



Santé

Pour un financement **hospitalier**
efficace

13.03.2017

D'un coup d'oeil

La plus importante réforme de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur en 2012. Le nouveau financement hospitalier qu'elle a introduit a apporté beaucoup d'améliorations. Mais le projet s'est arrêté à mi-chemin. Le rôle multiple des cantons et le financement non transparent empêchent d'exploiter pleinement le potentiel de la réforme. À de nombreux endroits, la concurrence entre prestataires de soins reste bridée.

Inhalt

1. L'essentiel en bref
2. Position d'économiesuisse
3. Introduction
4. Bilan du nouveau financement hospitalier
5. Études INFRAS et Felder sur les contributions aux prestations d'intérêt général et les autres subventions
6. Une étude de Comparis compare les réglementations cantonales
7. Le chaînon manquant: un financement uniforme
8. Conclusion
9. Annexe: «Liste des faux-pas» des cantons dans le domaine du financement hospitalier

L'essentiel en bref

Le nouveau financement hospitalier est un cas d'école de la relation que l'État entretient avec la concurrence. La plus importante réforme à ce jour de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a amélioré la concurrence entre prestataires de soins dans un domaine très réglementé. Elle avait quatre objectifs: 1) introduire un système de financement uniforme, axé sur des prestations rémunérées au forfait par cas, 2) garantir aux assurés l'accès aux meilleurs hôpitaux de Suisse, 3) stimuler la concurrence et encourager les adaptations structurelles et 4) augmenter la transparence au niveau des coûts et de la qualité. Depuis son entrée en vigueur, la réforme a apporté beaucoup d'améliorations. Elle continue cependant de se heurter à deux écueils qui empêchent le nouveau financement hospitalier d'être réellement efficace. Le premier est le rôle multiple joué par les cantons, à la fois responsables de la planification hospitalière, fournisseurs et financeurs de prestations ou encore arbitres lors de litiges sur les tarifs. Cette gouvernance imparfaite entrave la concurrence entre prestataires de soins au niveau de la qualité ainsi que les adaptations structurelles nécessaires. Le deuxième problème est l'insuffisance de transparence: le financement des prestations d'intérêt général et des investissements doit devenir plus transparent. Le retard pris en comparaison internationale par le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire est dû au financement différencié de ces deux domaines et à l'absence de produits dans les assurances complémentaires qui couvriraient les prestations ambulatoires. En bref: le nouveau financement hospitalier dispose d'un grand potentiel d'amélioration à exploiter.

Position *d'économiesuisse*

- Le nouveau financement hospitalier représentait une étape, attendue depuis longtemps, dans la bonne direction. Aujourd'hui, son potentiel n'a pas encore été entièrement exploité en raison d'une gouvernance imparfaite et d'une transparence insuffisante.
- La mise en œuvre du nouveau financement hospitalier dans les cantons mérite d'être améliorée.
- Les cantons devraient abandonner leur rôle multiple et ne conserver que celui de régulateur.
- Le financement des prestations d'intérêt général et des investissements doit gagner en transparence. Il faudrait aussi uniformiser le financement des prestations ambulatoires et des prestations stationnaires.
- La concurrence intercantonale entre prestataires de soins doit devenir plus vive. Les départements cantonaux de la santé ne devraient pas la brider. Dans tous les cantons, la concurrence entre prestataires de soins doit être bénéfique de manière égale à la population.



Le nouveau financement hospitalier est, à ce jour, la seule réforme en profondeur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Il a été adopté le 21 décembre 2007 et est entré en force le 1er janvier 2012. L'abandon du financement de l'objet au profit du financement du sujet ne s'est pas fait sans contestation. Certains redoutaient une économicisation de la médecine et des «licenciements sanglants». Ces critiques se sont depuis largement atténuées, car ces craintes ne se sont pas vérifiées (voir chapitre «Bilan du nouveau financement hospitalier»). Pourtant, le nouveau système de financement a pratiquement fait table rase du passé dans les hôpitaux. Les cliniques ont dû revoir leur organisation et rendre leurs processus internes et leurs flux financiers transparents. Par ailleurs, des efforts ont été consentis au niveau de l'infrastructure informatique pour permettre à celle-ci de rendre compte plus fidèlement des processus.

La réforme avait pour but d'introduire un financement hospitalier transparent, axé sur les prestations. Grâce au nouveau système des forfaits par cas (Swiss-DRG), les prestations des hôpitaux peuvent être comparées entre elles. Les hôpitaux doivent chercher à se distinguer par des prestations de qualité et un bon rapport coût-utilité. Les assurés sont libres de choisir leur hôpital. Les hôpitaux s'améliorent sur la base des retours qui leur parviennent (offre-comparaison des prestations-demande). Le cas échéant, ils modifient leur offre ou disparaissent du marché. Cette évolution favorise les adaptations structurelles nécessaires. Un point essentiel de la réforme est la transparence de la qualité. La qualité des soins d'un hôpital doit pouvoir être jugée par des tiers¹. On s'assure ainsi que seuls les hôpitaux fournissant des prestations de

qualité restent sur le marché, et non pas ceux qui proposent des traitements avantageux, mais de moins bonne qualité.

Les cantons sont responsables des soins hospitaliers. C'est donc à eux qu'incombe la mise en œuvre du financement hospitalier. Cette mise en œuvre devrait transposer les dispositions nationales sans violer l'esprit de la loi. Malheureusement, ce principe constitue aujourd'hui non pas la règle mais l'exception. La raison de cette défaillance tient au rôle multiple, mais discutable politiquement, joué par les cantons: ces derniers sont à la fois planificateurs hospitaliers, fournisseurs et financeurs de prestations ou encore arbitres en cas de litige sur les tarifs.

Les cantons établissent en particulier des listes d'hôpitaux avec lesquelles ils peuvent limiter la concurrence entre hôpitaux publics et hôpitaux privés. Il s'agit d'une question sensible. De nombreux cantons tentent en effet de faire figurer leurs propres hôpitaux sur leurs listes, sans que ceux-ci ne soient obligés de se soumettre à une comparaison de leurs prestations avec les hôpitaux privés. Beaucoup de cantons subventionnent aussi les hôpitaux publics soit de manière ouverte, soit de manière cachée par le biais des prestations d'intérêt général ou des investissements. Il leur arrive par ailleurs de favoriser leurs hôpitaux en leur confiant des mandats de prestations. Nous avons répertorié en annexe les «faux-pas» des cantons. D'autres études ont aussi montré que les cliniques privées et les hôpitaux publics ne sont pas traités sur un pied d'égalité. Seuls quelques cantons respectent strictement la législation suisse qui prévoit une égalité de traitement. Il faut que cela change rapidement pour que les avantages du nouveau financement hospitalier puissent développer pleinement ses effets positifs.

Figure 1

Les cantons doivent assurer la surveillance de leurs propres hôpitaux. D'où d'inévitables conflits d'intérêt.

Les multiples rôles des cantons



Propriétaire



Financier



Instance validant les tarifs



Législateur / régulateur



Autorité de surveillance



Acheteur de prestations
d'intérêt général



Planificateur hospitalier

Source: economiesuisse
www.economiesuisse.ch

Projet «État et concurrence»

La concurrence et un environnement libéral sont les éléments indispensables pour le bon déroulement des activités commerciales, l'innovation et une prospérité durable. Il est essentiel de les défendre, car une intervention étatique et un pilotage de l'activité économique par les milieux politiques peuvent facilement sembler justifiés. En décembre 2014, economiesuisse a publié un dossier politique «État et concurrence: laisser de la place à l'initiative privée». Ce dossier contient des orientations sur lesquelles fonder une politique économique efficace. Les éléments clés sont:

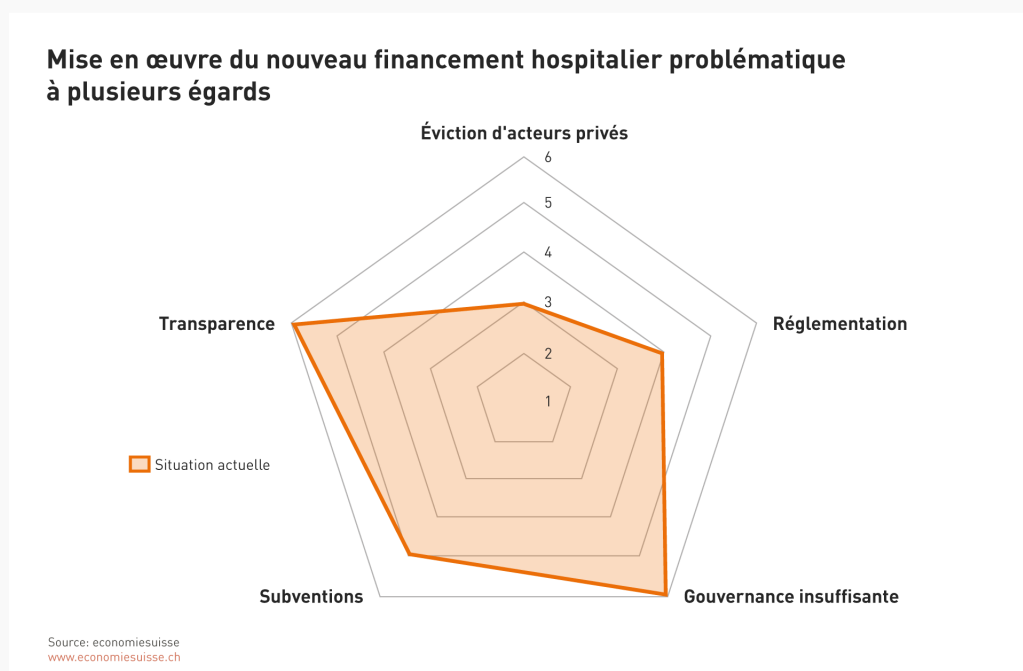
- Subsidiarité: L'État devient économiquement actif seulement à titre subsidiaire par rapport au secteur privé.
- Primauté de la concurrence: Afin que le marché fonctionne aussi librement que possible, il convient de limiter au maximum les interventions étatiques induisant des distorsions de concurrence.
- Corriger des défaillances du marché: Des interventions étatiques peuvent être justifiées, mais il importe d'évaluer leur pertinence à intervalles réguliers.

- **Transparence et gouvernance:** Afin d'éviter une allocation inadéquate des ressources et une mauvaise gestion, les activités étatiques doivent être transparentes et l'État doit éviter de multiplier les casquettes.
- **Initiative privée:** Afin de laisser plus de place à l'initiative du secteur privé, il convient de limiter l'empreinte de l'État.

Le présent dossier politique examine le secteur hospitalier à l'aune de ces critères. Ce secteur fait l'objet de nombreuses interventions étatiques, car au-delà de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, chaque canton possède sa propre législation sur les hôpitaux.

Figure 2

La transparence et la gouvernance sont à améliorer.





Il y a trois ans, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) s'est intéressé aux effets du nouveau financement hospitalier² sur la qualité des prestations stationnaires et a analysé les conséquences financières³. Dans la première étude (volet médical), la qualité des soins a été passée au crible en réponse aux craintes formulées par les opposants à la réforme au sujet des forfaits par cas. S'agissant du volet financier, l'effet escompté du nouveau régime était un ralentissement de la croissance des coûts.

Volet médical

Pour évaluer la qualité des prestations médicales, des indicateurs ont été analysés à trois niveaux:

- Niveau du patient (durée de séjour, réadmission, mortalité)
- Niveau du personnel (p.ex. ratio médecin/lit, ratio soignant/lit)
- Interfaces (surtout prise en charge ultérieure)

Les indicateurs au niveau du patient montrent que le nouveau financement hospitalier⁴n'a eu aucun effet sur la durée de séjour ou sur le nombre de réadmissions. Ce phénomène est cependant indépendant de la réforme du financement hospitalier). Depuis 2008, le taux de mortalité hospitalière est en baisse, mais ici encore, on ne constate aucun lien de cause à effet avec le nouveau financement hospitalier. Les indicateurs au niveau du personnel révèlent également une situation inchangée: l'évolution du nombre d'équivalents plein temps est stable, tout comme le rapport entre le personnel

médical et le personnel soignant, ainsi que le rapport entre soignants de formation tertiaire et soignants de formation secondaire II.

Les indicateurs de qualité au niveau des interfaces sont plus difficiles à interpréter. De 2008 à 2013, la durée de séjour moyenne en soins aigus a diminué d'un jour. Inversement, au cours de la même période, la durée de séjour moyenne en réadaptation a augmenté de cinq jours pour passer à seize jours. Il pourrait s'agir d'un phénomène de transfert. En 2008, la proportion des patients transférés des soins aigus vers un service de réadaptation était de 3%; elle était passée à 4% en 2013. L'analyse n'a pas permis de déterminer si cette évolution, ainsi que la forte augmentation des prestations ambulatoires en hôpital, sont dues au nouveau financement hospitalier ou à des changements dans les caractéristiques des patients. Une analyse approfondie serait nécessaire pour se prononcer.

Les indicateurs aux niveaux du patient et du personnel montrent que la qualité des soins hospitaliers n'a pas varié. Les changements les plus importants s'observent dans la prise en charge post-hospitalière. On y constate une forte hausse des prises en charge dans les soins à domicile. Des analyses approfondies seraient nécessaires pour vérifier un effet de transfert de la médecine de soins aigus vers un service de réadaptation. Le raccourcissement de la durée de séjour en soins aigus, avec en parallèle un allongement de la durée de séjour en réadaptation, va dans le sens de cette hypothèse⁵. Dans l'ensemble, force est de constater que le nouveau financement hospitalier n'a eu aucun effet mesurable sur les indicateurs de qualité.

Volet financier

Le nouveau financement hospitalier avait notamment pour but d'endiguer la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire. L'analyse montre que le financement des prestations, voulu par le législateur, remplace de plus en plus le subventionnement de l'établissement, qui était pratiqué auparavant. La situation générale du financement des hôpitaux (y c. prestations d'intérêt général et prestations ambulatoires) demeure toutefois peu claire, en raison du manque de données et de la qualité insuffisante de certaines données.

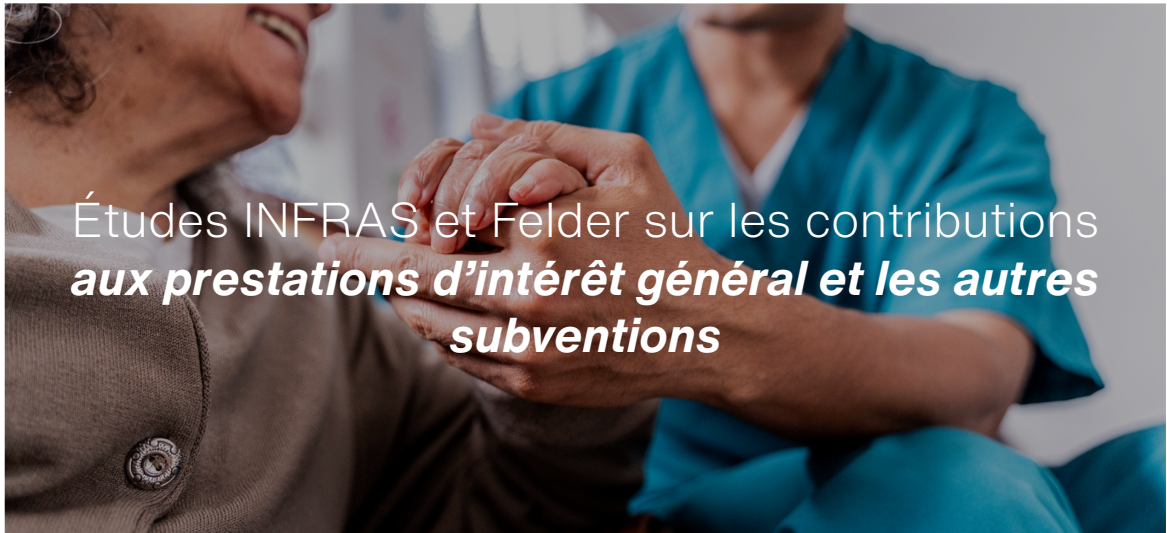
Les dépenses et les revenus des hôpitaux pour les prestations stationnaires liées aux cas ont continué de croître jusqu'en 2013. Depuis, la croissance s'est

affaiblie, car les contributions cantonales ont augmenté. En corollaire, les coûts supportés par les cantons se sont accrus. Il ne sera possible de savoir qu'à moyen terme si la révision du financement hospitalier permet d'endiguer la hausse des coûts dans le secteur stationnaire des hôpitaux, sur la base de séries de données plus longues et lorsque les effets ponctuels pourront être distingués des effets structurels. Selon toute vraisemblance, une stabilisation devrait intervenir avec le temps. Quelques prestataires de soins disparaîtront, et cette consolidation devrait avoir un effet positif sur les coûts.

Quoi qu'il en soit, le prix de base (ou baserate) a reculé depuis l'entrée en vigueur de la réforme. En 2012, il s'élevait en moyenne à 10 230 francs, avant de diminuer⁶ de 0,8% par an à 9911 francs en 2015. La rémunération du cas de traitement s'effectue par la multiplication du poids relatif de coûts par le prix de base. Le poids relatif de coûts reflète le degré de gravité d'un cas sur le plan économique. Quant au prix de base, il correspond au montant fixé par les partenaires tarifaires pour un cas de traitement avec un poids relatif de coûts de 1,0.

Bilan intermédiaire

Le nouveau financement hospitalier est depuis trop peu de temps en vigueur pour pouvoir être analysé dans son ensemble. Depuis son entrée en vigueur, les indicateurs de qualité ne se sont pas profondément modifiés. En ce qui concerne le financement, les prix de base ont diminué, tandis que le nombre de cas a continué d'augmenter, comme dans d'autres domaines. Le transfert vers le secteur de la réadaptation est une évolution positive, car les coûts y sont plus bas que les coûts hospitaliers.



Deux nouvelles études mettent clairement en lumière les problèmes du manque de transparence et de la mauvaise gouvernance dans le financement hospitalier. L'institut INFRAS a analysé les définitions et les bases de données concernant les prestations d'intérêt général (PIG) et les investissements. De son côté, Stefan Felder, professeur en économie de la santé à l'Université de Bâle, a tenté d'estimer ces deux paramètres importants, ce qui lui a permis de mettre en lumière les subventions des cantons en faveur des hôpitaux. Les résultats de ces études sont présentés ci-après.

a) Mise en œuvre du financement hospitalier dans les cantons

Les problèmes du nouveau financement hospitalier se situent au niveau de sa mise en œuvre, les soins de santé étant en Suisse de la responsabilité des cantons. Ces derniers doivent d'une part approuver les tarifs relevant de la LAMal et, d'autre part, supporter 55% des coûts hospitaliers stationnaires. De plus, ils sont propriétaires des hôpitaux et connaissent le rôle qu'ils jouent en tant qu'employeurs, notamment à l'égard des grandes villes. Ce rôle multiple des cantons est politiquement délicat, car source de conflits d'intérêt. Il ressort en effet que les cantons mettent en œuvre le financement hospitalier comme ils le souhaitent. La marge de manœuvre accordée par la loi fédérale est trop large et multiplie les possibilités de freinage, comme l'ont montré d'autres [publications](#)⁷ récentes. Il n'est donc guère étonnant que de nombreux cantons essaient par tous les moyens de freiner les adaptations structurelles. La sauvegarde de leurs propres hôpitaux semble parfois passer avant des soins hospitaliers avantageux et de qualité.

b) Dans les cantons, des poisons qui s'attaquent aux adaptations structurelles

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'institut INFRAS a mené une étude de faisabilité visant à évaluer le financement hospitalier. Les auteurs y relèvent l'importance des prestations d'intérêt général (PIG) et des investissements. Ils ont donc cherché à savoir quelles bases de données pourraient être utilisées pour rendre compte de leurs développements. Le constat est inquiétant: parmi les acteurs du système de santé, il n'existe ni définition commune des PIG, ni délimitation claire entre PIG et prestations de l'assurance obligatoire des soins. La loi et l'ordonnance ne précisent pas quelles prestations les cantons peuvent prendre en charge au titre des prestations d'intérêt général. Par voie de conséquence, les cantons prennent en charge des prestations d'intérêt général variées et affichent aussi des montants globaux très différents. Pour ce qui est des investissements, l'étude INFRAS⁸ montre une légère amélioration. Mais ici aussi, la situation est très différente d'un canton à l'autre. Dans la plupart des cantons en effet, les investissements des hôpitaux ont augmenté, dans quelques-uns parfois même sensiblement, alors que dans d'autres, ils ont reculé.

Les deux grandes variables que les cantons peuvent influencer dans le subventionnement des hôpitaux sont donc les prestations d'intérêt général (PIG) et les contributions aux investissements. Un document récent de l'Université de Bâle sur la mise en œuvre du financement hospitalier dans les cantons a cherché à les estimer. L'expertise menée pour le compte des Cliniques Privées Suisses (CPS) montre également de grandes différences cantonales et éclaire un peu la jungle des subventions accordées par les cantons à leurs hôpitaux. L'étude analyse les modes de financement des hôpitaux selon les organismes responsables (cf. encadré ci-dessous). À cette fin, plusieurs statistiques officielles ont été utilisées et évaluées. En font partie, entre autres, les chiffres-clés des hôpitaux suisses, la statistique médicale des hôpitaux et les baserates des hôpitaux publiés sur les sites Internet officiels des cantons. La plupart des données se rapportent à 2013. On y voit que les assurés et les contribuables sont inutilement invités à passer à la caisse. En 2013, les subventions transversales ont totalisé 3,4 milliards de francs. De ce montant, 2,6 milliards de francs seulement ont été signalés par les

cantons pour les PIG, alors que 800 millions de francs ont transité par des voies non-transparentes.

Si un tel subventionnement interne est exclu en vertu de la LAMal, il peut néanmoins survenir dans la pratique sous forme de baserates excessifs. Cette possibilité existe étant donné que les cantons sont eux-mêmes les exploitants des hôpitaux et qu'ils exercent donc une influence directe sur la détermination des baserates. Dans les hôpitaux subventionnés, il peut y avoir une influence indirecte des cantons sur les baserates. Il n'est donc pas étonnant que les PIG soient attribuées par les cantons de manière très unilatérale aux hôpitaux publics. En 2013, pour toute la Suisse, seuls 3,2% sont revenus aux cliniques privées. Si l'on y ajoute les contributions du secteur public (hors contributions aux forfaits par cas), les subventions (PIG) et les contributions du secteur public représentent 18% des revenus totaux dans les hôpitaux publics, 5% dans les établissements subventionnés et seulement 2%⁹ dans les cliniques privées.

Trois types d'hôpitaux

Cliniques privées: Des institutions de droit privé majoritairement en mains privées. En 2013, sur les 195 hôpitaux de soins aigus et maternités de Suisse, 109 ou 56% appartenaient à cette catégorie. À l'instar des autres entreprises, ces établissements paient des impôts sur leurs éventuels bénéfices.

D'après la nouvelle définition de l'Office fédéral de la statistique, les **hôpitaux publics** sont des établissements d'État. Ils sont en mains publiques et sont exploités par une instance publique. Le CHUV à Lausanne et les HUG à Genève en sont deux exemples. En 2013, la Suisse comptait 37 hôpitaux publics. Ces établissements ne paient pas d'impôts.

Il reste 49 unités hospitalières majoritairement en mains publiques qui prennent souvent la forme d'une société anonyme où la part publique dépasse 50% des fonds propres. On peut citer en exemple les Solothurner Spitaler AG et l'hôpital de l'Île à Berne. Nous appelons **hôpitaux subventionnés** les 49 établissements concernés. Une grande partie de ces sociétés anonymes sont exonérées d'impôts.

En ce qui concerne les coûts, on peut noter la part nettement plus faible des investissements réalisés par les hôpitaux en mains cantonales. Les établissements privés affichent un taux d'investissement de 13,4%, tandis que ce taux est de respectivement 7,6% et 6,8% seulement pour les hôpitaux publics et subventionnés. Des investissements de moins de 10% indiquent la présence de subventions cachées. En effet, la contribution cantonale aux forfaits par cas (part de 55%) contient une part de 10% destinées à couvrir des investissements. Qu'il soit caché ou non, le financement des investissements réalisés par les hôpitaux publics et subventionnés se fait via les budgets cantonaux. Dans le cas des hôpitaux publics, cela passe par la location de biens immobiliers, de mobilier et d'installations à des conditions plus avantageuses que celles du marché. Cela est également possible du côté des hôpitaux subventionnés, lorsqu'ils louent des locaux qui appartiennent au canton par exemple. Enfin, on parle de subventions cachées quand les cantons octroient aux hôpitaux des prêts à des conditions préférentielles. Stefan Felder (2016) part du principe que des hôpitaux sont subventionnés ouvertement ou pas, quand ils affichent un taux d'investissement inférieur à 10%. Le Conseil fédéral a fixé ce seuil pour les premières années de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier. Depuis, les investissements sont pris en compte dans l'indemnisation des forfaits par cas.

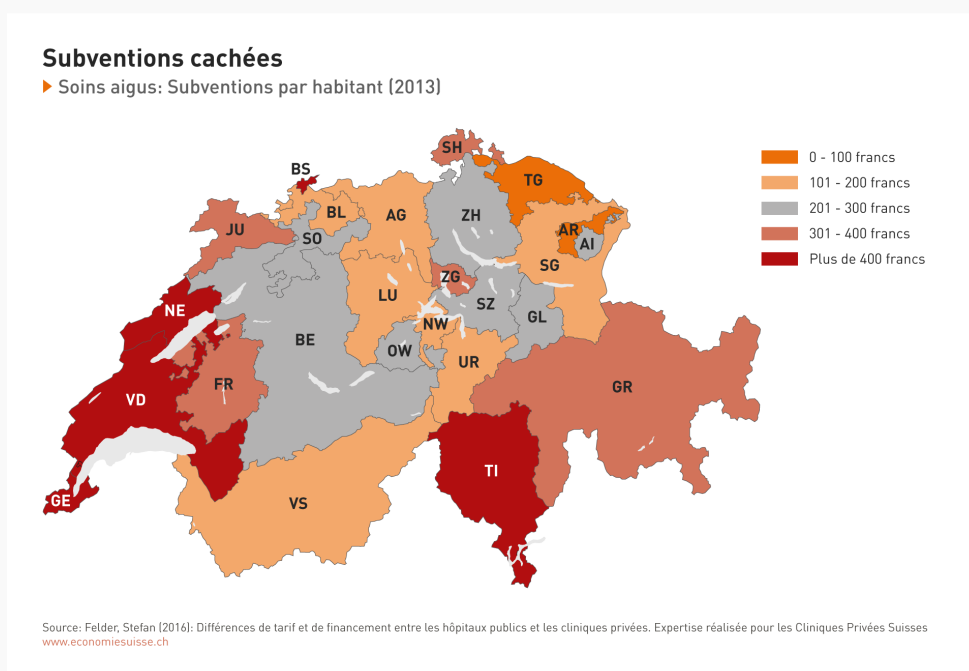
Si on considère les trois modes de subvention, le tableau varie passablement d'un canton à l'autre. Avec moins de 100 francs par habitant, ce sont Appenzell Rhodes extérieures et la Thurgovie qui distribuent le moins de subventions. À l'autre extrémité, on a les cantons latins et Bâle-Ville: les pouvoirs publics versent entre 676 francs (TI) et 2099 francs (GE) par habitant (cf. figure 3). À Genève, cela correspond à une subvention par cas notable de 14 896 francs.

L'objectif est toujours le même: affaiblir des hôpitaux rentables pour préserver des établissements étatiques qui ne sont pas rentables. Pourtant, si on maintient des établissements publics non rentables, les établissements privés ne peuvent pas tirer parti de leurs atouts. Les pratiques des cantons sont souvent illégales ou contraires à l'esprit de la loi, comme le montre une étude du professeur Bernhard Rüttsche¹⁰. Selon ce professeur de droit public à l'Université de Lucerne, les cantons sont tenus – en vertu de la Constitution – de veiller à la neutralité concurrentielle dans la planification hospitalière et traiter de manière identique les hôpitaux publics et privés. L'égalité de traitement est centrale, car c'est à cette condition que la concurrence axée sur les prestations

peut produire des résultats efficaces. À l'inverse, les subventions croisées faussent la concurrence, entraînent une allocation inopportune des ressources et entravent l'évolution vers une meilleure qualité à un coût équivalent.

Figure 3

Appenzell Rhodes extérieures subventionne ses hôpitaux à hauteur de 69 francs par personne et par an seulement, alors qu'à Genève les subventions atteignent 2099 francs.





Comparis aussi a voulu étudier les réglementations de plus près et a chargé la société de conseil Polynomics d'examiner et de comparer¹¹ la mise en œuvre au niveau cantonal. L'analyse réalisée porte exclusivement sur l'assurance de base et n'intègre pas les éventuelles réglementations nuisibles dans le domaine des assurances complémentaires. Les hôpitaux doivent disposer de liberté d'entreprise afin que la concurrence axée sur les prestations fonctionne. En raison des différents rôles qu'ils assument en tant que planificateur hospitalier, acheteur de prestations, contrôleur des tarifs et exploitant d'hôpitaux, les cantons peuvent encore influencer grandement sur l'approvisionnement en soins. Au vu de cette situation, l'étude s'est intéressée aux conditions réglementaires dans les cantons. Toutes les institutions en Suisse sont-elles soumises aux mêmes conditions réglementaires indépendamment de leur emplacement et des conditions de propriété? Des instances réglementaires cantonales qui poursuivent avant tout des objectifs de politique régionale ou cherchent à préserver des emplois à court terme et, pour ce faire, interviennent dans la concurrence hospitalière doivent s'attendre à un approvisionnement en soins inefficace et à des prix excessifs. Ainsi, une partie des différences cantonales au niveau des dépenses hospitalières pourrait s'expliquer par la qualité de la réglementation cantonale. Les auteurs de l'étude ont mesuré l'intensité réglementaire dans la sphère d'influence des cantons, c'est-à-dire dans les domaines relatifs aux tâches souveraines, au financement et à la propriété, au moyen de 40 indicateurs. Pour comparer les cantons, ils ont évalué les différentes réglementations sous l'angle de la concurrence et les ont résumées sous la forme d'un indice réglementaire.

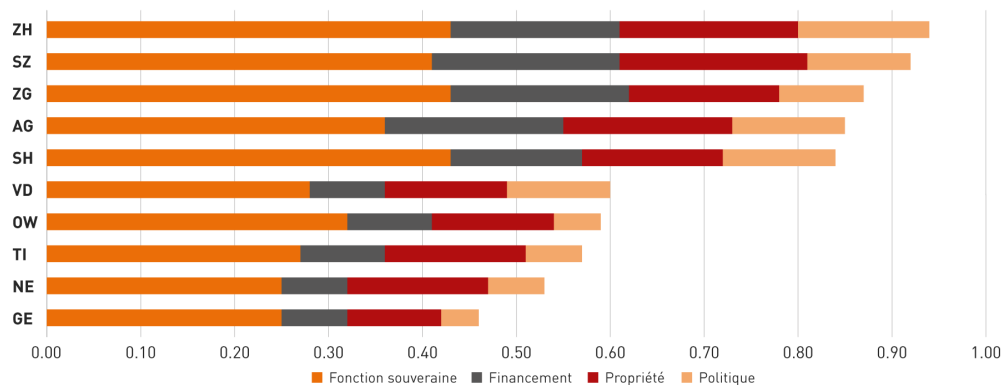
Les réglementations hospitalières les plus favorables à la concurrence sont celles des cantons de Schwytz et de Zurich. Le Canton de Schwytz ne possède plus d'hôpitaux, ne fournit pas de prestations d'utilité publique et n'intervient pas dans la concurrence, tandis que le canton de Zurich se distingue par sa mise en œuvre stricte et conforme à la législation fédérale du financement hospitalier. À l'autre bout du spectre, on peut citer les cantons de Saint-Gall, de Genève et d'Appenzell Rhodes intérieures, qui poursuivent davantage des objectifs de politique régionale et accordent une grande importance à la promotion d'un approvisionnement en soins axé sur la concurrence et à prix raisonnables.

Figure 4

Le classement de Comparis évalue les réglementations cantonales à l'aune de 40 indicateurs.

Classement des cantons pour ce qui concerne la mise en œuvre du financement hospitalier

► Les cinq premiers et cinq derniers du classement de Comparis



Source: Widmer, Philippe / Telsler, Harry (2016): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Étude réalisée par Polynomics pour le compte de comparis.ch www.economiesuisse.ch



La réforme du financement des hôpitaux ne pourra être considérée comme achevée que lorsque les prestations des hôpitaux seront financées de manière uniforme¹². Ce n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui. Un hôpital fournit à la fois des prestations ambulatoires et stationnaires – mais leur mode de financement diffère. À l'heure actuelle, un traitement ambulatoire réalisé à l'hôpital est totalement à la charge du patient. Si le même traitement est réalisé à l'hôpital de manière stationnaire, le canton doit assumer un peu plus de la moitié des coûts. Cette réglementation génère des incitations inopportunes. Pour éviter cela, il est impératif d'instaurer un financement uniforme de ces deux domaines. Pour certaines interventions, les hôpitaux peuvent traiter les patients de manière stationnaire ou ambulatoire. Si cette décision est influencée par le mode de financement, elle risque de déboucher sur un mauvais choix sous l'angle médical. Les cantons ou les assureurs maladie pourraient être tentés de privilégier les traitements ambulatoires ou stationnaires en fonction de la participation aux coûts.

Un autre inconvénient majeur du financement dual est l'importante bureaucratie qu'il entraîne. Pour une même prestation, un hôpital doit, aujourd'hui, établir deux factures qui sont vérifiées par deux instances. Avec un financement uniforme, une seule facture suffit et elle est contrôlée par une instance. Sans compter que le financement dual pèse inutilement sur les primes, du fait d'incitations inopportunes, mais également en raison des progrès de la médecine qui font augmenter les interventions ambulatoires. Cela est souhaitable en termes d'économie publique, mais pèse sur les primes de manière disproportionnée. En effet, dans le système actuel, cette redistribution

financière profite intégralement aux cantons. Elle alourdit les charges des assureurs maladie et entraîne des hausses de primes.

Il n'est pas étonnant que le financement uniforme figure depuis longtemps à l'agenda politique. En 2000 déjà, lors de sa première lecture de la révision partielle du financement hospitalier, la commission compétente du Conseil des États a demandé au Conseil fédéral de soumettre un projet de révision, dans un délai de cinq ans, pour instaurer un financement moniste des prestations hospitalières. Cette révision partielle a échoué. La motion déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États n'a pas apporté de grand changement. Elle chargeait le Conseil fédéral de présenter au Parlement un projet en vue d'un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires, mais il n'a rien fait dans ce sens. En lien avec l'instauration d'un financement uniforme, les cantons constituent un point de friction. Craignant une perte d'influence, notamment en ce qui concerne le contrôle des prestations financières, ils ne souhaitent pas renoncer au financement direct. Dans les faits, la répartition des tâches dans le futur système est encore ouverte. Les milieux économiques craignent que les assureurs aient encore plus d'influence sur les fournisseurs de prestations et que les cantons conservent leur fonction de pilotage actuelle. Cette double influence surchargerait le système, qui deviendrait inefficace.

Un deuxième obstacle, moindre, est l'élaboration effective d'un mode de financement uniforme. Une procédure en trois étapes est pressentie:

1. Le canton finance une part, à définir, du coût total des prestations à la place de la part actuelle de 55% (au moins) des coûts de traitement stationnaire.
2. Le canton verse le montant correspondant au système de l'assurance maladie.
3. Les fonds cantonaux sont attribués aux assureurs dans les différents cantons. Cela peut se faire via l'Institution commune LAMal.

Cette solution n'alourdirait ni ne réduirait les charges des cantons et des assureurs, elle serait neutre. Concrètement, la répartition des montants sera organisée de manière que chaque franc de recette fiscale reste dans le canton concerné et qu'il soit utilisé pour couvrir des prestations d'assurance maladie. De plus, la facturation et les contrôles doubles, devenus totalement

inutiles, disparaîtraient. Les cantons bénéficieraient également de la baisse des charges administratives et profiteraient, grâce à des incitations plus judicieuses, d'une offre plus efficace des prestations au sein de leur système de santé.



Le financement des hôpitaux est une réussite, mais son important potentiel d'amélioration n'est que partiellement exploité. Il manque un financement uniforme, et la transparence en matière de financement est insuffisante. La concurrence entre les hôpitaux axée sur les prestations qui est réglée et prévue par la loi sur l'assurance maladie est menacée. La cause se trouve dans la législation fédérale sur le financement hospitalier qui laisse une latitude trop importante aux cantons. En conséquence, sa mise en œuvre est loin d'être uniforme. Les cantons essaient souvent de protéger leurs institutions en leur accordant des subventions et en les aidant à investir. C'est surtout la multiplicité des casquettes portées par ceux-ci qui pose problème, car elle empêche une application cohérente de la législation. Il importe de désenchevêtrer rapidement leurs rôles: pour ce faire, les cantons devraient abandonner certaines de leurs compétences. De plus, il faut combattre l'esprit de clocher cantonal: des règles uniformes sont nécessaires pour mettre en place une concurrence intercantonale axée sur les prestations efficace. Cette condition est indispensable pour instaurer des conditions identiques pour les hôpitaux publics, semi-privés et privés dans tous les cantons. Enfin, le financement des hôpitaux ne sera réellement une réussite que si la législation est appliquée de manière rigoureuse, et qu'on renonce totalement aux subventions cachées.



Annexe: «Liste des faux-pas» des cantons *dans le domaine du financement hospitalier*

Contingentement des prestations uniquement pour les hôpitaux privés

De quoi s'agit-il?

Les cantons de Genève et de Vaud réduisent la liberté de choix de l'hôpital par le biais de limitations quantitatives dans le cadre de leurs mandats de prestations conclus avec des hôpitaux privés. Si les contingents sont épuisés, le canton cesse de payer sa participation. Le patient n'a plus d'autre possibilité que de se rendre dans un hôpital public.

Problématiques

Cette pratique entrave la concurrence qualitative voulue par le législateur et annule la liberté des patients de choisir leur établissement hospitalier. Ce faisant, le canton accorde un avantage aux hôpitaux publics en violation du droit et réduit à néant le devoir légal d'admission des hôpitaux privés.

Solutions

Les cantons sont tenus de traiter sur pied d'égalité les hôpitaux publics et privés s'agissant de l'attribution de budgets et de volumes de prestations.

Contingentement illicite des prestations pour les patients résidant dans un autre canton

De quoi s'agit-il?

Le canton de Genève limite le nombre annuel des traitements dispensés par des hôpitaux privés et dont les coûts sont pris en charge par un autre canton. De nombreux Vaudois se font soigner dans des hôpitaux privés genevois. Malgré le principe du libre choix de l'hôpital valable dans toute la Suisse, le canton de Vaud ne rembourse à ses habitants sa participation aux frais d'hospitalisation que pour autant que le plafond genevois n'ait pas été atteint. Tout récemment, le Tribunal fédéral a cassé (c'est-à-dire renvoyé à l'instance inférieure pour qu'elle se prononce à nouveau) une décision de l'Etat de Vaud refusant tout versement de la participation cantonale aux frais hospitaliers.

Problématiques

Le libre choix de l'hôpital est torpillé. Les patients qui font usage de leur droit de choisir librement leur clinique trop tard dans l'année (lorsque les contingents genevois sont épuisés) ne touchent pas la participation usuelle du canton à la couverture des frais de séjour hospitalier. Victimes d'une inégalité de traitement, ils se voient contraints de rechercher un hôpital dans leur propre canton.

Solutions

Les patients doivent pouvoir décider librement où ils souhaitent être traités. Les cantons ne sont pas autorisés à limiter les traitements dispensés en dehors du canton. Il leur appartient de garantir le libre choix de l'hôpital. Aussi, le monde de l'économie salue la décision du Tribunal fédéral.

Mauvaise gouvernance au sein de l'organe de décision en charge des listes hospitalières pour la médecine hautement spécialisée (MHS)

De quoi s'agit-il?

Les dix directeurs cantonaux de la santé représentent également les cantons en tant que propriétaires des hôpitaux publics. Les conflits d'intérêts sont manifestes lorsqu'ils sont appelés à déterminer dans quels hôpitaux MHS il convient de concentrer les prestations.

Problématiques

Les dix directeurs cantonaux de la santé représentent également les cantons en tant que propriétaires des hôpitaux publics. Les conflits d'intérêts sont manifestes lorsqu'ils sont appelés à déterminer dans quels hôpitaux MHS il convient de concentrer les prestations.

Solutions

Les conflits d'intérêts doivent être démêlés. Les décisions sont à confier à un organisme qui soit indépendant ou composé paritairement.

Normes régissant les équipements lourds

De quoi s'agit-il?

Pratiquement, dans tous les cantons de Suisse latine, les équipements médicaux représentant un investissement supérieur à un montant donné doivent être approuvés par l'Etat avant leur acquisition. Ce principe vaut pour tous les hôpitaux, quels que soient les organismes qui les chapeautent.

Problématiques

Comme l'approbation est donnée par le canton, on se heurte ici également à un problème de gouvernance et au risque que les institutions privées soient préférentielles. A cela s'ajoute qu'un prestataire efficient ne peut étendre ses capacités ou moderniser ses équipements qu'avec l'autorisation du canton. Cet obstacle constitue une entrave considérable à la concurrence au niveau de la qualité et des prestations.

Solutions

Renoncer à une régulation parce que de telles mesures constituent un frein pour les cliniques innovantes et conduisent à une bureaucratisation et à un effet de cliquet (on parle d'un effet de cliquet lorsqu'un acteur voit sa marge de manœuvre réduite en raison d'une régulation qui l'incitera à concevoir d'emblée son action en fonction de cette donnée. A terme, il s'assurera de la sorte un avantage par rapport à ses concurrents. Et à l'instar d'un cliquet, rien ne pourra le faire revenir en arrière). Les acteurs existants sont ainsi poussés à acquérir inutilement de nombreux équipements lourds avant l'introduction de la réglementation de manière à jouir par la suite d'un avantage concurrentiel.

Liste de prestations interdites en milieu hospitalier

De quoi s'agit-il?	Problématiques	Solutions
Les cantons de Zurich et de Lucerne dressent des listes d'interventions dont la prise en charge n'est assurée que si elles sont exécutées en ambulatoire.	Les cantons n'ont pas la compétence de définir des critères d'économicité et, partant, l'obligation d'intervenir en ambulatoire. (Urs Saxer (2017): Memorandum der Rechtsanwältin Steinbrüchel Hüsey im Auftrag von Privatkliniken Schweiz (PKS) En outre, des questions d'éthique et de responsabilité civile se posent lorsque des critères politiques priment sur des indications thérapeutiques.	Renoncement à une régulation supplémentaire et promotion d'un financement uniforme des prestations fournies en ambulatoire et en milieu hospitalier.

Budgets globaux

De quoi s'agit-il?

Les cantons de Genève et de Vaud n'ont introduit de budgets globaux que pour les prestataires privés.

Problématiques

Selon la LAMa, les budgets globaux ne sont licites que s'ils concernent tous les fournisseurs de prestations.

Solutions

Egalité de traitement de tous les prestataires hospitaliers et renoncement aux budgets globaux pour des catégories spécifiques de fournisseurs de prestations.

Soumission des hôpitaux à un impôt en fonction des patients au bénéfice d'assurances complémentaires

De quoi s'agit-il?	Problématiques	Solutions
Au travers d'un impôt perçu auprès de certaines cliniques privées et calculé sur les recettes provenant de traitements dispensés à des patients au bénéfice d'assurances complémentaires, le gouvernement du canton de Zurich entend augmenter ses rentrées fiscales plutôt que procéder à des économies.	Les cantons ne sont pas habilités à imposer le chiffre d'affaires. De plus, ce nouvel impôt caractérisé par une très forte progressivité viole le principe de l'égalité de traitement. Le but véritable visé par cette mesure pourrait bien être d'inciter les patients au bénéfice d'assurances complémentaires à se détourner des hôpitaux privés au profit des établissements publics.	Renoncement à cet impôt arbitraire et discriminatoire.

Fixation de quotas pour la part maximum des patients au bénéfice d'assurances complémentaires

De quoi s'agit-il?

En maints endroits, il existe des plans visant une limitation de la part des patients au bénéfice d'assurances complémentaires pour certaines cliniques privées. Selon ce système, le canton refuserait de payer sa participation financière légale aux frais de traitement de ces patients une fois ces quotas épuisés.

Problématiques

En régulant les prestations couvertes par des assurances complémentaires, les cantons non seulement dépasseraient les limites de leurs compétences en matière de planification au regard de la LAMal, mais encore se mettraient en contradiction avec l'obligation d'admission de droit fédéral. Par conséquent, les patients au bénéfice d'assurances complémentaires seraient également discriminés par rapport aux assurés AOS.

Solutions

Renoncement à de telles réglementations. L'obligation d'admission qui s'applique à tous les hôpitaux figurant sur les listes suffit.

Loyers et rémunération du capital ne correspondant pas au marché

De quoi s'agit-il?

On parle de loyers non conformes au marché lorsque les coûts d'exploitation des investissements consentis par le canton pour les hôpitaux publics (loyers, intérêts) sont comptabilisés à un niveau considérablement inférieur à celui du marché et, partant, constituent un subventionnement tacite. Il existe même des hôpitaux qui n'acquittent aucun loyer, à l'instar de l'hôpital cantonal d'Obwald au cours des dernières années.

Problématiques

Les cliniques privées doivent payer tous les coûts conformes au marché avec la contribution aux investissements de 10% admise dans l'établissement du tarif. Si les hôpitaux publics sont subventionnés au travers des coûts d'investissement, ils bénéficient d'un avantage concurrentiel injustifié.

Solutions

Une transparence totale doit régner dans le financement hospitalier cantonal. Des subventions accordées tacitement par les cantons qui dépassent le cadre des prestations de service public telles qu'elles sont définies sont illicites.

Assujettissement à l'impôt

De quoi s'agit-il?

La plupart des cliniques privées paient les impôts ordinaires.

Problématiques

Nombre d'hôpitaux publics ne paient pas d'impôt.

Solutions

Egalité de traitement en matière fiscale de tous les acteurs du marché.



Fridolin Marty

Responsable politique de la santé

-
- 1. tiers:** Les patients eux-mêmes dans l'idéal. Il suffit cependant souvent que les médecins traitants ou des comparateurs en ligne s'en chargent.
 - 2. nouveau financement hospitalier:** Obsan (2016): Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations stationnaires. Actualisation 2013. Bulletin 4/2016
 - 3. conséquences financières:** Obsan (2016): Évolution des coûts et du financement du système des soins depuis la révision du financement hospitalier. Actualisation 2013. Bulletin 1/2016
 - 4. nouveau financement hospitalier:** D'une manière générale, la durée de séjour est en recul depuis des années: 5,9 jours en 2008, 5,4 jours en 2011). Ce phénomène est cependant indépendant de la réforme du financement hospitalier
 - 5. hypothèse:** Le transfert vers les soins à domicile ou vers le secteur de la réadaptation serait souhaitable, car les coûts y sont moins élevés. Les services de soins à domicile et les cliniques de réadaptation doivent être en mesure de traiter ces nouveaux patients. Cela n'est possible que si ceux-ci sont en suffisamment bonne santé.
 - 6. diminuer:** Felder, Stefan (2016): Différences de tarif et de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Expertise réalisée pour les Cliniques Privées Suisses, page 35, tableau 17. La valeur indiquée se réfère aux hôpitaux publics. Les baserates des cliniques privées, plus faibles, varient entre 4,1% et 5,7%
 - 7. publications:** Rüttsche, Bernhard (2015): Application de la LAMal aux cliniques privées. Avis de droit à l'intention des Cliniques Privées Suisses (CPS), et Widmer, Philippe / Telser, Harry (2016): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Une étude réalisée par Polynomics pour le compte de comparis.ch
 - 8. INFRAS:** INFRAS (2016): Financement des investissements et des prestations d'intérêt général dans les hôpitaux. Étude de faisabilité dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.
 - 9. seulement 2%:** Felder, Stefan (2016)
 - 10. professeur Bernhard Rüttsche:** Rüttsche, Bernhard (2015)
 - 11. d'examiner et de comparer:** Widmer, Philippe et Telser, Harry (2016)
 - 12. financées de manière uniforme:** Aussi appelé financement moniste.