

Financement des hôpitaux : non à l'extension des compétences cantonales en matière de planification

Instaurer la concurrence pour mettre fin au protectionnisme cantonal

3 avril 2006

Numéro 12

dossierpolitique

Financement des hôpitaux: instaurer la concurrence, renoncer à étendre la planification

L'essentiel en bref

Les hôpitaux constituent le principal secteur de coûts de l'assurance maladie obligatoire ; c'est aussi celui qui, à l'exception de 2004, connaît la progression la plus rapide. La réforme du financement des hôpitaux votée à la session de printemps par le Conseil des Etats vise à réduire les coûts en développant les compétences cantonales en matière de planification*.

Position d'economiesuisse

L'extension de la planification hospitalière n'est pas souhaitable. Les expériences faites sur dix ans dans ce domaine sont clairement négatives : au lieu d'assumer un mandat constitutionnel souvent évoqué vis-à-vis des patients, les cantons ont favorisé les intérêts de leurs travailleurs et leurs propres intérêts financiers.

Plutôt que de développer la planification, il est urgent de promouvoir, sur un marché hospitalier national, la qualité et la concurrence au niveau des prestations. Il faut espérer que la deuxième Chambre se résoudra à engager une réforme cohérente et courageuse. Si ce n'est pas le cas, il faudrait au moins mettre en œuvre les trois mesures suivantes : premièrement, instaurer rapidement des forfaits par cas; deuxièmement, amener les fournisseurs de prestations à s'engager à la transparence, ce qui implique de rendre publiques des comparaisons entre les prestations relevant de l'économie d'entreprise et les prestations médicales; troisièmement, empêcher que des fournisseurs hors canton et des privés ne soient discriminés, en obligeant au moins les cantons à leur attribuer des mandats dans le cadre de procédures de soumission avec possibilité de recours. Ces mesures constitueraient un train de mesures minimal qui permettrait d'assurer sur la durée l'efficacité et donc le caractère économique d'une médecine de qualité à la disposition de tous.

(* ndlr) La planification hospitalière consiste pour les cantons, seuls ou en commun avec d'autres, à établir l'étendue des besoins en soins hospitaliers et à admettre les fournisseurs nécessaires, y compris privés, en fonction de divers critères de qualité.

Hôpitaux: à la fois facteurs de coûts et employeurs

Le nouveau régime de financement hospitalier actuellement en cours de débat au Parlement est l'un des principaux trains de réforme du secteur de la santé. La situation paraît mal engagée : après que le modèle de réforme de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS) eut buté sur la résistance des cantons, le Conseil des Etats a présenté un modèle de compromis qui a été aussitôt critiqué par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Seul aspect incontesté, l'introduction des forfaits par cas qui, selon les expériences faites dans le monde, constituent un point essentiel de la réforme¹ et, par comparaison avec les budgets globaux, permettent des gains de productivité durables de l'ordre de 10 à 15 %².

En outre, personne ne conteste l'influence financière du domaine hospitalier sur les coûts de la santé, ni l'importance économique des hôpitaux. En 2004, les coûts des hôpitaux ont atteint 18,3 mrd fr. ou 35 % des coûts totaux du système de santé. Après des années de hausse fulgurante des coûts hospitaliers, cette progression s'est élevée en 2004 à 3,1 % « seulement » et s'est ainsi située pour la première fois à un niveau inférieur à l'augmentation des coûts généraux de la santé, également relativement faible, avec 3,7 %³. Sur les 18,3 mrd fr., 6,3 mrd fr. sont pris en charge par les cantons, 760 mio.fr. par les communes et le reste par les caisses maladie et les assurances privées.

En même temps, les hôpitaux revêtent aussi une grande importance économique : représentant 6,2 % des emplois ou 211'000 personnes⁴, les établissements stationnaires⁵ sont comparables aux secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, des transports et communication ou de la construction (cf. image 1)⁶. Ainsi, la part des hôpitaux au produit intérieur brut (PIB) a progressé au cours de ces dernières années (cf. image 2).

La planification en tant que décision d'orientation

Vu l'importance financière du projet, il n'est pas étonnant que les débats politiques soient dominés par les questions de financement et sa clé de répartition entre les cantons et les caisses maladie. Pour l'économie suisse aussi, la question de l'évolution structurelle du paysage hospitalier suisse est essentielle. Il importe non seulement pour les patients, mais aussi pour l'économie, que l'on mette les accents au bon endroit afin de disposer de structures compétitives.

Le projet voté par le Conseil des Etats, première Chambre délibérante, à la session de printemps, prévoit quelques étapes centrales dans le domaine des structures : il est prévu d'étendre la planification hospitalière à la dispensation des soins à tous les assurés, indépendamment de leur couverture d'assurance. Les personnes au bénéfice d'assurances complémentaires seraient intégrées à la planification. On espère, avec des contrats de prestations liés à certaines conditions, parvenir à une meilleure gestion de l'offre. Par exemple, en présence d'une offre excessive de services d'urgence (hôpitaux publics), l'interdiction d'ouvrir de nouveaux services d'urgence pourrait être la condition à remplir pour admettre un supplément de mandat de prestations (pour les hôpitaux privés) dans d'autres domaines.

Les hôpitaux sans mandat de prestations n'obtiendraient plus à l'avenir de contribution de base du canton. Selon le Tribunal fédéral des assurances, celle-ci se monte actuellement à 50 % des coûts d'exploitation, alors que les contributions versées aux hôpitaux hors canton et aux hôpitaux privés sont gelées à bas niveau. C'est d'ailleurs l'un des facteurs à l'origine de la révision en cours. Selon le projet de révision du Conseil des Etats, la contribution de base se situerait à l'avenir à 60 % des coûts d'investissements et d'exploitation. Comme la réforme se doit d'être neutre sur le plan financier, mais qu'elle s'étendrait à un plus grand nombre d'hôpitaux, ceux-ci seraient plus nombreux à l'avenir à lutter pour obtenir les ressources dont ils ont besoin. La course aux contributions de base

¹ OCDE : *Competition and Related Mechanisms to Enhance Efficiency in the Provision of Hospital Services*, DAF/COMP/WP2(2005)4, 26.9.2005, paragraphe. 48s.

² OCDE : ECO/WKP(2005)30, p. 20.

³ OFS : *Coût et financement du système de santé en 2004*, communiqué de presse 3.3.2006.

⁴ OFS : Communiqué de presse du 25.11. 2005

⁵ Ce vocable englobe les hôpitaux et les institutions de médecine sociale telles que les EMS et les institutions pour handicapés. La part des coûts de ces derniers aux coûts de la santé se monte à 17,9 %, OFS : *Coût et financement du système de santé en 2004*, communiqué de presse 3.3.2006.

⁶ OFS : Annuaire statistique 2005 ; OFS : *Emplois dans le domaine de la santé. Résultats du recensement des entreprises de 2001*, Neuchâtel 2003.

s'accroît. Ainsi, pour les hôpitaux tant publics que privés dont la part d'assurés n'ayant que l'assurance de base est élevée, l'admission sur la liste des hôpitaux deviendrait une question de survie.

Cela pose la question des conséquences qu'aurait sur la politique structurelle la mise à égalité, importante du point de vue du financement, des hôpitaux privés et publics avec mandat de prestations. Comme dans chaque secteur réglementé, la question de l'accès non discriminatoire au marché est essentielle. Est-il possible de garantir l'inscription non discriminatoire d'établissements sur la liste des hôpitaux ou l'attribution non discriminatoire de mandats de prestations ? Pour répondre à cette question, il convient de prendre en compte certaines particularités du marché hospitalier et de tirer les conclusions de dix ans de planification.

Les particularités du marché hospitalier

Indépendamment de considérations politiques, les partisans d'une réglementation étatique évoquent d'une manière générale un mauvais fonctionnement du marché des hôpitaux à trois niveaux, en plus des distorsions qui se manifestent généralement dans le domaine de la santé et justifient (théoriquement) des dispositions étatiques pour corriger ces dysfonctionnements :

- **Asymétrie de l'information** : les patients ne peuvent pas choisir leur hôpital au moment où on leur découvre une maladie. L'appendicite ne s'opère qu'une fois et en cas d'urgence, il n'est pas possible de faire un choix entre plusieurs fournisseurs de prestations.
- **Obstacles d'entrée et de sortie du marché pour les fournisseurs de prestations** : les investissements à

Image 1 : Nombre de personnes employées (en milliers)

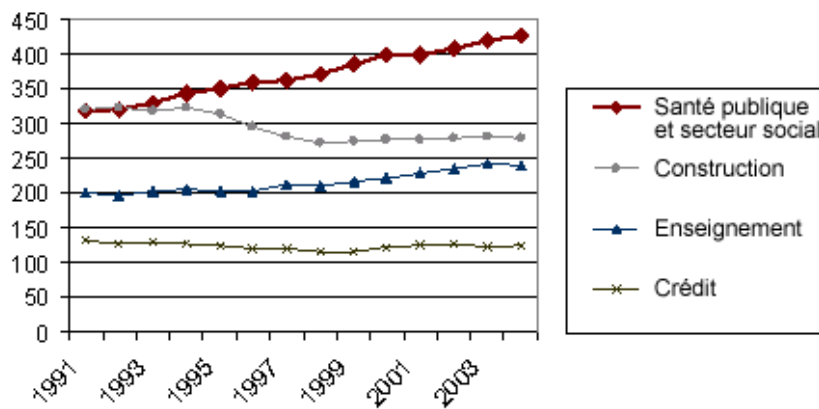
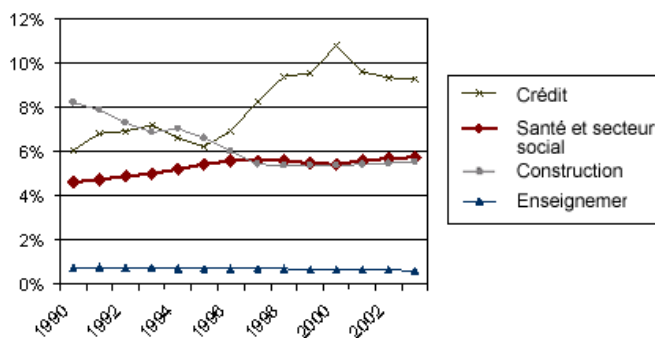


Image 2 : Part au PIB (en %)



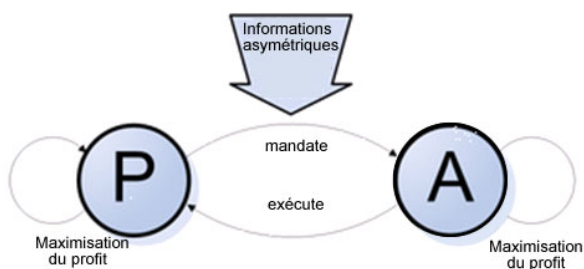
Source : Annuaire statistique

consentir pour la construction d'un hôpital sont élevés et les possibilités de reprise limitées.

- Conflit d'intérêts entre mandant et mandataire, le dernier décidant pour lui-même en raison du manque de transparence en matière d'informations. Ce problème tient tout d'abord au rapport entre les cantons ou les caisses maladie en tant que sources de financement et les hôpitaux : selon le principe « *a built bed is a filled bed* »⁷, l'hôpital peut exploiter ses capacités disponibles par un élargissement des indications ; or, ni les caisses maladie, ni les cantons (ni le patient) ne peuvent vérifier si c'est le cas. Ainsi, la part des patients « mal dirigés » dans les hôpitaux suisses, c'est-à-dire qui reçoivent la plupart du temps des soins qui ne seraient pas nécessaires, est estimée entre 14 % et 29 %⁸.

Il existe un deuxième conflit, entre le citoyen et le canton. Outre la dispensation des soins qui intéresse au premier chef le citoyen, le canton vise aussi des intérêts de politiques régionale et financière et s'efforce d'éviter des conflits avec des syndicats bien organisés.

Image 3 :



La LAMal a introduit la planification hospitalière en 1996. Ainsi, la Suisse dispose de suffisamment d'expérience pour déterminer s'il y a dysfonctionnement du marché qui justifie des dispositions étatiques ou si la

réglementation se révèle efficace par rapport à la planification et tend vers les objectifs visés.

Les enseignements de dix ans de planification

Une thèse de l'Université de Bâle publiée récemment fournit une analyse complète des expériences faites avec la planification pendant la période 1996-2002⁹. L'étude dresse un bilan clairement négatif.

1. Absence de base scientifique

Le calcul des besoins était fondé sur 23 planifications établies sur des bases, des définitions et des besoins chiffrés différents. Les chiffres fluctuaient dans une proportion allant jusqu'à 50 % d'un canton à l'autre. Les hypothèses admettaient un nombre de lits trop bas en comparaison internationale : en 1996, la planification hospitalière estimait l'offre de lits en soins aigus à 32'650 et dégageait des surcapacités de 6'000 lits. Mais selon la statistique de l'OCDE utilisée en Suisse jusqu'en 1996, il y avait 39'000 lits, soit une surcapacité deux fois supérieure. Ce qui est plus grave, c'est qu'au lieu de réduire les surcapacités, la planification cantonale prévoyait surtout un développement linéaire des progrès de productivité dégagés également en Suisse jusqu'en 1996. Les cibles fixées concernant la durée moyenne d'hospitalisation pour 2005, entre 8,6 et 9,6 jours (GL, ZH, AI, AG, BS, BL, TG, BE) restaient bien supérieures aux chiffres comparatifs internationaux déjà établis en 1997 aussi bien pour les systèmes étatiques de santé, tels ceux de la Suède (5), de la Grande-Bretagne et du Canada (7,1), que pour le système des Etats-Unis orienté vers le secteur privé (6,2). Conclusion : les cantons utilisent la marge d'interprétation statistique pour calculer des surcapacités aussi faibles que possible.

2. Intérêts financiers au premier plan

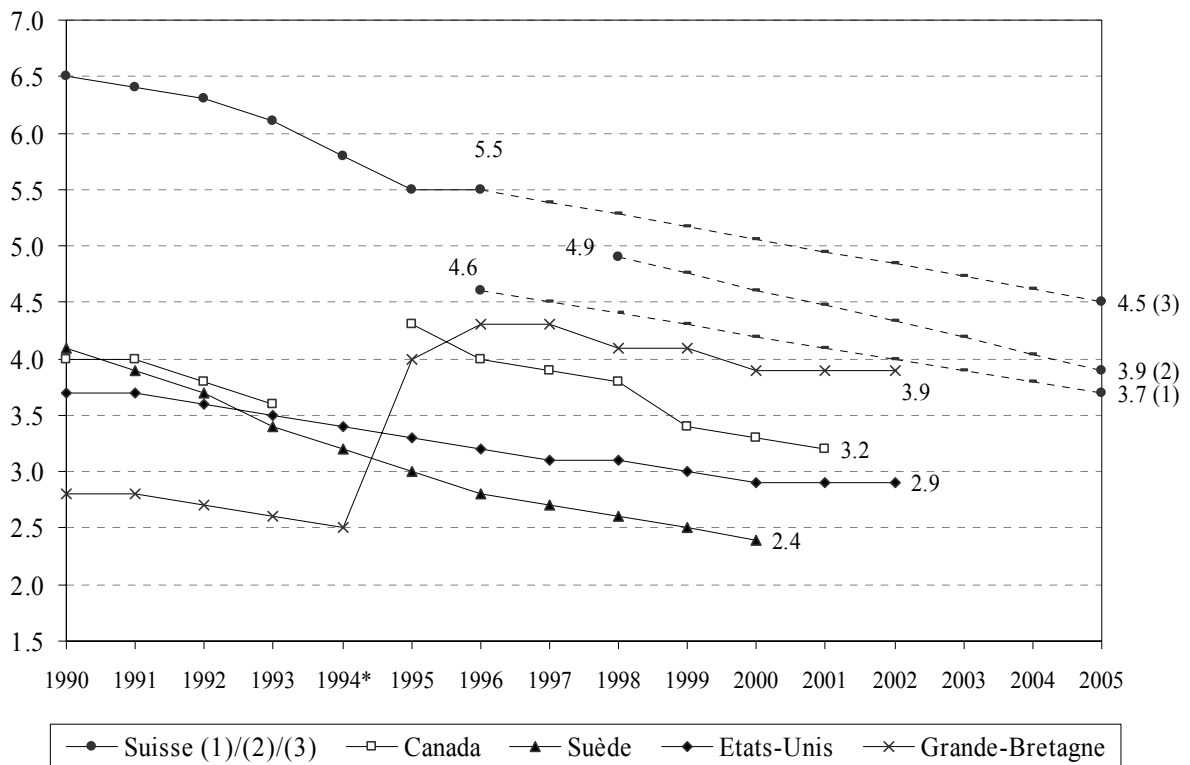
Seuls les cantons de Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Uri, Nidwald et Obwald effectuent une planification supra-cantonale. Dans les autres cantons, la planification vise un cloisonnement protectionniste du marché hospita-

⁷ *Roemer's Law*, du nom de l'économiste américain du même nom. Cette loi ne s'applique qu'en cas de prise en charge assurée des coûts, paru dans : *The Dartmouth Atlas of Health Care*, Vol. II, 1993.

⁸ Cf. débat Sommer : *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*, Stuttgart 1999.

⁹ Ortrud Biersack : *Kantonale Spitalplanung und Spitallisten in der Schweiz : Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Berlin 2005.

Image 4 : Comparaison de la densité de lits en soins aigus pour certains pays avec la densité estimée selon la planification.



(1) Sur la base des lits en soins aigus selon les documents de planification

(2) Sur la base du nombre total de lits des hôpitaux de médecine générale et des cliniques spécialisées selon l'OFAS (2000) pour 1998, moins les surcapacités

(3) Sur la base du nombre de lits selon l'ancien calcul de l'OCDE : lits pour traitement de courte durée (médecine générale, spécialités et rééducation)

Source : Biersack, figure 5.5

lier. Ce faisant, les cantons ont maximisé non pas les intérêts des patients, mais leurs intérêts financiers et leurs intérêts en tant que propriétaire. Ainsi, « les listes sont établies de manière à ce que les conséquences financières des principes de remboursement en cas d'hospitalisation hors du canton (LAMal) restent limitées pour le canton. Par conséquent, on traite dans le canton autant de Glaronais qu'il est possible et sensé sur le plan économique¹⁰. Ou, « Les hospitalisations en dehors du réseau hospitalier cantonal sont... très

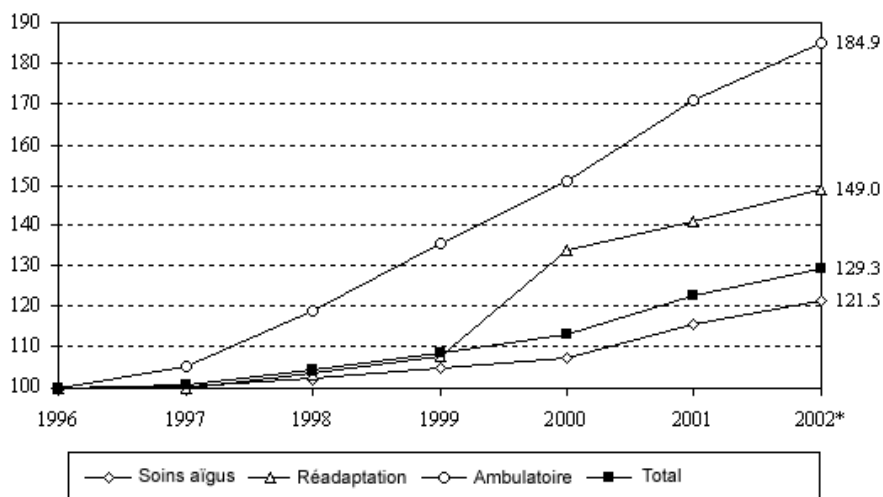
coûteuses pour le canton... Le canton ne peut atteindre un taux de couverture de 95 % que dans la mesure où il parvient à 'rapatrier' dans ses propres établissements les patients qui sont hospitalisés hors canton »¹¹.

Des coopérations ont surtout vu le jour dans les domaines au-delà de l'offre d'approvisionnement inter-cantonale. Cela a permis aux cantons de ménager leurs propres capacités et de promouvoir les hôpitaux des cantons qui accueillent des patients d'autres

¹⁰ Cité dans l'étude Biersack, page 85 ; *direction sanitaire du canton de Glaris*, décembre 1997.

¹¹ Cité dans l'étude Biersack, page 85 ; *Conseil d'Etat du canton de Fribourg*, avril 1997. .

Image 5 : Evolution des coûts hospitaliers selon les domaines de prestations



* Les résultats pour 2002 sont provisoires : les indications des communes font défaut

Source : Biersack, figure 6.8

cantons. Les cantons qui « importent » des patients, comme Zurich, utilisent leur position en médecine de pointe pour conclure des contrats d'exclusivité avec d'autres cantons dans les domaines, tels que la chirurgie cardiaque, et exclure la concurrence des hôpitaux privés pour ce qui concerne les patients d'autres cantons¹².

3. Intérêts des employés maximisés

Dans la pratique, la planification n'a guère induit l'atténuation des coûts espérée : la réduction de capacités s'est faite selon le principe des coupes linéaires, au lieu d'appliquer des critères d'optimisation de la qualité et des performances. Deux manœuvres ont également eu du succès : les fusions. Mais, elles n'ont pas été mises en œuvre « physiquement » et n'ont donc pas eu d'incidence sur le personnel ni n'ont entraîné la réaffectation d'employés licenciés à de nouveaux services consacrés aux maladies chroniques et à la gériatrie. Les chiffres : 86 % des capacités supprimées sont le

résultat d'une diminution de la densité de lits, un facteur ayant une faible incidence sur les coûts¹³.

Cependant, 70 % des coûts d'exploitation sont des coûts de personnel qui peuvent être réduits uniquement si la suppression de lits a également des conséquences en termes d'effectifs. [...] En outre, des économies importantes en termes de coûts de personnel supposent la fermeture de certains services »¹⁴. De nombreux gouvernements cantonaux le savaient mais ils n'ont pu en tirer les conséquences en raison de la résistance d'employés bien organisés. Ainsi, le personnel des hôpitaux de soins aigus examinés est sorti indemne de la phase de réduction des capacités. Les effectifs ont même augmenté entre 1996 et 2002, passant de 83'000 à 88'000 personnes, ce qui ne peut s'expliquer totalement par le durcissement du droit du travail.

L'augmentation des effectifs montre que des hôpitaux ont conquis de nouveaux marchés de croissance. Les chiffres l'attestent : les coûts de rééducation et des

¹² Cité dans l'étude Biersack, page 91.

¹³ Zurich, principalement, a fait des expériences positives en matière de fermeture d'hôpitaux. Dans la plupart des cas, le canton n'était pas l'employeur, mais uniquement une source

de subventions. Les hôpitaux concernés étaient globalement de petite taille. Le gouvernement cantonal a bénéficié de sa réputation de dureté.

¹⁴ *Spitalkommission Graubünden*, 1997, citée dans l'étude Biersack, page 144

soins ambulatoires prodigués dans les hôpitaux ont explosé (respectivement + 40 % et + 85 %), tandis que les coûts des soins aigus n'ont augmenté que de 21 % entre 1997 et 2002. Or, si on regroupe les soins ambulatoires et aigus dans le domaine hospitalier, on s'aperçoit que la croissance des coûts n'a pas changé depuis l'introduction de la LAMa¹⁵.

4. Intérêts des patients négligés

La suppression de surcapacités, une mesure avant tout « cosmétique », n'a pas permis aux hôpitaux de tirer parti de manière suffisante des effets d'économie d'échelle et de courbe d'apprentissage (en augmentant la fréquence des actes, on les exécute avec plus d'efficacité et on en réduit le coût), qui existent également dans le système de santé. Pour bénéficier des effets d'échelle, les hôpitaux doivent atteindre une capacité supérieure à 200-400 lits. Avec une taille moyenne de 125 lits, de nombreux hôpitaux de soins aigus suisses n'atteignent pas la taille nécessaire, un point critiqué dans les ouvrages économiques¹⁶. Les effets d'échelle et de courbe d'apprentissage ont non seulement un impact sur les coûts, mais ils influencent aussi plus particulièrement les taux de morbidité et de mortalité. Ainsi, pour 14 opérations à haut risque, les grands hôpitaux affichaient un taux de mortalité jusqu'à 12 % inférieur à celui de petits hôpitaux¹⁷. La réorganisation des hôpitaux du comté de Los Angeles, réalisée entre 1997 et 2002, a produit des effets positifs similaires : situés sur un territoire de 6'600 km² qui compte 5,5 millions d'habitants, les hôpitaux de ce comté présentent un potentiel de patients proche de celui des hôpitaux du Plateau suisse. En cinq ans, 11 % des 133 hôpitaux ont été fermés, ce qui a entraîné des économies annuelles de 387 mio. USD. Sur le plan

médical, on a constaté des temps de réaction supérieurs pour les cas d'urgence, qui peuvent toutefois être corrigés par une amélioration des services ambulatoires et qui étaient largement compensés par d'autres avantages médicaux. Ainsi, les patients étaient plus nombreux à commencer par consulter leur médecin de famille plutôt que les urgences, améliorant la qualité et l'adéquation du traitement. Les examens préventifs, pour le dépistage du cancer du gros intestin par exemple, se sont multipliés. C'est crucial pour le traitement de ce cancer, qui figure au troisième rang du classement des cancers les plus fréquents. Enfin, la perception subjective de la qualité du système de santé par les personnes concernées ne s'est pas détériorée¹⁸.

Ces effets d'échelle et de courbe d'apprentissage sont renforcés par la concurrence en matière de prix et de qualité. Dans le domaine du traitement de l'infarctus du myocarde – une des principales causes d'hospitalisation – l'instauration de la concurrence entre les hôpitaux a entraîné, outre des économies, la réduction du taux de mortalité de 4,4 %, bien que cette diminution ait bénéficié principalement aux patients issus de régions dépourvues de concurrence. Les effets positifs ont été atteints notamment en lien avec les modèles *managed care*¹⁹.

Echec de la planification

Les expériences en matière de planification nous permettent de tirer trois conclusions. Premièrement, sur le marché hospitalier, ce ne sont pas tant les lacunes du marché qui apparaissent, mais plutôt l'échec de l'Etat en matière de régulation du secteur. Les conflits d'intérêt se situent au niveau de l'hôpital et du canton²⁰. Le conflit d'intérêts des cantons à la fois

¹⁵ Cf. aussi Klauss/Busato/Zahnd : *Analyse des régions de desserte hospitalière en Suisse*, Sécurité sociale 2/2005, page 104

¹⁶ Ruefli : *Wirkungsanalyse der Kantonalen Spitalplanungen*, Berne 2005, page 118 s., Filippini/Farsi : *An Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals*, Final Report, Berne 2004, pages 49, 73, 91. Les coûts sont plus élevés dans les hôpitaux universitaires même si on considère le degré de gravité des cas traités. Outre les coûts de la formation et de la recherche, cela peut également s'expliquer par l'absence de réflexion entrepreneuriale. La situation s'est certes améliorée depuis 1999 comme le montre l'augmentation des coûts supérieure à la moyenne ; cf. OFS : *StatSanté 1/2005, Indicateurs des coûts et des ressources des hôpitaux suisses*, pages 13, 21.

¹⁷ Birkmeyer et al. : *Hospital Volume and Surgical Mortality in the US*, *The New England Journal of Medicine* 346, 2002: 1128-37

¹⁸ Buchmueller/Jacobson/Wold : *How Far To The Hospital ? The Effect of Hospital Closures On Access To Care*, NBER Working Paper 10700, Cambridge 2004, pages 4, 13 ss., 22, 28. La distance moyenne s'est allongée de 4,8 km à 6,4 km pour les personnes concernées par la fermeture d'un hôpital, majoritairement blanches et aisées.

¹⁹ Kessler/McCellan : *Is Hospital Competition Socially Wasteful?* NBER Working Paper 7266, Cambridge 1999

²⁰ Cf. aussi Ruefli : *Wirkungsanalyse der Kantonalen Spitalplanungen*, Berne 2005, page 31

propriétaires, employeurs et responsables de l'approvisionnement en prestations de santé, nuit aux patients et, à moyen terme, aux contribuables qui paient pour le cloisonnement des marchés hospitaliers cantonaux. Cela explique l'échec de réformes des gouvernements cantonaux ou du Parlement, en raison d'une défense des intérêts bien organisée qu'il s'agisse du personnel hospitalier ou des régions. L'étude Biersack montre donc que le Conseil des Etats et les cantons ont tort d'exiger une extension de la planification. Les racines des conflits d'intérêt résident plutôt dans la diversité des responsabilités assumées par les cantons et dans le manque d'information des patients et des contribuables. L'asymétrie de l'information explique aussi l'échec de projets de réforme devant le peuple. En l'absence d'une information standardisée et publique sur les prestations médicales et microéconomiques des hôpitaux, le peuple ne peut évaluer les projets de réforme que sur la base de considérations géographiques et de politique régionale²¹. Au lieu de concentrer les prestations hospitalières destinées à ses citoyens sur ses hôpitaux, en étendant la réglementation étatique – une approche paternaliste –, les autorités feraient mieux de prévenir d'éventuelles lacunes du marché par une réglementation de la qualité.

Cela vaut également pour les obstacles à l'entrée et à la sortie du marché. D'une manière générale, de telles barrières ne semblent pas exister. Les investissements n'atteignent pas des montants prohibitifs : en 2003, les coûts d'exploitation des hôpitaux privés et publics dans le domaine stationnaire se montaient à près de 15 mrd fr., alors que les investissements avoisinaient les 950 mio.fr.²². Mais ce chiffre est plutôt supérieur à ce qui est strictement nécessaire, car les investissements sont traités par les parlements cantonaux comme des questions indépendantes et ne sont donc pas appréciés sur la base de principes de gestion d'entreprise. C'est ici que réside, d'une part, la cause

du *medical arms race*²³, la course aux équipements médicaux. D'autre part, les chiffres montrent que les investissements – le cas échéant, sans tenir compte des régions périphériques – ne se situent pas à un niveau prohibitif. C'est également ce que montre l'intérêt des hôpitaux privés suisses à reprendre des hôpitaux publics ou les changements structurels observés en Allemagne, où la part des lits d'hôpitaux privés est passée de 15 % à 26 % depuis 1991 et où même les cliniques universitaires sont reprises par des particuliers²⁴. On constate une nouvelle fois que ce sont les réglementations politico-légales qui posent problème et non les lacunes du marché.

Deuxièmement, on comprend, au vu de ces expériences, que l'extension de la planification nuirait encore un peu plus aux hôpitaux privés et hors canton. Ce qui ne fait guère sourciller, puisqu'on estime généralement que des établissements à but lucratif ne doivent pas bénéficier de ressources publiques. Troisièmement, comme nous l'avons montré précédemment, les hôpitaux publics maximisent eux aussi leurs « bénéfices ». Au lieu de se traduire en dividendes, ces bénéfices transparaissent dans les équipements et le nombre de lits, l'augmentation des salaires et du nombre d'employés et de la poursuite d'intérêts de politique régionale, comme l'atteste une étude exhaustive de l'OCDE²⁵. Qu'ils soient publics ou privés, les hôpitaux utilisent la possibilité d'exploiter les possibilités de rente²⁶. Le fait de traiter d'une manière différente les hôpitaux privés et publics repose donc en priorité sur de prétendues considérations morales (il ne faut pas faire de bénéfices aux dépens des malades) et non sur des faits. Or, si on s'appuie sur ceux-ci, la concurrence en termes de prestations est nécessaire pour limiter la tendance de tous les hôpitaux à maximiser leurs bénéfices et pour améliorer l'efficacité des hôpitaux publics²⁷.

²¹ N'ayant pas été standardisées ni publiées, les initiatives cantonales et locales de ses dernières années visant à évaluer la qualité – comme celles du Verein Outcome – n'ont guère eu d'effet.

²² Les investissements en faveur des hôpitaux publics sont estimés à 800 mio.fr., ceux en faveur des hôpitaux privés à 145 mio.fr. (communiqué de presse de l'Association suisse des cliniques privées du 2.11.2004).

²³ L'instauration de la concurrence entre les hôpitaux a un effet marginal sur le MAR, Dranove/ David/ Shanley/ Mark/ Simon :

Is Hospital Competition Wasted?, Rand Journal of Economics, Vol. 23(2), page 257

²⁴ Schütze-Brief 19/2006/ page 17

²⁵ OCDE : cf. note de bas de page n° 2, paragraphe 40

²⁶ Ibid, paragraphe 132

²⁷ Kessler/McCellan : *The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity*, NBER Working Paper 8537, Cambridge 2001, page 26

Commentaire

Lorsqu'ils prennent des décisions, les gouvernements démocratiques placent les intérêts des producteurs avant ceux des consommateurs, notamment quand il est question de mesures protectionnistes²⁸. Cette affirmation s'avère dans le cas de la planification hospitalière suisse. Même l'introduction d'un marché intérieur national a échoué en raison du protectionnisme des cantons sur la question des hôpitaux. Le marché hospitalier se révèle être un exemple des échecs de l'Etat en matière de régulation.

Le projet du Conseil des Etats aggrave les choses. Comme exemple valable pour de nombreux cantons, je cite l'exigence du gouvernement soleurois, qui va au-delà du Conseil des Etats : « Il faut reformuler le projet de manière à ce qu'il soit clair que les cantons ne cofinancent pas les traitements hospitaliers prodigués dans les hôpitaux hors canton qui ne figurent pas sur les listes hospitalières dans le canton où le patient concerné est domicilié... ». Le canton de Soleure n'est pas prêt à consacrer des recettes fiscales au cofinancement d'hôpitaux privés hors canton »²⁹.

Dans l'énoncé de leurs exigences, les cantons renvoient souvent au mandat de prestations que leur confère la Constitution (art. 41 Cst.)³⁰. Bien que ce renvoi reflète la réalité, l'article constitutionnel concerné confie la responsabilité conjointement à la Confédération et aux cantons. Les cantons sont donc libres de déléguer leurs tâches au niveau national (art. 43 Cst.), où la Confédération possède la compétence de régler les tâches qui doivent l'être de manière uniforme (art. 42 Cst.). Encore plus important, l'article 41 Cst. n'oblige aucunement les cantons à gérer eux-mêmes

les hôpitaux. Les expériences de ces dix dernières années ont montré, précisément, que seule une répartition des tâches claires libère les cantons du conflit d'intérêts insoluble auquel ils sont confrontés, entre les exigences des patients, des contribuables, des régions et des employés. Les cantons le savent, leurs prises de position le montrent : ainsi, la Conférence des directeurs cantonaux (CdC) a exigé des mécanismes d'économie de marché en vue d'atténuer les coûts, lorsqu'elle a rejeté le modèle de la CSSS-E le 17 novembre 2005. Seulement quatre mois plus tard, alors qu'elle rejetait le compromis élaboré par le Conseil des Etats, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé réclamait la compétence absolue en matière de planification, y compris pour la limitation des voies de recours³¹.

Dans ce contexte, la Chambre des cantons est confrontée à une tâche difficile : elle doit garantir l'introduction la plus rapide possible de la facturation forfaitaire par cas. Un point à traiter éventuellement de manière séparée. Ensuite, le projet devra être évalué par rapport à deux paramètres de politique structurelle :

- Eviter de discriminer les hôpitaux privés et hors canton et renoncer à l'octroi de mandats de prestations sur la base de motivations politiques : l'objectif d'un marché hospitalier concurrentiel de type moniste et jouissant de la liberté de contracter ne doit pas être atteint par une épuration des structures dont seraient victimes les prestataires privés et la concurrence intercantonale. Une exigence minimale est formulée : l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux doit se faire de manière transparente, c'est-à-dire, par analogie avec l'article

²⁸ Anthony Downs : *An economic theory of Democracy*, New York 1957, page 297

²⁹ Décision du Conseil d'Etat du 28 février 2006, citée par le conseiller aux Etats Ernst Leuenberger, dont la proposition a

été rejetée, Feuille fédérale provisoire du 8 mars 2006 sur l'article 41 LAMal

³⁰ Cf. www.gdk-cds.ch.

³¹ Cf. www.gdk-cds.ch.

6, alinéa 7 de la loi sur le marché intérieur dont la révision a été adoptée en décembre 2005, conformément aux règles des marchés publics. L'appel d'offre doit être ouvert à tous les prestataires de services qui satisfont les conditions techniques et organisationnelles définies à l'article 39, alinéa 1, lettres a-c LAMal, indépendamment de leur forme juridique.

- Poser les fondements d'une concurrence en matière de prestations médicales transparente : l'introduction de la facturation forfaitaire par cas facilitera les statistiques relatives aux résultats thérapeutiques tout comme la comparaison économique des prestations. Il conviendra d'imposer légalement ces deux exigences à tous les prestataires de services et de publier les résultats chaque année. C'est un passage obligé pour informer les patients et les citoyens. En effet, ceux-ci, faute d'informations lors de la fermeture d'un hôpital, ne peuvent prendre de décisions sur la base de la qualité et de l'efficacité des prestations médicales, mais s'en remettent à des critères géographiques ou de politique régionale.

Le système de santé suisse et ses hôpitaux sont bons en comparaison internationale. Il n'en reste pas moins qu'ils doivent devenir meilleurs. Par ailleurs, il faut continuer à garantir l'accès de tous les patients à des prestations hospitalières de qualité élevée, y compris à la médecine de pointe, et au progrès technologique. A cet effet, il est nécessaire de dégager des gains d'efficacité en innovant en matière de processus et de produits, afin d'atténuer l'évolution des coûts.

De même, le positionnement de nos hôpitaux, en tant que prestataires de services concurrentiels au niveau international sur un marché de la santé global en expansion, revêt une grande importance. La crise des systèmes de santé étatiques européens, dans lesquels

les délais d'attente s'allongent de plus en plus, alimente également le flux international de patients à la recherche d'excellents services de santé et l'évolution des besoins en matière de loisirs et de santé de la génération d'après-guerre. Chaque année, 50'000 citoyens britanniques se font opérer à l'étranger³². Après Singapour, l'Afrique du Sud, la Thaïlande et le Costa Rica, c'est au tour de la Belgique et de la Hongrie de proposer des offres de qualité élevée sur le marché croissant du tourisme de la santé.

Les hôpitaux suisses doivent avoir la possibilité de saisir ces opportunités commerciales. Dans ce sens, il convient de mettre en place le plus rapidement possible le marché intérieur et de donner aux hôpitaux publics une liberté d'entreprise leur permettant de se spécialiser et de se positionner aux niveaux régional, national et international. Ce positionnement profitera également aux assurés en division commune du fait d'un accès plus rapide aux technologies de pointe et d'un accroissement de l'efficacité des prestations. C'est le seul moyen pour l'Etat d'assumer ses responsabilités à la fois envers les employés et les contribuables. En effet, ce positionnement permet à l'Etat d'opposer au scénario qui sévit à l'étranger – absence d'investissements, diminution de l'innovation et accroissement de la frustration – un paysage hospitalier solide et efficace. Celui-ci, grâce à la concurrence et à de bonnes conditions-cadre de formation et de recherche clinique, pourrait à son tour devenir, comme les branches exportatrices de la pharmacie et des appareils médicaux, un soutien à la croissance dans le domaine des hôpitaux et du tourisme en matière de santé.

Pour toutes questions :
stefan.brupbacher@economiesuisse.ch

³² Deutsches Ärzteblatt online, 13.6.2005

Pour toutes questions :
stefan.brupbacher@economiesuisse.ch