

Dossier

***Le financement hospitalier
en plein bouleversement***

Prévoyance

***La retraite des femmes :
situation présente, défis futurs***

Santé publique

***Compensation des risques
dans l'assurance-maladie :
une amélioration par l'extension ?***

Nouvelles publications ayant trait aux assurances sociales

| | Source* N° de commande Langues, prix |
|---|--|
| Tables pour la fixation des allocations journalières APG. Valables dès le 1^{er} juillet 1999 | OCFIM* 318.116 df |
| Tables pour la fixation des indemnités journalières AI. Valables dès le 1^{er} juillet 1999 | OFCIM* 318.116.1 df |
| Statistique des assurances sociales suisses 1999 | OCFIM* 318.122.99 f/d |
| APG : directives pour l'instruction des personnes qui font du service (en particulier dans les écoles de recrues). Edition juillet 1999 | OCFIM* 318.704 f/d |
| Aperçu des régimes cantonaux d'allocations familiales. Etat au 1^{er} avril 1999 | OCFIM* 318.801.99 f/d |
| Initiative parlementaire Droit des assurances sociales : Rapport de la commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé publique, du 26 mars 1999 | OCFIM* 85.227 f/d/i |
| Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen. Rapport de recherche no 3/99 de la série «Aspects de la sécurité sociale» | OCFIM* 318.010.4/99 d |
| Vue d'ensemble des conventions/accords directement applicables conclus par la Suisse en matière de sécurité sociale. Etat janvier 1999 | OFAS** 96.490 f/d |
| Circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée à la vieillesse et sur les subventions aux organisations SPITEX. Etat au 1^{er} juillet 1999 | OFAS*** 318.303.02 f/d/i |
| Mémento «Appareils acoustiques de l'AI», état au 1^{er} mai 1999 | 4.08, f/d/i**** |
| Une brochure pour les chômeurs «Etre au chômage». Edition 1999 | seco***** 716.200 f/d/i |

* OCFIM = Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne ;
tél. 031 / 325 50 50, fax 031 / 325 50 58

** Service d'information, tél. 031 / 322 91 87, fax 031 / 322 78 41

*** Section Statistique, fax 031 / 324 06 87

**** A retirer auprès des caisses de compensation AVS/AI ou des offices AI

***** seco = Secrétariat d'Etat à l'économie, Bundesgasse 8, 3003 Berne ;
tél. 031 / 322 27 88, fax 031 / 311 38 35

La revue «Sécurité sociale» (CHSS)

assure depuis 1993 une information continue dans le domaine de la politique sociale et développe dans chacun de ses numéros un dossier d'actualité. La CHSS a traité depuis 1996 les dossiers suivants:

- N° 1/96 Sécurité sociale dans le monde
- N° 2/96 L'adaptation des rentes de l'AVS et de la prévoyance professionnelle à l'évolution économique
- N° 3/96 Prévoyance professionnelle : comparaison des systèmes américain et suisse
- N° 4/96 Le rapport du groupe de travail interdépartemental «Perspectives de financement des assurances sociales»
- N° 5/96 La 10^e révision de l'AVS à la veille de son entrée en vigueur
- N° 6/96 Sécurité sociale : état des lieux

- N° 1/97 Revenu minimum
- N° 2/97 L'assurance-maladie entrée en convalescence ?
- N° 3/97 Changements à la tête de l'OFAS : Bilans et évaluations
- N° 4/97 Assurance-maternité / 4^e révision de l'assurance-invalidité
- N° 5/97 Les soins de longue durée en Suisse et leur financement
- N° 6/97 50 ans de l'AVS – 25 ans du concept des trois piliers

- N° 1/98 Où en sommes-nous après deux ans de LAMal ?
- N° 2/98 VIH/Sida et les assurances sociales
- N° 3/98 Nouvelles formes d'emploi et les assurances sociales
- N° 4/98 Réflexions sur une nouvelle fixation de l'âge de la retraite
- N° 5/98 Les propositions du Conseil fédéral sur la 11^e révision de l'AVS et la 1^{ère} révision LPP
- N° 6/98 Le logement des personnes âgées

- N° 1/99 Les 50 ans de l'AVS – Rétrospective du jubilé et perspectives d'avenir
- N° 2/99 Sécurité sociale et solidarité
- N° 3/99 Réglementation de la sécurité sociale dans l'accord avec l'Union européenne sur la circulation des personnes
- N° 4/99 Le financement hospitalier en plein bouleversement

Les numéros de la CHSS (à l'exception du 1/93) sont toujours disponibles.

Prix à l'exemplaire: 9 francs. Ceux parus entre 1993 et 1997 sont disponibles jusqu'à épuisement du stock au prix spécial de 5 francs. L'abonnement annuel est maintenu au prix de 53 francs (+2,3 % de TVA).

Commande:

Office fédéral des assurances sociales, «Sécurité sociale» (CHSS), 3003 Berne, tél. 031 / 322 90 11, fax 031 / 322 78 41

| | | |
|-------------|--|--|
| RAMA | Pour vous tenir informé de la jurisprudence la plus récente en matière d'assurance-maladie et accidents, l'Office fédéral des assurances sociales publie dans la revue | Publiée: 5 à 6 fois par an |
| RKUV | RAMA Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents | Abonnement annuel: fr. 27.- |
| RAMI | l'ensemble des décisions importantes rendues par le Tribunal fédéral des assurances, le Conseil fédéral et le Tribunal fédéral. | Commande: OFAS Effingerstrasse 31 3003 Berne tél. 031 / 322 91 12 fax 031 / 322 90 20 (aussi: numéro specimen) |

Le financement hospitalier en plein bouleversement

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a accentué la problématique du financement des prestations médicales fournies en milieu hospitalier. En cas de traitement hospitalier, les assureurs doivent prendre en charge 50% au maximum des coûts imputables – les cantons assument la part restante des coûts de traitement dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Face aux effets pervers évidents de ce système et au regard de deux arrêts du Tribunal fédéral, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet de révision du financement des hôpitaux en mars 1999. Celui-ci a rencontré un écho pour le moins controversé. Les articles suivants ne peuvent dès lors pas présenter un projet définitif : ils se limitent à exposer les problèmes, à mettre en lumière les enjeux cachés et à proposer des pistes possibles pour parvenir à une solution.

Fritz BRITT, avocat, chef de la division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

Exposé de la situation

En matière de financement hospitalier, la LAMal a repris à l'art. 49 al. 1 (sans innover par rapport aux anciennes réglementations de la LAMal) le système du financement proportionnel par les cantons/pouvoirs publics ainsi que la garantie des déficits – laquelle est à proprement parler en dehors du système. A l'heure actuelle, cette règle de financement conduit à des problèmes dans l'application concrète et une révision s'impose sous l'influence de la pratique. Aussi la LAMal avec la formule «au maximum 50%», n'a-t-elle pas seulement fixé l'obligation des cantons d'assurer un financement proportionnel : elle a aussi ouvert la possibilité de décharger financièrement les cantons au détriment des payeurs de primes, en se basant sur le fait que pratiquement partout les taux de couverture des coûts sont inférieurs à 50%.

Des interventions ont été déposées au Parlement déjà durant la première année qui a suivi l'entrée en vigueur de la LAMal. Elles visaient à libérer les cantons de la pression au niveau des finances et de la planification. S'y ajoutait la volonté de compenser les inégalités connues, et celle de permettre aux hôpitaux de ne pas avoir à satisfaire aux dures exigences de la LAMal en matière de maîtrise des coûts.

Dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral des assurances a décidé, en décembre 1997, que l'obligation de contribution d'un canton pour un séjour dans un hôpital situé hors de ses frontières, existe indépendamment de la division de l'hôpital (qu'il soit public ou subventionné par les pouvoirs publics) dans laquelle le séjour est effectué. Pour régler le financement de traitements hospitaliers extracantonaux des assurés en division privée ou semi-privée, les cantons et les assureurs-maladie ont ratifié un accord moratoire. Cet accord qui doit être remplacé par des réglementations contraignantes dans le cadre de la révision de la LAMal, est valable jusqu'au 31 décembre 2000 et peut être prolongé d'une année (cf. CHSS 4/1998 p. 207).

Les démarches du Conseil fédéral

Dans la première moitié de 1998 déjà, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a, sous la conduite de l'OFAS associé à une commission de suivi et à un groupe d'experts, engagé la discussion sur une révision du financement hospitalier. A cette occasion, les variantes possibles de systèmes de financement ont été comparées les unes aux autres, au regard des variantes de système proposées par des experts du domaine de la

santé. Aucun des modèles connus n'a toutefois vraiment convaincu. Il n'est en effet guère facile de trouver le «bon système». En premier lieu, il faut se poser la question de savoir si le système de financement est équilibré, s'il contient les bons incitatifs économiques et s'il peut convenir tant au payeur de primes qu'au contribuable.

La proposition du Conseil fédéral de réviser partiellement la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (mise en consultation du 8 mars au 23 avril 1999) se basait sur les travaux d'un groupe de travail dans lequel tous les acteurs majeurs étaient représentés. Outre les arrêts du TFA précités, la proposition de révision prenait également en considération une décision de septembre 1998, dans laquelle le Conseil fédéral s'était prononcé en faveur d'une réglementation uniforme du financement des traitements hospitaliers.

Les avis exprimés lors de la consultation divergent beaucoup sur tous les points de la révision. Ils sont essentiellement influencés par les divers intérêts financiers en présence. Ainsi, un certain nombre de participants ont rejeté la révision en bloc – au motif notamment qu'elle dépasserait le cadre d'une révision partielle dans le domaine du financement hospitalier. La majorité des intervenants ont rejeté l'extension de l'obli-

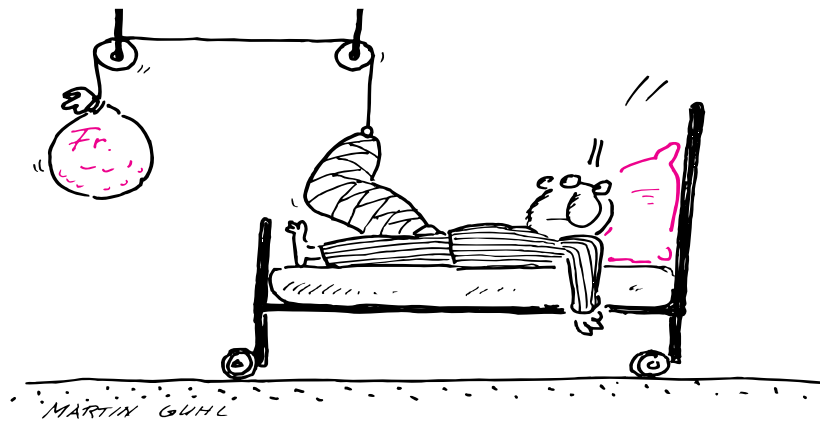
gation d'établir une planification au domaine semi-hospitalier, et une opposition considérable (surtout de la part des cantons) s'est manifestée au sujet de la participation pour moitié des cantons et de l'assurance-maladie au remboursement des coûts hospitaliers. De même, l'abandon de la notion de «division commune» ainsi que les modifications relatives à la comptabilité analytique et aux statistiques n'ont pas été accueillies favorablement dans la plupart des cas.

La proposition qui a obtenu l'accueil le plus favorable a été le changement de système prévu pour le financement des hôpitaux. Désormais les cantons ne devront plus automatiquement couvrir les déficits, mais contribuer à la prise en charge des prestations des hôpitaux. Cependant ce passage du financement de l'établissement à un financement de la prestation a aussi été rejeté par quelques participants à la consultation. En outre, diverses organisations préconisent un changement radical de système et demandent qu'à l'avenir les hôpitaux ne soient plus financés à la fois par les cantons et les assureurs-maladie, et que tous les fonds passent seulement par les assureurs-maladie. Divers cantons proposent le retour à une réglementation du financement telle qu'elle se présentait avant la décision du TFA.

Au vu des réactions aux propositions du Conseil fédéral pour un futur financement hospitalier, le DFI a réouvert la discussion avec les protagonistes de la santé – en premier lieu les cantons. Avant de remanier le projet de consultation, il convient d'abord de faire la lumière sur les différentes options. Une première discussion a déjà eu lieu le 29 juin 1999. Parce qu'une prolongation du moratoire entre les assureurs-maladie et les cantons pour le financement du traitement hors canton des personnes assurées en division semi-privée et privée, est prévue au plus tard jusqu'à la fin de 2001, il faut s'assurer qu'une solution se présente à temps pour répondre à cette problématique.

La révision du financement hospitalier est urgente

En plus des aspects déjà mentionnés, une autre raison impose d'urgence une nouvelle réglementation du financement hospitalier.



Dorénavant, les coûts hospitaliers seront-ils financés par un seul organe payeur ? (smo/Martin Guhl)

L'initiative populaire «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier» a pour but d'introduire un droit au libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier et la prise en charge intégrale des coûts par l'assurance-maladie dans toute la Suisse. De cette façon, on éviterait toutes les restrictions quant au choix du fournisseur de prestations - qu'elles soient de caractère territorial ou financier. On doit, de plus, garantir que les coûts du traitement seront remboursés aux assurés dans tous les cas, quel que soit le fournisseur de prestations consultés. Une nouvelle réglementation de ce genre aurait des conséquences imprévisibles sur les coûts. Le titre séduisant de l'initiative donne à penser qu'elle sera largement approuvée par l'opinion publique si on ne lui oppose pas de solides arguments. Le Conseil fédéral recommande dans son message du 14 juin 1999 de rejeter l'initiative (cf. l'article à la page 185 du présent numéro).

Le projet de nouvelle réglementation du financement hospitalier peut s'inspirer des dispositions pour le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des coûts, en modérant la structure d'offres incitatives, mais en maintenant les effets financiers dans certaines limites et en prévoyant une réglementation uniforme pour le financement des traitements hospitaliers. De cette manière, on tient compte de la volonté populaire sans que le système de financement s'écroule.

Quelles sont les réflexions à prendre en compte pour la nouvelle réglementation ?

Les discussions sur l'amélioration du financement hospitalier devraient

tenir compte des considérations exposées ci-dessous.

1. Diminuer l'importance des frontières cantonales

Les flux de patients ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales. Le chauvinisme cantonal ne répond plus aux exigences d'un approvisionnement en soins efficient. Cette constatation touche particulièrement le domaine hospitalier : les patients et les médecins qui les hospitalisent accordent avant tout de l'importance à la spécialisation médicale, à la qualité du traitement et à l'éventail des prestations fournies - ils ne pensent pas en termes de frontière cantonale. C'est donc à juste titre que le législateur a prévu d'inscrire dans la LAMal la planification des capacités des hôpitaux et des EMS au plan régional et supacantonale. Malheureusement, là encore la mise en application n'a pas fonctionné dans le sens voulu par le législateur fédéral. Il est donc important dans le cadre de la révision que le financement hospitalier (mieux : le financement des prestations médicales hospitalières) continue de tenir compte de cet aspect supacantonale. Il ne faudrait pas, par exemple, que – conséquence de la politique de la santé justement menée dans les strictes limites du canton – certains cantons se déchargent de la part des soins hospitaliers financée par les rentrées fiscales (conformément à l'art. 49 LAMal) sur d'autres cantons ou sur les assurances financées par les primes. L'équilibre soigneusement réalisé par le législateur entre le financement par les primes et le financement par l'impôt ne saurait être compromis par des subtilités dans la définition des notions. C'est pourquoi il est impératif qu'un assainisse-

ment structurel selon des critères d'économie d'entreprise prenne le pas sur des considérations de politique régionale ou financière dans le domaine hospitalier.

2. Concentration des prestations hautement spécialisées

La sécurité de l'offre de soins actuel ne doit pas être remise en question par une modification du financement hospitalier. Le but doit être d'assurer à notre population la fourniture de soins de haute qualité comme c'est le cas actuellement, tout en supprimant en même temps les sur-

Quatre cinquièmes des soins hospitaliers en Suisse sont (aujourd'hui comme hier) assurés par des établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

capacités existantes et en stabilisant le niveau de prix. Pour y parvenir, il faut concentrer localement la médecine de pointe, optimiser son infrastructure coûteuse et son personnel qualifié tout en utilisant les institutions de manière efficiente. L'«esprit de clocher» au niveau des cantons et la prise en compte (pour des raisons en partie d'ordre historique) d'institutions privées ne sauraient dominer les considérations sur l'approvisionnement en soins. D'où la nécessité d'une planification supracantonale et d'une coordination des ressources et des flux de patients.

3. Financement des prestations et non des hôpitaux

Environ quatre cinquièmes des soins hospitaliers en Suisse sont (aujourd'hui comme hier) assurés par des établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Le reste des capacités disponibles se trouve dans des institutions privées qui opèrent surtout dans les domaines où l'offre de soins est lacunaire. Naturellement la situation tarifaire reprise de la législation de la LAMA pour les produits d'assurance «semi-privé» et «privé» estompe la frontière entre public et privé. S'y

ajoute le fait que l'approvisionnement en soins de base dans certaines spécialisations ne peut être couvert par les seules institutions publiques.

La LAMal a (par comparaison avec l'ancienne réglementation) introduit un changement, puisque l'on est passé du financement usuel des institutions au financement des prestations. A ce jour cependant, ni la tarification ni le mode de décompte des hôpitaux et des assureurs-maladie ne respectent ce changement. Il est donc nécessaire d'expliquer une nouvelle fois à l'occasion de la révision de la LAMal, l'orientation prise qui est centrée sur la fourniture de prestations. La distinction entre les prestations de l'assurance de base et celles des assurances complémentaires est à cet égard sans importance.

4. Eviter les dérapages

La disposition de l'art. 49 LAMal débouche à court terme sur une «privatisation» des institutions publiques ou subventionnées par les pouvoirs publics. Non pas en vue d'améliorer la gestion et le financement, mais très clairement en vue de transférer les coûts sur l'assurance-maladie financée par les primes. La disposition qui précise que... seules les institutions publiques et celles qui sont subventionnées par les pouvoirs publics doivent être cofinancées par les cantons au prorata des prestations prévues par l'assurance de base... a pour conséquence que, dans plusieurs cantons, sont en discussion des projets visant à réduire à zéro la part financée par les pouvoirs publics (prévue à l'art. 49 LAMal) par le biais de privatisations et, partant, de la modification de la forme juridique des institutions. Les «privatisations» (fondations, autres formes juridiques ou SA, dans lesquelles la majorité des actions et le conseil d'administration sont contrôlés par les pouvoirs publics) ont ainsi déjà constitué le premier dérapage motivé par des raisons de politique financière. Aussi longtemps que le législateur s'en tient à la formule de financement de l'art. 49 LAMal (et par conséquent, au financement par l'impôt d'au moins la moitié des prestations hospitalières), cette formule doit être appliquée à toutes les prestations de l'assurance de base et à tous les assurés du régime obligatoire, indépendamment de l'existence d'une assurance complémentaire. La protec-

tion tarifaire de l'art. 44 LAMal doit être imposée en même temps.

5. Donner les impulsions justes

La révision du financement hospitalier ne peut pas s'en tenir uniquement aux flux financiers. L'élément essentiel d'une révision couronnée de succès et surtout durable, réside dans l'orientation des instruments sur des mécanismes de décision proches de ceux des entreprises. Il est important que les planificateurs de la couverture de soins, les exploitants et les payeurs de coûts dans le domaine hospitalier aient – avec les instruments à leur disposition – un intérêt financier bien réel à ce que la santé publique soit avantageuse. Ces mécanismes de décision proches du secteur privé doivent conduire à ce que les partenaires disposent d'une plus grande autonomie – et à ce que cette autonomie soit mise en avant. Il se développe, de cette manière aussi dans un marché de la santé régulé, une certaine concurrence qui permet d'agir en ayant conscience des coûts. La formule relativement populaire du financement à 100% (selon laquelle les assureurs-maladie remboursent la totalité des coûts hospitaliers par le biais des primes par tête) n'est pas forcément nécessaire pour encourager des mécanismes de décision proches de ceux des entreprises.

La garantie de la couverture du déficit dans le secteur hospitalier fausse les rapports de coûts effectifs.

Le rapport de forces réel (ou dans le meilleur des cas le report des forces) est également important. Dans un marché dominé par l'offre (le marché de la santé et particulièrement le marché hospitalier en sont des exemples typiques), le fournisseur de prestations (l'hôpital) dispose du pouvoir effectif d'établir les factures. Il est impossible à «l'acheteur» des prestations (l'assureur-maladie) de prouver que les factures ne correspondent pas à la prestation fournie. Même la plus grande transparence ne peut rien changer aux

forces du marché en présence. En outre, l'assurance-maladie fonctionne selon le système du remboursement des coûts (contrairement au principe de la prestation en nature de la LAA), ce qui rend impossible une évaluation préalable de la prestation. Si l'on ajoute encore aux éléments qui précèdent (à savoir le marché tributaire de l'offre et le principe du remboursement des coûts) celui du tiers-payant légal (l'assureur-maladie paie directement le fournisseur de prestations), on obtient une combinaison fatale d'impulsions. Il en résulte une augmentation des coûts conditionnée par le système, automatique et accélérée, sans que les prestations fournies au patient en soient améliorées.

6. Créer la transparence

Le rapport prix/prestation doit être rétabli de manière visible. Le marché hospitalier d'aujourd'hui se distingue par des structures tarifaires – et des tarifs sans rapport logique avec les coûts réels ou les prestations effectives dispensées aux patients. Les coûts sont encore rétrospectivement remplacés par des forfaits, au lieu d'attribuer un prix aux prestations fournies et de le payer en conséquence. De plus, le système de subventionnement de l'assurance obligatoire des soins (dans le langage populaire: «division commune», repris de la LAMA) fautive, du fait de la garantie de la couverture du déficit, les rapports de coûts effectifs de manière non négligeable. Au vu de cette situation, il n'est pas étonnant que, selon la constellation réelle des forces et selon les intérêts personnels des décideurs, des décisions soient prises en vue d'optimiser la gestion des flux financiers – décisions qui sont loin de tout rationalisme économique. Des tarifs forfaitaires trop vagues, voire faussés aujourd'hui par l'évolution médicale, et la garantie de la couverture du déficit par les pouvoirs publics ne doivent pas encourager la poursuite d'un développement raté de l'approvisionnement en soins hospitaliers. Il faut bien plutôt prendre en considération, par le biais de conditions-cadre claires, le fait que différentes règles de financement invitent à une optimisation financière justement par les interfaces des différentes prestations traitées. De telles interfaces concernent naturellement aussi les différences de financement entre les prestations hospitalières et

semi-hospitalières, d'une part, et les prestations ambulatoires, d'autre part.

7. Compétences et conséquences

Les décideurs doivent être incités à contrôler les coûts. Jusqu'à présent les différents acteurs du domaine de la santé n'avaient pas d'intérêt marqué pour un contrôle des coûts efficace. Soit ils rejetaient sur la partie adverse la responsabilité des coûts supplémentaires dus à l'inefficacité, soit ils s'en déchargeaient sur une

Les structures inadéquates doivent être éliminées au gré des possibilités, sur la base de critères applicables en économie d'entreprise et pas seulement en se fondant sur des scénarios dominants.

autre partie devant supporter les coûts. Si les différents partenaires assument la même part de responsabilité, la course au profit cesse et les acteurs développent un intérêt à contrôler les coûts et à les maîtriser. En effet, la conscience de la coresponsabilité pour l'ensemble du système doit influencer sur les mécanismes de décision au niveau de l'entreprise. La révision doit donc garantir qu'il découle de l'intérêt de chacun au propre développement financier, un intérêt au contrôle et à la maîtrise des coûts dans le système de la santé pris globalement. Cela vaut à juste titre pour les décideurs tant privés que publics.

8. Une couverture des soins

hospitaliers centrée sur les prestations
Finalement, l'assainissement structurel de la couverture des soins hospitaliers en Suisse doit être centré sur les prestations. La révision ne doit pas perdre de vue son objectif. En revanche les structures inadéquates doivent être éliminées au gré des possibilités, sur la base des critères applicables en économie d'entreprise et pas seulement en se fondant sur des scénarios dominants. Sans doute la LAMal ne sortira pas de la phase actuelle sans planification. Néanmoins l'assainissement de la structure centrée sur les presta-

tions sera possible à l'avenir, si les assurances sociales et les pouvoirs publics financent (selon la formule retenue) non plus les institutions, mais les prestations. Dès lors, les incitations indésirables résultant de la garantie de la couverture du déficit disparaîtront.

Recourir à des solutions «terre à terre»

Qu'elle soit radicale ou progressive, la révision du financement des hôpitaux doit être abordée sérieusement à l'aide de représentations claires des mécanismes d'action. Des décisions basées sur les principes d'économie d'entreprise étant requises, on fixera les mécanismes de décision et les incitations financières, de sorte que leur mise en place ne reste pas théorique mais se traduise dans la pratique. Il reste à espérer qu'une vision d'ensemble triomphera de l'obstination des cantons et de la diversité des disciplines médicales et permettra une révision propre à renforcer le système. Il ne saurait en aucun cas être question d'un nouveau remaniement total qui déstabiliserait l'ensemble du système de santé. Car il est de loin préférable d'envisager le système à long terme, plutôt que de penser à court terme aux aspects financiers.

Il me paraît important de souligner qu'il ne s'agit absolument pas d'insister sur les formules clichés de «médecine d'Etat» ou de «marché» (termes sur lesquels on peut faire de si belles polémiques), mais de trouver des solutions pratiques aux problèmes. Si de telles réformes n'aboutissent pas et que les coûts des primes d'assurance-maladie continuent à s'envoler, si les histoires de «profits juteux» ne cessent pas, les acteurs politiques se verront dans l'obligation de prendre des mesures urgentes et radicales, indépendamment de l'idéologie ou du parti. Je me refuse encore aujourd'hui à m'imaginer qu'il existe des branches ou des catégories professionnelles qui préfèrent la contrainte étatique par laxisme à une adaptation raisonnable et appropriée. La lutte pour la meilleure solution possible n'est pas terminée, elle ne fait que commencer. Mais cette solution imposera des adaptations de taille – des retouches de détail ne suffisent pas. ■

(Traduit de l'allemand)

Fondements des différents modèles de financement des hôpitaux

La LAMal repose sur une combinaison de mesures étatiques et de mécanismes de marché. Dans le but d'accroître l'impact des incitations économiques sur la maîtrise des coûts, des modèles alternatifs de financement des hôpitaux qui mettent l'accent sur le renforcement des forces du marché font actuellement l'objet de discussions en Suisse. Le premier des deux articles qui suivent est consacré à ce thème. L'exemple anglais qui y est rapporté montre qu'il est également possible de parvenir à des gains d'efficacité en attribuant des mandats à des privés dans le cadre d'un système de santé étatique.

Suisse: Discussion sur des modèles alternatifs de financement

Le projet de modification du financement des hôpitaux, mis en consultation par le Conseil fédéral du 8 mars au 23 avril 1999, a soulevé de nombreuses controverses. On continue donc à chercher des solutions réalisables. L'article ci-dessous présente sommairement les modèles alternatifs de financement qui sont envisagés dans le contexte suisse.

Marie-Thérèse FURRER, lic. ès sc. pol., section Tarifs et fournisseurs de prestations de la division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) contient deux principes qui ont une influence déterminante sur le financement des hôpitaux :

- Elle s'en tient, d'une part, au financement de l'assurance-maladie par des primes individuelles et par des subsides des pouvoirs publics. Elle prévoit, pour rendre le système plus social, une réduction des primes des assurés de condition économique modeste et un financement partiel des soins hospitaliers par les pouvoirs publics.
- Elle établit, d'autre part, une stricte séparation entre l'assurance obligatoire (qui constitue une assurance-maladie à caractère social) et les assurances complémentaires (qui sont soumises aux règles du droit des assurances privées). La loi se réfère donc à un système d'assurance fondamentalement fermé.

Le financement actuel des hôpitaux correspond toujours (dans son principe) à la réglementation de l'ancienne LAMA. Le système continue d'être axé sur une assurance qui couvre les coûts du séjour et du traitement dans un établissement hospitalier. Les cantons étant tenus de garantir la couverture des besoins en soins, ils financent les investissements des hôpitaux publics et couvrent en règle générale leurs déficits – à savoir les frais d'exploitation que l'assurance-maladie ne prend pas en charge. Lorsqu'il s'agit de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire, les cantons supportent une partie des frais si le traitement est effectué dans un hôpital public (ou subventionné par les pouvoirs publics) situé dans un autre canton. Cette contribution du canton de domicile des personnes assurées est une rémunération destinée à couvrir

les dépenses du canton où est situé l'hôpital pour la mise à disposition de l'infrastructure et des prestations de cet hôpital. Lorsque les personnes disposant d'une assurance complémentaire sont traitées dans leur canton de domicile, l'assurance complémentaire prend en charge les frais qui ne sont pas remboursés par l'assurance de base (cf. figure 1).

Défauts du système actuel

Le système étant axé sur la couverture des coûts ou des déficits, la discussion s'est concentrée sur le niveau de couverture des coûts dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics – les incitations économiques n'ont donc pas visé la maîtrise des coûts. La planification hospitalière a été introduite comme principal instrument de maîtrise des coûts. Le système implique qu'il est dans l'intérêt des cantons (comme propriétaires) que les tarifs de l'assurance-maladie soient élevés, car ils permettent de réduire les déficits des hôpitaux. Cette tendance va à l'encontre des efforts visant à maîtriser les coûts de l'assurance-maladie. Les cantons, partenaires tarifaires et autorités d'approbation des conventions tari-

Le système implique qu'il est dans l'intérêt des cantons (comme propriétaires) que les tarifs de l'assurance-maladie soient élevés.

fares, doivent également veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

La LAMal est une assurance de base obligatoire; tout individu domicilié en Suisse a droit à la prise en charge des coûts des prestations légales par l'assurance-maladie. En continuant à demander aux cantons de financer partiellement les coûts, la LAMal a repris implicitement la couverture des déficits prévue par l'ancienne loi (LAMA) – une disposition étrangère au système mis en place par la nouvelle loi. Dans un

Système de financement actuel

système qui a pour objet la prise en charge des coûts de prestations, un financement et une tarification en fonction de ces prestations seraient appropriés.

Par ailleurs, des distorsions de concurrence et des inefficacités découlent également de la différence des supports juridiques des hôpitaux. Les hôpitaux publics (à la différence des hôpitaux privés) ne doivent pas financer eux-mêmes les coûts du capital, et les hôpitaux privés ne sont pas subventionnés par le canton même s'ils figurent sur la liste des hôpitaux dudit canton. C'est pourquoi le système implique une tendance à privilégier les hôpitaux publics par les cantons.

Possibilités d'amélioration

Plusieurs possibilités peuvent être envisagées pour améliorer les incitations économiques du système suisse de financement spécifique à la maîtrise des coûts. On peut atteindre ce but soit en maintenant à la base le financement dual des hôpitaux (provenant de deux sources séparées), soit en passant à un financement unique (provenant d'une seule source). Le premier des modèles décrits ci-après a déjà été réalisé; les autres approches visent à alimenter la discussion en vue d'une révision de la LAMal concernant le financement des hôpitaux.

Nouvelles conceptions du système de financement dual

Le modèle hospitalier du canton de Thurgovie

Une mise en place plus efficace des incitations économiques dans un «modèle dual traditionnel» ont conduit à la formule développée par le canton de Thurgovie. Les coûts d'exploitation sont financés au moyen de «budgets (globaux) intégrés» qui se fondent sur des mandats de prestations. La séparation des hôpitaux de la hiérarchie des responsabilités de l'administration cantonale et la création d'une communauté d'hôpitaux autonome visent à faire sauter la double fonction du canton consistant à planifier et à financer les hôpitaux. Les immeubles restent propriété du canton, mais les biens meubles et l'exploitation ont passé à une société anonyme autonome, selon le droit privé, qui loue les immeubles. Il s'agit de créer ainsi

Traitement dans un hôpital du canton de domicile (figurant sur la liste cantonale des hôpitaux)

| | Assurés/assurance de base (chambre commune) | Assurés/assurance complémentaire (privé/semi-privé) |
|------------------------------|--|---|
| Canton/commune (domicile) | au minimum 50 % des coûts imputables | |
| Assurance de base | au maximum 50 % des coûts imputables | au maximum 50 % des coûts imputables |
| Assurance complémentaire | | au minimum 50 % des coûts imputables coûts supplémentaires pour l'hôtellerie, le traitement par le médecin-chef, etc. |

Traitement dans un hôpital situé dans un autre canton

(traitement indiqué ou approuvé par le canton de domicile, accident/urgence)

| | Assurés/assurance de base (chambre commune) | Assurés/assurance complémentaire (privé/semi-privé) |
|-------------------------------|---|---|
| Canton/commune (d'origine) | coûts selon le tarif extra-cantonal de l'hôpital traitant <i>déduction de la part de l'assurance de base</i> | coûts selon le tarif extra-cantonal de l'hôpital traitant <i>déduction de la part de l'assurance de base</i> |
| Assurance de base | coûts selon le tarif cantonal de l'hôpital traitant | coûts selon le tarif cantonal de l'hôpital traitant |
| Assurance complémentaire | | coûts supplémentaires pour l'hôtellerie, le traitement par le médecin-chef, etc. |

une nouvelle structure de gestion, davantage orientée vers la performance et les résultats. Le canton possède actuellement 100 % du capital social. Il n'est cependant pas exclu qu'il cède, avec l'approbation du Grand Conseil, une partie de ses actions, ce qui reviendrait, à la limite, à privatiser (du moins partiellement) le support juridique.

Optimisation du système de financement dual

La possibilité d'optimiser le système de financement dual selon Leu et al. (R. E. Leu et al. : Spitalfinanzierung im Umbruch - Probleme und Lösungsmöglichkeiten, Bâle, 1999, p. 19) correspond dans son principe au modèle que le Conseil fédéral a mis en consultation au printemps 1999. Selon ce modèle, l'assurance-maladie et les cantons continuent de participer séparément au financement des hôpitaux. Leur participation étant réglée selon un mode de

répartition fixe, défini de manière prospective, il n'est pas possible de déplacer des charges vers le partenaire financier. On finance autant que possible des prestations sous forme de forfaits par cas ou par division. Sont rémunérées les prestations de tous les hôpitaux qui correspondent à une planification cantonale et figurent sur une liste. Les charges d'exploitation et les investissements sont traités de la même manière. Par ailleurs, le mode de financement des hôpitaux s'applique également aux prestations semi-hospitalières.

Différentes conceptions d'un système de financement unique

Les plus récentes propositions publiées à propos d'un système de financement unique ont une caractéristique commune : un seul financement des charges d'exploitation des hôpitaux par l'assurance-maladie, et le versement direct ou indirect des

subsidés cantonaux aux assureurs-maladie ou aux assurés selon un mode déterminé. Il incombe toujours aux cantons de définir les conditions-cadre et de garantir les prestations d'intérêt général (services d'urgence, enseignement et recherche).

Le modèle «densité moyenne de réglementations»

Le modèle «densité moyenne de réglementations» selon Leu et al. (op. cit., p. 25) se distingue non seulement par le seul financement des hôpitaux par l'assurance-maladie, mais aussi par le fait qu'un pourcentage déterminé du coût global de la santé (coût des prestations selon la LAMal – à l'exclusion des subsides destinés à la réduction de primes) est pris en charge par les cantons. Les subsides cantonaux sont versés aux assureurs-maladie via la compensation des risques, modifiée par rapport au système actuel. Il existe en outre la possibilité de constituer des pools cantonaux d'investissement.

Ce modèle permet aux cantons de continuer d'exercer une influence sur le secteur hospitalier. Le fait que les fonds ne vont pas directement des cantons aux hôpitaux atténue le problème de la double fonction des cantons consistant à être propriétaires et à financer les hôpitaux.

Le modèle fondé sur la concurrence

Le modèle fondé sur la concurrence selon Leu et al. (op. cit., p. 29) prévoit que les prestations des hôpitaux sont uniquement financées par l'assurance-maladie. Les cantons versent leurs subsides aux assureurs-maladie via la compensation des risques. Les hôpitaux se procurent les fonds destinés aux investissements sur le marché, ce qui implique une autonomie des supports juridiques des hôpitaux.

La variante Brülhart

La variante proposée par Rudolf Brülhart, ancien président du conseil de fondation de Visana, prévoit un financement à source unique: le canton verse à l'assureur-maladie une contribution par cas d'hospitalisation dont le montant correspond à la moitié du forfait ou des frais de traitement en division commune d'un hôpital figurant sur la liste cantonale. En cas de traitement dans un autre canton, les patients touchent au maximum le montant auquel ils auraient droit dans leur propre can-

ton. Les frais supplémentaires sont à leur charge. En outre, le budget mis à disposition par le canton ne doit pas être dépassé, ce qui va dans le sens de la définition de budgets globaux (article paru dans la *Neue Zürcher Zeitung* le 27 avril 1999).

La variante Moser

La variante proposée par Markus Moser, ancien chef de la division principale Assurance-maladie et accidents de l'OFAS, préconise un système de financement unique dans le sens que les cantons versent des subventions aux traitements très coûteux.

En continuant à demander aux cantons de financer partiellement les coûts, la LAMal a repris implicitement la couverture des déficits prévue par l'ancienne loi (LAMA) – une disposition étrangère au système mis en place par la nouvelle loi.

Le critère pour le versement de subsides cantonaux est le montant des frais de traitement d'une personne dans une année civile. Si ces frais dépassent un montant déterminé, le canton de domicile de la personne assurée prend en charge la majeure partie des coûts qui dépassent ce montant limite. Ce modèle d'octroi de subventions ne se limite pas aux traitements hospitaliers. La plupart des subsides cantonaux reviendraient néanmoins au secteur hospitalier, car la plus grande partie des traitements coûteux sont effectués en milieu hospitalier (article paru dans la *Neue Zürcher Zeitung* le 29 septembre 1998).

Conclusion

La LAMal en vigueur dit que les hôpitaux doivent correspondre à une planification établie par un ou plusieurs cantons pour être autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie. Plus les modèles décrits ci-dessus s'appuient sur le système actuel, plus ils s'accordent avec une régulation de l'offre par l'Etat (modèles «optimisation», et «Thurgovie» sous sa forme actuelle).

Plus ils s'apparentent à un concept selon lequel la demande dirige l'offre, moins ils sont compatibles avec une planification étatique (c'est notamment le cas du modèle «concurrence»). La décision en faveur d'un système de financement des hôpitaux découle donc non seulement de considérations sur l'efficacité, mais repose aussi sur d'autres critères. Elle est également influencée par l'idée que se font les décideurs de la fonction et de la responsabilité des cantons dans le secteur de la santé.

Toutes les variantes mentionnées renforcent l'efficacité par rapport au système actuel. Certaines incitations visant la maîtrise des coûts (comme la tarification liée aux prestations) peuvent en outre être intégrées dans chaque modèle. Le «modèle dual optimisé» et les systèmes à source de financement unique empêchent par ailleurs le transfert de coûts entre partenaires financiers, pour autant qu'ils prévoient une répartition fixe des coûts ou des parts fixes au financement entre l'assurance-maladie et les pouvoirs publics. La fixation de ces grandeurs n'est pas une question d'efficacité du système, mais une question de volonté politique. Les effets de la répartition varient cependant en fonction de la proportion entre la contribution financière des pouvoirs publics et celle de l'assurance-maladie.

(Traduit de l'allemand)

Un concept anglais : financer des hôpitaux en faisant appel aux investisseurs privés

Le Royaume-Uni s'est engagé dans le plus grand programme de construction d'hôpitaux de l'histoire du National Health Service (NHS), en misant sur un concept inédit – la «Private Finance Initiative» (PFI) – pour maîtriser les coûts de la santé et améliorer la qualité du service au public. Comme présentation de la PFI, l'article suivant se base sur une étude du cas de l'hôpital de Bromley, l'un des 13 nouveaux hôpitaux construits depuis 1997 dans le cadre de la PFI.

Christian TYSON, directeur adjoint, Dresdner Kleinwort Benson, London

Le National Health Service (NHS) fut fondé en 1948 dans le but d'offrir des soins de base gratuits à la population du Royaume-Uni. Cette institution est la plus grande organisation européenne de santé. Or l'augmentation des coûts l'a conduite ces dernières années à des contraintes financières. Cela a notamment eu pour conséquence une entrave considérable des investissements dans les hôpitaux.

Pour des raisons politiques, il n'est pas possible d'envisager une privatisation du NHS. Par contre, le concept de la PFI rend possible l'injection de capitaux privés et un mode de gestion de projets efficace sur le plan local. Un consortium privé prend en charge la construction d'hôpitaux ainsi que les prestations qui ne relèvent pas du domaine médical (entretien, nettoyage des locaux, restauration, blanchisserie, etc.). Dès lors, le NHS peut se concentrer entièrement sur sa mission première qui est de prodiguer des soins médicaux dans ses hôpitaux.

300 000 personnes environ vivent à Bromley, au Sud-Est de Londres. L'entité du NHS du Bromley Hospital (les autorités compétentes NHS), possède là plusieurs bâtiments répartis sur différents sites. Certains datent des années 60, d'autres sont des constructions «temporaires» remontant à la guerre 14-18. La construction sur un seul site d'un nouvel hôpital de 510 lits regroupant toutes les spécialités est prévue dans le cadre de la PFI.

Contrat de prestations

Le projet a été mis au concours. L'entité du NHS qui avait retenu

trois propositions au terme d'une première sélection, a finalement signé un contrat d'une durée de 30 ans avec un consortium privé, conseillé et financé par Dresdner Kleinwort Benson. Ce consortium dessinera, construira, financera et entretiendra le nouvel hôpital. Il fournira aussi tous les services autres que les services de soins. L'entité du NHS continuera de fournir les services médicaux et l'ensemble du personnel médical.

Voici les termes du contrat conclu entre le NHS et le consortium privé :

- Durant les 30 ans, l'entité du NHS verse tous les mois un montant déterminé, indexé à l'inflation, pour les services fournis.
- Le premier paiement n'intervient que lorsque la construction du nouvel hôpital est terminée.
- Les services offerts par le consortium doivent satisfaire à certaines normes (par exemple la qualité de l'entretien, la restauration, etc.).

- Si le service n'est pas satisfaisant, le montant versé est réduit. S'il est vraiment de mauvaise qualité, la réduction peut aller jusqu'à 100 % du montant normal.

- Au terme du contrat, le NHS peut faire valoir l'option suivante : il peut prendre gratuitement possession de l'hôpital ou reconduire le contrat de prestations.

- Le consortium privé s'engage à vendre les vieux bâtiments durant la période de la concession pour un prix minimum convenu d'avance. Cela permet de réduire les coûts du projet d'investissements prévu et par là, les sommes payées par le NHS au consortium. Si le prix de vente devaient s'avérer plus élevé, les recettes supplémentaires resteront en possession du NHS.

- Le NHS peut dénoncer le contrat au cas où le consortium privé ne le respecterait pas (manquements répétés ou durables), mais aussi pour d'autres raisons. Le NHS prend possession de l'hôpital quoi qu'il arrive. Selon les raisons qui ont conduit à la dénonciation du contrat, le partenaire contractuel reçoit des paiements compensatoires plus ou moins importants.

Rapports coûts/prestations

Pour obtenir le feu vert pour le financement de ce projet, l'entité du NHS de Bromley a dû convaincre le ministère des finances que le projet PFI était plus avantageux qu'un projet traditionnel, financé et géré par les pouvoirs publics. Un financement privé est en soi plus coûteux qu'un financement public. Le premier a cependant pour avantage

| Risques | Prise en charge des risques |
|---|--|
| Autorisations de construire | Secteur public |
| Risques liés à la construction | Secteur privé |
| Risques liés à l'exploitation | Secteur privé |
| Financement | Secteur privé |
| Taux d'occupation | Secteur public (le secteur privé, qui n'assume que les coûts fixes, n'a pas d'influence sur le nombre de patients) |
| Modifications légales | Les deux (le secteur privé assume un risque normal d'entreprise, mais il est protégé en cas de modifications légales «discriminatoires») |
| Valeur de l'hôpital au terme du contrat | Secteur privé (au terme du contrat, l'objet doit être remis dans un état qui permette la poursuite des activités) |

Private Finance Initiative

La Private Finance Initiative (PFI) a été introduite en 1992 en Grande-Bretagne, afin d'offrir des prestations de service public de haute qualité à des prix avantageux. Dans le cadre du programme PFI, le secteur privé planifie, construit, finance et gère des projets d'infrastructures publiques selon des normes établies à l'avance – généralement sous forme de contrats établis pour une durée de 20 à 30 ans.

L'exploitant couvre ses coûts d'exploitation et assure son financement par l'obtention de paiements de l'Etat, qui sont fonction des prestations fournies, durant toute la durée du contrat. L'exploitant est ainsi incité à planifier, construire et gérer les installations de manière efficace. Le bénéfice occasionné par l'efficacité dépasse les coûts supplémentaires du financement privé.

La PFI est plus qu'une externalisation des services, qui ne concerne le plus souvent que des contrats à court terme pour des services particuliers (nettoyage par exemple). La PFI permet à l'Etat d'exercer sur le projet un contrôle plus étroit qu'une pure privatisation – qui limite par certains règlements son influence sur la qualité des prestations. La PFI donne la possibilité d'offrir encore à la population la «gratuité» des services publics, étant donné que l'Etat assume les paiements destinés à l'exploitant privé.

Le Gouvernement britannique a recours à la PFI pour assurer la réalisation de toutes sortes d'infrastructures, y compris les routes, les prisons, les écoles, les hôpitaux ainsi que les systèmes informatiques et certains équipements militaires.

ciation, alors que 7 hôpitaux seulement ont été construits entre 1980 et 1997 avec un financement public.

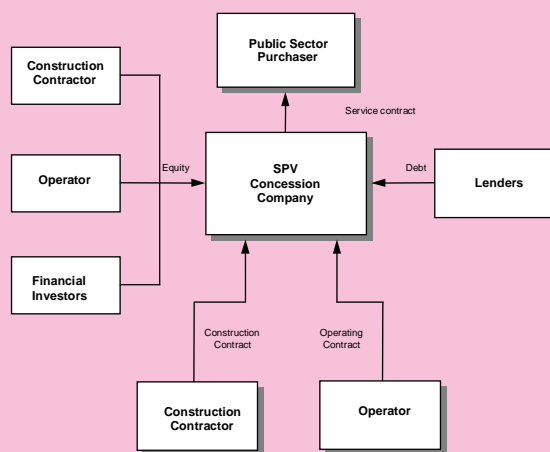
Conclusion

Contrairement à ce que l'on imagine généralement, les projets financés entièrement par le secteur privé ne sont pas plus coûteux que ceux qui le sont par les pouvoirs publics. L'avantage principal d'un financement par le secteur privé repose avant tout sur l'amélioration des prestations de service. C'est pourquoi plusieurs gouvernements européens s'intéressent à ce concept.

Par rapport au mode de financement traditionnel de constructions, le concept PFI fait supporter à un consortium privé les risques liés à l'exploitation et à l'entretien durant toute la durée de la concession. Une gestion efficace est récompensée; par contre, le consortium doit supporter les réductions de paiement prévues contractuellement lorsque les prestations qu'il fournit sont mauvaises. Le modèle PFI favorise l'éclosion d'un nouveau mode de pensée sur la façon dont on peut réaliser qualitativement et efficacement en termes de coûts les devoirs de l'Etat en matière d'infrastructure, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans d'autres secteurs. ■

(Traduit de l'anglais)

Typical PFI Structure



 Dresdner Kleinwort Benson

qu'il permet un transfert des risques du NHS au consortium privé. C'est ainsi qu'à Bromley par exemple, le consortium s'est chargé de la vente de terrains constructibles non utilisés pour un prix minimum et que, de cette façon, il a déchargé le secteur public des incertitudes liées aux fluctuations du marché. Ainsi, le transfert des risques est un avantage décisif du concept PFI qui offre le meilleur rapport coûts/prestations au secteur public. Le tableau ci-dessous met en évidence la répartition habituelle des risques entre secteurs privé et public dans le cadre d'un projet d'hôpital PFI.

Une naissance difficile

Le projet mis sur pied à Bromley a permis de constater qu'un financement par le secteur privé peut dé-

charger le secteur public et par voie de conséquence le contribuable. Mais la mise sur pied de la PFI ne s'est pas faite sans peines. Le processus d'élaboration des modalités contractuelles de la PFI a été long et ardu. Toutes les personnes y ayant participé estiment que les coûts engendrés par cette mise sur pied sont trop élevés. Les salariés du secteur public craignent que la sécurité de leur emploi ne soit menacée par un passage dans l'économie privée, en dépit de la protection qui leur est offerte par la loi. Cependant, force est de constater que la mise en application des concepts PFI a certainement accéléré la construction d'infrastructures nouvelles en Angleterre. 13 nouveaux hôpitaux sont en construction depuis 1997 dans le cadre de la PFI et la construction de 10 autres est actuellement en négo-

Dresdner Kleinwort Benson (DreKB) est la banque d'investissements du groupe Dresdner Bank. Elle agit en tant que consultant aussi bien pour le Gouvernement britannique que pour l'industrie privée dans la mise sur pied de la PFI. Elle finance aussi des projets PFI. De plus amples informations peuvent être obtenues en composant le numéro de téléphone +44-171-475-4373 ou par e-mail à l'adresse: christian.tyson@dresdner-bank.com

Le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier – quelles conséquences ?

En juin dernier, le Conseil fédéral a adopté le message concernant l'initiative populaire «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier». L'initiative demande que les assurés-maladie et accidents puissent choisir leurs fournisseurs de prestations dans toute la Suisse, et la prise en charge des coûts correspondants. Le Conseil fédéral s'oppose au choix illimité dans le domaine des établissements hospitaliers – où l'augmentation des coûts a pu être maîtrisée ces dernières années grâce à la planification hospitalière. Si cet instrument de politique de la santé devait disparaître par l'acceptation de l'initiative, on pourrait s'attendre à une augmentation massive des coûts qui se répercuterait sur les primes. Le Conseil fédéral estime que les exigences des auteurs de l'initiative sont aujourd'hui pleinement satisfaites dans l'assurance-accidents et en bonne partie dans l'assurance-maladie. C'est pourquoi il recommande le rejet.

Marie-Thérèse FURRER, lic. ès sc. pol., section Tarifs et fournisseurs de prestations de la division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

En juin 1997, le comité d'initiative de la communauté d'intérêts «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier» a déposé une initiative qui a abouti avec 134 015 signatures: elle revendique l'inscription dans la constitution fédérale du droit pour tout patient de choisir librement son médecin et son établissement hospitalier dans toute la Suisse, et la prise en charge des coûts du traitement par l'assurance-maladie obligatoire (risque accidents inclus) ou par l'assurance-accidents obligatoire.

La LAMal et la LAA garantissent une liberté de choix
Aujourd'hui déjà, les assurés disposent d'une très grande liberté de choix dans les domaines de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance-accidents obligatoire (LAA). Pour l'assurance-maladie, ils peuvent choisir parmi les médecins agréés dans leur canton de résidence et parmi les établissements hospitaliers que ce canton a inscrits sur la liste des hôpitaux dans le cadre de sa planification hospitalière. Les traitements hors canton sont intégralement couverts en cas d'urgence ou lorsqu'ils sont exigés pour des raisons médicales. Toute personne qui

choisit pour d'autres raisons de suivre un traitement médical hors de son canton peut se rendre dans un hôpital figurant sur une liste, mais il sera remboursé par son assurance de base selon les tarifs pratiqués dans son canton de résidence. Une réglementation analogue est appliquée pour l'assurance-accidents obligatoire selon la loi sur la LAA, pour les soins dispensés par des fournisseurs de prestations avec lesquels l'assureur-accidents n'a pas conclu de convention. Le lieu de résidence de l'assuré ne joue aucun rôle dans le cas de l'assurance-accidents.

Les revendications de l'initiative sont d'ores et déjà amplement satisfaites pour les soins ambulatoires de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents. Une liberté de choix assez étendue existe dans le domaine des soins hospitaliers de la LAMal. Toutefois, après l'entrée en vigueur de celle-ci, un doute subsistait quant à savoir dans quelle mesure l'assurance obligatoire de base et le canton de résidence devaient prendre en charge les coûts des traitements des patients séjournant dans la division semi-privée ou privée d'un établissement hospitalier extracantonal.

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a clairement expliqué

dans deux arrêts de principe, de décembre 1997, que l'obligation de contribution du canton lors d'une hospitalisation extracantonale dans un établissement public ou subventionné, ne dépendait pas de la division dans laquelle séjournait la personne assurée. Le canton de résidence n'a cependant aucune obligation de contribuer aux frais des séjours effectués dans un établissement hospitalier privé non subventionné.

Les auteurs de l'initiative font remarquer que les assurés disposant d'une assurance complémentaire ne reçoivent, dans de nombreux cas, aucune contribution de l'assurance de base pour leurs frais de traitement. Les arrêts mentionnés du TFA lèvent ainsi l'incertitude entourant la question de la contribution obligatoire de l'assurance-maladie et rendent superflue l'exigence de principe d'un montant de base de la part de l'assurance obligatoire. La question de l'égalité de traitement entre établissements hospitaliers est maintenant claire du point de vue juridique.

Il va de soi que la liberté de choix ne peut avoir de sens sans examen des qualifications techniques des institutions et des personnes concernées. Dans l'assurance-accidents les fournisseurs de prestations sont soumis à certaines exigences organisationnelles supplémentaires. Ces exigences ont dans la pratique peu de conséquences pour les assurés. Dans le cadre de l'assurance-maladie par contre, la liberté de choix des patients se réduit aux établissements hospitaliers agréés. Cela signifie qu'un établissement hospitalier doit être inclus dans la planification mise sur pied par un ou plusieurs cantons; il faut aussi tenir compte des institutions privées de manière appropriée. L'initiative exige en revanche une liberté totale quant au choix de l'établissement hospitalier. Son acceptation rendrait inutile l'obligation de planification imposée aux cantons. Cela entraînerait la disparition d'un des instruments de maîtrise des coûts prévus dans la LAMal (point fort de la révision totale de l'assurance-maladie selon le message du 6. 11. 1991). Ces dernières années, la planification hospitalière a non seulement permis d'avoir un meilleur aperçu de l'offre de prestations, mais a aussi accéléré la réduction des surcapacités qui existaient. Elle revêt une importance particulière, car les établissements hospitaliers

étaient les fournisseurs de prestations dont l'augmentation des coûts était la plus marquée. Ils représentent aujourd'hui encore le plus grand facteur de coûts de la santé.

Des conséquences peu souhaitables

Les dépenses annuelles de l'assurance-maladie (assurance de base et assurances complémentaires) pour la couverture des frais d'hospitalisation d'une personne assurée ont augmenté entre 1986 et 1993 de 5,2 % au minimum (1989) et de 14,3 % au maximum (1991). L'augmentation des coûts dans l'ancienne LAMA oscillait entre 0,5 % (1989) et 13,2 % (1991) ; celle des assurances complémentaires en cas d'hospitalisation était nettement supérieure. L'entrée en vigueur de la LAMal a entraîné une maîtrise de l'évolution des coûts dans le domaine des soins hospitaliers: si, pour l'assurance de base, les coûts qu'ils représentent par personne assurée ont augmenté encore jusqu'à 7,9 % en 1995, ils ont ensuite chuté à 3,6 % en 1996 (entrée en vigueur de la LAMal). En 1997, l'augmentation n'a été que de 0,3 %. Les mesures prises dans le secteur hospitalier (par la planification hospitalière) ont progressivement déployé leurs effets.

Une disparition de la planification hospitalière aurait des effets financiers incalculables, entraînant des augmentations de primes très importantes.

Il n'y a pas aujourd'hui, pour l'assurance-maladie, d'obligation de prise en charge des coûts en cas de soins prodigués dans des hôpitaux qui n'ont pas été retenus dans la planification établie par un ou plusieurs cantons ; afin que les frais correspondants soient couverts, il est nécessaire de disposer d'une assurance complémentaire. L'acceptation de l'initiative provoquerait un transfert des charges financières des assurances complémentaires vers l'assurance de base.

Le Conseil fédéral estime que l'intérêt que représente pour l'ensemble de la communauté des assurés une assurance-maladie financièrement supportable et offrant une couverture de soins de qualité garantie par une planification appropriée, doit primer sur l'intérêt que représente pour quelques assurés une prise en charge illimitée des prestations de soins. Il recommande de rejeter cette initiative populaire. ■

(Traduit de l'allemand)

Des ténors du domaine de la santé prennent position

Les questions posées :

1. Quelle est votre proposition de financement des hôpitaux ? Votre modèle est-il facilement réalisable ?
2. Estimez-vous possible ou souhaitable que les pouvoirs publics se retirent du financement des hôpitaux ?
3. Quelles sont les conséquences (a) du projet de révision du Conseil fédéral et (b) du scénario que vous exposez, pour l'ensemble du système de l'assurance-maladie sociale et pour la charge financière des assurés ?



Philipp Staehelin

Président de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, chef du Département des finances et des affaires sociales du canton de Thurgovie

(Les réponses reflètent l'opinion personnelle de la personne interrogée.)

1. Avec des frais différents selon qu'il s'agit de traitements hospitaliers ou ambulatoires, d'hôpitaux publics ou privés, ou encore d'hospitalisation extracantonale, l'actuel financement dual des hôpitaux par les cantons et les caisses-maladie donne de fausses impulsions. Ce financement mixte scelle des distorsions que seul le passage au financement par sujet confié aux caisses permettra de supprimer totalement. Mais, pour des motifs de politique sociale, les cantons ne sauraient être déchargés financièrement. Le subventionnement qu'ils accordent aujourd'hui aux hôpitaux doit être dévié vers les caisses-maladie.

2. Les cantons sont responsables (le plus souvent sur la base de leurs propres constitutions) de la couverture de santé de leur population. Il faut qu'ils conservent cette responsabilité et les compétences qui en découlent. La responsabilité en matière de couverture de santé n'a pas la même signification que la gestion proprement dite des hôpitaux par les cantons eux-mêmes. Les hôpitaux peuvent parfaitement être détachés de l'administration cantonale et remis à des tiers.

Pour des motifs de politique sociale, il n'est pas souhaitable que les pouvoirs publics se retirent du financement des hôpitaux. C'est pourquoi une part équitable de ce financement doit continuer à être alimenté par les rentrées fiscales.

3. Le projet mis en consultation par le Conseil fédéral augmente considérablement les charges des cotisants comme celles des contribuables. Il y a donc lieu de le rejeter. C'est aussi l'avis des cantons qui, dans leur majorité, ne peuvent pas l'assumer sans d'importantes hausses d'impôts.

Un passage au financement par sujet se répercute directement sur les coûts et incite à agir davantage dans le sens de leur maîtrise. C'est peut-être ainsi que l'on écartera la tentation déplorable qui se généralise, de prolonger les hospitalisations onéreuses au détriment des traitements hospitaliers ambulatoires, les

cantons devant alors payer leur part (et inversement!).

La participation au financement des traitements semi-hospitaliers proposée par le Conseil fédéral n'est du reste pas une meilleure solution. Elle ne fait que déplacer la faille du système. Je le rappelle, le passage au financement par sujet ne saurait réduire la charge des cantons.



Marc-André Giger
Directeur du Concordat des assureurs-maladie suisses, Soleure

1. Les règles actuelles de financement des coûts hospitaliers sont insatisfaisantes. Elles défavorisent les hôpitaux privés de même que les patients assurés en privé ou en semi-privé; elles créent aussi une pratique différente pour les patients du canton et ceux d'un autre canton ainsi que pour les traitements dans un établissement hospitalier et les soins ambulatoires. Une première étape portera sur la *restructuration du système* selon la conception modulaire proposée dans le projet de révision du DFI. Ainsi l'arrêt du TFA de décembre 1997 sera appliqué. Le financement de taux journaliers et le renoncement provisoire à une couverture totale au cas par cas a permis de trouver également une solution praticable. Si ce principe ne pouvait être réalisé, les assureurs n'hésiteront pas à intenter une action en justice dès que l'accord moratoire avec les cantons arrivera à échéance, au 31 décembre 2000. Le 1er janvier 2005, il faudra vraiment procéder à la *restructuration du système*. Les hôpitaux devraient alors être à égalité pour faire jouer la concurrence.

2. Si l'on veut restructurer le système, les cantons doivent se retirer du support juridique et du financement direct des hôpitaux. Les mêmes règles de financement

doivent être appliquées aux traitements hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires; les assureurs-maladie ne seront plus tenus de prendre en charge les coûts. Ils garantissent à leurs assurés des soins conformes aux besoins et concluent, sur la base de conventions tarifaires centrées sur les prestations, des contrats avec les hôpitaux concurrentiels de la liste. Dans ce système, ce ne sont plus les listes des hôpitaux et les planifications hospitalières cantonales qui déterminent la pérennité des hôpitaux, mais bien leur compétitivité. Les cantons allouent aux assureurs des contributions aux traitements hospitaliers.

Les réductions de primes cantonales aux assurés doivent être maintenues. Les comptabilités analytiques correspondantes et les statistiques de prestations seront entièrement harmonisées.

3. Le projet mis en consultation modifie les règles de financement qui bloquent la concurrence et rendent inefficace le système de santé. Le CAMS appuie donc fortement le projet. Le Concordat ne comprend pas que les cantons aient brusquement rejeté le projet relatif aux coûts hospitaliers. La charge des cantons et des communes a été fortement allégée ces derniers cinq ans, si on compare leur situation à celle des assureurs-maladie qui, durant la même période, ont vu leur charge augmenter de près de 5 milliards de francs. Il faut résolument couper court à ce transfert des coûts sur les assurés. La restructuration du système selon le projet du DFI prend en compte cette exigence. Seul un aménagement du système garantit de toutes façons un vrai remède à long terme aux problèmes concernant la santé publique et partant, aux assurés. Les cantons doivent cesser d'être multifonctionnels : à la fois financiers des hôpitaux, planificateurs des hôpitaux et juges arbitraux dans les litiges tarifaires. Ces conflits d'intérêts bloquent considérablement les mécanismes du marché. Il faut encourager les cantons à ne pas essayer d'augmenter les recettes sur le dos des assureurs et des assurés, mais à réaliser une véritable couverture de soins hospitaliers qui s'avère efficace.



Peter Saladin
Président de H+ Les Hôpitaux de Suisse, Président du directoire de l'Hôpital de l'Île, Berne

1. Le financement des prestations hospitalières doit être lié à la prestation. Il faut définir le mandat de prestations sous l'angle quantitatif et qualitatif et convenir de la rémunération correspondante dans des conventions de prestations liant les organes qui supportent les coûts et les institutions du secteur de la santé. Le fournisseur de prestations devrait avoir en face de lui un seul organe de financement (financement moniste). Les prestations de soutien particulières et les mandats supplémentaires (dans les domaines de l'enseignement et de la recherche par exemple) seront réglés séparément selon les mêmes principes. Il faudrait encourager l'optimisation de l'usage des ressources - en d'autres termes, les éventuels bénéfices d'un accroissement de l'efficacité devraient être mis à disposition de l'institution. En outre, les établissements doivent supporter eux-mêmes le risque attaché à l'entreprise pour les excédents de dépenses. Dans un environnement d'ouverture des marchés et de libéralisation généralisée, l'approbation (et par suite, les chances de transformation) augmenteront rapidement en Suisse.

2. Dans un système de santé orienté vers la concurrence, les pouvoirs publics devraient renoncer à exploiter des hôpitaux, et se contenter de mettre en place les conditions-cadre et de donner les mandats de prestations. C'est ainsi que l'on évitera les conflits d'intérêts actuels. Il faudrait que le financement des hôpitaux cesse d'être lié aux structures, et qu'il rémunère les prestations réellement fournies. Les pouvoirs publics pourraient déléguer (aux assureurs par exemple) l'acquisition de prestations médicales au-

près des fournisseurs de prestations. Il s'agit de veiller à un accès au marché non discriminatoire pour tous les fournisseurs de prestations. On pourrait à la rigueur conserver certains modèles conventionnels de financement (concernant par exemple les services de sauvetage, la concentration des efforts dans un hôpital central, etc.) qui peuvent se révéler nécessaires dans l'intérêt de considérations particulières au plan régional ou en matière de politique des soins.

3a. Le projet du Conseil fédéral maintient le système dual de financement par les cantons et les caisses-maladie. Au lieu d'éliminer le manque de clarté de l'orientation politique, il l'aggrave. On risque alors de voir augmenter plus que nécessaire les dépenses de planification et les dépenses administratives des hôpitaux – ce qui nuit à la gestion efficace d'une entreprise dans un environnement axé sur la concurrence. En outre, les hôpitaux publics et les hôpitaux privés ne disposeront pas des mêmes armes. Il en résultera des coûts élevés. Le financement moniste n'influence du reste pas la conception sociale de l'assurance-maladie. Des conditions-cadre adéquates imposées par les pouvoirs publics permettent d'aménager les couvertures sociales nécessaires.

La planification obligatoire ne saurait inclure le secteur semi-hospitalier. Les difficultés en matière de définition auront pour conséquence que les fournisseurs de prestations disposeront d'une marge de manœuvre interne entre les secteurs ambulatoire et hospitalier et pourront exploiter la structure des tarifs à leur avantage.

L'ensemble des coûts de la santé dépend en premier lieu de l'étendue des prestations demandées et fournies. Ce n'est pas avec un catalogue de prestations exhaustifs dans l'assurance de base que l'on parviendra à maîtriser les coûts. En revanche, la répartition des coûts totaux entre les pouvoirs publics et les assurés est une question politique.

3b. Une planification du système de santé plus radicalement tournée vers l'économie de marché et, de ce fait, centrée sur la clientèle permet d'envisager une hausse marquante de la qualité et de l'efficacité. L'évolution des coûts pourrait s'en trouver favorablement

influencée. En redonnant aux citoyens en âge de se prononcer le pouvoir de participer au choix de l'étendue des prestations qu'ils attendent du système médical et de la protection des risques qu'ils sont prêts à assumer, et en les associant davantage à la responsabilité du financement, on peut s'attendre à des conséquences importantes, liées à la demande, sur le système de couverture hospitalière (par exemple un renoncement individuel à des équipements de haute technologie, le recours à des prestations complémentaires non médicales, etc.)



Ulrich Wanner

Secrétaire général de l'Association suisse des cliniques privées, Gümli- gen, Berne

1. En ce qui concerne l'assurance de base, les besoins des patients ou des assurés, les possibilités financières des organismes payeurs et les lois du marché sont les éléments qui doivent déterminer l'organisation du système hospitalier.

Désormais il faut passer d'un système de financement par établissement à un système de financement lié aux prestations individuelles. L'Etat ne doit plus participer au financement des hôpitaux publics en tant qu'établissements, mais à celui des soins individuels dispensés aux patients (selon le principe «money follows patient»). La suppression des subventions hospitalières créerait une véritable concurrence. Il est vrai que, pour les établissements hospitaliers publics, cette mesure implique de façon explicite un abandon de la garantie de couverture de déficit ainsi que l'établissement d'une comptabilité transparente et complète, y compris en ce qui concerne les investissements.

Un tel système de financement devrait permettre aux fournisseurs de prestations hospitalières de présenter leur offre dans le cadre d'une

adjudication. Les exigences de qualité jouent évidemment un rôle important lors de la sélection des hôpitaux.

2. En principe, il est possible que les pouvoirs publics se retirent du financement des hôpitaux. Mais ce retrait ne doit pas être total. Il est évident que les pouvoirs publics doivent pouvoir contribuer au financement de certaines prestations d'utilité publique générale dans les domaines des services d'urgence, des cliniques spécialisées (à l'intérieur d'un hôpital central) et pour l'enseignement et la recherche.

Mais une telle décision aurait obligatoirement pour conséquence que l'Etat consacre la totalité des sommes ayant servi jusqu'à présent au financement des hôpitaux, à la réduction directe ou indirecte des primes et à des situations sociales difficiles.

Une telle orientation *serait souhaitable*, afin de faire prendre conscience au simple citoyen des coûts consacrés à ce bien qu'est la santé, et de l'encourager à adopter un comportement plus responsable en matière de santé. Le passage d'un financement dual à un financement moniste favoriserait d'ailleurs la concurrence parmi les fournisseurs de prestations.

Il ne faut bien sûr pas perdre de vue le fait que l'explosion des coûts dans le secteur de la santé publique est liée en fin de compte à l'évolution démographique, au penchant des assurés pour l'«assurance tous risques» et à une explosion des droits qui a conduit à des prestations obligatoires à peu près illimitées dans l'assurance-maladie sociale.

3. Le projet du Conseil fédéral de révision de la LAMal contient une première amélioration par rapport à la réglementation actuelle. Il n'y aurait plus de cofinancement de l'assurance de base par les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire, puisque tous les assurés auraient droit aux mêmes contributions cantonales. La discrimination dont sont victimes actuellement les hôpitaux privés serait supprimée si les fournisseurs privés de prestations hospitalières étaient traités de manière adéquate, c'est-à-dire de la même manière que les fournisseurs publics, selon des critères de prestations concurrentiels.

Dans le domaine de la planification hospitalière, il existe cependant

encore d'autres défauts d'organisation, du fait que les cantons, en tant qu'exploitants des hôpitaux publics, sont en même temps organes de planification et organes de concession. Ces intérêts contradictoires sont responsables des déséquilibres repérables sur les listes des hôpitaux.

Le maintien d'une couverture de déficit pour les hôpitaux publics fausse la concurrence entre les fournisseurs et n'incite que très peu ces derniers à faire des économies.

Un financement concurrentiel et lié à la prestation (en lieu et place d'un subventionnement par établissement aux apparences monopolistiques) réduira sans aucun doute à moyen terme les coûts et par là les primes.



Robert E. Leu
Professeur à l'Institut d'économie politique de l'Université de Berne

1. Le financement dual actuel devrait être remplacé par un financement moniste dans lequel les caisses-maladie sont, quant à la forme, l'unique source de financement. On convertit les subventions que les cantons octroient aujourd'hui aux hôpitaux en parts contributives cantonales qui sont transférées aux assureurs-maladie par le truchement de la compensation des risques (laquelle serait améliorée par rapport à la compensation actuelle). On supprime la liste des hôpitaux et la couverture du déficit des hôpitaux publics. Les hôpitaux dont les propriétaires sont les pouvoirs publics doivent devenir juridiquement indépendants. On peut ainsi décentraliser la négociation des forfaits par cas. Les hôpitaux publics ne dominent alors plus le marché et les intérêts des assureurs-maladie dans la négociation de forfaits plus avantageux augmentent. Cette proposition permet, d'une part, à des modèles d'assurance différents d'épuiser tout leur potentiel d'économie et, d'autre

part, d'abolir la distorsion entre traitement subventionné et traitement non subventionné. La conclusion selon laquelle seul le passage à un système moniste permettra de résoudre le problème du financement dual et celui de l'intense degré de régulation qui l'accompagne, s'impose lentement. C'est pourquoi ce modèle de réforme a de bonnes chances de se réaliser à moyen terme.

2. Par principe, je considère qu'il n'est pas souhaitable que les pouvoirs publics se retirent du financement des hôpitaux. Mais le modèle esquissé s'accompagne de l'abandon du financement par objet au profit du financement par sujet. Les subventions que les cantons versent jusqu'ici aux hôpitaux parviennent aux caisses-maladie par le truchement de la compensation des risques. Les cantons conservent toutefois leurs obligations en matière de surveillance et d'autorisation, garantissent le respect des standards qualitatifs minimaux et sont responsables de la mise à disposition de prestations d'économie communautaire (couverture territoriale, services d'urgence, enseignement et recherche). La couverture territoriale permettrait, par exemple, le maintien d'un hôpital non rentable dans une région périphérique – ce qui ne serait plus possible dans des conditions de marché. Une telle action ne serait toutefois envisageable que si la situation est exceptionnelle. Cela ne mettrait donc pas en péril l'élément de concurrence de notre projet de réforme.

3a. La suppression du co-financement de l'assurance de base par les assurances complémentaires entraîne une redistribution. L'OFAS part du principe que l'assurance de base devra supporter une charge supplémentaire de 900 millions de francs. Selon le rapport explicatif concernant la révision de la loi, la charge supplémentaire pour les cantons se monte à 700 millions de francs. Les coûts supplémentaires pour les personnes assurées dans l'assurance de base sont estimés à 200 millions de francs – ce qui correspond à une augmentation des primes de 2 %, que le système de subventionnement des primes annule pour les ménages à faibles revenus. Notre institut a procédé à une évaluation du subventionnement

des primes. Il en résulte que ce subventionnement se répercute conformément à son but et que, par conséquent, la réduction de primes est la plus forte pour les bas revenus.

3b. Notre variante permet de réaliser différents objectifs de répartition sans devoir s'écarter de l'objectif principal : l'abolition des distorsions en matière d'hospitalisation. Les incitations à augmenter l'efficacité de la part des fournisseurs que génère notre proposition de réforme restent intactes, même si le financement est réparti entre impôts et primes.

Aujourd'hui, les contributions aux primes sont conçues de telle sorte qu'elles n'incitent pas les destinataires de transferts à changer pour des assureurs plus avantageux. Pour pouvoir maintenir cette incitation destinée aux personnes soutenues, nous pensons que l'offre de la caisse-maladie dont les primes sont les plus basses dans l'assurance de base doit servir de base pour le subventionnement des primes.



Marianne Tille
Secrétaire générale de la Fédération romande des consommateurs

1. Nous sommes dans une situation d'urgence. *La seule solution possible, pour une période transitoire, est de rétablir les dispositions qui prévalaient à l'entrée en vigueur de la LAMal.*

Pour tous les séjours en division privée et semi-privée, dans un hôpital public ou subventionné ou dans une clinique privée (dans ou hors canton) :

- L'assurance obligatoire contribue à hauteur du montant qu'elle aurait pris en charge pour un séjour en division commune dans un hôpital public ou subventionné.

Ainsi, l'assuré ne paie pas en vain la part de la prime de base affectée à l'hospitalisation.

• L'assurance complémentaire couvre le solde (le libre choix du médecin, le confort hôtelier, le subventionnement du canton).

Nous soulignons que l'arrêt du TFA du 19. 12. 1997 exclut sans ambiguïté le subventionnement des établissements à but lucratif. L'Etat ne devrait pas subventionner les divisions privées des hôpitaux publics et privés. Pour l'heure, il est totalement prématuré de bouleverser le financement du secteur hospitalier, alors que la planification hospitalière (que les cantons doivent faire) est loin d'être achevée. Nous sommes par contre d'avis que d'autres modèles de répartition entre les payeurs soient étudiés.

2. L'idée d'avoir un seul «payeur» (les caisses) comporterait, nous dit-on, beaucoup d'avantages. L'Etat subventionnerait les prestations (donc les assurés) et non plus les établissements. Les distorsions de la concurrence entre les secteurs privé et public ou subventionné seraient ainsi supprimées – et vive la concurrence entre les établissements (jugés sur leurs qualités et leurs performances par les assureurs)! Oui, mais à quel prix pour les patients? *Ce serait donner un pouvoir énorme aux assureurs, qui n'ont aucune responsabilité en matière de santé publique.* L'Etat pourrait-il d'ailleurs garantir à la population une couverture sanitaire via ses mandats de prestations? Il a une mission (le rôle de piloter le système de santé) que les assureurs n'ont pas. Nous refusons catégoriquement la proposition de voir les pouvoirs publics se retirer du financement des hôpitaux et subventionner le secteur à but lucratif. Nous estimons par contre qu'il faut financer de la même manière l'hospitalier et le semi-hospitalier.

3a. Tel qu'il est présenté, le projet entraîne des conséquences désastreuses pour les assurés contribuables, tant au niveau de leur prime que de leurs impôts (qui prendraient l'ascenseur). Le projet évoque une «décharge des assurances complémentaires surtout», sans d'ailleurs garantir que l'allègement des primes des assurances complémentaires serait *équitablement répercuté sur tous les assurés* bénéficiant de cette couverture. Cet allègement ne ferait donc qu'accentuer la pratique actuelle des assureurs de sélectionner les «bons» risques.

3b. Nous avons choisi une *autre voie pour permettre aux assurés de conserver leurs assurances complémentaires*: d'entente avec la FRC, le conseiller national R. Scheurer a déposé une initiative parlementaire demandant que tous les assureurs soient obligés de tenir compte de l'âge d'entrée dans la caisse pour calculer leurs primes. C'est la seule façon d'empêcher que les personnes âgées soient forcées d'abandonner leurs assurances complémentaires.



Pierre Gilliland
Professeur à l'Institut de hautes études en administration publique, Lausanne

De nouveaux modèles de financement de l'hospitalisation? A ce propos se posent des «questions-valises». D'où ceci en préambule: avec 26 cantons autonomes, le système de santé helvétique est d'une grande complexité. Une révision de l'assurance-maladie (même partielle) requiert au préalable des objectifs. Or, elle est abordée avec des propositions juxtaposées, ... en quelque sorte un banc d'essai. Tactique peut-être? En tout cas, les réponses à la procédure de consultation sont disparates et aucun consensus ne peut être dégagé. Par ailleurs, les diverses conséquences et les impacts financiers des changements proposés dans le domaine fondamental de l'hospitalisation, ou ils ne sont pas cités ou ils sont flous, voire même contradictoires. Ainsi l'approximatif communiqué du 8 mars 1999: on y affirme à la fois que le projet de révision permettra d'endiguer les coûts à terme, ... mais que les économies effectives sont impossibles à mesurer (sic)! On y prend prétexte de l'arrêt du TFA de décembre 1997 pour justifier les modifications des modes de financement et de l'attribution des subventions publiques au secteur privé, ... mais en oubliant de préciser que le TFA exclut le subventionnement des établissements à but lucratif. On y

prétend que la réforme apporte «des éclaircissements élémentaires», ... qui entraînent un transfert de charges estimé entre 760 millions et un milliard de francs supplémentaires pour les cantons; ainsi qu'une «décharge des assurances complémentaires surtout», ... avec une hausse des cotisations de base à la clé. Merci pour les assurés les plus nombreux qui n'ont que la couverture obligatoire, et qui devraient estimer que le projet «contient une palette de changements destinés à rendre la LAMal plus conviviale». Recours à la méthode Coué! Mais pourquoi «faire simple» quand on peut compliquer?

1. La LAMal est entrée en vigueur en 1996. Elle n'a pas encore déployé tous ses effets. Il s'agit maintenant non pas de changer l'organisation et le financement du secteur hospitalier, mais (et maints cantons sont loin du compte) de *réellement planifier* et d'appliquer les dispositions existantes en vue de maîtriser les coûts.

2. Il est bien sûr possible (mais non recommandé) de commettre des bêtises! Des dispositions de la LAMal donnent des pouvoirs d'interventions aux assureurs-maladie – qui se livrent à une concurrence et c'est bien ainsi. Mais il faut refuser catégoriquement la proposition récurrente d'un retrait des pouvoirs publics du financement du secteur hospitalier. Cette idée folle reviendrait à hausser les cotisations de 35 à 40%, à augmenter l'assistance aux ménages modestes et à abandonner aux assureurs la planification et le contrôle de l'hospitalisation. Il en résulterait des inconvénients majeurs, en particulier pour les patients. Maîtriser les coûts est certes capital, mais la sécurité et la qualité des prestations prévalent toutefois. C'est aux pouvoirs publics qu'appartient le rôle de piloter le système de santé.

3. La prise de position définitive du Conseil fédéral n'est pas disponible, début juillet 1999. La «réforme» proposée jusqu'ici est confuse; elle n'est pas étayée par une argumentation crédible. Pour répondre à cette double question quelques lignes ne sauraient suffire. Mais mon préambule est explicite.

Misère! S'il vous plaît, moins d'improvisations, plus de clarté et de cohérence ... et une stratégie! —