Les réformes dans ce domaine ont donc un caractère prioritaire. Cependant, selon l'OFSP, si changement structurel il y a eu jusqu'ici, c'est surtout sur le papier. S'il est vrai que 15 % des lits ont été supprimés entre 1997 et 2004, il s'agissait dans la majorité des cas de changements d'affectation ou de mise hors service de capacités qui n'apparaissent plus dans les statistiques ni dans les listes des hôpitaux, mais qui peuvent être réactivées au besoin¹. Ces suppressions ont seulement permis de réaliser le gain de productivité inhérent au progrès technologique ; il n'y a pas eu de diminution des surcapacités par rapport à la moyenne de l'OCDE². Enfin, 86 % des restructurations ont, pour des raisons de politique régionale ou de politique de l'emploi, abouti à une réduction peu efficace de la densité de lits, au lieu de prendre la forme de fermetures de services et d'hôpitaux³. Étant donné que les coûts du personnel représentent l'essentiel des frais d'exploitation (70 % environ), cette stratégie ne permet pas de faire des économies, mais donne naissance à de petites structures inefficaces. De plus, pendant que le nombre de lits diminuait entre 2000 et 2004, le nombre d'employés augmentait de 7 %. Cette situation résulte d'un manque d'innovation en matière de processus ainsi que de modifications du droit du travail ; la conséquence : une productivité relativement faible (cf. graphique 3).

De leur côté, les hôpitaux ont utilisé pleinement leurs infrastructures grâce à une demande elle-même générée par l'ampleur de l'offre. Le dicton « *a built bed is a filled bed* »⁴ (un lit créé est un lit occupé) s'avère également en Suisse, comme l'attestent un taux d'occupation des lits constamment élevé (88 %)⁵ et une durée moyenne des séjours hospitaliers supérieure à la moyenne (11,4 jours).

L'origine de ce bilan décevant, résultat de dix ans de planification hospitalière cantonale, réside dans les conflits d'intérêts dont sont victimes les cantons. Ils assument trop de rôles, étant à la fois propriétaires, gérants, bailleurs de fonds et instances d'autorisation. Ces conflits d'intérêts sont dominés par les objectifs protectionnistes, c'est-à-dire la volonté d'occuper les lits et donc d'optimiser les subventions. Le rapport de l'OCDE livre une

Les conflits d'intérêts des cantons sont l'obstacle principal aux changements structurels

¹ OFSP : Chiffres clés des hôpitaux suisses 2004

² Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse, 2006

³ « Ortrud Biersack, kantonale Spitalplanung und Spitalisten in der Schweiz », Berlin 2005

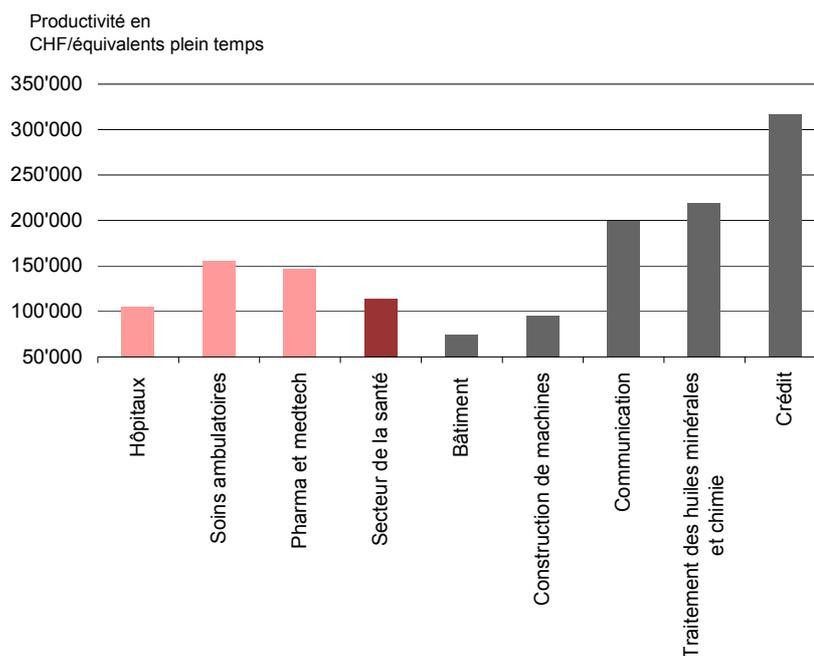
⁴ Loi de Roemers, d'après l'économiste américain du même nom. Ne s'avère que lorsque la prise en charge des coûts est garantie, « in : *The Dartmouth Atlas of Health Care* », Vol. II, 1993

⁵ Interpharma : La santé publique en Suisse, 2006

analyse du système de santé suisse⁶ que la majorité des experts a approuvée : « la planification n'a pas été utilisée comme mécanisme de sélection pour établir des listes d'hôpitaux sur la base des performances ». « Le fait que de nombreux hôpitaux soient la propriété directe des cantons est un obstacle à la sélection objective des hôpitaux les plus efficaces lors de l'établissement de la liste cantonale des hôpitaux ». Et encore : « la majorité des cantons ne possèdent ni la taille ni les capacités nécessaires pour organiser une dispensation des soins efficace ». C'est pourquoi l'OCDE exige qu'en cette matière les frontières cantonales soient abolies. La Commission pour les questions conjoncturelles (CQC) a fait preuve de moins de diplomatie. Elle juge une réorientation urgente au vu du résultat désolant de la planification hospitalière cantonale. Elle enjoint le Parlement de prendre une décision ; il doit choisir entre intensifier la concurrence et étendre la planification étatique⁷.

La productivité des hôpitaux est relativement faible. Il en est ainsi malgré la hausse constante, ces dernières années, des prix des prestations hospitalières, gérés par l'État, qui ont amélioré les statistiques relatives à la productivité en faveur des hôpitaux. Ce secteur recèle un potentiel d'amélioration de l'efficacité. Pour l'exploiter, il faut libérer les hôpitaux de leurs entraves réglementaires et politiques et introduire des technologies modernes comme « l'e-health ».

Graphique 3 : Productivité des acteurs du système de santé en comparaison avec d'autres branches



Source : Infrac, Création de valeur et emploi dans le secteur de la santé en Suisse, 2006

⁶ Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse, 2006

⁷ Commission pour les questions conjoncturelles : Rapport annuel 2006

Une décision doit être prise compte tenu de l'échec de la planification hospitalière

Décision de principe : planification ou concurrence en matière de qualité

L'échec de la planification hospitalière a entraîné des appels à la transparence financière et à la maîtrise des coûts. Deux approches totalement différentes s'opposent : l'une, proposée par le Conseil des États et reprise partiellement par le Conseil fédéral, préconise un système planifié à l'intérieur des frontières cantonales qui place les coûts au-dessus de la qualité et aboutit donc au rationnement ; l'autre approche privilégie un processus en deux étapes instaurant la concurrence en matière de qualité sur un marché hospitalier étendu au niveau national. Plusieurs projets de la Commission du Conseil national et le modèle présenté par les conseillers nationaux Humbel, Gutzwiller, Bortoluzzi et Wehrli correspondent à cette deuxième approche.

Les groupes de diagnostic sont une condition nécessaire mais insuffisante pour provoquer un changement structurel

Les groupes de diagnostic (DRG) : incontestés et nécessaires

Les deux approches introduisent assez rapidement les forfaits par cas en fonction du diagnostic posé sur la base des groupes de diagnostic, ce qui n'est pas contesté⁸. Ainsi, le traitement prescrit pour une appendicite, par exemple, varie selon la gravité du cas et est rétribué sur la base d'un tarif forfaitaire. Ainsi, les hôpitaux sont incités à travailler de manière efficiente et se montrer parcimonieux. Par rapport au décompte des prestations individuelles établi aujourd'hui, ce système élimine une des causes principales de surcapacité et d'inadéquation de l'offre. De même, il permet une comparaison des coûts par diagnostic entre les hôpitaux, ce qui accroît la transparence. Enfin, la prise en compte des investissements permet pour la première fois une comparaison de l'intégralité des coûts.

Cependant, les expériences faites avec les groupes de diagnostic montrent que le personnel a tendance à décrire l'état de santé des patients comme plus grave et plus coûteux qu'il ne l'est, afin d'enjoliver le bilan de la dispensation des soins. Outre le problème des lourdeurs administratives, il existe un risque que la focalisation sur les seuls coûts par cas entraîne une détérioration de la qualité. Il est donc important que le Swiss-DRG soit défini et introduit au niveau fédéral par une organisation spécialisée et indépendante et qu'elle s'accompagne d'une extension des mesures de la qualité et de sa garantie.

Le financement croisé de l'assurance complémentaire en faveur des cantons et de l'AOS se monte à 1 mrd fr. environ

Conseil des États : accent placé sur la mise à égalité des hôpitaux

Une autre question soulève bien plus de problèmes : au chapitre de la mise sur un pied d'égalité des hôpitaux privés et publics, le Conseil fédéral propose d'étendre la planification hospitalière cantonale aux assurés ayant contracté une assurance complémentaire. Le Conseil des États soutient cette proposition, le modèle le plus poussé présenté par sa commission ayant échoué face à la résistance des cantons.

L'idée semble logique, mais un examen détaillé en révèle les inconvénients. Pour s'en rendre compte, il faut expliquer le mode de financement actuel (cf. graphique 4) : d'une manière générale, les cantons financent 50 % au minimum des coûts d'exploitation des hôpitaux pour la plupart publics, subventionnés ou non, par une participation de base ; les caisses maladie s'acquittent du reste via l'assurance de base. Les investissements, qui s'élèvent à près d'un milliard de francs par an, sont financés séparément : les cantons les financent par le budget cantonal et les hôpitaux privés par les recettes d'exploitation.

La décision de savoir si un hôpital bénéficie de la participation de base relève de la planification cantonale. Dans les cantons ayant établi une liste intégrée des hôpitaux, les établissements y figurant sont mis au bénéfice de la participation de base du canton et de la contribution de base des assureurs. Dans les cantons ayant établi des listes A et B, les hôpitaux figurant sur la liste A reçoivent la participation de base du canton et la contribution de base de l'assurance et ceux de la liste B (hôpitaux privés) seulement la contribution de base de l'assurance. Pour les établissements de la liste B, l'assurance de base (dans le

⁸ DRG : « *Diagnose Related Groups* » ou groupes de diagnostic

canton de Berne, par exemple) ou l'assurance complémentaire (dans le canton de Zurich, par exemple) compensent l'absence de participation du canton. Ainsi, l'assurance complémentaire couvre les coûts indiqués ci-dessous qui sont normalement assumés par les cantons :

- Dans les hôpitaux publics, subventionnés ou non, les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire ont droit à la participation de base du canton, conformément au Tribunal fédéral des assurances. Cet arrêté n'a été que partiellement mis en œuvre, jusqu'ici, en raison de la transparence insuffisante des coûts. Cela changera avec l'introduction des groupes de diagnostic. Les cantons devront alors verser 310 mio. fr. environ.
- Les hôpitaux privés, qui ne figurent pas sur une liste intégrée ou sur une liste A, ne reçoivent pas la participation de base des cantons. L'égalité de traitement entre les patients des hôpitaux privés et publics subventionnés coûterait 730 mio.fr. environ aux cantons (et aux caisses maladie).

La suppression du financement croisé est juste et nécessaire du point de vue de la politique de la santé...

Ce transfert des coûts vers les cantons ou l'AOS s'inscrit dans la logique du système. Les assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire ont déjà contribué au financement de la participation de base par le biais de leurs impôts. Les en priver pour un séjour dans un hôpital privé revient à les pénaliser, ce qu'il faut éviter.

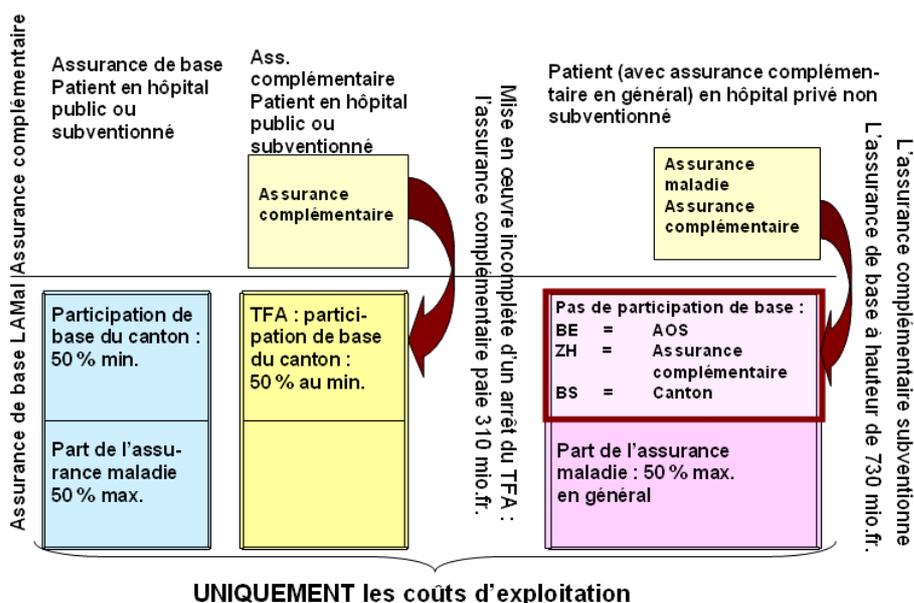
...mais elle ne doit pas exclure les hôpitaux privés du marché

Le transfert des coûts a un sens également du point de vue de la politique de la santé : d'une manière générale, l'assurance de base doit se concentrer sur des traitements efficaces et de haute qualité pour des maladies graves. L'assurance complémentaire, quant à elle, est l'instrument approprié pour des prestations supplémentaires. Pourtant l'évolution va dans une autre direction : depuis 1996, l'amélioration du confort dans les divisions communes et la hausse générale des primes d'assurance maladie et des complémentaires d'hospitalisation ont entraîné un recul de 25 % de la demande pour ces dernières. Il ne sera guère possible d'enrayer cette tendance, à moins de démanteler le financement croisé.

La première colonne porte sur le financement des soins de base dans les hôpitaux publics : les cantons et l'assurance maladie assument chacun près de la moitié des frais d'exploitation, même s'il existe des différences importantes entre les cantons. Les assurés en complémentaire ont droit à la participation de base du canton. La CDS estime que les contributions cantonales augmenteraient de 310 mio.fr si la structure des coûts était transparente.

Dans le cas des hôpitaux privés, les patients qui bénéficient généralement d'une assurance complémentaire, n'ont pas droit à la participation de base du canton. Cette dernière est généralement versée par l'assurance complémentaire (730 mio. fr.). Dans le canton de Berne, où les hôpitaux privés soignent beaucoup de patients ayant uniquement l'assurance de base, l'AOS prend en charge la participation de base normalement versée par le canton, ce qui se traduit par des primes d'assurance maladie élevées.

Graphique 4 : Système actuel de financement des hôpitaux



Les hôpitaux privés seraient exclus des soins de base dans certains cantons, dont celui de Berne, ...

Etendre la planification pour comprimer les coûts ?

Le Conseil fédéral et le Conseil des États souhaitent un transfert des coûts de l'assurance complémentaire vers les cantons et l'AOS neutre sur le plan financier. S'il est correct du point de vue de la politique de la santé, ce transfert suppose une diminution des coûts de 1 mrd fr. Pour y parvenir, on envisage d'une part de réduire les séjours hospitaliers de longue durée - ce à quoi contribue l'introduction des groupes de diagnostic - et, d'autre part, de réduire les surcapacités en étendant la planification hospitalière cantonale aux assurés disposant d'une assurance complémentaire. A l'avenir, seules les listes d'hôpitaux intégrées seront admises, les listes B disparaîtront. Ainsi, les établissements qui ne figurent pas sur la liste ne recevront ni la participation de base du canton ni la contribution de base des caisses maladie. Ils n'auront d'autre choix que de conclure une convention avec les caisses maladie, ce qui leur permettra de recevoir, à titre d'hôpital conventionné, la contribution de base des caisses maladie, mais pas la participation de base des cantons.

L'économie exige depuis longtemps un démantèlement des surcapacités. Mais le remède proposé, l'extension de la planification hospitalière, doit être rejeté pour des raisons de politique économique et de politique de la santé :

... et perdraient les patients privés, si appréciés, en raison d'une diminution de moitié du marché des assurances complémentaires

Erreur de politique économique

Le graphique 5 montre les conséquences de ce modèle. Premièrement, les hôpitaux privés seraient peu à peu exclus des soins de base. Or ces hôpitaux, des établissements non subventionnés, fournissent une part importante des soins de base, par exemple dans le canton de Berne. Les cantons ont pu de cette manière trouver un moyen élégant d'économiser la participation de base, mais cela s'est traduit par une hausse des primes d'assurance maladie. Si l'on impose des listes d'hôpitaux intégrées, cette stratégie d'économie est condamnée, puisque les hôpitaux privés figurant sur la liste ont également droit à la participation de base. Mais une parade existe aussi, comme l'a admis M. Perrenoud, directeur de la santé du canton de Berne, le 25 janvier 2007 à l'occasion d'une manifestation au cours de laquelle il a annoncé que son canton biffait les hôpitaux privés de ces listes.

Deuxièmement, ce modèle se traduirait aussi par une épuration de l'offre dans le domaine de l'assurance complémentaire. Car le domaine de l'AOS est généralement considéré comme un segment déficitaire, alors que les hôpitaux font des bénéfices avec les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. La stratégie des hôpitaux vise donc à attirer une part aussi grande que possible du nombre décroissant d'assurés possédant une complémentaire. Aussi, le Conseil des États propose-t-il de conclure des mandats de prestations assortis de conditions en vue de cantonner les hôpitaux privés aux domaines qui n'intéressent pas les hôpitaux publics. Mais l'instrument des mandats de prestations n'est pas adéquat, ils diviserait en deux le marché des assurés en complémentaire. Deux modèles d'assurance émergeraient :

- Un modèle d'assurance permettrait l'accès à tous les hôpitaux figurant sur une liste, c'est-à-dire, en priorité aux hôpitaux publics. Ce modèle qui prévoit le versement de la participation de base du canton serait très avantageux.
- Un autre modèle engloberait les hôpitaux figurant sur des listes et des hôpitaux conventionnés (privés). Ce modèle serait clairement plus onéreux, puisque l'assurance complémentaire devrait financer la participation de base pour les hôpitaux conventionnés.

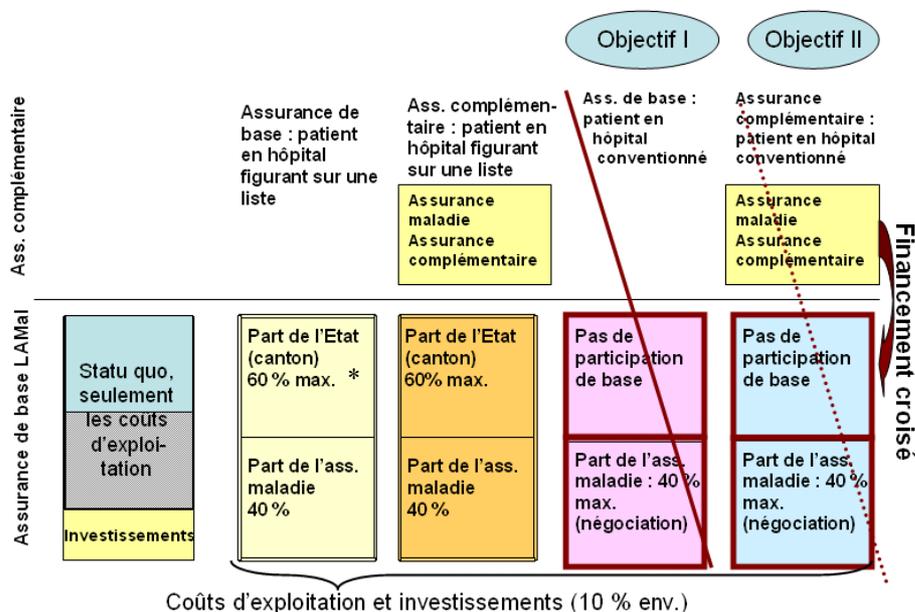
L'extension de la planification hospitalière codifie le caractère arbitraire de la planification cantonale

On peut s'attendre à ce que les assurés choisissent le premier modèle, car il est moins coûteux. Dans ce cas, les choses sont claires : aussi longtemps que la planification cantonale ne se fonde pas sur des critères objectifs et non discriminatoires, le modèle du Conseil des États exclura les hôpitaux privés des soins de base et de l'assurance complémentaire.

La proposition de mettre sur un pied d'égalité les hôpitaux privés et publics sur les plans financiers entraînerait de facto une discrimination des hôpitaux privés en raison de l'extension de la planification hospitalière. Seules les listes d'hôpitaux intégrées seront autorisées. En conséquence, la participation de base des cantons doit être versée pour les assurés de base et les assurés en complémentaire hospitalisés dans tous les établissements conformément à la planification. Cela rend impossible la stratégie d'économie de cantons, comme celui de Berne, aboutissant à la suppression d'hôpitaux privés de la liste. La même chose vaut pour le domaine lucratif de l'assurance complémentaire, où la discrimination passe par la division par deux des polices d'assurance complémentaire disponibles.

* La clé de répartition du financement doit encore être fixée. Le taux se situera entre 55 % et 60 %.

Graphique 5 : Modèle du Conseil des États : groupes de diagnostic et extension de la planification



Comme nous l'avons expliqué précédemment, la planification cantonale n'évite pas les discriminations. Les exigences de la CDS relatives au durcissement de la solution proposée par le Conseil des États le prouvent bien⁹ : la CDS souhaite « restreindre au maximum » le droit de recours en matière de planification hospitalière, « afin que les cantons puissent établir les listes d'hôpitaux avec le maximum d'autonomie ». Quant aux décisions d'investissement des hôpitaux publics et privés, elle veut les régler dans la législation cantonale et donc les soumettre à l'autorisation du Parlement ou du Conseil d'État. Prétendre que c'est le seul moyen d'éviter une course aux équipements entre les hôpitaux atteste d'une attitude hostile à l'innovation et néglige le fait que les groupes de diagnostic entravent la course aux équipements en raison du calcul des coûts totaux¹⁰.

De par leurs exigences, les cantons réclament la codification de l'arbitraire. L'égalité de traitement financier qu'ils préconisent pour les hôpitaux publics et privés est en réalité une farce. En effet, la planification garantit aux hôpitaux publics l'accès aux assurés en complémentaire, par décret, au lieu d'instaurer la concurrence en matière de prestations.

Une impasse sur le plan de la politique de la santé

L'économie planifiée crée une pression sur les coûts qui met en danger la qualité et fait des patients perdants de la réforme

Mais venons-en à l'aspect le plus critiquable du modèle du Conseil des États : il se concentre uniquement sur les coûts et relègue au second plan la qualité des prestations. Conformément à l'art. 49, al. 1 LAMal du projet, la tarification doit être évaluée d'après les tarifs des hôpitaux qui fournissent la qualité nécessaire avec efficience. Ce modèle a le mérite d'améliorer considérablement la transparence en termes grâce aux coûts par cas, car la qualité « nécessaire » est un terme vague dont la définition est laissée aux bons soins des fonctionnaires cantonaux chargés de la tarification ou des représentants des assurances maladie. L'absence de transparence en matière de qualité des prestations reviendrait à ouvrir grand la porte aux différences cantonales en matière de qualité. Comme les patients ne connaissent pas ces différences et qu'il est difficile de se faire soigner dans un autre

⁹ CDS : révision partielle de la LAMal, financement des hôpitaux : paramètres nécessaires afin que la CDS puisse accepter une solution dans la ligne du modèle élaboré par le Conseil des États ; 8.11.2006.

¹⁰ Dranove/David/Shanley/Mark/Simon: « *Is Hospital Competition Wasted* », Rand Journal of Economics, Vol 23(2), S. 257.

canton à moins de posséder une assurance complémentaire, leur crainte de voir la pression sur les coûts nuire à la qualité des soins se confirmerait. Une détérioration de la qualité des soins saperait la confiance dans le système de santé et dans sa capacité de réforme.

Alternative :
critères objectifs et transparents
pour l'accès au marché

Alternative : concurrence sur la qualité dans le marché intérieur

Ceux qui critiquent le modèle du Conseil des États ne veulent pas empêcher les réformes, bien au contraire. Mais ils refusent de prendre des décisions de principe sous la pression du temps. Ils réclament une procédure en deux étapes afin de parvenir aux trois objectifs suivants :

- publication des résultats médicaux (comparaison des prix et des résultats), afin que les médecins référents et les patients puissent avoir une véritable liberté de choix ;
- accès au marché pour les hôpitaux privés et publics sans discrimination, sur la base des résultats médicaux d'une part et de l'efficacité d'autre part (suppression de la planification hospitalière cantonale ;
- Création d'un marché intérieur (national) hospitalier ouvrant la voie à la levée totale du principe de territorialité.

Procédure en deux étapes

Introduire dans un premier temps les
forfaits par cas

Cette procédure en deux temps prévoit les étapes suivantes : dans une première étape, il s'agit d'introduire rapidement, à titre d'exigence minimale, le forfait par cas axé sur les prestations. Comme exposé ci-dessus, l'on créerait ainsi la transparence dans le financement et l'on poserait les bases de comparaisons qualitatives dans le recensement des données. Il faut s'attendre à ce que la mise en oeuvre de l'arrêt du TFA entraîne des coûts supplémentaires pour les cantons (environ 300 mio.fr.), mais les séjours hospitaliers seront plus courts.

Au niveau de la planification, il s'agit dans un premier temps de prévenir des mutations structurelles reposant sur des critères discriminatoires. Concrètement, il faudrait maintenir des listes A et B et, d'une manière générale, seuls les hôpitaux publics ou les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics devraient obtenir la contribution de base. Le prix à payer pour prévenir des mutations structurelles à caractère discriminatoire liées au protectionnisme cantonal est celui du financement croisé par l'assurance complémentaire de 700 millions de francs jusqu'à l'introduction de la deuxième étape.

et poser le fondement d'un
changement structurel reposant sur les
critères de la qualité médicale et de
l'efficacité des coûts

La deuxième étape consistera à poser le fondement d'un changement structurel reposant sur les deux critères importants pour les patients que sont la qualité médicale et l'efficacité des coûts et à assurer ainsi une dispensation minimale de soins conforme aux besoins dans les régions périphériques. Les exigences du rapport intermédiaire du groupe d'experts « médecine de pointe » du canton de Zurich généralement appliquées seraient adoptées : au lieu de répartir les prestations médicales de pointe dans le cadre d'une économie planifiée, les critères suivants serviraient de référence : compétitivité internationale, efficacité des coûts et qualité médicale des résultats¹¹.

Courageuse CSSS-N

La CSSS-N demande des comparaisons
entre établissements sur la qualité
médicale...

La deuxième étape devrait intervenir aussi rapidement que possible, c'est-à-dire que nombre d'éléments de la réforme devraient déjà être intégrés dans le premier train de mesures. C'est pourquoi il y a lieu de soutenir les propositions de la commission de la santé du Conseil national :

et veut instituer le marché intérieur
des hôpitaux

- Les hôpitaux sont tenus de saisir des données concernant des indicateurs médicaux de qualité.
- Le Conseil fédéral, en collaboration avec les cantons, prescrit dans toute la Suisse des

¹¹ Dranove/David/Shanley/Mark/Simon: « *Is Hospital Competition Wasted* », Rand Journal of Economics, Vol 23(2), S. 257.

comparaisons entre établissements permettant de vérifier les coûts par cas au niveau hospitalier ainsi que les résultats concernant la qualité médicale.

- A la demande du DFI, le principe dit du Cassis de Dijon est introduit dans le domaine hospitalier : dès lors, un hôpital inscrit sur la liste des hôpitaux d'un canton pourra offrir ses services dans toute la Suisse. Cette proposition innovante donnerait l'impulsion à la création d'un marché intérieur hospitalier¹². Toutefois, la condition pour que ce principe dynamise la consolidation du paysage hospitalier, c'est la garantie d'un accès non discriminatoire au marché. Mais comme le DFI appelle de ses vœux une planification commune, on risque de voir se former un cartel des directeurs de la santé qui bifferait systématiquement de la liste les hôpitaux privés, non agréés. Les cantons doivent donc premièrement s'engager à pratiquer pour les régions périphériques une planification axée sur des critères objectifs comme la qualité médicale, l'efficacité des coûts et la dispensation minimale des soins correspondant aux besoins. Deuxièmement, les contrats de prestations doivent être régis par analogie selon les règles des marchés publics, de manière objective, transparente et exempte de discriminations, ce que demande aussi notamment l'initiative parlementaire du groupe radical (06.444).

D'importantes revendications du modèle parlementaire fondé sur l'économie de marché seraient ainsi satisfaites

Modèle Wehrli / Humbel / Bortoluzzi / Gutzwiller

Un modèle élaboré par les conseillers nationaux Wehrli, Humbel (l'un et l'autre PDC), Bortoluzzi (UDC) et Gutzwiller (PRD) en collaboration avec les professeurs Leu (Université de Berne) et Poledna (Université de Zurich) a servi à parrainer certaines idées de la CSSS-N. Ce modèle constitue un compromis : même si tous les partis bourgeois réclament le passage direct au financement moniste des hôpitaux et à la liberté de contracter dans leurs programmes électoraux, ces mesures se heurtent pour le moment à la résistance des cantons et des patients. Or la répétition d'exigences maximalistes fait le jeu des adversaires de la réforme. Il faut donc envisager des compromis qui puissent influencer les décisions de manière à aller dans la bonne direction.

Par conséquent, le modèle de compromis Wehrli / Humbel / Bortoluzzi / Gutzwiller repose sur deux éléments qui font depuis dix ans l'objet d'un consensus en Suisse : qualité en matière de santé et liberté de choix. Ces deux dernières années, on a vu se dessiner une tendance de plus en plus nette à la régulation par le marché plutôt qu'à la planification (cantonale), ce qui renforce encore la stratégie¹³.

Concrètement, le modèle repose sur les quatre piliers suivants :

1. Qualité démontrée

La qualité médicale au centre du modèle : mesurable, repérable et susceptible d'amélioration

Les patients suisses demandent certes la qualité en matière de santé, mais ils ne la connaissent pas. Ainsi, notre pays passe à côté de ce que l'étranger sait déjà : la qualité est mesurable, elle peut être identifiée et améliorée :

- Les différences de qualité sont frappantes : aux Pays-Bas, le taux de mortalité 180 jours après un infarctus était de 32 % dans l'hôpital le plus mauvais, et de « seulement » 14,5 % dans le vingtième établissement depuis la fin du classement.
- La spécialisation est plus importante que la taille de l'hôpital, car le nombre de cas traités par service et par opérateur est essentiel pour la qualité des résultats.
- La transparence améliore la qualité : à New York, la publication des données relatives à la chirurgie cardiaque a fait baisser le taux de mortalité au niveau le plus bas des États-Unis.
- La qualité n'est pas nécessairement coûteuse : la plupart du temps, les hôpitaux qui affichent les meilleurs résultats en termes de qualité ne sont pas les plus chers (car ils se spécialisent et bénéficient des effets d'échelle), alors que les plus mauvais qualitativement parlant sont souvent coûteux. Si la qualité va souvent de pair avec l'efficacité des coûts, ce qui est bien, des coûts bas ne sont pas toujours synonymes de bonne

¹² La proposition pousse ad absurdum l'argument défendu par le même organe selon lequel, à défaut de planification supplémentaire, on pourrait redouter une extension quantitative.

¹³ Gfs /Interpharma 3.10.2006

qualité¹⁴. Le pilotage du système ne doit donc pas se faire par les coûts, mais par la qualité et ainsi par l'efficacité des coûts.

Il faut donc pouvoir disposer d'indicateurs médicaux de qualité au niveau du diagnostic qui englobent dans toute la mesure du possible, outre la qualité des différentes mesures thérapeutiques, aussi celle des prestations situées en amont et en aval (du diagnostic à la rééducation). Sont utiles à ce titre des indicateurs portant sur des données telles que les taux de réopération et de mortalité ou d'infections hospitalières, subsidiairement aussi d'indicateurs concernant les processus et les structures (nombre d'interventions par division et opérateur). En revanche, les indicateurs relatifs à la satisfaction des patients ne peuvent servir que d'instrument de marketing. Tous ces indicateurs doivent être élaborés en collaboration avec les organisations de médecins spécialisés et de soins et doivent tenir compte des expériences faites à l'étranger. Il n'est pas possible ni nécessaire d'élaborer des indicateurs de qualité pour toutes les maladies. Les domaines dans lesquels il n'est pas possible de définir des indicateurs doivent faire l'objet de mandats de prestations publics.

L'accès au marché passe par la qualité médicale et l'efficacité des coûts

2. Double comparaison de prestations

Si les résultats concernant la qualité médicale des diagnostics par hôpital ou division d'hôpital sont accessibles et que l'on introduit le système des groupes de diagnostics DRG (diagnosis related groups), la transparence sera réalisée en ce qui concerne la qualité et les coûts par cas. Ainsi, l'accès aux prestations de l'AOS est possible via une double comparaison de prestations. Doivent être admis à fournir des prestations les hôpitaux ou divisions d'hôpitaux suivants :

- ceux qui figurent parmi les 90 % des meilleurs de Suisse tant en ce qui concerne la qualité des résultats médicaux que les coûts par cas. La valeur seuil de 90 % par exemple est fixée à intervalles d'au moins une année. Elle peut même se situer à 100 % dans un premier temps pour créer la transparence.
- certaines divisions d'hôpitaux sont également autorisées à fournir des prestations nécessaires pour assurer la dispensation minimale des soins dans les régions périphériques.

Les divisions moins bonnes ou plus chères doivent négocier avec les assurances ou sortir du marché. Tel est l'objectif. Contrairement au système actuel dans lequel l'accès au marché est fonction de critères politiques (politique du gouvernement cantonal, politique régionale ou de l'emploi), il faudra établir de nouveaux critères objectifs dans l'intérêt du patient. En tant que modèle dynamique, la double comparaison des prestations des hôpitaux pousse en permanence à s'améliorer. Elle encourage aussi l'innovation dans les processus. En résumé : ce modèle donne un caractère objectif aux mutations structurelles et les systématiser.

Le citoyen doit pouvoir disposer d'informations qui lui permettent un choix sur le marché intérieur des hôpitaux

3. Liberté de choix sur le marché intérieur

La qualité des divisions d'hôpitaux étant rendue publique, le patient dispose pour la première fois de l'information nécessaire au choix d'un hôpital. Il doit pouvoir faire usage de cette information, c'est-à-dire choisir entre tous les hôpitaux qui comptent par exemple parmi les 90 % les meilleurs selon la double comparaison des prestations. Cela revient à créer un marché hospitalier national. Les essais approuvés par le DFI en matière d'espaces hospitaliers transfrontaliers (concernant Bâle surtout) sont bienvenus, dans la mesure où tous les hôpitaux du marché intérieur peuvent se préparer à la concurrence internationale.

Les expériences faites à l'étranger démontrent que les patients qui optent pour des hôpitaux situés assez loin de chez eux sont relativement rares¹⁵. On va ainsi voir se constituer des marchés régionaux de la santé. Mais contrairement aux modèles présentés par certains cantons pour constituer des marchés régionaux, ce ne sont pas les frontières poli-

¹⁴ GfS Moniteur de la santé, 3.10.2006

tiques des cantons qui doivent définir la région et ainsi créer de nouvelles distorsions, mais les flux réels de patients. Seul un marché national intérieur des hôpitaux plus vaste permet de véritables mutations structurelles où l'on voit des hôpitaux autant que possible indépendants se regrouper en alliances innovantes qui leur permettent ainsi de se spécialiser.

La contrepartie d'un marché intérieur qui assure un traitement identique des hôpitaux publics et privés est l'obligation faite aux hôpitaux soumis au système d'admettre tous les patients. Cela empêche la course aux bons risques.

4. Instance nationale indépendante de régulation

Les indicateurs de qualité doivent être appliqués partout. Les conflits cantonaux d'intérêts doivent être surmontés. C'est pourquoi, à l'instar des groupes de diagnostic Swiss DRG, une instance indépendante de régulation est nécessaire au niveau fédéral. Outre les représentants de la Confédération, des cantons et des hôpitaux, elle doit aussi intégrer les organisations de médecins et de soins. Des organisations déjà existantes comme l'association Outcome doivent autant que possible en faire partie. Les tâches de l'instance seraient les suivantes :

- Fixation d'une dispensation minimale de soins pour protéger les régions périphériques. Les cantons qui souhaitent des soins allant au-delà doivent les financer eux-mêmes.
- Fixation des indicateurs de qualité.
- Contrôle de l'application de la double comparaison des prestations.

Le modèle bénéficierait à presque tout le monde :

- Patients : ils pourront pour la première fois choisir un hôpital sur la base de la qualité médicale. Grâce à la transparence, la qualité générale s'améliorera, ce qui bénéficiera à tous les patients.
- Contribuables et assurés : ils bénéficieront d'un accroissement de la qualité des hôpitaux par une réduction des coûts due à la spécialisation et à une efficacité améliorée. Deuxièmement, la comparaison des coûts et l'introduction des forfaits par cas freineront la demande induite par l'offre et empêcheront la course à l'équipement. Troisièmement, le modèle accélérera les mutations structurelles et assurera le succès des fournisseurs bien placés, ce qui atténuera aussi les coûts.
- Hôpitaux : le modèle présuppose l'indépendance des établissements, ce qui renforce les hôpitaux. Cela vaut aussi particulièrement pour les petits hôpitaux : ils pourront exploiter les avantages de petites structures administratives et renforcer leur position à la faveur de coopérations avec des centres hospitaliers et grâce à la spécialisation. De nouvelles formes de coopération dans le sens de partenariats public/privé seront également possibles entre hôpitaux d'États et hôpitaux privés, par exemple dans l'enseignement et la recherche ou en ce qui concerne les services de santé.
- Economie : l'offre de prestations de santé s'internationalise de plus en plus. La Suisse jouit à cet égard d'une position privilégiée qu'il s'agit d'exploiter. Dans le domaine de la santé également, il faut que le label suisse devienne l'étalon-or de la qualité et de l'efficacité. La concurrence en matière de prestations et l'égalité de traitement des hôpitaux cantonaux et extra-cantonaux, publics et privés créent un environnement favorable aux innovations. Une qualité des résultats démontrée et des incitations à innover dans les processus sont de nature à convaincre les patients étrangers de la valeur du système de santé suisse.
- Cantons : les mutations structurelles, qui ont souvent échoué, s'opèrent sur une base objective. Ainsi, le risque politique des adaptations de structures se réduit pour les gouvernements cantonaux. Il en résultera des effets positifs sur les dépenses publiques. Ils pourront aussi continuer à fixer la dispensation minimale des soins par le biais de l'organe de régulation ou attribuer et financer des mandats supplémentaires. Les

Il est nécessaire qu'une instance indépendante élabore des critères objectifs valables pour toute la Suisse

Les patients, les contribuables et les assurés, les hôpitaux et l'économie bénéficieront du modèle

Mettre le patient au centre, une mesure profitable à tous

¹⁵ Par exemple les Veteran Administration Hospitals aux États-Unis. Ils ont été réorganisés selon les diagnostics, spécialisés et équipés d'ICT. Ils sont en concurrence entre eux au niveau de la qualité et des indicateurs de coûts. Entre 1999 et 2003, la qualité s'est améliorée, le nombre de patients s'est accru de 70 %, mais les coûts seulement de 41 %. Porter / Teisberg, « *Redefining Health Care* », 2006, p. 110

seuls perdants seront les administrations cantonales de la santé et les directeurs de la santé. Ils perdront du pouvoir.

Exploiter les chances plutôt que défendre un pouvoir protectionniste

Position d'economiesuisse

Pour les milieux économiques, il est important de disposer d'un système de santé efficace et efficient. Les hôpitaux constituent un élément central de ce dispositif. Comme pour l'initiative sur la caisse unique, qui ne mérite que le rejet, il s'agit dans ce cas aussi de choisir le bon système. Il importe de rejeter la médecine étatisée fondée sur la planification qui débouche sur l'impasse du rationnement ; il faut bien plutôt promouvoir la concurrence en matière de prestations, qui passe par la preuve de la qualité médicale et l'efficacité des coûts et par l'accès non discriminatoire au marché. Ce dernier n'est pas seulement un principe économique et juridique important, mais aussi, comme c'est toujours le cas dans le domaine des infrastructures, la pierre angulaire d'une réforme.

Cette approche est ambitieuse, mais réaliste : ses adversaires auront de la peine à expliquer aux patients et aux citoyens pourquoi, en matière de décisions essentielles concernant la médecine, il ne devrait pas y avoir de transparence sur les prestations ni de liberté de choix dépassant les frontières des cantons. Enfin, il y a là une chance, en se concentrant sur la qualité des prestations médicales et sur l'innovation des processus, d'attirer des patients étrangers et ainsi de réaliser plus simplement les mutations structurelles nécessaires sur un marché en croissance.

Pour toutes questions :

stefan.brupbacher@economiesuisse.ch

vincent.simon@economiesuisse.ch