

Financement des hôpitaux

Besoin urgent de réforme

10 janvier 2005

Numéro 1

dossierpolitique



economiesuisse

Financement des hôpitaux : élément important de la révision de la LAMal

Résumé

Le financement des hôpitaux est un élément central de la révision de l'assurance maladie. Le Conseil fédéral propose de passer à un financement des hôpitaux dual fixe.

Le secteur stationnaire représente un tiers environ des coûts de l'assurance de base obligatoire. Une révision du financement des hôpitaux est incontournable pour contrer la pression sur les coûts et sur les primes.

Position d'économiesuisse

La proposition du Conseil fédéral ne satisfait qu'en partie les exigences en matière de transparence, de concurrence et de rentabilité. Des inconvénients majeurs du système dual subsistent.

Il faut passer directement à un financement moniste des hôpitaux, le rôle de moniste étant joué par les assurances maladie et les organisations de managed care.

Un modèle fondé sur la concurrence suppose, en outre, la liberté de contracter dans les secteurs tant ambulatoire que stationnaire, l'introduction de forfaits par cas axés sur la performance ainsi que la suppression de la planification hospitalière cantonale.

Introduction

Deux tentatives de réviser la loi sur l'assurance maladie (LAMal) ont échoué de sorte que le besoin de réforme du système de santé suisse reste urgent. Cela concerne plus particulièrement le financement du secteur stationnaire des hôpitaux, qui constitue un des piliers du système de santé. De plus, en ce qui concerne les coûts hospitaliers, la Suisse a dépassé les Etats-Unis et occupe aujourd'hui la première place. Cela montre l'urgence d'une intervention. Le financement des hôpitaux constitue donc un élément central de ce troisième projet de révision, que le conseiller fédéral Pascal Couchepin a mis en route au printemps 2004. Ce projet prévoit une réforme exhaustive du système de santé qui renforce les éléments de concurrence. Le présent « dossierpolitique » passe en revue le régime actuel du financement des hôpitaux et des éventuels modèles à venir.

Financement dual des hôpitaux (système actuel)

Qu'est-ce que le financement dual des hôpitaux ?

Une hospitalisation est financée différemment selon qu'il s'agit de soins ambulatoires ou stationnaires prodigués dans un hôpital privé ou public.

Lors d'un traitement stationnaire, il faut distinguer le traitement effectué dans un hôpital public,

subventionné ou non, et dans un hôpital privé. Un traitement hospitalier dans un hôpital public, subventionné ou non, est dit « dual » en raison de la présence de deux sources de financement. Ainsi, le financement dual des hôpitaux désigne le financement des coûts hospitaliers par deux acteurs, leur part pouvant varier. A l'heure actuelle, le financement des hôpitaux est dual dans le sens que les pouvoirs publics (cantons/communes) et les caisses maladie participent au financement des soins stationnaires séparément et parfois indépendamment les uns des autres. Le canton puise dans les recettes fiscales pour financer les coûts des prestations d'intérêt général (apprentissage, recherche, urgences, etc.), les coûts d'investissement ainsi que les déficits des hôpitaux publics de concert avec les communes (financement des établissements). Les coûts d'exploitation à prendre en compte sont répartis entre les cantons et les assureurs (responsabilité partagée en matière de financement). Les cantons paient 50% au minimum des frais d'exploitation à prendre en compte pour les patients en division commune et, depuis les jugements rendus par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) et l'adoption de la loi urgente sur les traitements hospitaliers dispensés dans le canton, les cantons participent aussi aux frais des patients disposant d'une assurance complémentaire des divisions semi-privée ou privée des hôpitaux publics, subventionnés ou non. De

leur côté, les assurances maladie assument 50% au maximum des frais d'exploitation à prendre en compte pour les traitements stationnaires en division commune, mais aucun coût d'investissement ni aucune prestation d'intérêt général. Les assureurs et les hôpitaux négocient des tarifs en vue du financement des frais d'exploitation à prendre en compte (forfait journalier, forfait par division ou forfait par cas). A l'heure actuelle, en Suisse, la part des frais à prendre en compte représente entre 55% et 57% pour les pouvoirs publics et entre 43% et 45% pour les assurances maladie, le montant assumé par le canton variant passablement d'un canton à l'autre. Les subventions des communes se dirigent exclusivement vers l'offre (financement d'établissements), celles des cantons se dirige tant vers l'offre que vers la demande (offre : subventions et couverture du déficit des hôpitaux ; demande : réductions de primes des assurés). Les assurances maladie, en tant que représentantes de leurs assurés, financent exclusivement la demande.

Les hôpitaux privés, non subventionnés, facturent aux assurances maladie la totalité des coûts (coûts d'investissement et d'exploitation) pour les traitements dispensés aux patients possédant seulement une assurance de base ou également une assurance complémentaire. Dans ce domaine, les assureurs sont déjà la seule source de financement (moniste) de même que dans le secteur ambulatoire du domaine hospitalier.

La planification hospitalière est du seul ressort du

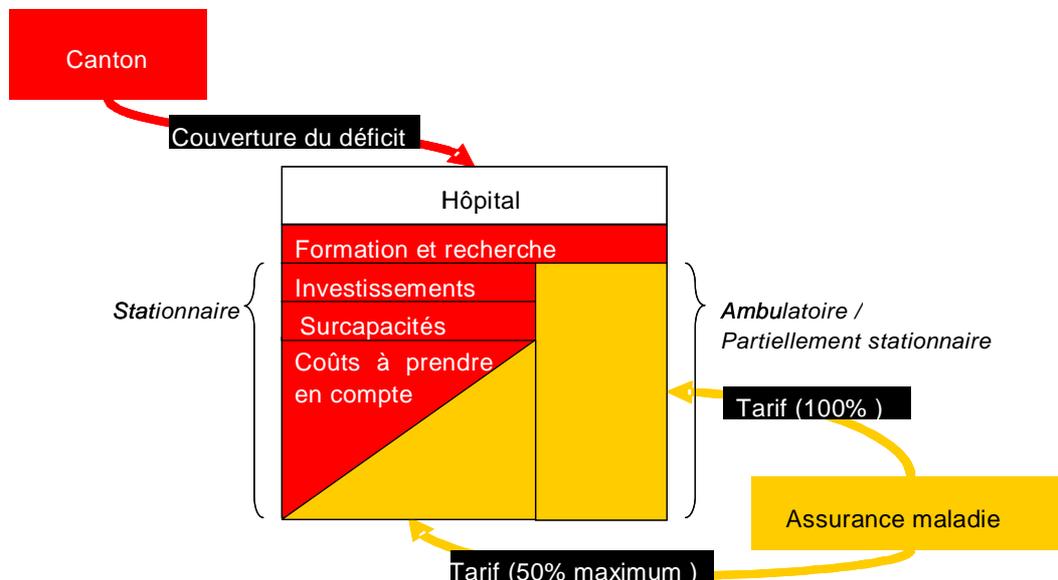
canton. Elle comprend notamment l'établissement de listes d'hôpitaux. Ces dernières revêtent une certaine importance dans la mesure où seuls les hôpitaux figurant sur ces listes peuvent établir des factures à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et que le canton paie 50% au minimum des coûts d'exploitation à prendre en compte uniquement aux hôpitaux publics, subventionnés ou non, figurant sur la liste (contribution de base = contribution des cantons). La planification hospitalière constitue donc un instrument qui permet au canton de gérer et de limiter l'admission des hôpitaux à la charge de l'AOS et les contributions de base cantonales.

Le financement des hôpitaux dual et la planification hospitalière permettent au canton d'assumer de manière pragmatique l'obligation de planifier ainsi que la coordination en matière de planification, de financement et d'occupation des hôpitaux. Les contributions des cantons (= contributions de base) aux coûts d'exploitation des hôpitaux publics, subventionnés ou non, tiennent compte du principe selon lequel la compétence de direction doit être entre les mains de celui qui a l'obligation de financement. Cela doit contribuer à optimiser l'utilisation des ressources et donc à endiguer les coûts.

Arguments pour l'introduction du financement dual des hôpitaux dans le cadre de la LAMal

Lors de l'élaboration de la LAMal, deux arguments ont parlé en faveur du financement dual des hôpitaux : celui de la répartition et celui du contrôle des coûts.

Financement des hôpitaux dual



Du point de vue de la répartition, un financement passant uniquement par des primes par personne aurait représenté une régression excessive pour la majorité et n'aurait guère eu de chances sur le plan politique. Parallèlement, le passage à une solution purement fiscale, qui aurait éliminé la prime individuelle en tant qu'élément de concurrence central de la LAMal, n'était pas jugé opportun sur le plan politique. Le financement dual actuellement en vigueur constituait donc un compromis. Dans la mesure où les coûts hospitaliers sont financés en partie par des impôts progressifs fondés sur le revenu et la fortune, une répartition sociale de la charge financière a lieu – par rapport à un système financé par une prime individuelle indépendante du revenu. Au-delà de cet argument de répartition, la subvention des établissements fournit aussi aux cantons un instrument pour contrôler les coûts.

Sur le plan conceptuel, le financement dual des hôpitaux constitue une approche d'économie planifiée (budget global). Le canton influe directement sur la structure du secteur hospitalier via le financement des établissements et d'autres instruments de régulation (planification hospitalière et liste d'hôpitaux : article 39, lettre d et e LAMal).

Inconvénients du financement dual des hôpitaux

Les problèmes actuels sont essentiellement liés aux facteurs suivants :

- La responsabilité financière est répartie entre plusieurs acteurs (cantons et assureurs) alors que la responsabilité des décisions n'est pas partagée (canton) ;
- Le financement d'établissements et la couverture de déficits par les cantons et les communes ;
- Le mode de rétribution qui incite à la dépense (forfaits journaliers) ;
- et la subvention unilatérale des prestations stationnaires.

Les défauts du système entraînent les distorsions de concurrence et inefficiences suivantes :

- Conflit d'intérêt au sein des cantons (rôle multiple des cantons) : en raison du rôle multiple des cantons – exploitant des hôpitaux, responsable de la planification hospitalière, financier et arbitre en cas de différend en matière tarifaire – les cantons sont pris dans un conflit d'intérêt. Ainsi, l'intérêt des cantons à une réduction des tarifs est limité puisqu'une réduction tarifaire se traduirait par une

augmentation des déficits qui à leur tour doivent être assumés par les cantons (garantie du déficit pour les hôpitaux publics, subventionnés ou non). L'intérêt limité des cantons pour une réduction des tarifs dans le secteur stationnaire constitue véritablement un inconvénient lorsque les assurances maladie et les hôpitaux ne parviennent pas à un accord sur une convention tarifaire. Conformément à l'article 47 de la LAMal, le canton joue le rôle d'arbitre dans ce cas. Les cantons sont donc simultanément juge et partie. Leur rôle multiple et le fait que les hôpitaux publics se regroupent pour défendre leurs intérêts (les hôpitaux publics couvrent 80% à 90% du marché) font que les cantons peuvent bloquer une partie au moins de la pression sur les coûts des caisses maladie et freiner voire retarder l'assainissement des structures (suppression de capacités redondantes, par exemple). Les différentes assurances maladie ne peuvent donc pas faire jouer la demande. Cependant, elles ont la

« Sur le plan conceptuel, le financement dual des hôpitaux constitue une approche d'économie planifiée. »

possibilité de déposer une plainte auprès de l'office fédéral de la santé pour des tarifs

qu'elles jugent excessifs. En ce qui concerne les structures de décision et de financement actuelles des hôpitaux, la majorité des hôpitaux s'efforcent de compenser l'insuffisance des contributions à la couverture des frais par une hausse des recettes et d'éviter une révision de l'offre de prestations – une réflexion indéfendable sur le long terme. Comme les cantons sont également propriétaires des hôpitaux publics, les décisions relatives à la suppression de lits d'hôpitaux sont généralement prises pour des motifs politiques ; en l'occurrence, elles ne sont pas prises.

- Absence de concurrence entre les hôpitaux : compte tenu de l'influence des cantons sur les tarifs, la couverture du déficit, l'obligation de contracter et l'absence de personnalité juridique des hôpitaux publics, la concurrence n'est possible que dans une moindre mesure dans le secteur stationnaire. Les hôpitaux non concurrentiels peuvent subsister en majorant les forfaits pour leurs prestations et, si aucune convention n'est signée, ils sont soutenus par les cantons qui jouent le rôle d'arbitre.
- Distorsion des coûts entre, d'une part, le secteur stationnaire et, d'autre part, les secteurs ambulatoires et partiellement stationnaires : les

coûts du secteur ambulatoire sont assumés uniquement par les assureurs (excepté pour la participation aux frais et la franchise des assurés). En revanche, dans le secteur stationnaire, les cantons et les assureurs se partagent les frais d'exploitation à prendre en compte conformément au financement dual décrit précédemment. Le canton ne subventionne que le traitement stationnaire, aussi assiste-t-on à une distorsion des coûts relatifs pour les parties qui assument les coûts des traitements stationnaires et des traitements partiellement stationnaires et ambulatoires. Peu à peu, les progrès techniques et médicaux rendent possible un transfert du secteur stationnaire, coûteux sur le plan économique, aux secteurs partiellement stationnaire et ambulatoire, plus avantageux. Le potentiel d'économie inhérent à ce transfert peut être exploité seulement dans une mesure limitée.

En effet, les subventions unilatérales du secteur stationnaire font que le transfert décharge les cantons au détriment des assurés. Partant, les

assureurs ne sont pas incités à encourager un transfert vers les secteurs partiellement stationnaire et ambulatoire.

- Le principe de la couverture des coûts à prendre en compte (ou principe de la couverture du déficit) : dans le système de financement dual, la garantie de la couverture des coûts prévaut indépendamment du rapport prix-prestations. Ce sont les coûts et non les prestations qui sont financés. Le principe de la couverture des coûts à prendre en compte implique qu'en général l'ensemble des déficits d'exploitation des hôpitaux publics est assumé par les pouvoirs publics. Ces conditions-cadre sont contraires à l'objectif d'une réduction des coûts inscrit dans la LAMal : elles n'incitent guère à une réflexion dans la perspective de l'exploitation et aboutissent au maintien d'hôpitaux non concurrentiels.
- Les différends entre les fournisseurs de prestations et les assureurs en ce qui concerne les coûts à prendre en compte et la délimitation des prestations : c'est en particulier la responsabilité financière partagée entre les cantons et les assureurs, la responsabilité pour les décisions se situant uniquement chez les cantons, et le principe de couverture des coûts qui sont à l'origine du

manque de transparence dans le système dual. Partant, la grandeur déterminante pour le financement des hôpitaux est souvent difficile à établir. En conséquence, les assurances maladie et les prestataires de soins ne sont pas tombés d'accord sur le montant qui correspond à 100% des coûts d'exploitation à prendre en compte. En outre, la réglementation actuelle débouche souvent sur des enquêtes et des querelles sur la question de savoir qui assume quelle partie des coûts, en lien avec la délimitation entre les prestations stationnaires et partiellement stationnaires, par exemple.

- Planification hospitalière d'une cohérence incertaine : La cohérence de la planification hospitalière et des listes d'hôpitaux en tant qu'instruments de contrôle efficaces de l'approvisionnement dans le domaine de la santé à moyen et long termes doivent être remis en question indépendamment de leur proximité avec les méthodes de l'économie planifiée. Première-

« Le potentiel d'économie inhérent aux progrès techniques et médicaux peut être exploité seulement dans une mesure limitée en raison des subventions unilatérales en faveur du domaine stationnaire. »

ment, la planification hospitalière ne comprend ni le secteur ambulatoire ni le secteur partiellement stationnaire. Deuxièmement, il n'existe pas de dispositions suprarégionales ou nationales dans le cadre de la planification hospitalière de sorte que le nombre de personnes couvertes par les hôpitaux d'un canton est fréquemment trop restreint par rapport au volume nécessaire pour atteindre la qualité en matière de prestations médicales. Troisièmement, les cantons procèdent à la planification hospitalière sur la base des besoins de la population, mais aussi sur la base d'autres facteurs, comme l'opportunité politique. Le fait que la responsabilité pour la planification hospitalière relève du canton fait que la décision de fermer un hôpital et de supprimer des lits d'hôpital sont des décisions politiques souvent fondées non pas sur le bon sens économique mais sur des motifs de politique régionale et autres.

- Pénalisation de modèles d'assurance alternatifs (modèle managed care) : le mode de financement actuel des hôpitaux pénalise les modèles d'assurance alternatifs. D'après les données rassemblées jusqu'ici, il apparaît que, par rapport aux assurances conventionnelles, les health maintenance organisations (HMO) réalisent leurs

économies de coûts essentiellement via un faible taux d'hospitalisation et la courte durée des séjours hospitaliers. En raison de la subvention unilatérale des prestations stationnaires, ils ne peuvent réaliser eux-mêmes qu'une partie des économies de coûts effectives et les répercuter sur les assurés sous la forme de diminution de primes. Plus de la moitié de ces économies de coûts bénéficient aux pouvoirs publics. Cela entrave le développement des modèles managed care et réduit fortement la pression sur les coûts et la pression concurrentielle possibles. Le secteur stationnaire est subventionné encore davantage depuis que les contributions de base des cantons sont également versées aux personnes qui possèdent une assurance complémentaire et non aux seuls assurés de base des hôpitaux publics, subventionnés ou non. C'est le cas depuis le jugement du TFA de 1997 et 2001 pour les hospitalisations au sein du canton, ainsi que dans le cadre de la loi urgente de 2002 pour les hospitalisations dans le canton, ce qui paraît sensé au vu de l'égalité de droit des assurés. Cependant, les modèles d'assurance alternatifs sont davantage pénalisés que par le passé.

- Pénalisation des hôpitaux privés : par rapport aux hôpitaux publics, les hôpitaux privés sont pénalisés, car pour des prestations identiques, ils doivent exiger des prix (tarifs) supérieurs aux assurances maladie puisqu'ils ne reçoivent pas de subventions cantonales. Leur pénalisation s'est considérablement accrue depuis que les cantons doivent aussi payer pour les prestations en faveur des personnes possédant une assurance complémentaire dans les hôpitaux publics, subventionnés ou non, alors qu'ils ne doivent pas payer de contribution de base aux hôpitaux privés (conformément aux jugements du TFA de 1997 et de 2001 pour les hospitalisations au sein du canton ainsi qu'à la loi urgente de 2002 pour les hospitalisations au sein du canton). Avant cela, les cantons payaient seulement pour les personnes ayant uniquement une assurance de base et étant hospitalisées dans un établissement public subventionné ou non. Ainsi, les hôpitaux publics possédaient un avantage : pour les personnes disposant d'une assurance complémentaire, les frais de capitaux ne devaient pas être couverts via les recettes propres. Dorénavant, les personnes

« L'existence de nombreux hôpitaux privés se trouverait menacée par une discrimination aussi marquée. »

disposant d'une couverture complémentaire hospitalisées dans un établissement public, subventionné ou non, ont également droit à une contribution cantonale pour les coûts d'exploitation liés au traitement. Ainsi, les hôpitaux publics possèdent un avantage majeur en termes de coûts par rapport aux hôpitaux privés. Si cette réglementation temporaire inscrite dans la loi urgente perdure, cet avantage de coût se traduirait par des coûts par cas très variables pour les patients disposant d'une couverture complémentaire selon le mode de financement de l'hôpital. En conséquence, deux produits d'assurance complémentaires feraient rapidement leur apparition. Une variante plus avantageuse, permettant aux patients possédant une couverture complémentaire de se faire soigner uniquement dans des hôpitaux publics, subventionnés ou non, et l'autre plus coûteuse, qui couvrirait également les coûts pour des prestations reçues dans des hôpitaux privés. Ces distorsions entre l'assurance de base et les couvertures complémentaires ne concerneraient que les assurés de la seconde

variante. En effet, les primes correspondant à ces deux produits d'assurance seraient

très différentes. Il faudrait alors s'attendre à un déplacement massif vers la première variante de l'assurance complémentaire. Il ne fait aucun doute que l'existence de nombre d'hôpitaux privés se trouverait menacée par une discrimination aussi marquée. De plus, une telle évolution n'est pas compatible avec la LAMal puisque cette dernière exige la prise en considération de manière adéquate des hôpitaux privés (LAMal article 39d).

Subvention croisée indirecte de l'assurance de base via l'assurance complémentaire : dans le système actuel, l'assurance de base bénéficie de subventions croisées via deux voies. Premièrement, bien que les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire contribuent à financer l'assurance de base via les impôts, elles ont dû, par le passé, assumer la totalité des coûts de traitement. En effet, les cantons refusaient de se plier à l'obligation de verser une contribution de base contenue dans la LAMal pour les personnes au bénéfice d'une couverture complémentaire. Compte tenu des jugements du TFA de 1997 et de 2001 ainsi que de la loi urgente de 2002 sur les traitements hospitaliers dans le canton, les cantons doivent aussi verser des contributions de base

pour les assurés au bénéfice d'une couverture complémentaire, mais seulement pour ceux hospitalisés dans un hôpital public, subventionné ou non, pas pour ceux hospitalisés dans un hôpital privé. De plus, la contribution de base en faveur des personnes au bénéfice d'une couverture complémentaire selon la loi urgente est inférieure à celle des personnes ayant seulement l'assurance de base. Ensuite, les tarifs sont bien plus élevés pour les personnes au bénéfice d'une couverture complémentaire pour presque toutes les prestations (opération de l'appendicite, par exemple). Dans les hôpitaux publics, une partie des recettes supplémentaires obtenues ainsi est utilisée par l'hôpital pour réduire le déficit de la division commune.

La mise en œuvre des jugements du TFA et de la loi urgente a réduit considérablement la subvention croisée des patients possédant uniquement la couverture de base par les patients au bénéfice d'une couverture complémentaire, mais elle ne l'a pas totalement supprimée.

Il faut également déterminer quels coûts sont assujettis à la clé de répartition (coûts à prendre en compte, c'est-à-dire coûts pour les prestations ou aussi pour les investissements) et si le régime de financement dual fixe s'applique seulement aux hôpitaux publics, subventionnés ou non, ou également aux hôpitaux privés. Ces éléments déterminent ensuite les conséquences financières pour les cantons, les assureurs et les assurés. De nombreuses variantes sont possibles.

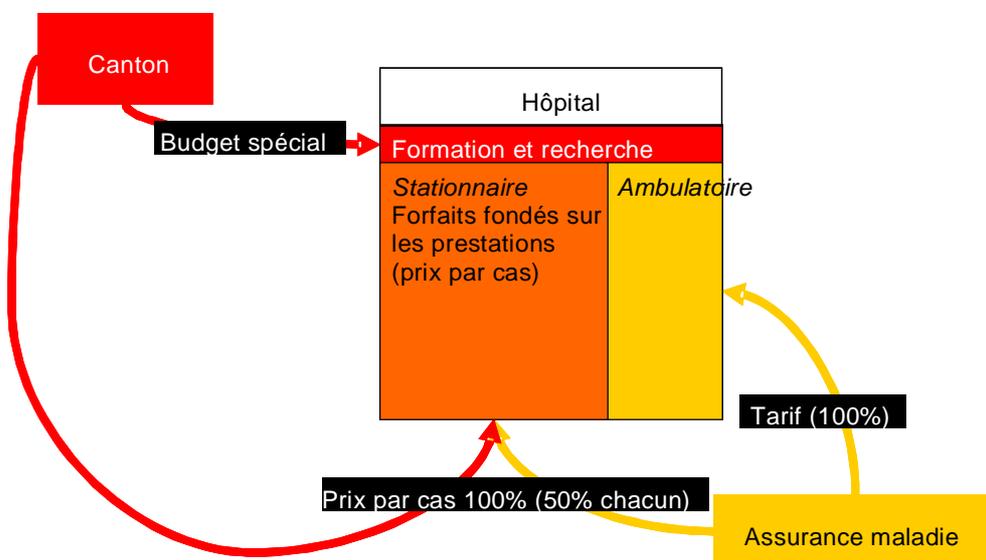
Le fait que les investissements ne sont jamais indépendants de l'exploitation parle en faveur de la prise en compte des coûts d'investissement dans le régime de financement. Ils ont toujours un impact sur les coûts d'exploitation (offre de prestations, amortissements). L'émergence de nouvelles formes de financement, en particulier le leasing, a rendu aisée la transition entre coûts d'investissement et coûts d'exploitation. Cela justifie l'adoption d'une vision globale dans le sens d'une réglementation financière identique pour les coûts d'exploitation et les coûts d'investissement.

Le fait que la loi dise que les prestataires privés ne doivent pas être pénalisés parle en faveur de la prise en compte des hôpitaux privés dans le régime de financement. De plus, les établissements privés figurant sur les listes cantonales sont indispensables pour satisfaire la demande de la population et ont donc droit à la contribution de base du canton. Aussi importe-il de tendre à l'intégration des hôpitaux privés dans le régime financier au nom de l'égalité de droit

Financement dual fixe des hôpitaux

Qu'est-ce que le financement dual fixe des hôpitaux ?
Ce terme désigne le financement des coûts hospitaliers par deux acteurs selon une clé de répartition fixe. La clé de répartition peut être paritaire (acteur A 50% et acteur B 50%) ou prévoir une répartition quelconque des coûts (acteur A 40% et acteur B 60%, par exemple).

Financement des hôpitaux dual fixe



des hôpitaux nécessaires pour couvrir les besoins de la population et dans le but d'éviter des distorsions de concurrence. Ces dernières apparaissent lorsqu'une partie seulement des établissements reçoivent des contributions des pouvoirs publics à titre de rétribution pour leur mandat de service public. Cependant, il faut, en contrepartie, éviter également de faire de l'« écrémage » parmi les hôpitaux privés dans le sens d'une limitation aux prestations particulièrement lucratives. Sinon, les prestataires privés seraient privilégiés par rapport aux prestataires publics étant donné que, premièrement, ces derniers sont obligés d'admettre tous les patients et, deuxièmement, ils doivent proposer une offre de prestations plus large pour garantir la sécurité de l'approvisionnement.

Il faut définir le mode de rétribution quel que soit le régime de financement des hôpitaux. En l'occurrence, le choix du mode de rétribution est indépendant du régime de financement des hôpitaux. Un régime de financement des hôpitaux donné peut néanmoins se combiner avec toutes les formes de rétribution. Les problèmes liés au mode de rétribution ne doivent donc pas être imputés au régime du financement des hôpitaux.

Le financement dual fixe des hôpitaux selon le projet de message du Conseil fédéral de 2004

Dans la réforme de la LAMal en cours, le Conseil fédéral reprend pour l'essentiel la 2e révision de la LAMal, rejetée en décembre 2003, et propose les changements ci-après par rapport au financement dual :

- Passage du financement des établissements complété par des subventions et la couverture du déficit à une rétribution axée sur la performance et concurrentielle (financement des prestations) avec forfait par cas. Cela signifie que ce ne sera plus la totalité des coûts à prendre en compte d'un hôpital en tant qu'entreprise qui sera remboursée, mais les prestations individuelles effectivement fournies.
- Les prestations des hôpitaux publics et privés intégrés dans la planification cantonale seraient indemnisées (intégration des hôpitaux privés dans la planification et le régime de financement).
- Les prestations, y compris les coûts d'investissement, des hôpitaux publics et privés seraient financées à part égale par les cantons et les assurances maladie (financement des hôpitaux dual fixe avec intégration des coûts d'investissement). Cela signifie que les cantons et

les assureurs paient chacun 50% du forfait par cas. Le canton continue d'assumer seul la formation et la recherche via un budget spécial.

- De plus, le Conseil fédéral s'engage à soumettre au Parlement un projet de financement moniste des hôpitaux trois ans au maximum après l'entrée en vigueur du financement dual fixe des hôpitaux.

Avantages du financement dual fixe des hôpitaux (message du Conseil fédéral)

Par rapport au financement dual actuel, la proposition du Conseil fédéral apporte quelques améliorations substantielles :

- Clé de répartition des coûts dual fixe : la répartition fixe des coûts entre les cantons et les assureurs dans le secteur stationnaire évite les différends entre les deux acteurs quant au degré de couverture des coûts, permet une meilleure planification du budget et conduit à une harmonisation de ce domaine à l'échelle nationale. Du fait que les investissements doivent être amortis, les hôpitaux sont incités à réduire leurs surcapacités.
- Passage du financement des établissements au financement des prestations : avec le financement des établissements prévalant dans le système dual, les prix (tarifs) sont négociés indépendamment des coûts effectifs ou fixés par les prestataires. Cette situation, de même que la couverture des déficits, permet aux hôpitaux de proposer des prestations exhaustives sans se soucier de la demande. La rétribution axée sur les prestations proposées par le Conseil fédéral pour un financement dual fixe oblige les hôpitaux à vérifier pour quels services ils couvrent leurs coûts et quels services ils ont intérêt à laisser à la concurrence. Cela entraîne la formation de domaines de spécialisation médicale avec de véritables centres de compétence difficile à atteindre par la voie politique. La spécialisation des hôpitaux optimise la qualité des prestations du fait que cette dernière dépend largement du volume des prestations. De plus, le financement des prestations améliore la comparabilité des produits des hôpitaux ainsi que la transparence, ce qui intensifie la concurrence entre les prestataires. Cela renforce la nécessité de maximiser l'autonomie et la rentabilité des hôpitaux de sorte que leur marge de manœuvre entrepreneuriale s'étend. En résumé, il faut s'attendre à ce que la rétribution des prestations endigue les coûts grâce à la suppression de mauvaises incitations

économiques ainsi qu'à une amélioration de la qualité.

- Intégration des hôpitaux privés : l'intégration des hôpitaux privés figurant sur les listes dans le même régime de financement que les hôpitaux publics met théoriquement les prestataires de soins privés sur un pied d'égalité. Dans la pratique, aussi longtemps que le canton en tant que propriétaire des hôpitaux publics établit des listes d'hôpitaux, il existe toujours le risque que les établissements privés soient pénalisés. La situation des hôpitaux privés pourrait même se détériorer si les cantons devenaient plus réticents à admettre des prestataires de soins privés sur la liste en raison de l'obligation de payer une contribution de base qui y est liée. En effet, l'admission sur la liste entraîne pour l'hôpital privé le droit à une contribution cantonale, mais constitue aussi une condition à l'établissement de factures à la charge de l'AOS. Les prestataires privés n'ayant pas droit aux contributions cantonales et ne pouvant établir des factures à la charge de l'AOS n'auraient guère de chances de survie.
- Réduction des subventions croisées de l'assurance de base grâce à l'assurance complémentaire : le financement dual fixe des hôpitaux contribue à réduire la subvention croisée indirecte des personnes possédant une assurance de base par

les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire, car les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire hospitalisées dans des établissements privés ont droit aux contributions cantonales. Toutefois, un certain degré de subvention croisée subsiste en raison des tarifs élevés appliqués aux assurés des divisions semi-privée et privée.

Inconvénients du financement dual fixe des hôpitaux (projet de message du Conseil fédéral)

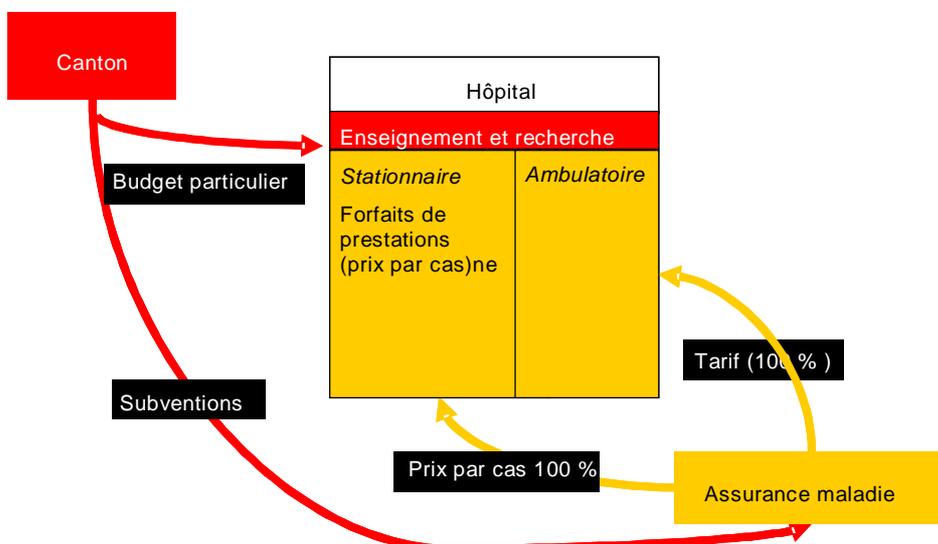
Des inconvénients majeurs du système dual perdureront sous le régime de financement dual fixe des hôpitaux. Ainsi, les conflits d'intérêts des cantons, l'absence de concurrence entre les hôpitaux, la

« Les conflits d'intérêt des cantons, l'absence de concurrence entre les hôpitaux, la distorsion des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire ainsi que la pénalisation des modèles managed care ne disparaîtraient pas. »

distorsion des coûts entre les secteurs ambulatoire et stationnaire ainsi que la pénalisation des modèles managed care ne disparaîtraient pas. De plus, la forme juridique

des hôpitaux publics demeure. Ils restent la propriété des cantons et des communes. La répartition des coûts à part égale entre le canton et l'assureur constitue aussi un inconvénient de taille. Des estimations ont indiqué que cela aboutirait à un jeu à somme nulle pour les cantons et les assureurs dans le cas de l'assurance de base et à un accroissement de la charge de 400 mio.fr. à 1,2 mrd fr. en cas de dégrèvement des assurances complémentaires. Cet alourdissement des

Financement moniste des hôpitaux



charges aurait pour conséquence une hausse des primes de l'assurance maladie obligatoire de jusqu'à 10% répartis sur trois ans. Une envolée des primes aussi abrupte entraînerait de nouvelles discussions sur le mode de financement de l'assurance de base et renforcerait la pression pour des réductions de primes supplémentaires. Ce sont en particulier les familles et la classe moyenne, qui ne bénéficient pas de réductions de primes, qui en pâtiraient.

Financement moniste des hôpitaux

Qu'entend-on par financement moniste des hôpitaux ?

Le système de financement moniste se caractérise par le fait qu'à l'inverse de ce qui se passe avec le système dual ou dual fixe, le financement provient d'une seule source et la responsabilité formelle du financement (charge du paiement) se situe auprès d'un seul acteur, le moniste. En outre, toutes les prestations de la LAMal, qu'elles soient ambulatoires, partiellement stationnaires ou stationnaires sont subventionnées par le canton. Les fournisseurs de prestations stationnaires doivent facturer la totalité des coûts de leurs prestations au moniste, la garantie de déficit du canton étant supprimée. Ils n'ont plus en face d'eux qu'un seul organe de financement (le moniste) et il n'y a plus qu'un seul organe de paiement à qui adresser les factures, qui les acquitte après les avoir contrôlées. La provenance des ressources de cet acteur reste ouverte. Il est possible de prévoir un financement exclusif par les impôts ou les primes ou un financement mixte fait de primes et d'impôt, comme le prévoit la loi sur l'assurance maladie. La part des coûts de la santé financée respectivement par l'impôt et par le biais des primes est une décision politique qui doit être prise indépendamment de la question du financement moniste. Un financement moniste peut être aménagé selon un plan ou selon les règles de l'économie de marché. En soi, le financement moniste ne signifie pas que l'obligation de contracter et la planification hospitalière cantonale soient nécessairement supprimées.

On distingue en principe trois aspects des modèles de financement moniste : 1) Quel acteur joue le rôle du moniste? 2) Comment les contributions cantonales au financement sont-elles juridiquement réglées? 3) Comment les contributions cantonales au financement sont-elles injectées dans le système? Il existe diverses variantes pour chacun de ces aspects. Chaque modèle de financement moniste comporte un élément qui relève de chacun de ces trois niveaux. Ces éléments

peuvent en principe se combiner à volonté. Les différents modèles se distinguent par leurs aptitudes à remédier aux défauts du système actuel. D'autre part, les possibilités de mener une politique de la santé active sur le plan cantonal (planification hospitalière, etc.) diffèrent selon les options. Le modèle de financement dépend surtout de l'environnement juridique et du système de santé publique souhaité par la classe politique (économie planifiée ou modèle de concurrence).

Quel acteur assure le rôle du moniste?

Entrent en principe en considération pour assumer cette fonction les assureurs maladie et les organisations de managed care (réseaux de soins intégrés), une caisse unique, les cantons, la Confédération et les régions hospitalières supracantonales à créer. La question de savoir quelle institution va assumer le rôle du moniste est étroitement liée à la forme d'organisation du système de santé considérée comme souhaitable par le monde politique. Dans l'optique où l'on souhaite un système de santé axé sur la concurrence, seuls les assureurs maladie et les réseaux de soins intégrés peuvent entrer en considération, chaque groupe avec sa propre personnalité juridique. Si l'on entend aménager le système de santé dans la logique d'une économie planifiée, par exemple dans le cadre d'un modèle de budget global, les entités susceptibles d'assumer ce rôle sont les régions hospitalières, la Confédération ou le canton.

Sur la base de la LAMal actuellement en vigueur qui fait de la concurrence entre les caisses un élément central, les entités de premier plan pour jouer le rôle du moniste sont les assureurs maladie et les organisations de managed care. Les assureurs assument déjà aujourd'hui cette fonction dans le secteur ambulatoire. Dans un système de santé plus fortement axé sur la concurrence, conformément à l'un des principaux aspects de la réforme en cours de la LAMal, ils sont seuls à entrer en considération pour ce rôle. Ce qui fait l'efficacité de l'organisation sur la base de la concurrence, c'est le face-à-face entre des fournisseurs et des demandeurs indépendants dans des transactions sur le marché. Avec les assureurs maladie et les réseaux de soins intégrés dans le rôle du moniste, l'acteur côté demande tendrait à se renforcer. En assouplissant ou en supprimant l'obligation de contracter, on réunirait les compétences en matière de décision et de financement auprès des mêmes institutions.

Comment les contributions cantonales au financement sont-elles déterminées et juridiquement réglées ?

En cas de passage à un système de financement moniste, il faut commencer par déterminer la part des cantons au financement des prestations de l'assurance de base. Cette question est politiquement délicate parce que la fixation de cette clé de financement détermine la répartition de la charge de financement. Pour un niveau donné de cotisations, le financement des prestations de l'assurance de base diminue avec la baisse de la part cantonale et inversement. La fixation de cette clé constitue une variable politique. Selon les préférences politiques dominantes, il est possible, en cas de passage à un système moniste, de maintenir les parts cantonales actuelles constantes en fixant des cibles en conséquence dans la LAMal ou de les déplacer vers le haut ou vers le bas.

Dans l'hypothèse de l'introduction du système moniste, une question essentielle sur la réglementation juridique de ces parts est de savoir si la Confédération devrait prescrire aux cantons quelles parts de financement ils auraient à assumer, et si oui sous quelle forme. Il s'agit là encore d'une décision politique qui touche aussi bien à la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons qu'aux effets de répartition du système de santé publique. Parmi les options possibles, il existe trois solutions fédérales (1 à 3) et une approche fédéraliste (option 4) :

- (1) une part minimale uniforme des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS), obligatoire pour tous les cantons,
- (2) des parts minimales des coûts totaux de l'AOS spécifiques aux cantons,
- (3) une part minimale obligatoire aux coûts hospitaliers totaux et
- (4) une approche fédéraliste qui fait totalement abstraction d'une prescription dans la LAMal et laisse aux cantons la fixation des contributions cantonales.

Si une solution fédérale (option 1 à 3) est considérée comme souhaitable, il faut tendre à une égalité de traitement entre les cantons. Ce n'est pas le cas avec l'option (2). L'option (1) présente un avantage essentiel par rapport à l'option (3) : elle maintient constante la part du financement cantonal même si la part des coûts hospitaliers dans l'ensemble des coûts de la santé diminue. L'option (1) est donc préférable en cas de solution fédérale. En revanche, si l'on accorde la préférence à une solution fédéraliste, c'est l'option (4) qui devrait avoir la priorité.

Comment les contributions cantonales au financement sont-elles injectées dans le système ?

Le rapport d'experts du groupe de travail du professeur Leu présente dans le cadre des travaux préliminaires de la 3e révision de la LAMal la répartition, entre les différents assureurs-maladie/organisations de managed care, des contributions cantonales fixées en fonction de l'ensemble des coûts de l'AOS de la période précédente. Il présente aussi la manière dont le système de santé est alimenté du côté de la demande :

- (1) par les contributions par habitant aux caisses/organisations de managed care ;
- (2) en partie par un pool de risques élevés (de hauts coûts) et en partie par des contributions par habitant aux caisses/organisations de managed care ;
- (3) par des versements aux caisses /organisations de managed care selon les coûts de l'AOS durant la période précédente ;
- (4) sous forme de bons liés à un but précis remis aux assurés ;
- (5) entièrement par le système (modifié) des primes et
- (6) par des crédits d'impôts.

Etant donné que les options 2 et 3 produisent des effets d'incitation indésirés, et que les options 5 et 6 présentent de plus grands problèmes pratiques et politiques de mise en œuvre, il reste les options 1 et 4. Elles ne se distinguent que par le fait du passage direct ou indirect des subventions des cantons par les assurés des caisses-maladie. L'option (1) est administrativement plus simple à manier et politiquement plus facile à mettre en œuvre ; elle vient donc en tête. Toutefois, de l'avis des économistes de la santé, elle présuppose que la compensation des risques soit améliorée. A défaut de cette amélioration, les différences de coûts entre assureurs liées aux différentes structures de risques dans le portefeuille des assurés s'accroîtraient et la sélection des risques se renforcerait.

Indépendamment des trois dimensions évoquées ci-dessus, les modèles de financement monistes peuvent varier au niveau des décisions concernant la planification hospitalière (planification ou absence de planification), de l'obligation de contracter (obligation de contracter ou liberté contractuelle) et de la forme juridique des hôpitaux publics (possession du canton ou indépendants). Suivant l'aménagement de ces trois éléments, un système moniste est plutôt favorable à la concurrence ou au contraire tourné vers l'économie planifiée.

Planification hospitalière ou non

Il est également possible d'introduire un financement moniste dans le cadre d'une planification intégrale par les cantons des capacités des hôpitaux. Mais en principe, des listes d'hôpitaux sont un corps étranger dans un système de financement moniste. Dans un tel système, la gestion de l'offre passe par les forces du marché (la demande). Par conséquent, les hôpitaux ne touchent plus de subventions directes, mais les fonds publics vont directement aux assureurs par le biais de la compensation des risques. Les listes d'hôpitaux entrent dans la catégorie des instruments des systèmes de santé organisés sur la base d'une économie planifiée (budget global) dans lesquels la gestion s'opère exclusivement du côté de l'offre. Dans un système moniste comportant des listes d'hôpitaux, l'évolution des capacités est planifiée et gérée par le biais de décisions de politique de la santé, tandis qu'avec l'aménagement tarifaire, l'élément de concurrence vient au premier plan. L'instrument de la liste d'hôpitaux pose une question centrale: les cantons, en tant que propriétaires des hôpitaux veulent-ils et sont-ils en mesure de traiter à l'identité

tous les hôpitaux et divisions lors de l'élaboration d'une liste d'hôpitaux, indépendamment des organismes de financement? Si ce n'est pas le cas, la liste des hôpitaux offre aux

cantons un instrument approprié pour chasser du marché les concurrents mal aimés des hôpitaux publics et pour réduire la concurrence. A défaut de liste des hôpitaux, la tâche d'assainissement des structures incombe exclusivement aux forces du marché. Les hôpitaux qui, aux tarifs négociés (par exemple forfait par cas), ne peuvent couvrir leurs coûts, devront abandonner. Même si les listes d'hôpitaux étaient supprimées, les cantons auraient toujours toute une série d'importantes fonctions à assurer telles que la dispensation de soins d'une qualité suffisante sur l'ensemble de leur territoire, le financement des prestations d'intérêt général, etc.

Obligation de contracter ou liberté contractuelle

Le secteur ambulatoire est la démonstration qu'un système de financement moniste peut être combiné avec l'obligation de contracter entre caisses et fournisseurs de prestations, puisque les caisses-maladie y jouent déjà aujourd'hui le rôle de moniste. Le

financement moniste ne présuppose pas obligatoirement la suppression de l'obligation de contracter. Toutefois, les effets du monisme sur l'efficacité ne se manifesteront pleinement qu'en cas d'assouplissement ou de suppression de l'obligation de contracter, également dans le domaine stationnaire. L'introduction de la liberté de contracter sur le plan stationnaire ferait apparaître pour la première fois dans le secteur hospitalier des marchés au sens économique du terme sur lesquels on verrait des fournisseurs de prestations et des acheteurs de prestations (caisses-maladie/organisations de managed care) se faire face en tant qu'unités d'action autonomes, et des assureurs maladie et des organisations de managed care s'affronter dans la concurrence des prestations.

La forme juridique des hôpitaux

Si l'on vise un modèle de concurrence avec financement moniste, il faudra rendre autonomes les hôpitaux actuellement en possession des pouvoirs publics en les transformant en une société anonyme de droit public ou en une société anonyme privée. Les cantons et les communes peuvent acquérir un paquet d'actions et exercer une influence sur les décisions de l'entreprise en

« Les effets du monisme sur l'efficacité ne se manifesteront pleinement qu'en cas d'assouplissement ou de suppression de l'obligation de contracter, également dans le domaine stationnaire. »

proportion de leur part d'actions. L'autonomisation juridique des hôpitaux réduit le conflit d'intérêts des cantons mentionné ci-dessus dans le cadre du financement dual et a pour conséquence que les hôpitaux ne peuvent plus former un groupe comme aujourd'hui. Ainsi, une condition de base du fonctionnement d'une véritable concurrence au niveau des prestations entre fournisseurs est réalisée et une situation de concurrence aussi conforme que possible aux règles du marché créée entre hôpitaux publics et privés. En cas de financement moniste avec les caisses-maladie et les organisations de managed care dans le rôle du moniste et des hôpitaux autonomes, les compétences en matière de décisions et la responsabilité du financement seraient concentrées dans une seule main pour tous les acteurs des deux côtés du marché.

Les avantages du financement moniste

Le conflit d'intérêts des cantons dans le cadre d'un financement hospitalier dual ou dual fixe est atténué, voire supprimé, suivant le modèle moniste. Les possibilités d'intervention des autorités politiques cantonales de la santé sont moins grandes qu'aujourd'hui du fait que, sauf exceptions, les cantons ne peuvent plus influencer la structure hospitalière et maintenir la dispensation des soins sur la surface du territoire par des subventions et la garantie du déficit. Dans un modèle moniste avec planification hospitalière sans autonomisation des hôpitaux, la marge de manœuvre discrétionnaire des cantons dans l'élaboration de la liste des hôpitaux n'est toutefois pas éliminée. En cas de maintien du rôle d'arbitre du canton en l'absence de convention tarifaire entre hôpitaux et assureurs (art. 47 LAMal), celui-ci provoque également une distorsion de concurrence. On peut se demander si, en cas d'absence de convention tarifaire, le canton est la bonne instance de décision.

La distorsion des coûts liée aux subventions entre les traitements stationnaires d'une part et les traitements partiellement stationnaires et ambulatoires d'autre part disparaît. Il en résulte une meilleure répartition des prestations de soins du fait que le choix de la forme thérapeutique est soumis à l'épreuve de la « vérité des coûts ». En outre, les problèmes de délimitation entre ces traitements deviennent moins aigus, ce qui facilite l'introduction de forfaits par cas pour des diagnostics spécifiques.

Les modèles d'assurance alternatifs ne seront plus défavorisés et pourront épuiser pleinement leur potentiel d'économies. Si l'introduction du monisme supprime la disposition de la LAMal selon laquelle les primes des organisations de managed care ne doivent pas être inférieures de plus de 20% aux systèmes d'assurance traditionnels, ces organisations pourront répercuter intégralement leurs plus faibles coûts sur les primes des assurés. Leur attrait et leurs parts de marché devraient donc s'en trouver accrues. La concurrence en matière de primes devrait donc s'intensifier dans le domaine des assurances.

Le financement moniste accroît la transparence des coûts et renforce la pression à l'efficacité, du fait qu'il n'y a plus qu'une seule source de financement et que cet organe peut établir des comparaisons de prestations entre les fournisseurs.

Le financement moniste se traduit par une pression à la concurrence entre assureurs, qui se répercute directement sur les tarifs et indirectement sur les capacités ou les listes d'hôpitaux encore existantes. Les hôpitaux (divisions) qui ne parviennent plus à couvrir leurs coûts aux tarifs négociés disparaissent du marché et devraient logiquement disparaître aussi d'une éventuelle liste des hôpitaux. Les mutations structurelles s'opèrent à partir des assureurs, alors que les cantons sont toujours tenus par la Constitution à garantir la sécurité des soins. Avec un financement moniste, les cantons n'auraient plus les mêmes incitations qu'aujourd'hui à maintenir les tarifs des hôpitaux publics élevés parce qu'ils ne seraient plus obligés de couvrir un éventuel déficit. Comme les assureurs, eux aussi bénéficieraient des tarifs les plus bas possible. Les cantons seraient aussi incités à soutenir la pression des assureurs maladie sur les tarifs.

Les inconvénients du financement moniste

Limitation de la souveraineté budgétaire des cantons : Pour le cas où les parts de financement des cantons sont fixées dans la LAMal, la souveraineté budgétaire des cantons est touchée dans la mesure où ces derniers sont contraints de verser des contributions sans disposer d'importants instruments de contrôle

« En cas de compensation insuffisante des risques, il se peut que l'incitation à la sélection des risques se renforce massivement. »

des coûts.

Renforcement de la chasse aux bons risques : si les contributions des cantons sont versées selon le système actuel déficient de compensation des risques, le risque existe que l'incitation à la sélection des risques soit massivement renforcée. Par rapport au système actuel, le volume de répartition accru rendrait plus profitable l'éjection des assurés présentant un risque de coûts élevé.

Commentaire

D'un point de vue économique, le financement des hôpitaux constitue le principal projet de la réforme de la LAMal 2004, le secteur stationnaire représentant près d'un tiers des coûts de l'AOS. L'étape intermédiaire proposée par le Conseil fédéral sous forme de financement hospitalier dual fixe ne répond que partiellement à la conception de l'économie en matière de transparence et de concurrence et du fait que ce modèle maintient les principaux inconvénients du système dual. D'un point de vue économique, il faut viser le passage direct au financement moniste des hôpitaux. L'économie s'engage en faveur d'un modèle de monisme qui fait place à la concurrence avec les caractéristiques suivantes :

- assureurs et organisations de managed care dans le rôle du moniste
- liberté contractuelle ambulatoire et stationnaire
- suppression de la planification hospitalière cantonale
- indemnisation axée sur les prestations avec forfaits par cas.

Dans le modèle exposé, seuls entrent en considération les assureurs-maladie/organisations de managed care, étant donné que les milieux économiques tiennent compte de la conception de la LAMal dans laquelle la concurrence entre caisses constitue un élément central et qu'ils souhaitent aménager davantage la santé publique en fonction de la concurrence. D'une part, la liberté contractuelle est une condition de la concurrence entre fournisseurs de prestations, d'autre part, elle ouvre la voie à de nouveaux modèles d'assurance novateurs (organisations de managed care) et formes de rétribution. La planification hospitalière doit être supprimée afin que l'offre soit déterminée par le marché et que des structures dépassées et qui ne sont plus compétitives ne soient pas maintenues en raison de conflits d'intérêts des cantons. La fixation des axes médicaux prioritaires passe par l'indemnisation axée sur

les prestations, associée à une amélioration de la qualité et à une réduction des coûts.

Mais pour ce qui est du débat sur la réforme de la LAMal, il ne faut pas oublier que la politique de la santé ne doit pas se limiter à la politique de la LAMal. L'AOS ne représente qu'un tiers environ des coûts totaux de la santé qui, avec 48 mrd fr en 2002, constitue déjà environ 11 pour cent du PIB. Ainsi, la santé publique est devenue un facteur économique dominant. Le secteur de la santé occupe la troisième place en termes de création de valeur, derrière les banques et le commerce de gros ; elle vient même en première position en ce qui concerne l'emploi. Ainsi, pour la population suisse, ce secteur dégage non seulement un bénéfice purement médical, mais il représente aussi un potentiel économique considérable. Il s'agit d'en faire usage de manière ciblée dans la mesure où notre système de santé est conçu comme une branche industrielle compétitive sur le plan international, qui exporte des prestations de santé de grande valeur. Il importe donc, dans cette perspective, de ne pas envisager la réforme de la LAMal exclusivement sous l'angle de la réduction des coûts. Cela dit, la réforme du financement des hôpitaux, principal pilier de l'industrie de la santé, revêt une importance particulière. La Suisse a besoin de structures de soins et de mécanismes de financement efficaces pour présenter une offre prix / prestations concurrentielle.

On sait qu'il existe sur le plan international une demande de prestations médicales de grande qualité, comme en témoigne le tourisme hospitalier. La Suisse ne devrait pas rester les bras croisés et laisser cette demande à d'autres pays comme l'Allemagne, l'Autriche, l'Europe de l'Est, la Thaïlande, l'Inde, Israël, etc., mais contribuer à la satisfaire par un marketing actif. Indépendamment de son excellente offre médicale, la Suisse est aussi extrêmement bien placée du point de vue d'autres facteurs comme la sécurité politique et son attrait de destination touristique. Il est

bien connu que les patients de diverses régions du monde estiment la Suisse pour le niveau élevé de sa médecine, mais pas seulement. Ils voyagent de préférence avec leur entourage qui apprécie la sécurité, la discrétion et la possibilité de faire des achats dans notre pays. Au chapitre de l'entourage, il existe déjà des collaborations entre des hôpitaux et des organisations touristiques en vue de l'acquisition commune de clients ; certains hôpitaux privés s'engagent sur cette voie. La Suisse présente néanmoins un défaut: elle est coûteuse en comparaison internationale. Son système de santé vient au deuxième rang en termes de coûts, derrière les Etats-Unis et devant l'Allemagne.

Plusieurs cliniques privées et hôpitaux publics suisses recherchent déjà activement sur la scène internationale des patients privés étrangers solvables. L'Hôpital de l'île de Berne a même créé une division spécialement pour les patients privés étrangers. L'« International Service Line (ISL) » se préoccupe de toute l'organisation, y compris l'engagement d'un interprète. Pour les hôpitaux, la demande de l'étranger peut être intéressante sur les plans à la fois financier et scientifique. Financièrement, elle peut contribuer à assainir les caisses des hôpitaux en améliorant le taux d'occupation d'un hôpital par l'accueil de patients étrangers en périodes de capacités excédentaires. En outre, les patients privés étrangers rapportent. Mais il n'y a pas qu'un aspect financier; les soins prodigués sont autant d'occasions scientifiques pour les médecins qui pratiquent les traitements. Les diagnostics à caractère parfois exotique sont intéressants pour les médecins. L'expérience qu'ils peuvent ainsi acquérir bénéficie aux patients suisses. En outre, le traitement des patients privés étrangers sert la renommée internationale de l'hôpital, ce qui est susceptible de faciliter le recrutement d'excellents médecins chefs dont la population suisse peut également profiter. Enfin, le tourisme hospitalier rapporte aussi au secteur voisin, par exemple aux hôtels qui logent les parents des patients

ou les patients eux-mêmes qui font une cure.

De quoi avons-nous besoin pour faire de cette branche un atout dans notre structure économique ? Il nous faut un système hospitalier de première importance, compétitif du point de vue du prix et de la qualité ; ce serait la principale image de marque de notre industrie de la santé. Nous avons également besoin d'un personnel médical extrêmement bien formé ainsi que de relève dans le personnel de pointe. A cet égard, le gel de cabinets médicaux pose problème sous l'angle de la politique de la formation dans la mesure où il exclut en particulier les jeunes médecins familiarisés avec la médecine la plus moderne. Pour des raisons économiques également, la Suisse ne devrait pas compromettre à la légère sa position de pointe dans le secteur médical.

Pour toutes questions: menga.sandoz@economiesuisse.ch

Bibliographie

Leu Robert E.: Financement hospitalier moniste, 19 février 2004, Institut d'économie politique de l'Université de Berne, Center for Studies in Public Economics, Rapport d'experts d'un groupe de travail placé sous la direction du professeur Robert Leu dans le cadre du projet « Bases de la 3e révision de la LAMal ».

Leu Robert E., Eisenring Christoph, Nocera Sandra, Schellhorn Martin (1999): Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten (Révolution du financement des hôpitaux – problèmes et solutions possibles). Une étude de l'Institut d'économie politique de l'Université de Berne, Division de recherche économique appliquée et de politique économique. Bâle Interpharma.

Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 sur le financement des hôpitaux (04.061).

Infosantésuisse 10 octobre 2004.

Abréviations

LFu	Loi fédérale urgente
LFA	Loi fédérale sur les assurances
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
MCO	Organisations de managed care
AOS	Assurance obligatoire des soins