

La concurrence : un instrument de maîtrise des coûts de la santé ?

Présenté à Messieurs

**Alberto Holly
Jean-Claude Eggimann**

Par Véronique Maye

**Diplôme postgrade en administration et économie de la santé
Université de Lausanne**

Novembre 1999

Table des matières

Introduction	6
1. Les acteurs du système suisse de santé	9
1.1. Les assureurs maladies	9
1.2. Les fournisseurs de prestations	11
1.3. L'Etat	12
1.4. Les assurés patients	13
1.5. Commentaires	16
2. Quelle concurrence pour quelle organisation ?	17
2.1. Concurrence entre fournisseurs de prestations	17
2.1.1. Références étrangères	17
a) Grande-Bretagne	17
b) USA	18
c) Pays-Bas	19
2.1.2. Le système suisse	19
2.1.2.1. Financement et planification	20
a) Concurrence et financement	20
b) Concurrence et planification	21
2.1.2.2. Conventions tarifaires	22
a) Conventions séparées	22
b) Exclusion	23
2.1.3. Un élément indispensable à la concurrence : l'information	25
2.1.3.1. Utilisation de l'information	26
2.1.3.2. Qualité technique et qualité perceptible	27
2.1.3.3. Développement des systèmes d'information en Suisse	28

2.2.	Concurrence entre assureurs maladie	29
2.2.1.	Type de concurrence	29
2.2.2.	La concurrence entre assureurs maladie en Suisse	30
2.2.2.1.	Pluralité d'assureurs ou assureur unique	31
	a) Restriction du choix et mesures discriminatoires	31
	b) Pouvoir d'achat	33
	c) Assurances complémentaires	34
2.2.3.	Concurrence et compensation des risques	34
a)	Système actuel	34
b)	Propositions de révision	37
3.	Nouvelles formes d'organisation	40
3.1.	Les Health Maintening Organizations (HMO)	40
3.1.1.	Description	40
3.1.2.	HMO et réduction des coûts	41
3.1.2.1.	Concurrence entre fournisseurs de prestations	42
3.1.2.2.	Concurrence entre HMO	43
3.2.	Les HMO en Suisse : un moyen d'endiguer la croissance des coûts	46
3.2.1.	Résultats des premières expériences	46
3.2.2.	HMO et concurrence	48
3.3.	Les Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (NOPS)	49
3.3.1.	Etat de la situation	49
3.3.2.	Les nouvelles Tendances	50
3.3.3.	Les éléments de mise en place	53
3.3.3.1.	Les mesures incitatives	53
3.3.3.2.	L'information	55
3.3.4.	La création concrète du réseau	57
3.4.	La concurrence dans le cadre des réseaux intégrés	58
	Conclusion	59

Table des matières des annexes

1.	Instruments d'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé européens.	65
2.	Evolution des formes d'assurance	65
3.	Degré de satisfaction des patients à la lumière des différents aspects de la prise en charge médicale	66
4.	Une caisse-maladie unique en veut-on vraiment ?	67

**« Vous ne pouvez résoudre les problèmes
d'aujourd'hui avec le même niveau de
réflexion utilisé pour les créer ».**

Albert Einstein

La concurrence : un instrument de maîtrise des coûts de la santé ?

Introduction

La trajectoire d'évolution des systèmes de santé est influencée par de nombreux facteurs, tels que les nouvelles connaissances, la mondialisation de l'économie, l'évolution épidémiologique et démographique ainsi que la technologie. Des problèmes de coûts, d'utilisation inadéquate des ressources, d'accès aux soins, d'insatisfaction de la population ainsi que des professionnels, du fait de la restriction de leurs libertés, ont été mis à jour. Afin de remédier à cette crise, la nécessité de réformer le système de santé est apparue dès les années 80. Ces réformes ont pour objectif une amélioration de l'équité ainsi que de l'efficacité, tout en respectant les libertés individuelles.

Dans les pays occidentaux, les coûts de la santé sont en constante augmentation depuis plusieurs années, leur évolution étant largement supérieure à la hausse des prix et des salaires.

Selon André-Pierre Contandriopoulos, on peut distinguer quatre secteurs de crise dans le domaine de la santé :

- Crise du financement : dans l'ensemble des pays industrialisés, le discours est identique faisant ressortir que le système de santé coûte trop et qu'il convient de trouver des solutions pour en contenir les coûts si ce n'est les réduire.

Les primes d'assurance maladie ont subi une hausse massive en Suisse au cours de ces dernières années, dans une proportion bien supérieure à l'évolution des prix et des salaires.

L'augmentation des coûts de la santé dans une telle proportion peut être attribuée à plusieurs raisons :

- Extension permanente de l'offre de prestations doublée d'une absence de coordination et de planification ;
- Surcapacités hospitalières ;
- Durées de séjour prolongées et utilisation inadéquate des lits ;
- Pléthore de médecins ;

- Tendance au maintien des barrières cantonales ;
- Suréquipement en instruments diagnostics (pour exemple : Genève, 10 IRM pour un bassin de population de 400'000 habitants) ;
- Système de financement et de remboursement doublé d'une absence totale de transparence des coûts ;
- Absence de cohésion et de coordination entre les divers secteurs de soins (ambulatoire / hospitalier) et prestations redondantes qui en découlent aboutissant à un gaspillage des ressources ;
- Elargissement constant des prestations mises à charge de l'assurance obligatoire des soins ;

La concurrence permettra-t-elle, dans ce paysage, d'endiguer les coûts ou au contraire ne va-t-elle pas renforcer certaines causes de leur augmentation ?

En Suisse, les dépenses de santé s'élèvent en 1995 à 35,1 milliards de francs suisses financées, pour l'essentiel, à 65% par les ménages et à 25% par la Confédération, les cantons et les communes. La Suisse est le pays d'Europe où la part de l'Etat est la plus faible et où les ménages sont le plus durement touchés.

Il devient aujourd'hui pratiquement impossible d'accroître encore les montants à charge des assurés, par un accroissement des primes d'assurance maladie et des contribuables, par une augmentation des contributions publiques. En effet, la crise économique actuel et la large participation des ménages rendent illusoire une telle politique.

- Crise de régulation : L'évolution des systèmes de santé est intimement liée aux relations et tensions qui existent entre les quatre groupes d'acteurs intervenant dans le cadre des systèmes de santé, les professionnels, les organismes payeurs, l'Etat, la population.
- Crise des connaissances : L'amélioration de la santé d'une population est reliée à plusieurs facteurs extérieurs au système de soins : qualité de l'environnement, état de l'emploi, niveau des revenus, qualité de vie. Il est alors important de se poser la question de la possibilité d'investissement de montants affectés au système de soins à des domaines autres que ce dernier, participant pour beaucoup à l'amélioration du niveau de santé de la population.
- Crise des valeurs : Les connaissances scientifiques étant en constante évolution, il convient de repenser des valeurs telles que la vie, la mort et nos possibilités d'intervention sur ces derniers. La crise financière actuelle des Etats nous oblige également à faire des choix basés sur des jugements de valeurs.

Une des idées largement débattues, afin d'apporter des solutions au problème de la crise des systèmes de santé est celle de l'introduction sur le marché de la santé de forces concurrentielles. Le manque d'efficacité du marché de la santé a souvent été attribué à l'absence de forces concurrentielles. Selon Elie Cohen, la politique de santé pose un problème classique de conciliation d'objectifs de solidarité et d'efficacité allocative et productive. La réponse donnée à ce problème varie selon les pays, mais mêle toujours régulation publique et procédures de marché.

Le concept de concurrence est défini de manière précise en économie. Il s'agit d'un modèle basé sur la liberté de choix de l'utilisateur, de l'acheteur et de l'entrepreneur à qui il incombe notamment de déterminer le prix en tenant compte de la demande qui se présente à lui. Le cadre est celui du marché. Il demande une pluralité d'offres, une transparence de l'information ainsi qu'une liberté d'expression de chacune des parties.

Introduire la concurrence dans le domaine de la santé implique des procédures de détermination des prix, de développement de l'information et d'allocation des ressources.

L'introduction de mécanismes d'une véritable concurrence sur le marché de la santé est-elle possible au vu de ses caractéristiques ? Quel type d'organisation de système de santé permet le développement d'un véritable marché de la concurrence aboutissant à une augmentation de l'efficacité et par-là même à une utilisation optimale des ressources consacrées au domaine de la santé ?

Le travail qui suit va tenter de répondre à ces interrogations dans le cadre de l'organisation du système suisse de santé mis en place par la loi sur l'assurance maladie (LAMal) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

1. Les acteurs du système suisse de santé

Le système suisse de santé s'organise autour de quatre acteurs :

- Les assureurs maladie
- Les fournisseurs de prestations
- L'Etat
- Les assurés – patients

Selon A.-P. Contandriopoulos, chaque groupe d'acteurs tire sa légitimité du fait qu'il se targue de parler en faveur de la population et se caractérise par la vision qu'il a du système de soins, par la façon dont il conçoit la maladie, la santé et leurs déterminants, par les types et l'importance des ressources qu'il contrôle, par sa volonté d'améliorer sa position dans la société en augmentant son contrôle sur les ressources (financières, humaines, matériels, symboliques) du système de soins et par le type de logique qui devrait servir à réguler les échanges et les interactions dans ce système.

Des questions qu'il est important d'aborder, afin de savoir si l'introduction d'un marché concurrentiel apporte une maîtrise des coûts de la santé, ont trait à la vision du système de soins qu'a chaque intervenant et sa logique d'intervention au sein du système.

1.1. Les assureurs maladie

D'après A.-P. Contandriopoulos, les organismes payeurs sont enclins à défendre une logique technocratique visant à ce que toute décision du domaine de la santé soit subordonnée à une planification fondée sur l'analyse des besoins de la population et à la définition de priorités. Les ressources affectées seront celles nécessaires à la réalisation de priorités, les résultats obtenus devant être évalués. Un exemple de cette logique réside dans «l'evidence based medicine », les décisions cliniques étant alors encadrées par des lignes directrices.

Le marché suisse de l'assurance maladie est caractérisé par l'existence d'une multitude d'assureurs, aujourd'hui au nombre d'une centaine, poursuivant un but non lucratif et ne bénéficiant d'aucune subvention étatique. Toute personne domiciliée en Suisse a l'obligation de s'affilier auprès d'un assureur de son choix et peut moyennant des délais de résiliation en changer pour chaque fin de semestre.

Les assureurs maladie représentent les principaux organismes payeurs à côté de l'Etat. Chaque assureur a le devoir de prendre en charge l'ensemble des prestations énumérées dans un catalogue exhaustif et doit assumer ses propres dépenses en fixant ses primes en conséquence. Afin d'éviter des politiques discriminatoires à l'égard de "mauvais" risques ainsi que des distorsions de concurrence, un mécanisme de compensation des risques a été introduit.

Trop longtemps, le rôle principal des assureurs s'est limité au remboursement des prestations effectuées, ces derniers ignorant fréquemment celui du contrôle de leur caractère économique. Pourtant, il appartient aux assureurs d'apprécier si les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ont bien été observés par le fournisseur de prestations.

Un tel oubli est regrettable du fait des mécanismes induits par l'existence de l'assurance, principalement le risque moral. En effet, en couvrant de manière substantielle les conséquences financières de la maladie, l'assurance compromet l'incitation aux efforts de prévention mais surtout celle visant à limiter les actes thérapeutiques lorsque la maladie est déclarée. Aujourd'hui, le contrôle du caractère économique fait partie intégrante de la politique de chaque assureur, conscient qu'une maîtrise des coûts ne peut se faire sans leur collaboration. Au surplus, les assurés ayant la possibilité de changer d'assureur et les prestations offertes étant identiques d'un assureur à l'autre, le montant de la prime, intimement lié aux prestations remboursées, est un élément essentiel dans le choix des assurés. Il en va donc de la survie des assureurs, une assurance sans assurés n'ayant plus sa raison d'être.

La concurrence est-elle en mesure de s'instaurer entre les institutions d'assurances alors que les couvertures offertes sont identiques d'un assureur à l'autre ? Sur quels critères va-t-elle se baser alors que les primes vont avoir tendance à s'uniformiser ? Les mécanismes de compensation des risques, tenant compte uniquement de l'âge et du sexe sont-ils suffisants pour éviter une distorsion de concurrence ?

La possibilité offerte par la LAMal de négocier séparément avec chaque assureur et chaque fournisseur le prix des prestations va-t-elle permettre une baisse substantielle de ces prix se répercutant de manière sensible sur le montant de la prime ? Des tarifs différents pour une même prestation au sein d'un même assureur ne vont-ils pas au contraire provoquer une augmentation des coûts administratifs par l'infrastructure nécessaire au traitement de ces accords spéciaux ? L'existence de ces contrats séparés ne va-t-elle pas engendrer un manque de transparence permettant tant aux assureurs maladie qu'aux prestataires de se soustraire à la pression de la concurrence et à la possibilité de les comparer à d'autres ? Le contrôle de l'économicité des traitements pourra être remis en cause puisqu'il ne sera plus difficile de comparer les coûts moyens de médecins d'une même spécialité

offrant ainsi aux fournisseurs de soins une possibilité d'esquiver les contrôles et d'augmenter leurs revenus, ce qui va à l'encontre du but poursuivi par l'introduction d'une concurrence.

1.2. Les fournisseurs de prestations

L'organisation des fournisseurs de prestations est hiérarchisée, la profession médicale occupant une place dominante par rapport aux autres acteurs. La domination de la profession médicale s'est développée à travers les progrès énormes de la médecine durant la première partie du XXe siècle. Le médecin exerce son expertise envers le patient qui n'a pas les connaissances nécessaires pour juger seul de quoi il souffre et quels sont les soins que requiert son état. Il appartient donc au médecin de décider pratiquement unilatéralement si l'état du patient nécessite tel ou tel examen ou traitement, l'intervention d'autres fournisseurs étant subordonnée à la délivrance d'une prescription médicale.

Le système suisse de santé est soumis au principe constitutionnel de la liberté du commerce et de l'industrie. Il en résulte que tout fournisseur de prestations qui remplit les conditions prévues par la LAMal est admis à travailler à charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans la plupart des cantons, aucune mesure restrictive n'a été mise en place afin de freiner l'extension des fournisseurs de prestations. En ce sens, l'organisation du système suisse de santé laisse aux forces du marché la régulation du système. Le patient est en droit de s'adresser directement à l'hôpital ou à un médecin spécialiste, sans obligation d'une consultation préalable auprès d'un médecin de 1^{er} recours, s'il le juge utile à son état de santé alors même qu'il ressort d'une étude de G. Dominighetti et C. Limoni que plus la densité de médecins spécialistes est forte dans une région, plus les coûts sont importants. Ce type de conclusions est de nature à ébranler les vertus de la concurrence en tant qu'outil de maîtrise des coûts.

La LAMal a cependant institué une planification obligatoire des établissements hospitaliers et des établissements médico-sociaux afin que les besoins en soins de la population soient couverts sans qu'il ne subsiste de surcapacités. Un tel principe est du ressort non pas d'une économie de marché mais d'une économie administrée.

Concurrence et planification sont tous deux des principes instaurés par la LAMal. Comment leur coexistence va-t-elle pouvoir s'organiser alors qu'il semble justifié de les considérer comme antinomiques ?

1.3. L'Etat

Afin de laisser libre cours à la concurrence et permettre au jeu de l'offre et de la demande de déployer ses effets, l'Etat ne devrait intervenir dans le domaine de la santé que de manière ciblée, dans le but par exemple d'éliminer les situations de monopoles créés par certains professionnels ou de diffuser l'information au public.

L'Etat cantonal, dans l'organisation du système suisse de santé, intervient en tant que planificateur puisque c'est à lui qu'incombe la mise en place de la planification hospitalière, processus engendrant d'importantes difficultés. En effet, planification hospitalière et réalisation politique des changements sont des concepts différents. Des notions de prestige, de régionalisme, de sauvegarde des droits acquis représentent souvent un frein aux changements.

Afin de donner aux réformes une chance d'aboutir, il est essentiel que tout citoyen soit associé au processus de définitions des besoins, des priorités, des problèmes, des solutions ainsi qu'au processus de gestion et d'administration du système de santé. Pour ce faire, il est indispensable de créer dans la société de véritables espaces de débat démocratiques. Le système politique suisse fortement démocratique permet par l'institution du droit de référendum la participation des citoyens. Cependant, l'on peut se demander si les espaces de débat démocratique existent véritablement. Dans le cas contraire, il y a un risque que de nouvelles décisions soient prises à l'emporte-pièce dans un but de préservation des droits acquis réduisant à néant des processus de réforme indispensables et judicieux. On en veut pour exemple le projet de "Réseau Hospitalier Universitaire de Suisse Occidentale (RHUSO)" rejeté par une très forte majorité de la population genevoise. Au cours de la campagne qui a précédé la votation, aucun débat ne s'est tenu sur les véritables enjeux de la réforme entre les promoteurs du projet et les principaux concernés, la population ainsi que les employés de l'hôpital universitaire de Genève. Les argumentaires développés par voie de presse, de débats publics et de campagne d'affichage provenaient essentiellement des opposants. La population s'est alors forgé une idée de la réforme se résumant au fait que dorénavant il faudrait se rendre à Lausanne pour subir une intervention de l'appendicite et, qu'à plus ou moins long terme, son hôpital universitaire disparaîtrait au profit de celui de Lausanne, jouissant d'un emplacement plus central permettant un accès facilité aux ressortissants d'autres cantons non universitaires. Les professionnels genevois employés des hôpitaux publics ont ressenti ce projet comme une menace à leurs privilèges, leur statut (salaires, vacances, etc.) étant meilleur dans le canton de Genève que dans celui de Vaud. La crainte de devoir déplacer son lieu de travail de Genève à Lausanne s'est également manifestée. La manière dont s'est mis en place ce projet est un exemple frappant de non-concertation entre les différents intervenants, chacun restant prisonnier de sa propre logique. L'Etat cantonal joue également le rôle de payeur puisqu'il finance en partie les prestations hospitalières stationnaires.

Tant l'Etat fédéral que cantonal interviennent dans le processus conventionnel de fixation des tarifs puisqu'il leur appartient d'approuver les conventions conclues entre assureurs et fournisseurs de prestations. La Confédération assume ce rôle si la convention s'applique à l'ensemble du territoire suisse. S'il s'agit d'une convention cantonale, l'Etat cantonal est chargé de cette fonction.

1.4. Les assurés – patients

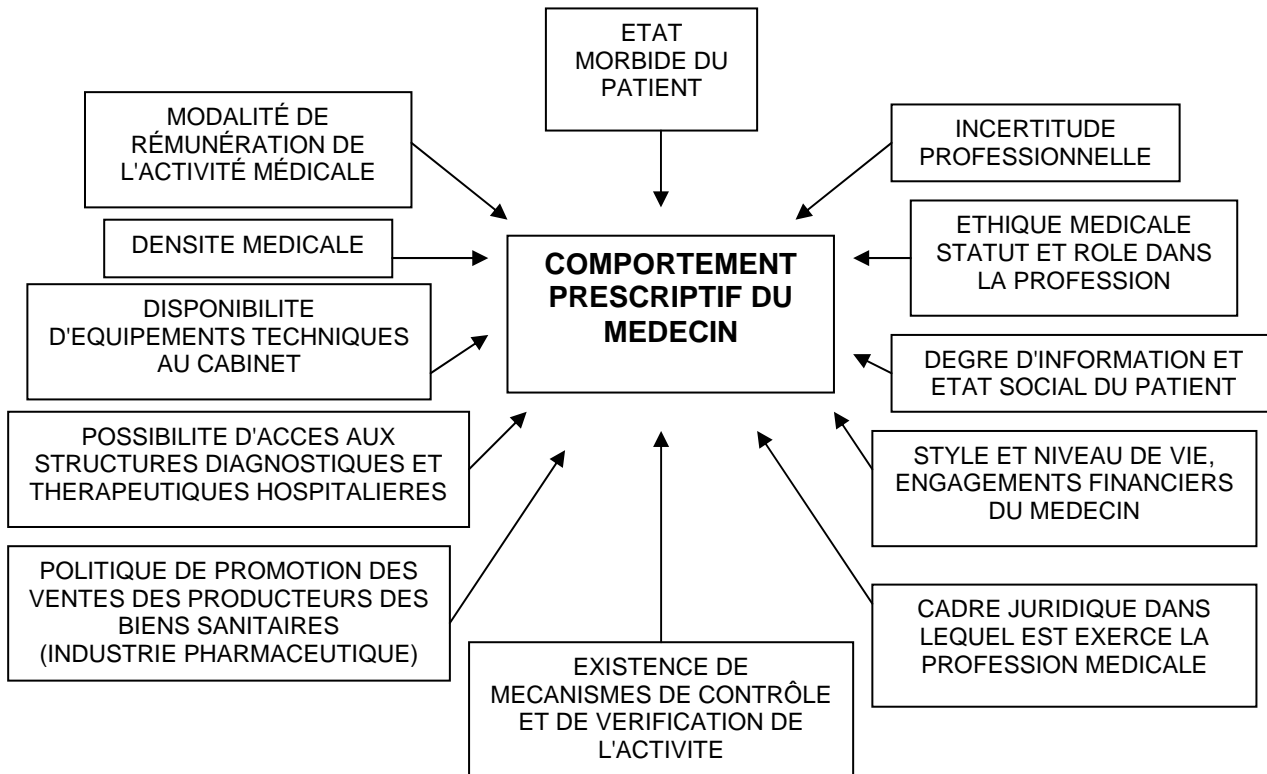
L'assuré dispose de la liberté de s'affilier auprès de l'assureur maladie de son choix. Une concurrence est alors susceptible de s'établir entre les assureurs afin d'attirer

les meilleurs risques. Etant couvert pour des prestations identiques chez tout assureur, les motivations de son changement résident pour beaucoup dans le montant de la prime ainsi que dans le service offert.

En tant que patient, le citoyen a le libre choix dans le système général d'assurance de consulter le médecin qu'il désire, spécialiste ou généraliste, de décider dans quel hôpital il sera traité pour autant que ce dernier figure sur la liste hospitalière fruit de la planification étatique. Un tel système va dans le sens de la concurrence puisqu'il laisse au patient la liberté de choisir, partant du principe que ce dernier optera pour le meilleur. Des analyses économiques de marchés autres que celui de la santé, sont parvenues à la conclusion que le consommateur décide quant à la nature, au type et à la quantité de biens nécessaires à la satisfaction de ses besoins et qu'il est capable de reconnaître l'efficacité et l'utilité des différents biens et services qui lui sont proposés sur le marché. Il en arrive alors, par ses choix, à maximiser son utilité et sa satisfaction.

Cependant, le marché des soins ne répond pas à ces principes étant caractérisé par l'asymétrie d'information, l'importance individuelle et sociale unanimement attribuée au bien échangé, la santé, la délégation de compétences de décision au médecin, l'incertitude et la prise en charge partielle ou totale du coût par des tiers payants, assureurs ou Etat. Le patient, par manque d'information, aura de la difficulté à savoir quel type et quelle quantité de soins lui sont nécessaires. Le prix des différents biens n'entrera pas en considération, le patient n'étant pas à même de juger l'efficacité des différents services proposés, d'autant plus que généralement leur coût sera pris en charge par un tiers-payant. Il s'en remettra donc à un expert, le médecin, qui remplit le double rôle d'offreur et de demandeur ; Le médecin décidera de la quantité, de la nature des soins à prodiguer dont il sera, pour la plupart, le producteur direct. Il s'ensuit que dans bien des situations, le fait de subir une intervention chirurgicale ou un examen médical dépend du médecin consulté. Ce phénomène peut s'observer par les variations de pratiques régionales ne correspondant pas à des états de santé différents dans les régions concernées.

Les multiples déterminants de la prescription médicale sont résumés dans le schéma ci-dessous :



Source : G. Dominighetti, A Casabianca, Economie sanitaire, incertitude et induction de la demande par le médecin, Journal Suisse de Médecine, Tiré à part 1995

Le médecin va-t-il systématiquement faire appel à la méthode la plus efficace, économique et appropriée alors que la prescription médicale est influencée par de nombreux facteurs tels que l'état morbide du patient, le système de rémunération (à l'acte, par capitation, salariat), l'incertitude professionnelle, la densité médicale, l'équipement technique du cabinet, le niveau d'information et le statut social du patient, le statut du médecin au sein de sa profession, la politique de promotion et de vente des différents producteurs de biens de santé, notamment l'industrie pharmaceutique ? Une nouvelle technique médicale plus performante tant sur le plan économique que qualitatif devrait aboutir à l'abandon de l'ancienne. Cependant, l'on est obligé de se rendre à l'évidence et constater que bien souvent si ce n'est toujours, il y a cumul des différentes méthodes, dont le résultat consiste en une perte d'efficacité.

Au vu des caractéristiques spécifiques du marché de la santé, le patient consommateur est-il en mesure de faire jouer une véritable concurrence ? L'information qui lui est destinée est-elle suffisamment développée afin qu'il lui soit possible de prendre de judicieuses décisions ? Le libre choix ne risque-t-il pas de provoquer une augmentation des coûts du fait d'une surconsommation encouragée par la possibilité du nomadisme médical ? Une restriction du choix allant à l'encontre des principes de concurrence n'est-elle pas plus souhaitable ?

1.5. Commentaires

Après cette analyse du système suisse de santé, force est de constater que l'introduction de la concurrence ne va pas spontanément permettre une diminution ou tout au moins une stabilisation des coûts de la santé. A cette étape, l'on peut raisonnablement se demander quelles sont les raisons qui ont conduit les instigateurs de la LAMal à introduire un tel principe difficilement conciliable avec les caractéristiques du marché de la santé et l'organisation du système suisse.

Néanmoins, il n'est pas dénué d'intérêt de réfléchir à la question de l'influence de la concurrence sur les coûts de la santé ainsi que d'analyser l'organisation la plus optimale permettant aux forces concurrentielles de déployer pleinement leurs effets. La suite de ce travail va essayer de répondre à ces questions et d'apporter, si faire se peut, une esquisse de solution.

2. Quelle concurrence pour quel type d'organisation ?

2.1. Concurrence entre fournisseurs de prestations

2.1.1. Références étrangères

a) Grande-Bretagne

Une des réformes souvent citées comme exemple de révision d'un système de santé par le marché est la nouvelle version du NHS anglais. La grande innovation de cette réforme est l'introduction de «General Practitioners fundholders» (GPH). Des cabinets de groupe de généralistes sont devenus des gestionnaires d'un budget de prescription couvrant les médicaments, les consultations de spécialistes, les examens, la chirurgie non urgents, les soins paramédicaux. Le GPH remplit un rôle d'entrepreneur de soins, organisant l'ensemble du processus de soins pour le compte du patient.

Force est de constater que le système mis en place en Angleterre n'accorde qu'un rôle secondaire au consommateur, alors que ce dernier devrait occuper la première place si un véritable marché de concurrence existait. Le consommateur est dans les faits soumis au choix des acheteurs que sont les médecins ou les autorités locales sanitaires.

Les défenseurs de l'actuel NHS soutiennent, qu'en procédant de la sorte, on pallie l'asymétrie d'information en défaveur du patient, ce dernier, bien souvent démuné face à son médecin, se voyant contraint de s'en remettre totalement à sa décision. Les instigateurs de la réforme considèrent qu'une autorité locale sanitaire ou qu'un médecin généraliste sont mieux informés que le patient.

Cependant, il n'est pas évident qu'ils le soient face à des domaines de la médecine fortement spécialisés. Au surplus, il est utile de rappeler que seulement 10 à 20% des prestations médicales effectuées seraient basées sur une évidence scientifique.

Ces agents des patients, autorités sanitaires locales et cabinets de médecins généralistes, reflètent-ils exactement les préférences des consommateurs ? L'indice, permettant de douter de la concordance entre les choix des patients et ceux de leurs représentants, est qu'environ un cinquième de la population dispose d'une couverture par une assurance de santé privée lui permettant de se faire opérer dans des délais acceptables pour toute affection touchant à la qualité de la vie, alors que

le NHS met l'accent sur les cas graves. L'actuel NHS anglais demeure donc un système où les besoins des patients sont définis par les professionnels et non par les consommateurs eux-mêmes.

De plus, l'introduction de la concurrence devrait déboucher sur une offre de choix plus large offerte au patient. Avec le principe du nouvel NHS, ce choix est au contraire restreint puisque le patient se verra contraint de se diriger vers les seuls hôpitaux avec lesquels un contrat a été passé.

La «concurrence» induite par le NHS ne redistribue donc pas de manière plus équilibrée les forces en présence en affaiblissant la suprématie de la profession médicale face à une influence renforcée du patient / consommateur. Le médecin est toujours celui qui exerce son expertise envers le patient qui ne possède pas les connaissances nécessaires pour juger de quoi il souffre et quels sont les soins que nécessite son état. Il appartient toujours au médecin de décider pratiquement unilatéralement si l'état du patient demande tel ou tel examen ou traitement. Le médecin reste le seul agent capable de décider quelles seront les ressources à consacrer à l'état de santé de son patient.

b) USA

Aux USA, les «preferred Providers Organizations» (PPO) sont des organismes où la concurrence est instaurée sur la base des prix. Les assureurs passent des contrats avec des groupes de fournisseurs de prestations afin d'obtenir des conditions favorables pour un groupe d'assurés. Les organismes payeurs incitent leurs adhérents à se diriger vers ces fournisseurs, notamment les hôpitaux, en prévoyant un ticket modérateur (pourcentage du montant de la prestation laissé à charge de l'assuré) moins élevé.

L'introduction d'un tel système assujettit la liberté de choix du patient / consommateur à sa capacité financière. Le patient dont les revenus sont élevés bénéficie du choix libre de son fournisseur, n'étant aucunement freiné par un ticket modérateur augmenté. Il n'en est pas de même pour le patient à revenu modeste qui se verra contraint d'user des services des fournisseurs de prestations ayant contracté avec la PPO. Dans ce cas, la souveraineté du consommateur est entamée.

Néanmoins, comme déjà évoqué, il est difficile pour le patient de procéder à des choix objectifs quant à la nature, au type, à la quantité de biens nécessaires à la satisfaction de ses besoins en reconnaissant l'efficacité des différents biens qui lui sont proposés. Il est évident que si tel devait être le cas, un système de concurrence, permettant le libre choix du fournisseur de prestations par le patient ainsi que le libre

exercice de la profession sans mesure de planification devrait contribuer à la diminution des coûts de la santé ou tout au moins au maintien de leur niveau.

Par ailleurs, il convient de tenir compte du fait que la mise en concurrence de plusieurs fournisseurs de prestations, notamment des hôpitaux, par le biais de propositions contractuelles, nécessite un important bassin de population et n'existe pour ainsi dire que dans les grandes agglomérations ; dans certaines régions moins peuplées, les fournisseurs bénéficient d'un monopole de fait.

C) Les Pays-Bas

Le concept néerlandais repose sur deux principes : l'assurance maladie obligatoire et la concurrence.

Les assureurs ont la tâche de négocier avec les fournisseurs de prestations des services en fonction des quantités, des prix et de la qualité. L'assureur qui obtiendra de meilleurs prix sera en mesure de proposer des primes moins élevées et attirera une clientèle plus nombreuse.

Un fournisseur, devant négocier et répondre à des appels d'offre provenant de plusieurs assureurs, aura intérêt à proposer des prix ainsi qu'une qualité lui permettant de conclure des contrats. Afin d'éviter une détérioration de la qualité, il est prévu que des organismes privés indépendants procèdent à des audits et délivrent des certificats d'accréditation.

Selon A. Bocognano et al., il n'y a pas encore eu de passage à l'instauration d'un véritable comportement d'acheteur de soins de la part des caisses maladie. En effet, l'offre est peu dense, très puissamment organisée et les pouvoirs publics maîtrisent toujours les outils de contrôle, les tarifs notamment.

2.1.2. Le système suisse

Dans le cadre du système général de la LAMal, les patients bénéficient du libre choix du fournisseur parmi ceux reconnus. En ce sens, le système suisse instaure une véritable concurrence laissant au patient / consommateur la liberté de décision. Les patients ont un accès direct à l'hôpital, le recours à un médecin de 1^{ère} ligne n'étant pas obligatoire.

Toutefois, les règles de financement, incluant le remboursement des prestations par l'assurance maladie ainsi que les mesures de planification limitent quelque peu cette latitude.

2.1.2.1. Financement et planification

a) Concurrence et financement

Les questions relevant de la santé demeurent essentiellement cantonales. La LAMal se limite à fixer le cadre général, l'organisation concrète du système étant une prérogative cantonale. Il en est ainsi de la fixation des valeurs de points tarifaires, de la planification des établissements hospitaliers et médico-sociaux et de leur financement.

Cette «cantonalisation» de la santé débouche sur une prise en charge des prestations par l'assurance maladie limitée par les barrières cantonales. Les prestations ambulatoires ne sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire que jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré, celles stationnaires jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence de l'assuré, sauf si l'hospitalisation hors du lieu de résidence est dictée par des raisons médicales, soit urgence ou impossibilité d'octroyer la prestation au lieu de domicile.

Dans ce cadre, il y a une limitation de fait de la concurrence qui ne pourra s'exercer qu'entre fournisseurs de prestations d'un même canton.

En ce qui concerne les prestations stationnaires, la limitation du choix est renforcée par le système de financement des hôpitaux publics. En effet, le 50% au minimum du coût de la journée d'hospitalisation, dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, est à la charge du canton, par le biais des prélèvements fiscaux, le reste ressortissant à l'assurance maladie.

Les établissements privés, bien que fortement présents dans certains cantons, ne bénéficient d'aucune subvention étatique. Une telle situation débouche sur une distorsion de concurrence, dès lors que la journée d'hospitalisation dans ces établissements non subventionnés est entièrement à charge de l'assurance. Il en résulte que les assureurs maladie sont peu incités à conclure des conventions avec de tels établissements ainsi qu'à y diriger leurs assurés alors même que certains peuvent s'avérer plus performants que les hôpitaux publics.

Cette entrave à la concurrence a été identifiée par l'autorité fédérale qui a mis en consultation une proposition de réforme du financement des hôpitaux prévoyant une égalité de subventionnement entre établissements publics et privés. Le projet est basé sur l'idée que tout établissement hospitalier, reconnu comme fournisseur de prestations au sens de la LAMal, doit bénéficier d'un subside étatique similaire.

b) Concurrence et planification

La LAMal exige la planification des établissements hospitaliers et médico-sociaux afin «d'éviter de créer ou de maintenir des capacités inutiles et de mettre à disposition de la population les capacités effectivement nécessaires de manière coordonnée en fonction des besoins » (Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie – financement des hôpitaux, rapport explicatif).

La mise en place d'un plan est du ressort d'une économie administrée diamétralement opposée à une économie de marché où interviennent les forces concurrentielles. Des éléments d'économie administrée peuvent se justifier par le fait que, apparemment, dans le marché de la santé, l'offre crée souvent la demande. Cependant, comment interpréter la volonté du législateur en présence de ces deux principes antinomiques ?

On peut aisément saisir les raisons qui ont amené le législateur à s'orienter vers l'exigence de la planification. Comme déjà cité, des études ont montré que bien souvent les régions, où les coûts de la santé sont les plus élevés, sont celles où la densité de fournisseurs de prestations est la plus forte. Différentes propositions qui se profilent d'ailleurs aujourd'hui en Suisse en vue de la maîtrise des coûts de la santé, soit *numerus clausus* à l'entrée des études médicales, clause du besoin pour les équipements lourds, budgets globaux pour les hôpitaux et les cabinets médicaux, sont orientées non pas vers une économie de marché mais bien vers une économie administrée.

2.1.2.2. Conventions tarifaires

a) Conventions séparées

La LAMal encourage la conclusion de conventions séparées entre assureurs et fournisseurs de prestations et exige une adhésion individuelle de chaque assureur ou fournisseur si la convention a été passée par des associations professionnelles. Le but d'une telle disposition est de faire baisser le prix des prestations par une mise en concurrence des fournisseurs.

L'idée réside dans le fait que les fournisseurs procèdent à un choix entre différentes possibilités «d'input » conduisant à différents niveaux «d'output ». Si un fournisseur est contraint à une concurrence sur les prix, il adoptera l'attitude consistant à modifier sa quantité «d'input » afin de produire la même qualité à un moindre coût aboutissant ainsi à un même degré d'amélioration de la santé. Une autre réponse peut consister en la production d'une qualité supérieure pour le même prix. Si l'on constate des coûts moindres pour une qualité constante ou de coûts identiques pour une qualité supérieure ou encore de coûts moindres pour une qualité supérieure, on peut tirer la conclusion qu'une réponse à la concurrence sur les prix, propre à augmenter l'efficacité, a été donnée. Cependant, il semble légitime de considérer, au vu des caractéristiques du marché de la santé, qu'une baisse de prix ne conduit pas nécessairement à une amélioration de l'efficacité. Une baisse de prix peut être accompagnée d'une diminution de la qualité, les patients ayant de la difficulté à évaluer la qualité technique, se focalisant sur des composantes interpersonnelles de la qualité, notamment les files d'attente et la localisation. Une concurrence sur les prix est donc susceptible de conduire à une péjoration du niveau de santé de la population, résultat contraire de celui escompté.

Afin d'éviter un tel résultat, la LAMal impose aux fournisseurs de prestations l'élaboration de concepts et de programmes en matière d'exigence de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Actuellement, la Suisse en est au stade des tous premiers travaux. Par ailleurs, il conviendra également de mettre en place des systèmes d'informations performants permettant au consommateur de se déterminer sur la base du rapport prix / qualité technique.

D'autre part, la multiplication de conventions séparées risque de favoriser le manque de transparence. En effet, si les conventions diffèrent, il sera plus difficile de procéder à une comparaison des coûts engendrés par différents fournisseurs de prestations. Un créneau est alors disponible permettant à ces derniers de se soustraire à la pression de la concurrence et aux tentatives de les comparer les uns aux autres. Une conséquence de ce type n'est certainement pas celle voulue par les

défenseurs de la concurrence, la commission du même nom s'étant prononcée en faveur du principe de structure tarifaire uniforme pour l'ensemble du territoire, seule la valeur du point pouvant différer d'une région à l'autre. La LAMal a d'ailleurs repris ce principe pour toutes les prestations facturées à l'acte. Il en est de même de l'exigence d'une comptabilité analytiques uniforme pour les établissements hospitaliers, ce qui favorisera une comparaison des coûts de ces derniers.

Au surplus, l'accroissement de contrats séparés nécessite un développement de l'infrastructure des assureurs maladie, dont découlent une augmentation des coûts administratifs, un risque accru de négligence de certains détails ainsi que d'erreurs, engendrant finalement des coûts supplémentaires. Les fournisseurs de prestations risquent aussi de voir un accroissement de leurs frais administratifs s'ils doivent facturer à différents tarifs selon les assureurs maladie.

Par ailleurs, on peut se demander quel intérêt représente pour un fournisseur de prestations la conclusion d'une convention prévoyant une rémunération moindre de ses actes. Une des motivations pourrait être l'engagement de l'assureur d'adresser l'ensemble de ses assurés auprès de ce fournisseur ou tout le moins à les y encourager par des mesures d'incitation, ce dernier voyant alors la baisse de ses tarifs compensée par une augmentation de volume. De telles dispositions contractuelles sont possibles uniquement dans le cadre de formes particulières d'assurance, réseau de soins, «gate keeper», médecin de famille etc. Une idée, évoquée à plusieurs reprises en Suisse, consiste à permettre aux assureurs de ne contracter qu'avec certains fournisseurs de prestations remplissant des conditions de qualité et de caractère économique des prestations.

Jusqu'à aujourd'hui, les formes particulières d'assurance, restreignant le libre choix du consommateur n'ont pas emporté l'adhésion d'une majorité de la population suisse. Mais il se peut que dans un proche avenir, les patients mieux informés des avantages procurés par un réseau de soins, notamment la continuité de la prise en charge, optent de plus en plus pour ce type d'assurance.

Des principes dichotomiques, tels que structure tarifaire uniforme et concurrence, planification et concurrence, financement et concurrence, coexistent au sein de la LAMal sans que personne ne se soit prononcé non seulement sur leur interprétation mais également sur leur fonctionnement.

b) Exclusion de certains fournisseurs de prestations

Une piste évoquée en Suisse est de donner la possibilité aux assureurs maladie de ne conclure des conventions tarifaires qu'avec les fournisseurs de prestations

remplissant certains critères, dont la définition ressort au Conseil Fédéral, ayant trait à la qualité ainsi qu'au caractère économique des prestations. Une motion allant dans ce sens a été déposée en avril 1999 auprès du Conseil National, acceptée par 150 voix contre 4. Le but d'une pareille révision de la LAMal est de lutter contre l'augmentation du nombre de professionnels et par-là même l'expansion des prestations octroyées. Ce problème est d'autant plus d'actualité si l'on tient compte des conventions de libre circulation conclues avec l'union européenne, offrant la possibilité à de nombreux médecins, notamment dans les régions frontalières, de travailler en Suisse où la rémunération est plus élevée. A cet effet, des mesures d'accompagnements sont prévues (numerus clausus, critères de qualité) mais non encore décidées.

Selon les initiateurs de cette réforme, en introduisant non seulement des critères d'économie mais également de qualité, l'endiguement des coûts de la santé est assorti d'une qualité de haut niveau dans l'exécution des traitements. Cette proposition assure donc simultanément qualité et baisse des coûts. Le libre choix du fournisseur est laissé à l'assuré par le fait que ce dernier détient la possibilité de changer d'assureur s'il considère que les propositions faites par ce dernier ne répondent pas à ses attentes.

Le pouvoir laissé aux assureurs de ne pas conclure de convention tarifaire avec un fournisseur de prestations considéré comme un « mouton noir » peut être une manière de faire jouer la concurrence entre prestataires et permettre ainsi une pression sur les coûts. Cependant, il ne faut pas sous-estimer le pouvoir de négociation des fournisseurs de prestations.

Aujourd'hui, la LAMal accorde aux assureurs la possibilité d'agir auprès du tribunal arbitral qui peut décider d'exclure un fournisseur de prestations du système de l'assurance maladie sociale en cas de non-respect des principes de caractère économique des prestations ainsi que de garantie de qualité. Répertorier les critères, sur lesquels baser un jugement pour décider si oui ou non un fournisseur de prestations doit être exclu, relève d'un exercice extrêmement complexe d'autant plus dans un pays tel que la Suisse où le manque de données dans le domaine de la santé est criant. Avoir recours aux statistiques du Concordat des assureurs maladie suisse est utile mais pas suffisant. En effet, n'utiliser que des données quantitatives risque d'encourager les professionnels à sélectionner les cas légers, refusant de prendre en charge les cas lourds et coûteux. Quant aux critères de qualité, bien que la législation impose aux fournisseurs de prestations d'élaborer des concepts et des programmes en matière d'exigence de la qualité, la Suisse en est à ses premiers balbutiements, ne les ayant pas encore déterminés précisément, si ce n'est pour quelques fournisseurs ayant des activités plus techniques, tels que les laboratoires d'analyses.

Cette proposition s'apparente à la réforme Dekker aux Pays-Bas qui instaure plusieurs niveaux de concurrence. En premier lieu, les assurés ont le libre choix de leur caisse d'assurance maladie. Le deuxième niveau touche à la concurrence entre fournisseurs de prestations. En effet, les caisses d'assurance maladie sont chargées de créer de véritables réseaux de soins, en passant des conventions individuelles avec les praticiens. La concurrence est alors fondée sur la qualité et le volume des soins proposés dans le cadre des réseaux. Afin de garantir que la mise en place d'une organisation de ce type amène une réduction des coûts, il conviendra de porter attention sur le volume des prestations octroyées du fait que les assurés sont toujours en mesure d'agir sur leur niveau, notamment par le biais du nomadisme médical.

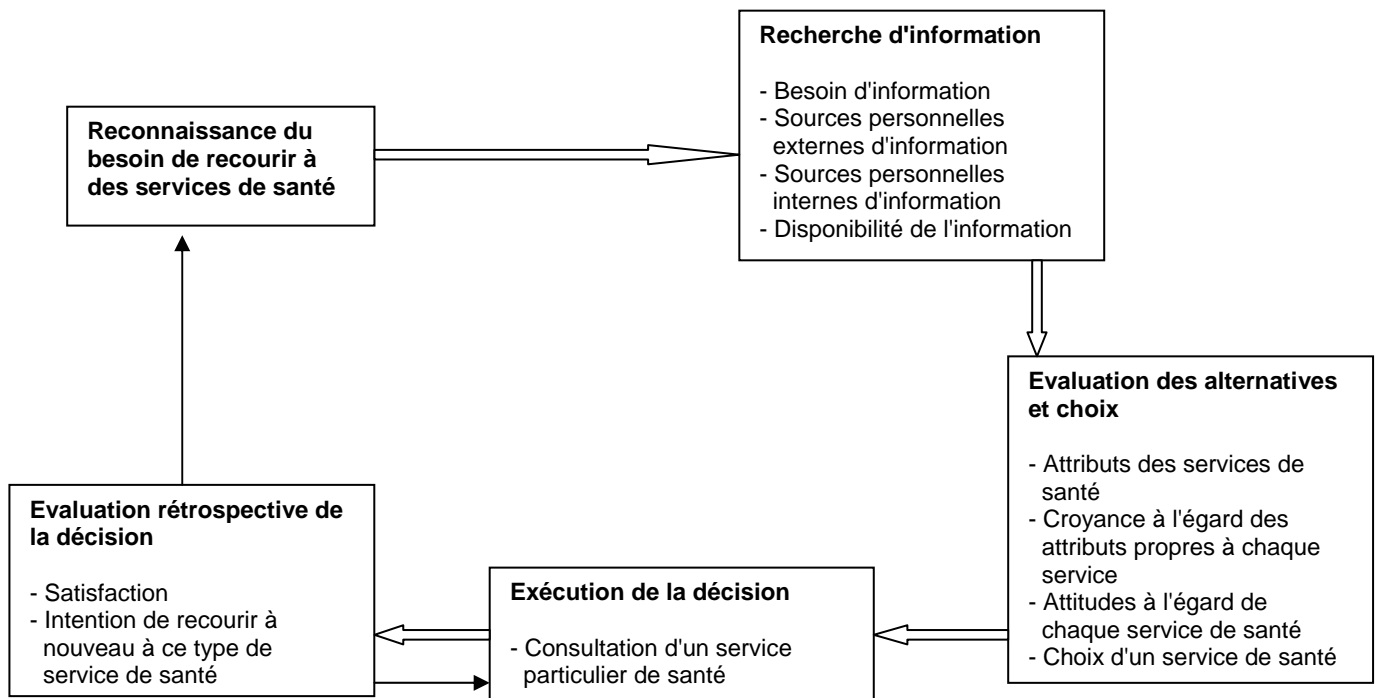
2.1.3. Un élément indispensable à la concurrence : l'information

L'idée à la base de l'instauration de la concurrence dans le cadre de l'organisation des systèmes de santé est «que le jeu des préférences des individus conduira au niveau souhaitable de dépenses de santé, et que les sanctions des consommateurs à l'encontre des producteurs inefficaces ou de mauvaise qualité sont le meilleur moyen d'améliorer la production de soins (Bocognano et al.)».

Dès lors, afin qu'une concurrence, synonyme d'efficience, s'instaure entre fournisseurs de prestations, il est indispensable que le consommateur soit en possession de l'ensemble des informations, quant à la qualité, au prix, à la quantité de prestations que son état nécessite, lui permettant de procéder à des choix éclairés. Une véritable concurrence implique donc nécessairement l'existence de systèmes d'information performants.

2.1.3.1. Utilisation de l'information

Le cadre théorique du choix d'un service de santé peut être représenté de la manière suivante :



Source : Nicole Leduc, La recherche sur L'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, no 1, 1999

D'après Rudd et Glanz (1990), afin que les consommateurs utilisent l'information sanitaire dans le choix de leurs actions, celle-ci doit être disponible, utile, apte à être intégrée dans un temps relativement court, véhiculée dans un langage compréhensible pour le consommateur et facilement accessible lors de la prise de décision. Comme ces conditions sont peu représentées dans le cas des services de santé, la motivation des consommateurs à chercher de l'information est diminuée.

Selon plusieurs études, les patients sont peu enclins à une recherche d'information poussée lorsqu'il s'agit de choisir un service ou un professionnel de la santé. Les principales sources d'information auxquelles le patient a recours sont en premier lieu la famille, les amis, les voisins et de façon moindre les médecins et autres professionnels. Selon Murray (1992), Cette quête très limitée d'information est due aux spécificités du domaine de la santé où l'information sur laquelle s'appuyer est peu disponible avant le recours au service comme tel et la qualité de ce dernier difficile à évaluer auparavant.

Par ailleurs, les patients se montrent peu enclins à changer de services de santé après avoir arrêté leur premier choix, bien que l'ayant effectué en se basant sur une quantité d'informations limitées (Steward et al.). L'utilisation passée des services de santé, plus particulièrement la satisfaction ressentie à l'égard du service antérieurement employé seraient des déterminants importants du choix d'un service de santé (Gabel, Lucas & Westbury ; Rose et al. ; Steward et al.).

2.1.3.2. Qualité technique et qualité perceptible

La définition de la qualité dans la perspective professionnelle est une qualité technique basée sur trois concepts, la structure, le processus et le résultat (Donabedian 1980).

Parasuraman et al. définissent la qualité perçue comme l'écart, et la direction de cet écart, entre les perceptions du consommateur et ses attentes.

Les patients ont de la difficulté à juger la qualité strictement technique des actes effectués (Kovner et Smits 1978). C'est pourquoi, ils basent leur évaluation de la qualité sur des facteurs interpersonnels et environnementaux (Donabedian 1982). La qualité perçue d'un service de santé serait l'un des déterminants les plus importants de la satisfaction (Ross et al. ; Woodside et al.). Dès lors, il faut s'attendre à ce que de nombreux fournisseurs dans un contexte de concurrence engagent des efforts afin d'augmenter non pas la qualité technique des soins mais celle perceptible par le patient.

L'enquête de satisfaction des patients menée au sein de l'Hôpital de Sierre-Loèche a fait ressortir comme principaux motifs d'insatisfaction des patients «l'incompatibilité d'humeur ou d'habitudes avec le compagnon de chambre, le sentiment d'une insuffisance de personnel, notamment de personnel infirmier à certaines heures du jour, la situation du kiosque à l'extérieur du bâtiment de l'hôpital, la taxe perçue pour le parcage du véhicule dans l'enceinte de l'hôpital». (Enquête de satisfaction des patients – Hôpital régional de Sierre-Loèche).

Wooley et al. (1978) ont montré, par différentes études, que le 2/3 des patients étaient satisfaits de la qualité des soins alors même que le résultat du traitement qui leur avait été administré était mauvais.

Les patients déterminent la qualité des soins par rapport au comportement ainsi qu'à l'attitude du médecin envers eux (Mills 1986). Crosby (1979) a observé que les patients exprimaient souvent leur perception de la qualité au moyen d'adjectifs tels que "attentif, compréhensif, encourageant". Une recherche effectuée à la fin des

années 80 aboutit aux mêmes considérations, les patients jugeant de la qualité de leur thérapeute par des termes tels que chaleureux, compréhensif, plaisant, poli, coopératif faisant ressortir le fait que la qualité technique des soins médicaux est perçue par les patients à travers les relations interpersonnelles qui se créent avec le thérapeute. Ceux-ci perçoivent la qualité d'une consultation médicale principalement par rapport à ce qui est échangé verbalement et non pas par rapport aux actes techniques qui sont effectués.

2.1.3.3. Développement des systèmes d'information en Suisse

Il est évident que la Suisse souffre aujourd'hui, dans le domaine de la santé, d'un manque crucial d'information. Les statistiques sanitaires sont peu développées et les résultats quant aux performances des différents fournisseurs de prestations, si ils existent, sont utilisés à des fins de gestion interne et rarement, si ce n'est jamais, en vue d'une information large de la population.

Comme constaté dans les études citées plus haut, les patients déjà peu motivés à recourir à l'information lors de l'utilisation des services de santé, sont d'autant plus découragés si cette dernière ne remplit pas les conditions d'accessibilité, de disponibilité, de rapidité d'intégration ainsi que de langage compréhensible.

L'échange d'informations entre fournisseurs fait également souvent défaut engendrant des doublons de prestations inutiles et coûteux.

Pour ce qui est des critères de qualité, bien que la LAMal prévoie expressément l'exigence de concepts et de programmes en matière de qualité, la majorité des fournisseurs de prestations en sont encore au stade de l'élaboration.

La mise en place d'indicateurs de qualité demande un investissement considérable, afin que les indications récoltées, permettent l'édition de critères inattaquables. Il est également important d'éviter que ne soient mesurés que les événements défavorables, les fournisseurs concernés ayant alors tout intérêt à fournir des données incomplètes qui les feront apparaître comme fournisseur de meilleure qualité, qu'un autre fournisseur qui s'est donné la peine de répertorier de façon complète ses données.

Selon Thomas Pernegger et John-Paul Vader, les propriétés souhaitables de critères de qualité devraient être les suivantes :

Adaptable à l'objectif de l'étude

Acceptable pour la population visée afin de représenter pour le consommateur une aide à la décision

Fiable (mesure quelque chose)

Valide (mesure ce que l'on veut mesurer)

Simple/facile d'utilisation

Interprétable (scores de référence)

Documenté (on sait pourquoi il a été choisi, quelles sont ses performances, etc.).

Au vu du degré actuel de développement de l'information en Suisse ainsi que de l'avancement des travaux en matière de détermination de critères de qualité, on peut légitimement douter qu'un véritable marché de concurrence entre fournisseurs de prestations, allant dans le sens d'une maîtrise des coûts de la santé, puisse s'instaurer à court terme. Il s'agit donc par conséquent d'un processus à moyen et long terme. Sans un système d'information performant, il est impossible au patient / consommateur de procéder à des choix efficaces basés sur la qualité technique et non pas la qualité perceptible.

2.2. Concurrence entre assureurs maladie

2.2.1. Type de concurrence

Deux grandes catégories de concurrence entre assureurs maladie peuvent être distinguées au niveau international :

- La concurrence peut porter sur l'assurance elle-même dans un marché privé. Dans ce contexte, chacun s'assure pour se couvrir du risque maladie et paye une prime correspondant à son propre risque et à son choix de couverture. Cette organisation du système de santé est en contradiction avec la notion de solidarité entre malades et bien portants ainsi qu'entre riches et pauvres, fondamentale dans la conception des systèmes de santé européens. En effet, ce type de concurrence entraîne de fortes discriminations de tarifs entre assurés, les assureurs y étant contraints s'ils veulent conserver leurs assurés « bons risques », ces derniers pouvant être attirés par des assureurs aux primes plus attractives parce que procédant à une plus forte discrimination. Le calcul de la prime, sans tenir compte des capacités financières des individus, aboutit à la mise à l'écart de nombreuses personnes qui ne seront pas en mesure d'en assumer le prix du fait

d'un budget restreint. Les populations présentant des risques accrus eu égard à leur état de santé ou à leur âge pourront également se voir refuser l'adhésion auprès d'un assureur. Le système américain comptant plus de 40 millions de non assurés représente l'exemple de ce type de concurrence.

Ce modèle de concurrence, par les mécanismes qu'il génère, a pour conséquence une péjoration de l'état de santé des populations, ce qui ne saurait être acceptable si l'on a pour ambition la mise en place d'un système efficient.

- Le deuxième choix de concurrence implique que l'assureur assume la fonction d'acheteur de soins pour le compte de l'assuré, en organisant lui-même un réseau de soins auprès duquel s'adresseront ses assurés. Cette solution, adoptée aux Pays-Bas par la réforme Dekker, consiste en ce que les assurés mettent en concurrence les caisses d'assurance offrant pour une prime donnée une gamme de services, ces dernières étant censées négocier avec les fournisseurs de prestations des services en fonction des prix, de la qualité et des quantités proposées. Un assureur, capable de négocier des prix inférieurs avec un fournisseur, sera en mesure de proposer des primes meilleur marché et d'attirer de la clientèle. Un assuré, insatisfait de la qualité ou des prix offerts par son assureur, pourra en changer pour se diriger vers un plus performant.

2.2.2. La concurrence entre assureurs maladie en Suisse

Le système suisse repose sur deux concepts, assurance obligatoire et concurrence. En effet, la LAMal, tout en intégrant le principe de l'obligation d'assurance pour chaque personne domiciliée en Suisse, prévoit la coexistence d'une pluralité d'assureurs, accordant également le droit aux assureurs privés de pratiquer l'assurance sociale aux côtés des caisses maladies. A ce jour, aucun assureur privé n'a fait usage de cette possibilité.

La concurrence entre assureurs laisse au consommateur le choix de l'assurance auprès de laquelle il désire s'affilier. Contrairement à une concurrence totalement libre sur un marché privé, l'organisation, mise en place par la LAMal, permet de satisfaire aux principes fondamentaux défendus par les systèmes sociaux européens, la solidarité et l'équité. Les primes d'assurance sont fixées selon le principe de la répartition et non pas de la capitalisation, permettant ainsi une solidarité entre jeunes et vieux, entre personnes malades et en bonne santé. A la différence de la plupart des systèmes de santé européens, si ce n'est de la totalité, la prime d'assurance n'est pas perçue en fonction du revenu de chacun, mais consiste en une prime unique pour un même assureur dans une région déterminée. Afin de remédier à cette entorse au principe de l'équité, les assurés à revenu modeste

bénéficient de subsides cantonaux et fédéraux leur permettant d'assumer le montant de leur prime.

Bien que la Suisse connaisse une concurrence entre assureurs, avec la perception d'une prime indépendante du revenu, il n'en demeure pas moins que la situation est tout aussi équitable que dans des systèmes socialisés.

Du fait de l'existence du principe de l'obligation d'assurance, les assureurs n'ont pas la possibilité de refuser l'affiliation d'un assuré ni de lui opposer de réserves. Par ailleurs, si un assuré décide de s'affilier auprès d'une autre assurance, sa couverture n'en est nullement affectée puisque la LAMal prévoit un catalogue exhaustif des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins, contraignant les assureurs à ne rembourser que les seules prestations qui y sont contenues.

Y a-t-il des avantages à l'existence d'une pluralité d'assureurs en concurrence directe ou un assureur unique est-il préférable ? Quelles sont les économies permises grâce à ce modèle d'organisation ? Sont-elles réelles ou au contraire une pluralité d'assureurs ne débouche-t-il pas sur un accroissement des coûts du fait notamment des besoins en publicité générés par la concurrence ainsi que la régulation complexe qu'elle induit (contrôle de la qualité, réglementation) ? Les stratégies d'écrémage de la part des assureurs ne risquent-elles pas d'être favorisées ?

Le chapitre suivant, par l'analyse des avantages et désavantages de la concurrence entre assureurs maladie dans le cadre du système suisse de santé, va tenter de répondre à ces différentes interrogations.

2.2.2.1. Pluralité d'assureurs ou assureur unique

a) Restriction de choix et mesures discriminatoires

L'alternative, proposée en Suisse, à une pluralité d'assureurs est l'introduction d'une caisse maladie unique.

Il en découlerait pour les assurés de nombreux désagréments puisqu'ils perdraient non seulement la liberté de choix de leur assureur mais encore la possibilité de décider entre différents modèles alternatifs d'assurance et de bénéficier des réductions de primes qui y sont associées. Une assurance unique serait bien sûr en mesure de proposer de tels modèles mais on peut raisonnablement penser que leur diversité serait moindre.

Grâce au libre passage permis par la LAMal, l'assuré peut opter pour un nouvel assureur s'il estime que les services fournis par son assureur actuel ne sont pas satisfaisants ou que les primes payées sont trop élevées en comparaison de celles des concurrents. Dans le cadre d'une caisse maladie unique, cette possibilité n'existe pas. Les assurés étant captifs, les services à la clientèle peuvent s'en trouver détériorés et des stratégies discriminatoires voir le jour, sous forme de difficultés administratives occasionnant des temps d'attente considérables pour des assurés présentant de mauvais risques ou relativement coûteux. Les méthodes de discrimination ne sont non plus pas étrangères au marché concurrentiel de l'assurance. En effet, les assureurs peuvent s'adonner à des pratiques d'écramage par toutes sortes de stratégies, ciblage de la publicité vers des populations «profilées bons risques », délais interminables dans le traitement des demandes d'adhésion, bureaux situés dans des immeubles non équipés d'ascenseurs à des étages élevés etc. Cependant au sein d'un système pluraliste, l'assuré conserve toujours la possibilité de s'adresser auprès d'un autre assureur.

Un des moyens de contrecarrer ces pratiques consiste à mettre en place des règles de compensation des risques éliminant toute tentation de sélection.

En cas de monopole, le risque de voir se développer du rationnement est accru du fait que l'on a moins tendance à axer son action sur la maîtrise des coûts par des mesures tendant à augmenter l'efficience, étant plus facilement enclin au dirigisme.

L'organisation britannique d'avant la réforme Thatcher est un exemple illustrateur d'un système totalement administré ayant engendré de nombreuses files d'attente et un mécontentement croissant de la population qui a finalement abouti à une réforme visant à introduire des éléments de marché. Ce système, financé par l'impôt, était conçu afin que tout résident, quelque soit ses ressources financières, ait accès aux soins nécessaires. Les patients n'avaient aucun droit si ce n'est celui d'accéder aux services. Les Tribunaux britanniques rappelaient inmanquablement qu'il appartenait aux médecins ainsi qu'aux autorités sanitaires de décider, dans les limites des ressources disponibles, des traitements à effectuer. Comme le rappelle R. Klein, le NHS, fonctionnant dans les limites d'un budget fixé, était conçu pour rationner des ressources maigres et non pour encourager la concurrence et le choix.

b) Pouvoir d'achat

Dans son analyse sur la « concurrence entre les assureurs offrant l'assurance de base par opposition à la caisse maladie unique », Willy Oggier insiste sur un point qu'il considère essentiel, la perte de potentiels en gains de pouvoirs d'achat pour l'économie nationale par l'introduction d'une caisse maladie unique. Son constat découle d'une étude effectuée par l'institut IHA à Hegerswill basée sur 6'020 enquêtes téléphoniques chez des personnes âgées de 15 à 74 ans au cours de la période allant d'avril 1998 à mars 1999. Il en est ressorti, frais de changement d'assureur déduits (estimés en moyenne par le Concordat des assureurs maladie suisse et l'Office fédéral des assurances sociales entre 200.- et 250.- francs), qu'un effet résiduel positif de 93,40.- francs avait été induit par le changement d'assureur. En extrapolant ce résultat à l'ensemble de la population suisse, le revenu total mis à la disposition de l'économie nationale, au cours de la période d'enquête, s'est accru de 19'898'309.- francs. Willy Oggier conclut par le constat qu'une augmentation du revenu disponible s'accompagne d'un accroissement du pouvoir d'achat de la population stimulant la demande, ce qui ne peut être que positif d'autant plus dans la situation conjoncturelle actuelle.

Les éléments de cette étude représentent un intérêt considérable et ne devraient, en aucun cas, être négligée lors de réflexions quant à la pertinence de l'introduction d'un assureur maladie unique.

Néanmoins, il est légitime de se poser la question de leur validité sur la durée. En effet, les assureurs maladie sociaux sont contraints, par la LAMal, au remboursement des seules prestations incluses dans un catalogue déterminé. Par ailleurs, les critères de l'âge et du sexe, propres au système de la compensation des risques, sont aujourd'hui en discussion car jugés insuffisants. On peut présager, d'une offre de couverture identique assortie d'une compensation des risques mieux équilibrée, un nivellement, à plus ou moins long terme, des primes d'assurance pour l'ensemble des assureurs d'une même région. Dès cet instant, les gains en pouvoir d'achat seront réduits à néant par un changement d'assureur.

Toutefois, le niveau des primes d'un assureur dépend également de la qualité de sa gestion, par exemple des contrôles pointus quant à l'économicité des traitements. Ce dernier aspect permettra à certains assureurs de conserver des primes inférieures à celles de ses concurrents alors même que le catalogue des prestations est identique pour chacun et que la compensation des risques tend à se renforcer.

c) Assurances complémentaires

Les assurances complémentaires échappent au domaine de l'assurance sociale, étant régies non pas par la LAMal mais par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Il n'en demeure pas moins que ces deux types d'assurances sont liés. En effet, la pratique démontre que le nombre d'assurés ayant séparé leurs assurances complémentaires de leur assurance obligatoire des soins est moins important que les prévisions en la matière, certainement du fait des inconvénients induits par l'affiliation auprès de deux assureurs différents (envoi à double des factures, délai de remboursement pouvant être plus importants etc.). Il y a donc risque, comme le constate Willy Oggier, pour un assureur peu performant au niveau de l'assurance obligatoire des soins, de voir, en premier lieu, les personnes jeunes et en bonne santé décider de s'affilier auprès d'un nouvel assureur, tant en ce qui concerne leur assurance sociale que leur assurance privée. Les assureurs ont donc tout intérêt à être concurrentiels au niveau de l'assurance obligatoire des soins. Cet argument n'est valable que dans la mesure où les assurances complémentaires se maintiennent. Actuellement, la tendance est à une forte diminution.

S'il devait y avoir monopole d'un assureur maladie unique, actif également dans le cadre des assurances complémentaires, une distorsion de concurrence aurait tout loisir de s'instaurer du fait que l'assureur unique serait en possession d'un plus grand nombre de renseignements permettant de mieux cibler et par-là même sélectionner les populations à risque. Les assurés étant, dans la pratique, plutôt enclins à s'affilier auprès d'un unique assureur, on pourrait aboutir à une situation de monopole également dans le cadre des assurances complémentaires.

Interdire à la compagnie d'assurance en charge des assurances sociales de pratiquer l'assurance privée ne semble pas réaliste eu égard à l'interdiction de réaliser des profits dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. L'assureur devrait ainsi renoncer aux profits découlant des assurances complémentaires.

2.2.3. Concurrence et compensation des risques

a) Système actuel

Par arrêté fédéral urgent entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993, la compensation des risques a été instituée en Suisse comme mesure temporaire dans le but d'éviter la désolidarisation entre caisses maladie permettant aux assureurs au bénéfice de

risques favorables d'offrir des primes avantageuses et d'attirer encore plus de bons risques, creusant ainsi un fossé entre eux et les caisses dont les structures de coûts sont défavorables et qui se voient contraintes de pratiquer des primes plus élevées. Dans une telle situation, la solidarité entre jeunes et vieux, entre personnes en bonne santé et malades est fortement entamée.

La compensation des risques devait également permettre, par l'égalisation du niveau des primes qu'elle était censée instituer, un libre passage facilité d'une institution d'assurance à l'autre, aboutissant à plus ou moins long terme à une homogénéité des risques entre assureurs. Ce phénomène ne s'est pas produit dans la mesure espérée puisque ce sont les assurés présentant un profil de risque favorable qui ont eu tendance à la mobilité, les autres assurés faisant preuve d'immobilisme. Il en est ressorti que le déséquilibre, comblé partiellement par la compensation des risques, a parfois empiré.

Avec la LAMal, les principes de la compensation des risques ont été définis concrètement. Le but principal d'une telle compensation est d'éviter une distorsion ou entrave à la concurrence entre assureurs, afin que cette dernière puisse remplir son rôle de facteur régulateur.

Au surplus, la compensation des risques doit permettre d'éviter la sélection des risques, phénomène indésirable puisqu'il utilise des ressources qui pourraient plus avantageusement être affectées à la baisse des coûts et qu'il ne fait que déplacer les coûts d'un assureur à l'autre.

La compensation des risques est basée sur l'âge et le sexe. Les assurés sont répartis en 30 groupes de risques selon leur catégorie d'âge et selon leur sexe. Le calcul se fait en tenant compte du coût moyen engendré par les assurés de l'ensemble des assureurs maladie en comparaison du coût moyen des assurés à l'intérieur de chaque groupe de risque. La différence indique si la caisse perçoit ou verse une contribution.

La compensation des risques dans sa forme actuelle permet-elle de lutter efficacement contre la sélection des risques et est-elle un moyen d'éviter les distorsions de la concurrence ?

De nombreuses études menées pendant des années dans différents pays montrent que l'âge et le sexe n'expliquent que très partiellement le risque relatif à la santé et qu'ils ne saisissent qu'une très faible part de la dispersion des coûts. Il serait en fait illusoire de croire que des critères tels que le sexe et l'âge suffisent à éliminer le problème de sélection des risques. Sur un échantillon de 40'540 assurés adultes, la CSS Assurance a décelé 6 personnes dont le montant des prestations dépasse 100'000 francs par an. De ces 6 personnes, 2 sont de sexe féminin et une seule est

âgée de plus de 60 ans ; l'âge moyen du groupe est de 48,8 ans, pratiquement identique à celui de l'ensemble des assurés de la CSS qui est de 48,4 ans.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les assurés quel que soit leur âge et leur état de santé peuvent changer d'assureur. Si l'ensemble des assurés faisait preuve d'une mobilité identique, les efforts de sélection des assureurs seraient mis à néant puisqu'une caisse qui réussirait, dans un premier temps, à attirer uniquement des risques favorables verrait ses coûts diminuer, ce qui induirait une baisse de prime ; par la suite, des risques moins favorables, du fait des primes avantageuses, rejoindraient cet assureur. Si il en était ainsi, la mise en place d'un système de compensation des risques serait superflue. Cependant, il a été constaté, par une série d'enquêtes menées en Suisse, que l'immobilisme des assurés est grand et que ce sont les bons risques qui ont tendance à migrer. Il est ressorti d'une étude de la CSS Assurance portant sur 44'217 assurés que les personnes ayant quitté la CSS en 1996 engendraient l'année précédent leur départ des coûts de 67 francs par mois et par personne contre 144 francs pour ceux y restant. Quant à l'âge, 19% du groupe d'âge des 19-39 changeaient d'assurance pour 6% de retraités. Un des acteurs, l'assuré, est donc trop passif pour que les forces du marché soient en mesure de jouer leur rôle d'élément régulateur.

Aux Etats-Unis, à âge et sexe identiques, les patients Medicare qui choisissent un HMO sont en meilleur état de santé que ceux qui restent dans le système traditionnel. Cet écrémage peut être le fait des assureurs ou résulter d'une auto-sélection spontanée de la part des assurés. Il n'en demeure pas moins que ce fait crée des rentes de situation pour les assureurs et ne les encourage en aucune sorte à améliorer leur gestion.

Sur la base d'un échantillon de 5'622 personnes, la CSS a relevé que le groupe d'assurés qui n'avait engendré aucun frais en 1990 demeurait en 1997 26% en dessous de la moyenne des coûts, alors que le coût du groupe d'assurés les plus chers était 7 ans plus tard 193% en dessus. Une sélection de risques n'est donc pas seulement rentable à court terme mais également sur le long terme.

Par ailleurs, le fait pour les assureurs de pratiquer tant l'assurance obligatoire des soins que celle complémentaire renforce les risques de sélection. Les possibilités de sélection dans l'assurance complémentaire qui, selon Stefan Spycher, ne s'effectuent pas uniquement en fonction de l'âge, mais également de l'état de santé, du revenu, du niveau de formation, ainsi que du niveau d'urbanité, imprègnent l'ensemble du système et influencent le régime obligatoire, la plupart des gens préférant s'assurer pour l'ensemble de leur couverture auprès d'une seule et même compagnie. Ce phénomène est encore renforcé par le fait que le démarchage de nouveaux assurés dans le cadre de l'assurance complémentaire est ciblé sur des populations jeunes et en bonne santé.

Dans son étude sur les effets sous-évalués de la compensation des risques, Stefan Spycher relève que «les répercussions de la sélection dans le domaine de l'assurance complémentaire seraient moindres si la compensation des risques dans l'assurance de base tenait compte des critères de sélection utilisés dans le domaine de l'assurance complémentaire (notamment l'état de santé). Ce qui n'est pas le cas. L'actuel système de compensation des risques ne repose que sur les facteurs de l'âge et du sexe. De ce fait, les gains potentiels que peuvent réaliser les assureurs grâce à la sélection ne sont pas entièrement épuisés par la compensation des risques ». Ceux qui la pratiquent profitent d'avantages non négligeables débouchant sur une distorsion de concurrence entre assureurs.

Au cours de la même étude, l'auteur constate que la compensation des risques dans sa forme actuelle empêche les nouvelles formes d'assurance (HMO, franchises à option etc.) de se propager parce qu'elle sollicite trop fortement les assurés choisissant ce type de contrat. Un assureur maladie disposant d'un portefeuille de clientèle plutôt jeune et encourageant la vente d'assurance avec franchise à option se verra pénalisé car il devra augmenter ses primes en dépit des économies réalisées ; au contraire d'un assureur avec un effectif plutôt âgé qui aura la possibilité de proposer des primes plus avantageuses que l'économie effective réalisée. Selon la CSS Assurance, la prime d'un assureur avec de jeunes assurés est trop élevée de 3,9% après l'introduction d'une mesure d'économie des coûts, alors que l'assureur aux assurés âgés profite de primes trop basses de 1,5%. Selon la CSS Assurance, l'effet faussant la concurrence disparaît pratiquement si le calcul de la compensation des risques prend en compte les rabais auxquels ont droit les assurés prêts à restreindre leur libre choix du médecin ou à assumer en cas de maladie une participation aux frais plus importante.

b) Propositions de révision

Les facteurs à retenir, afin de mettre en place une compensation des risques performante, remplissent les conditions suivantes :

- être disponibles
- être pronosticables
- ne pas être manipulables
- ne pas susciter de fausses incitations.

La CSS Assurance propose une révision de la compensation des risques par l'intégration de deux facteurs :

- l'hospitalisation survenue l'année précédente

- le décès au cours de l'année de référence

Le Conseil National a accepté de modifier la formule de compensation de risques en y ajoutant le critère du séjour hospitalier, prenant en ce sens une position opposée à celle du Conseil des Etats.

Selon la CSS Assurance, les personnes hospitalisées l'année précédente engendrent, l'année suivante, 7 fois plus de coûts que celles non hospitalisées. Le facteur retenu est celui de l'hospitalisation et non pas des frais qui y sont liés, ce qui a pour conséquence que l'assureur a tout intérêt à maintenir ces derniers le plus bas possible. Le critère est également peu manipulable, aux dires de la CSS Assurance, puisque les assureurs n'ont guère la possibilité d'influencer la décision d'un assuré de se faire hospitaliser et donc de provoquer des hospitalisations inutiles.

A ce stade, il convient tout de même de relever que si le critère de l'hospitalisation sort du champ d'influence de l'assureur (ce qui peut être contestable puisque tout assureur devrait se donner les moyens de déceler les hospitalisations inutiles), il n'échappe pas à celui du patient qui peut préférer une hospitalisation à une intervention ambulatoire, l'hospitalisation se révélant souvent moins onéreuse, en terme de franchise et participation, puisque son coût est subventionné par les pouvoirs publics. Cette possibilité est renforcée par le fait qu'en Suisse subsiste actuellement de fortes surcapacités en lits hospitaliers. L'assureur de son côté sera peu encouragé à contester des hospitalisations inutiles, ces dernières étant d'une part moins dispendieuses pour lui qu'une intervention ambulatoire et d'autre part, contrebalancée par le système de la compensation des risques.

On peut également s'interroger sur la pertinence d'un tel facteur, la tendance étant surtout aujourd'hui au développement de la chirurgie ambulatoire afin de suppléer autant que faire se peut aux hospitalisations.

Par ailleurs, certaines affections comme les maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète, etc., problèmes de santé fréquents dans nos sociétés et dont les coûts sont réputés élevés ne sont pris en considération par le modèle proposé que de façon marginale puisque bien souvent le traitement qui les accompagne s'effectue selon un mode ambulatoire.

Mettre en place un système de compensation des risques efficaces consiste en un exercice hautement périlleux puisqu'une compensation des risques optimale n'existe pas.

Une compensation lacunaire favorise la sélection des risques permettant à certains assureurs de conserver un panel d'assurés «bons risques » important, maintenant les mauvais risques auprès d'autres assureurs se voyant bien souvent contraints de renoncer à leur autonomie. Entre 1992 et 1997, 39% des assureurs maladie suisses

y ont renoncé. Il s'agissait pour la plupart d'assureurs comportant un nombre de mauvais risques supérieurs à la moyenne. A long terme, cette concentration peut menacer l'exercice même de la concurrence, laissant à quelques grands groupes la gestion de l'assurance. On est alors proche du monopole public.

Les Pays-Bas ont depuis 1998 supprimé totalement la compensation des risques entre caisses maladie, ces dernières devant assumer une meilleure politique en matière de gestion des risques. Il sera alors intéressant de constater d'ici à quelques années quelle aura été l'évolution du nombre de caisses maladie et compagnies d'assurance santé. En 1985, les Pays-Bas en comptaient 135 contre une cinquantaine en 1998.

Au contraire, une compensation financière pleine et entière n'incite que très faiblement les assureurs à l'économie, puisque les «économistes», plus précisément leurs assurés, se voient pénalisés, la compensation des risques absorbant les montants thésaurisés. Si une caisse est meilleure marché grâce à une gestion efficace, la compensation des risques ne devrait en aucun cas lui ôter cet avantage.

Il n'est pas contesté que la compensation des risques est un correctif indispensable pour aboutir à une concurrence loyale mais elle devrait tenir compte de critères plus déterminants comme les coûts effectifs récents, et non pas ceux du passé, ainsi que l'état de santé.

Dans tous les cas, une modification de la loi sur l'assurance maladie sur un point aussi essentiel doit faire l'objet d'une étude approfondie par le biais de simulations afin d'en déterminer aussi précisément que possible les effets positifs et pervers.

3. Nouvelles formes d'organisation

3.1. Les « Health Maintenance Organizations »

3.1.1. Description

Les différentes approches de mise en place d'une compétition comme fondement de l'organisation des systèmes de santé, le plan «Dekker» aux Pays-Bas, les «fundholders» en Grande-Bretagne, s'inspirent en fait tous de la formule américaine des «health Maintenance organization» (HMO). Les HMO ont en fait été une des premières stratégies pour introduire la concurrence.

Bien que le système américain, basé fortement sur les mécanismes du marché, constitue un anti-modèle eu égard à ses coûts astronomiques (14% de son produit intérieur brut en 1995), ses problèmes d'accessibilité (15% de non-assurés et 15% de sous-assurés) et ses mauvais résultats en terme de santé (19^{ème} rang pour la mortalité infantile), il n'en demeure pas moins que certaines expériences américaines ne sont pas dénuées d'intérêt, notamment les HMO.

Dans ce type d'organisation, on assiste à une intégration des deux fonctions, assurance et soins. Une HMO n'a pas pour unique tâche de rembourser les factures mais elle doit également organiser les soins. Chaque HMO offre à ses adhérents la gamme complète des services de santé, allant de la prévention à l'hospitalisation, moyennant un prépaiement per capita indépendant du nombre de soins effectivement fournis. Le paiement par capitation implique que l'organisation a intérêt à réduire le plus possible la consommation de sa clientèle. Le lien entre le revenu du praticien et le nombre d'actes effectués est brisé. Il existe cependant un risque de sélection de clientèle sur la base des coûts. Il est facile de trouver toutes sortes de moyens afin d'exclure certaines personnes sans refuser leur adhésion : longs délais de réponse, accès difficile au service, etc. Teisberg et al. parlent alors de compétition non-productive. Dans le même ordre d'idée, il y a danger de sous-dispension des soins, ce qui implique un suivi tout particulier au plan de la qualité. Ce mode de paiement peut également engendrer un effet pervers dans le sens où il n'incite aucunement les médecins à pratiquer dans des régions à faible densité de population. Des mesures de compensations s'avéreront alors nécessaires.

Les fournisseurs de prestations partagent le risque financier avec l'organisation dont ils sont membres. L'intérêt des offreurs se confond avec celui de la réduction des coûts d'où une propension à diriger les patients vers des soins moins lourds et donc

moins coûteux. L'économie peut se faire par le biais d'un recours plus prononcé aux services ambulatoires plutôt qu'hospitaliers ainsi que d'un encouragement à la prévention si elle contribue à diminuer la consommation de soins.

Un deuxième effet des HMO sur les coûts découlerait de la possibilité pour les adhérents lors de chaque renouvellement de contrat de faire jouer la concurrence entre d'une part différentes organisations HMO et d'autre part entre HMO et système traditionnel sur la base d'un rapport qualité / prix.

Les défenseurs des HMO soutiennent que la concurrence qu'ils induisent va permettre une réduction des coûts de la santé tant pour les affiliés au HMO que pour les assurés appartenant au régime général. Pour les personnes appartenant au HMO, l'avantage financier va résulter du prépaiement par capitation, pour les autres la réduction des coûts découlera de l'effet positif des HMO sur l'ensemble du système. L'argument avancé est généralement que les HMO créent une concurrence sur les prix augmentant l'efficacité et l'efficacité du système.

Selon Michel Mougeot, la conjugaison d'un mécanisme concurrentiel et d'une procédure incitative interne sont les clés du succès des HMO et de leur impact sur la croissance des coûts. Comme déjà vu précédemment, les HMO sont en concurrence entre elles et avec les assureurs traditionnels. Chaque HMO, pour rester sur le marché et augmenter ses profits, doit maximiser son nombre d'adhérents en réduisant le plus possible le montant des ses primes afin de faire face à la concurrence et diminuer ses coûts pour maintenir une marge de profit. Pour Michel Mougeot, l'intérêt de chaque HMO est de servir une demande correspondant à une taille efficiente (la taille moyenne des HMO est de 50'000 membres) et donc de maintenir le nombre d'adhérents à un niveau au moins égal à sa capacité de production. Ces organismes vont alors fonctionner selon un principe de concurrence équivalent à une enchère proposant des services pour un prix et une qualité donnée. Le consommateur prendra sa décision en fonction du rapport qualité / prix.

3.1.2. HMO et réduction des coûts

Il est ressorti de plusieurs études sur des HMO américaines que leur développement a permis une réelle réduction des coûts sans entrave à la qualité de la prise en charge des patients. Selon A. Enthoven, cela est dû à une diminution des hospitalisations (25 à 40% de journées en moins) et au fait que les adhérents sont soignés avec moitié de médecins et de lits par personne. Quant à la qualité, une recherche de la John Hopkins University, a révélé que sur 27 enquêtes comparant la qualité des soins, 19 concluaient à une qualité supérieure offerte par les HMO et 8 à une qualité équivalente.

Miller et Luft (1994), d'après une synthèse exhaustive des études réalisées depuis le début des années 1980, concluent que les HMO ont des taux d'hospitalisation plus faibles (entre 26% et 37%) et des durées de séjour plus courtes (entre 1% et 20%), mais autant de visites en ambulatoire, moins de tests et de traitements coûteux (22% en moyenne) plus d'activités de prévention et un taux de satisfaction plus faible face aux services reçus et à la relation avec le médecin. On n'observe pas de différences significatives en terme de résultat de santé. Par contre, les coûts pour un même type de patients sont entre 10% et 13% moins élevés que dans le système traditionnel.

Les coûts moindres observés aux seins des HMO sont-ils effectivement dus aux mécanismes concurrentiels ?

Comme déjà relevé, le marché de la santé ne peut pas être considéré comme un marché de concurrence parfaite. Sa structure, s'apparentant à un monopole compétitif ou à un oligopole, implique que la concurrence prend souvent la forme d'une augmentation de la différenciation de la production qui n'amène pas nécessairement une réduction des coûts mais bien souvent une augmentation. Le développement des assurances, l'impossibilité pour le consommateur d'évaluer la qualité, l'interdiction de la publicité ont conduit fréquemment au développement de quelques payeurs dominants et au manque d'information du consommateur sur le prix et le produit. Dans un système de soins concurrentiels, le consommateur joue le rôle d'arbitre. Pour mener à bien cette mission, il est indispensable qu'il dispose d'une information fiable, complète. Le recueil des informations à disposition du grand public n'est pas à même aujourd'hui, pour le moins en Suisse, de remplir ces conditions.

Une baisse de prix dans le domaine de la santé ne signifie pas nécessairement une augmentation de l'efficacité. Les producteurs peuvent pratiquer des prix moindres en diminuant la qualité des soins, les patients ayant de la difficulté à évaluer la qualité technique se focalisant plutôt sur des composantes interpersonnelles de la qualité incluant localisation et temps d'attente. C'est pourquoi, il est essentiel de mettre en place des systèmes de mesure de la qualité performants ainsi qu'un réseau d'informations facilement accessible au public.

3.1.2.1. Concurrence entre fournisseurs de prestations

Une étude nationale entreprise par le «Group health association» dans la région de Minneapolis et St-Paul a fait ressortir une augmentation des contrats conclus entre HMO et hôpitaux de 1977 à 1980 ; l'évidence d'une réelle concurrence n'a cependant pas pu être démontrée. En effet, bien que les HMO aient développé des relations contractuelles avec les hôpitaux, de fortes baisses de prix ont rarement été

constatées, de même que la faculté pour les HMO de concentrer leurs patients dans les hôpitaux meilleur marché.

Trois études ayant pour objet la concurrence entre hôpitaux ont démontré que les hôpitaux agissant dans des régions compétitives avaient des coûts plus élevés, résultat d'une concurrence non pas basée sur les prix mais sur l'acquisition de nouvelles technologies et la fourniture de nombreux services. Une telle conclusion tend à renforcer la thèse que sur le marché de la santé, la concurrence prend souvent la forme d'une augmentation de la différenciation de la production n'amenant pas une réduction des coûts mais une augmentation.

Les études mentionnées ci-dessus sont relativement anciennes datant des années 80. Le recul quant à l'effet des HMO n'était peut-être pas suffisamment important. Des études plus récentes (R. Feldman et al. 1990) arrivent à la conclusion que les HMO de type «staff-model» qui engagent et contrôlent directement les médecins et sont propriétaires des établissements et des équipements semblent contracter de préférence avec des hôpitaux prêts à minimiser les prix.

On ne peut pas, aujourd'hui, tirer de ces expériences, la certitude que la diminution des coûts associée à l'existence des HMO résulte de la concurrence que ces derniers aurait induit entre fournisseurs de prestations.

Il semble dès lors plus judicieux de se rallier à la thèse soutenue par Birch et al. (1994), Brunelle (1996), Hellinger (1996), Hillman et al. (1989) consistant en ce que les bonnes performances que l'on attribue aux organisations de gestion de soins sont davantage attribuables aux mécanismes de gestion pour assurer une meilleure coordination des services et aux mécanismes de contrôle pour limiter l'utilisation des services.

3.1.2.2. Concurrence entre HMO

Qu'en est-il de la concurrence entre différentes HMO sur un marché où est présent un grand nombre de HMO ?

Ces dernières vont évidemment engager une concurrence sur les prix. Mais cela ne signifie pas nécessairement augmentation de l'efficacité.

Lors d'une étude sur la concurrence dans le cadre de Medicare, Langwell et al. ont relevé que les HMO travaillant sur un marché avec d'autres plans de santé

dépensent plus pour leur marketing que les HMO présentes dans des régions où il n'existe pas d'autres plans de santé.

Cependant, si la publicité apporte des informations sur les prix, elle peut contribuer à l'augmentation de l'efficacité au contraire d'une publicité qui se focalise sur les différences de qualité perceptibles pouvant engendrer une diminution de la réponse du consommateur par rapport au prix ainsi qu'une augmentation des dépenses opérationnelles et des prix sans amélioration de la qualité du produit. Un indicateur simple, permettant de savoir s'il y a réellement concurrence sur les prix, est la disponibilité d'informations sur les prix.

Par ailleurs, du fait d'une concurrence sur les prix, une HMO peut décider, dans un premier temps, de fixer ses primes de manière à ne pas couvrir les dépenses dans le but d'accroître sa part de marché pour ensuite les augmenter afin de couvrir les pertes.

La mise en concurrence de réseaux n'a pas uniquement cours dans le cadre des réseaux de soins. En effet, de nombreux mouvements de déréglementation apparaissent en Europe ou aux Etats-Unis dans certains secteurs relevant généralement du service public, notamment celui des télécommunications. Une concurrence sur les prix dans ce secteur peut également être à l'origine d'inefficacité.

Les activités en réseau dans ce domaine présentent des caractéristiques d'externalité de la demande, chaque utilisateur voyant sa satisfaction augmenter avec le nombre d'utilisateurs du même bien que lui ainsi que de l'offre, le nombre d'utilisateurs du réseau augmentant le nombre de services qui peuvent être offerts avec profit, ce qui accroît la satisfaction de chaque utilisateur

La dynamique de concurrence qui prévaut entre réseaux où sont présentes des externalités ressortit à l'effet "boule de neige" puisque l'attractivité du réseau pour des utilisateurs ultérieurs dépend du nombre d'utilisateurs actuels. L'entrée de nouveaux concurrents efficaces sur le marché peut être barrée parce qu'un opérateur déjà installé, dont les coûts unitaires sont aujourd'hui plus faibles, empêche l'entrée sur le marché d'un opérateur dont la technologie serait demain plus efficace mais qui est incapable de soutenir une concurrence sur les prix.

Il en est de même d'un opérateur moins efficace pouvant proposer des prix plus bas afin d'attirer une clientèle et augmenter par la suite ses tarifs. La clientèle se trouve alors captive d'une technologie inefficace du fait des coûts engendrés par le changement de réseau.

Selon Anne Perrot, les résultats obtenus dans le cadre de l'ouverture à la concurrence dans les réseaux soulignent que les stratégies mises en œuvre sur les marchés de biens réseaux sont complexes et aboutissent souvent à des situations inefficaces. L'auteur propose alors aux autorités de tutelle de mieux cibler leurs interventions par exemple en introduisant une régulation des tarifs afin d'éviter des choix technologiques inefficaces et permettre l'entrée de concurrents sur le marché.

Quels enseignements tirer pour le domaine de la santé de la problématique de la mise en concurrence dans des secteurs d'activité tels que les télécommunications ?

Afin que les principes de solidarité dans l'assurance maladie, de qualité des soins médicaux, de caractère économique des prestations et de leur conformité aux besoins de la population soient garantis, il est essentiel que l'Etat intervienne pour fixer les conditions cadres régissant non seulement le domaine des HMO mais l'ensemble du système de santé. Il est évident que, sur un marché tel que celui de la santé où règne une forte asymétrie d'information en défaveur des usagers, l'intervention des autorités de tutelle, soit l'Etat est indispensable afin de mettre à disposition de la population des informations fiables et complètes qui lui permettront de procéder à des choix judicieux. Grâce à une information étoffée, facilement accessible, la population sera plus fortement incitée à quitter un réseau pour un autre plus performant au niveau de la qualité technique. Par ailleurs, si le patient bénéficie de connaissances approfondies, les fournisseurs de prestations seront confrontés à une clientèle exigeante, ce qui rendra difficile l'accès au marché de fournisseurs inefficaces.

Pour ce qui est de la politique consistant à attirer la clientèle par des primes favorables ne couvrant pas les coûts, la LAMal a mis en place un mécanisme de surveillance, dont la responsabilité incombe à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), qui devrait permettre d'éviter ce type de dérapages. Cependant, quelques affaires retentissantes, par exemple l'augmentation hors de toute proportion de ses primes par l'assureur maladie Artisana ainsi que l'abandon par la caisse maladie Visana de ses assurés dans plusieurs cantons, ont mis en lumière une certaine faillibilité du système.

3.2. Les HMO en Suisse : un moyen d'endiguer la croissance des coûts ?

3.2.1. Résultats des premières expériences

A fin 1989, le Département Fédéral de l'Intérieur (DFI) a autorisé la mise en place d'assurances avec choix limité du médecin. En contrepartie, le DFI a imposé l'obligation de réaliser une expertise scientifique afin de «déterminer l'influence de l'assurance particulière sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations ainsi que sur l'évolution financière de la caisse». La nouvelle loi sur l'assurance maladie entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996 a introduit, par une disposition légale autorisant ce genre d'organisation, la pratique généralisée des HMO ; elle n'impose par contre pas de suivi scientifique.

HMO de l'université de Genève

En octobre 1992, l'assurance maladie collective des étudiants de l'Université de Genève, déficitaire depuis plusieurs années a été transformée en un plan de santé inspiré de celui des HMO américaines. Ce dernier se caractérise par le fait que le budget est géré par des médecins et non par l'assureur, et par l'obligation faite aux assurés de consulter d'abord un médecin du réseau. L'assureur donne une somme forfaitaire par assuré au Centre de Gestion de Soins qui gère le budget et paye toutes les prestations à l'acte.

Un rapport d'évaluation a été édité, en 1995, afin de rendre compte des résultats du plan de santé genevois. Une comparaison entre les adhérents au plan de santé et les démissionnaires a révélé qu'au cours des 12 mois précédents la création du plan, les personnes qui ont démissionné de la caisse avaient occasionné 39% de plus de frais que les personnes qui ont accepté le transfert. La caisse a alors bénéficié d'un phénomène d'auto-sélection. Une étude avant et après le plan de santé mettant en présence un groupe d'assurés de la collective de l'Université et un groupe témoin de personnes assurées de façon continue dans une caisse maladie a permis de mettre en évidence que le nombre de consultations remboursables a diminuer de 8% pour les affiliés au plan de santé, alors que pour le groupe témoin, il a augmenté de 9% dès la première année d'existence du plan, cela sans que l'accès aux soins soit plus limité dans le plan de santé.

Quant aux coûts, ils ont diminué dans le cadre du plan de santé passant de Fr. 1'233 par assuré en 1991 - 1992, à 954 francs en 1992 - 1993, soit une diminution de 23%. Les économies ont surtout été réalisées sur les médicaments, le laboratoire, la

radiologie ainsi que les traitements ambulatoires à l'hôpital. Deux facteurs ont influencé la réduction des coûts, le mode de fonctionnement du Plan de santé (limitation d'accès à certaines prestations et gestion globale du budget) ainsi que l'auto-sélection des assurés.

En conclusion, les résultats du HMO de Genève se sont révélés positifs en termes de réduction de coûts sans influence négative sur la qualité des soins prodigués. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce réseau concernait une population particulière, les étudiants de l'Université de Genève. Il se peut que les résultats d'un système HMO soient différents pour des assurés plus âgés. Des expérimentations faites aux USA (Reed S.K. et al. (1994) et Agus D. et al. (1995)) auprès de clientèles chroniques ont fait ressortir des gains intéressants, en particulier en santé mentale et auprès de personnes âgées fortement dépendantes.

Etude Prognos AG

Cette étude sur l'évaluation des nouveaux modèles d'assurance a fait ressortir que ce sont principalement des assurés qualifiés de bons risques qui optent pour des formes alternatives d'assurance.

Cependant, selon les résultats de l'enquête, l'assurance HMO génère des économies réelles de coûts de 30 à 35% par rapport à un système d'assurance classique, ceci indépendamment du fait que les nouvelles formes d'assurance présentent une structure de risques plus favorables. Les facteurs expliquant ce résultat sont notamment un taux d'hospitalisation moins élevé, une diminution des frais de médicaments, un choix rigoureux des médecins spécialistes et l'abstention d'examens identiques. Les éléments récoltés durant l'étude attestent que la réduction des coûts n'est pas engendrée par une baisse de la qualité des prestations et que les patients HMO n'ont pas eu le sentiment d'être privés de certaines prestations pour des raisons économiques ainsi que d'être restreints dans la possibilité de consulter des médecins spécialistes.

Les résultats des premiers HMO créés en Suisse sont particulièrement encourageants faisant ressortir une nette influence de ce type d'organisation des soins sur la diminution des coûts. Les principales causes invoquées ressortissent pratiquement exclusivement aux mécanismes de gestion induits par les HMO, renforçant ainsi la thèse de Birch et alii déjà évoquée.

3.2.2. HMO et concurrence

Certains auteurs attribuent également l'effet positif des HMO sur les coûts à la concurrence qu'ils initient.

Une réelle concurrence sur les prix est-elle possible en Suisse par le biais des HMO ? L'organisation fédéraliste du système suisse de santé permettra-t-elle son développement ?

Aux dires du Professeur Jürg H. Sommer de l'Université de Bâle, des obstacles entravent le développement des HMO et l'apparition de nouveaux modèles de managed care, en particulier l'octroi de subventions aux traitements hospitaliers, freinant le transfert de certains types de soins vers le secteur ambulatoire généralement plus avantageux.

Par ailleurs, le fait, que le montant à charge de l'assureur maladie pour les ressortissants d'un canton lors d'un séjour dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, représente au maximum le 50% du prix de la journée d'hospitalisation risque de fausser le jeu de la concurrence. En effet, les HMO ne seront pas encouragés à négocier avec des hôpitaux hors cantons de domicile, même si ces derniers sont plus efficaces, puisque les tarifs seront plus élevés, l'entier du prix de la journée d'hospitalisation étant facturé. Il en est de même en ce qui concerne les cliniques privées et les hôpitaux non inclus dans la liste des fournisseurs de prestations reconnus comme pouvant travailler à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les barrières cantonales et les règles de financement représentent un frein à l'introduction, en Suisse de la concurrence en général, et non seulement de celle induite par les HMO.

Les possibilités pour les HMO de faire pression sur les prix lors de négociations tarifaires avec les fournisseurs de prestations vont dépendre pour une part du succès remporté auprès de la population par cette forme alternative d'assurance. Il est ressorti de l'évaluation de l'HMO de l'Université de Genève que près de la moitié des assurés du Plan de Santé et près du tiers des assurés d'un groupe témoin composé de personnes assurées auprès d'un assureur maladie traditionnel préfèrent le système HMO. Bien qu'un marché semble exister pour ces nouvelles formes d'assurance et qu'au cours de l'année de l'entrée en vigueur de la LAMal, le nombre d'assurés avec franchise annuelle à option et celui des assurés HMO a plus que triplé, à fin 1997, la part de marché du managed care était seulement de 6% des assurés.

Les HMO vont d'ailleurs certainement avoir tendance à se concentrer principalement dans les grandes agglomérations telles que Zurich, Genève, Bâle, Berne et Lausanne, là où le bassin de population est le plus important.

Cependant, même si les HMO atteignent des tailles leur donnant la possibilité d'exercer une pression sur les prix, cette dernière restera souvent théorique, spécialement pour ce qui est des tarifs hospitaliers, certains cantons ne disposant que d'un seul hôpital public ou de plusieurs mais spécialisés dans différentes disciplines. Une concurrence pourra plus facilement se développer dans le cadre ambulatoire dans des régions à forte densité de fournisseurs de prestations.

A l'heure actuelle, les résultats favorables obtenus par les premières HMO analysées sont certainement davantage dus à une baisse des taux d'hospitalisation ainsi qu'à une meilleure coordination et continuité des soins plutôt qu'à une concurrence qui aurait été initiée par ces HMO. La voie de la mise en place de réseaux de soins intégrés semble donc plus prometteuse en terme de maîtrise des coûts que celle de la concurrence. Il est encourageant de constater, grâce aux bilans tirés des premières expériences, que ces modèles d'organisation ont permis de réduire les coûts sans altérer la qualité des soins et sans amener de risques supplémentaires pour la santé des patients.

3.3. Les nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS)

3.3.1. Etat de la situation

Selon Alain Noël, l'introduction des réseaux de soins repose sur l'idée que les ressources vont s'allouer par elles-mêmes de manière plus efficiente sans qu'il y ait lieu de présider à leur allocation. Pour lui, le recours aux réseaux de services pourrait être une façon d'éviter d'aborder de front la question de la rationalisation des organisations de santé ou encore d'éviter de confirmer des centres décisionnels clairs d'allocation des ressources. La vraie question est alors de savoir si l'Etat doit planifier et contrôler l'allocation des ressources ou si les ressources doivent s'allouer par une logique de production de la santé animée par des moteurs hospitaliers au centre d'une toile de partenaires.

Que l'on partage ou non cet avis, il est indéniable qu'aujourd'hui beaucoup s'accorde sur le fait qu'au-delà du comportement des patients et des médecins, la principale source d'inefficience renvoie à des problèmes de coordination, d'organisation, de gestion des processus de soins. La multiplicité des intervenants, leur grande spécialisation, le cloisonnement des institutions, l'organisation du système octroyant

une grande liberté tant aux fournisseurs qu'aux consommateurs ne sont pas aptes à optimiser les processus de soins tant en ce qui concerne la qualité de la prise en charge (continuité et coordination des soins) que les coûts (redondance d'actes...). Selon A. Bocagnono et al., la difficulté réside dans le fait que dans notre système aucun acteur n'est responsabilisé sur la prise en charge globale d'un patient donné.

Au vu des résultats atteints par les HMO et les différents réseaux de soins intégrés tant en Suisse que dans différents pays, notamment les Etats-Unis, il est évident que la mise en place de réseaux de soins intégrés est une réponse intéressante si ce n'est optimale aux problèmes d'inefficience inhérents au domaine de la santé. Une telle organisation joue en faveur non seulement de la maîtrise des coûts mais également de l'amélioration de la qualité et des résultats de prise en charge.

Le canton de Vaud a décidé de s'engager dans cette voie en donnant à l'organisation du système une nouvelle orientation, les NOPS, afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité ainsi que la sécurité des soins. Un réseau de soins NOPS aura l'obligation d'offrir un ensemble des prestations que pourrait nécessiter l'état d'un patient, incluant tant les activités préventives que curatives et de réadaptation.

Un tel tournant dans l'organisation du système de soins vaudois résulte de la constatation d'inefficacité de l'actuel système de santé laissant une large place aux objectifs particuliers, aboutissant à des situations inacceptables pour la collectivité (surconsommation des patients estimant avoir payé d'avance, lits d'hôpitaux en surcapacité, utilisation généreuse du tarif à l'acte etc.). Par ailleurs, il est devenu urgent, de l'avis du gouvernement vaudois, de mettre un terme à la dispersion des services engendrant des doublons coûteux et une utilisation sous-optimale d'un grand nombre de ressources.

La réponse à ces problèmes a été jusqu'ici l'édition de règles codifiant les procédures de décision et les comportements sans prendre en compte véritablement les résultats, si ce n'est l'équilibre budgétaire. Le système peut se caractériser par l'allocation de ressources de manière centralisée sans fixation d'objectifs sanitaires ainsi que par l'absence quasi-totale d'informations sur les coûts et la qualité, débouchant sur une organisation du système de soins essentiellement fondée sur la juxtaposition d'institutions autonomes.

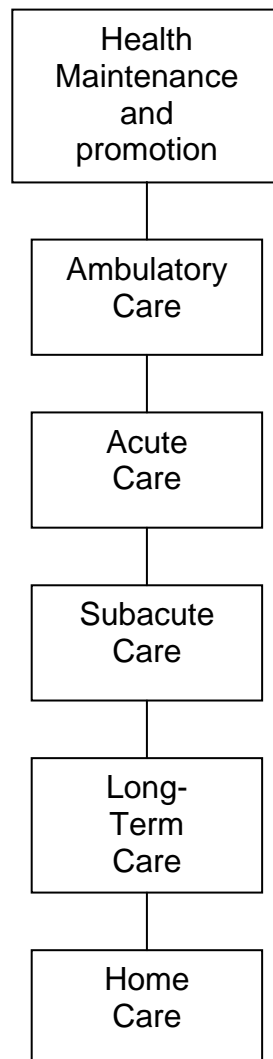
3.3.2. Les nouvelles tendances

Aujourd'hui, la tendance est à l'intégration des prestations de santé, par la mise en place de réseaux de soins, ainsi qu'à l'allocation de ressources liée aux résultats sanitaires par le biais de contrats de prestations. Les services ne sont plus organisés

par rapport au système et à ses fournisseurs de prestations mais autour des besoins des patients.

Pour Shortell, un système de soins intégrés peut se définir de la manière suivante :

« Un système de soins intégrés est un réseau d'organisations qui fournit un continuum de soins coordonnés à une population définie et qui est responsable cliniquement et financièrement des résultats quant à l'état de santé de la population desservie. De tels systèmes sont intégrés verticalement, incluant un nombre important de services, tels que les soins ambulatoires, les soins hospitaliers aigus et non aigus ainsi que les soins à domicile. »



Source : Douglas A. Conrad et Stephen M. Shortell, *Integrated health systems : Promise and Performance*, Integrated Delivery Systems Creation, Management and Governance, Health Administration Press, Chicago, Illinois 1997

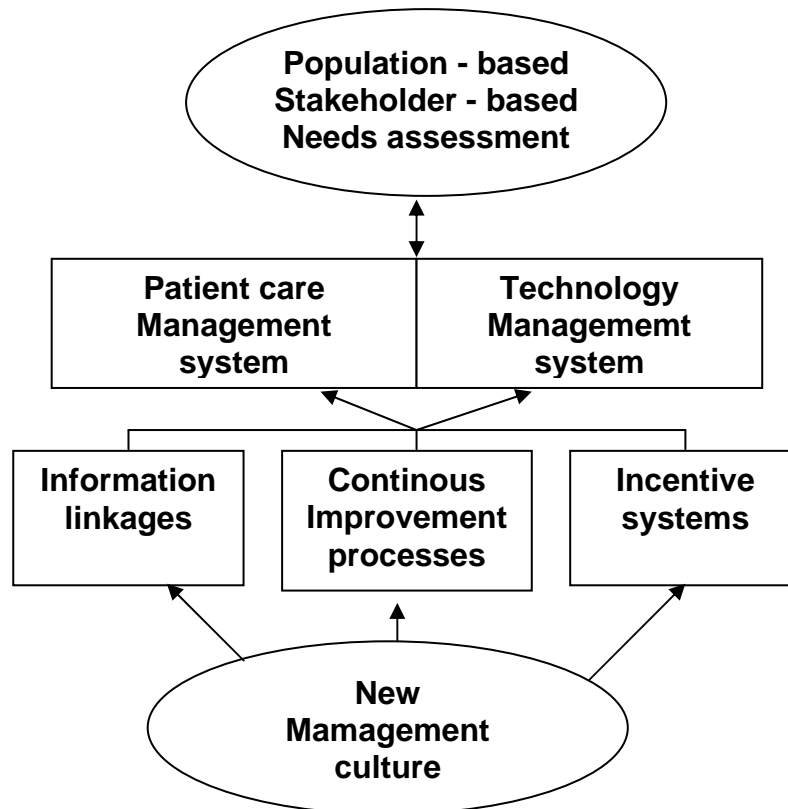
Du fait de l'intégration verticale induisant une continuité des soins, il a été démontré que les résultats sont meilleurs en termes de qualité des soins, de résultats cliniques et de coûts.

L'organisation en réseau intégré permet aux processus de spécialisation et de différenciation de se développer, mécanismes indispensables à l'approfondissement des connaissances, tout en organisant la coopération garante d'une meilleure prise en charge du patient. Selon A.-P. Contandriopoulos, il convient de mettre en place des modalités d'organisation qui sont susceptibles de favoriser en permanence les processus d'apprentissage, d'encourager les acteurs à innover, de valoriser non pas les contrôles punitifs mais bien les prises de responsabilités et l'obligation de rendre des comptes publiquement et d'utiliser les nouvelles technologies de l'information pour favoriser les débats.

Les objectifs poursuivis par le canton de Vaud sont ambitieux mais vont dans ce sens et devraient permettre dès lors de tendre vers une amélioration de l'efficacité du système de santé.

3.3.3. Les éléments de mise en place d'un réseau

Shortell a identifié sept compétences centrales permettant l'élaboration d'un réseau :



Source : Shortell, Gillies, Anderson, Mitchell, Morgan, Creating Organized Delivery Systems : The Barriers and Facilitators, Hospitals and Health Services Administration, Vol. 38, no 4, 1993.

Le schéma de Shortell est basé sur une nouvelle culture du management incluant notamment les mesures incitatives ainsi que l'existence de systèmes d'information.

3.3.3.1. Les mesures incitatives

La réussite d'un système de soins intégrés dépend dans une large mesure des incitatifs qui y sont prévus.

Des modes de paiement, tel que le paiement à l'acte ou à la journée d'hospitalisation, sont en contradiction avec la prise en charge des patients par

différents fournisseurs au sein d'un système coordonné. L'introduction de nouveaux modèles de rémunération nécessite donc la mise en place de mécanismes de compensation à l'égard des intervenants du réseau.

Selon Conrad et Shortell, les coûts totaux par personne et par année, la qualité et les autres mesures relatives à l'efficacité et à l'efficacité clinique jouent un rôle minime comme facteurs de correction. Il est important de tenir compte de données telles que la productivité individuelle, l'utilisation des ressources (coûts), les résultats en terme de santé, la satisfaction des patients, le degré de collaboration du fournisseur avec les autres membres du système (Bohlmann 1996). Ce passage obligé est un gage de garantie de succès pour les futurs réseaux de soins intégrés puisqu'il permet d'ébranler l'attachement économique et émotionnel des médecins aux incitations découlant du paiement à l'acte.

Les NOPS sont basées sur des mécanismes budgétaires d'intéressement selon les performances de chaque institution membre. Un des aspects fondamentaux de la nouvelle structure est la mise en place de contrats de prestations déterminant l'allocation des ressources sur la base d'objectifs fixés et d'obligation de résultats, débouchant sur une gestion des services de santé fondée sur une information quant aux soins, aux coûts, à la qualité de prise en charge, aux résultats de santé et au degré de satisfaction de la population soignée. Un paiement par cas y est envisagé afin d'appréhender les variations d'activité des différents intervenants et d'adapter le volume des moyens de chaque institution selon le principe "l'argent suit le patient". Cet aspect ayant trait à la rémunération concerne principalement les fournisseurs pour lesquels l'Etat est engagé financièrement, les établissements hospitaliers publics et les établissements médico-sociaux ainsi que certaines institutions de soins à domicile.

Qu'en est-il des médecins de ville installés en pratique privés ? Quels sont les incitatifs à mettre en place afin qu'ils collaborent au sein d'un réseau intégré ? Le système de rémunération actuel des médecins est celui du paiement à l'acte. Quel va être l'élément qui va pousser les médecins à abandonner un tel système, leur assurant une liberté quasi totale, pour adhérer à une organisation qui les obligerait à un contrôle accru de l'Etat ? Il en est de même des autres professionnels dont la pratique est indépendante. Un montant versé à chaque praticien, équivalent à un forfait réseau, sur la base de l'inscription de la clientèle, serait une mesure incitative pertinente.

La non-implication des assurances maladie, principal payeur, à côté de l'Etat, des prestations de soins, accentue le problème. Les NOPS réservent le domaine de la négociation des tarifs aux différents partenaires, comme le prévoient les dispositions de la LAMal. Cependant, si les assureurs étaient partie prenante aux réseaux, les négociations tarifaires se feraient dans un cadre global avec pour toile de fonds le

réseau et il serait certainement plus aisé d'introduire des modes de rémunération moins inflationnistes et mieux adaptés au travail en coordination.

La perspective d'une augmentation de la clientèle peut difficilement être un argument du fait du succès mitigé remporté auprès de la population suisse par les réseaux, attachée semble-t-il au libre choix de son praticien. Si l'ensemble des partenaires de la santé était associé à la mise en place des NOPS, il serait alors possible qu'ils entreprennent une action commune d'information auprès de la population sur les avantages des réseaux dont l'impact pourrait être plus conséquent que lors de campagnes isolées.

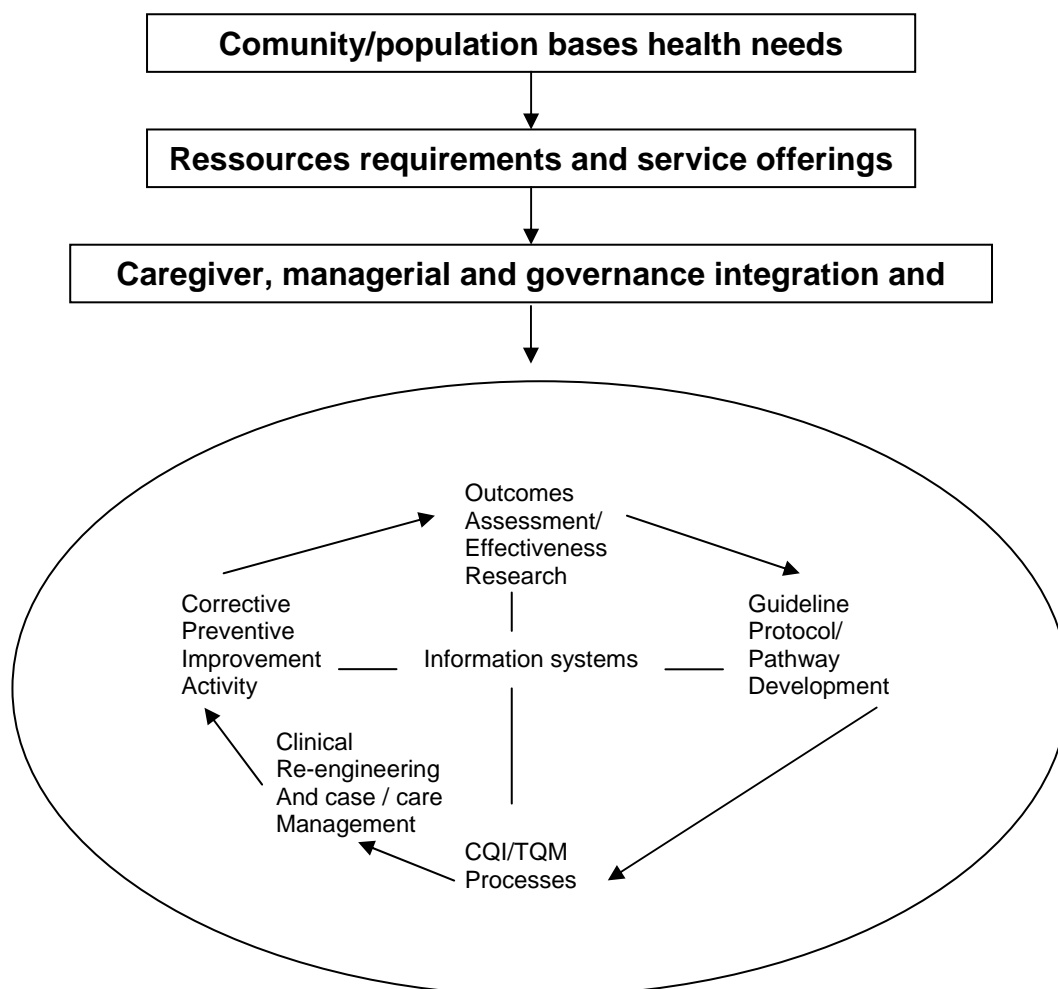
A ce stade, il est difficile d'envisager les NOPS comme un système de soins intégrés verticalement au sens où le définit Shortell. En l'état actuel, les NOPS semblent plutôt s'acheminer vers une structure centrée sur l'hôpital alors que dans un système de soins intégrés, l'hôpital et les unités de soins spécialisées ne sont que pour une brève durée le «centre de l'univers», ce qui demande un changement important dans les modes de penser et d'organisation des services de santé (Shortell, Gillies et Devers 1995). Le danger d'une telle organisation est de baser le centre du management des réseaux qui vont émerger sur des unités opérationnelles individuelles, comme par exemple un département d'hôpital ou une unité fonctionnelle, plutôt que sur une infrastructure développée au niveau du système.

3.3.3.2. L'information

L'outil indispensable au succès d'une réforme telle que la mise en place de réseaux intégrés est un système d'information développé et performant.

Selon Conrad et Shortell, une des barrières à l'intégration est le manque de systèmes d'information efficaces, capables de gérer et de transmettre l'information entre les différents intervenants de la chaîne de soins. Une organisation intégrée nécessite des données qui suivent le patient en tout temps alors que les systèmes les plus courants sont attachés à un seul site, à disposition d'un unique hôpital ou d'un seul cabinet de médecin, et le plus souvent manuel. La plupart du temps, les fichiers administratifs sont conçus pour assurer le suivi des paiements aux producteurs et non pas le suivi de la clientèle. Le droit à la confidentialité est également une difficulté supplémentaire à la mise en place de systèmes regroupant l'ensemble des données d'un patient. Des projets de carnet de santé ainsi que de systèmes informatisés de données commencent néanmoins à émerger en Suisse, à l'initiative de certains cantons et assureurs.

L'intégration verticale associée à une technologie de l'information adéquate permet d'assurer une qualité des soins en favorisant un processus interactif décrit par Shortell, la « Wheel Capability » :



Source : The future of American Health Care : Building Organized Delivery Systems, 13th Annual Terry C. Shackelford Memorial. Lecture Shortell, The Bulletin, Volume 39.

Les systèmes d'information au centre du management permettent la mise en place de protocole de suivi systématique, d'activités d'évaluation de la qualité, de réingénierie, de prévention et de recherche.

Pour les différents membres du réseau appelés à collaborer, l'information est l'instrument qui favorise le travail en commun des équipes multidisciplinaires.

En ce qui concerne la population, elle permet au patient d'exercer un jugement plus éclairé et donc plus exigeant. Ce dernier, plus mobile, sera enclin à prendre des décisions basées sur les prix et la qualité plutôt que sur la proximité, favorisant en cela le développement d'un véritable marché de concurrence entre fournisseurs. Pour ce faire, les instigateurs des NOPS ont prévu de consacrer une part importante des investissements, si ce n'est la majeure partie, à l'organisation et à la maintenance du système d'information.

3.3.4. La création concrète du réseau

Comment amorcer concrètement la réalisation d'un réseau de soins intégrés ?

Comme le relève Shortell, une nouvelle culture du management s'impose.

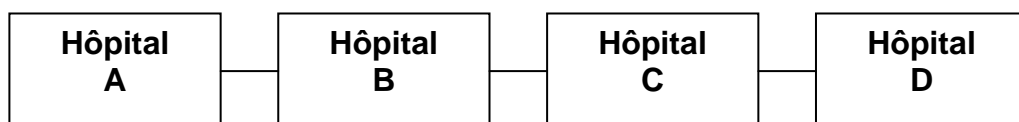
Dans le cadre des NOPS, l'Etat intervient dans le processus uniquement pour poser le cadre général à l'intérieur duquel doivent se constituer et se développer les réseaux, leur constitution concrète étant dévolue aux seuls professionnels de la santé.

Le principe des NOPS visant à laisser à l'instigation des institutions de soins et des professionnels de la santé, la création des réseaux est une solution judicieuse. En effet, pour qu'un réseau fonctionne, il est indispensable que l'ensemble des participants ait réellement la volonté de coordonner leurs activités.

La difficulté réside cependant dans la mise en place des conditions favorables au développement d'une telle volonté. Les acteurs du système ne vont pas spontanément abandonner une manière de fonctionner qu'ils connaissent et dont ils sont satisfaits, risquant ainsi de rompre l'équilibre et la cohérence du système. L'existence d'un état de crise est un préalable indispensable afin que les intervenants soient amenés à considérer qu'une mise en réseau est préférable au système actuel. Des ressources moins abondantes vont obliger les acteurs à envisager des modes de fonctionnements différents, notamment en instituant des formes de collaboration. L'intervention des pouvoirs publics, en ce sens, est aisée en ce qui concerne les hôpitaux publics dont ils subventionnent une partie de l'activité. Il n'en est pas de même pour ce qui est de la médecine privée puisque cette dernière est financée directement par les patients via les assureurs maladie. Au surplus, le mode de tarification, le paiement à l'acte, sans fixation d'une limite maximum de revenu, ne favorise en aucune façon la collaboration.

Les NOPS ne vont vraisemblablement pas déboucher, dans un premier temps, sur un système de soins intégrés verticalement au sens où l'a défini Shortell mais plutôt

sur une intégration horizontale, premier pas nécessaire à toute évolution vers une intégration optimale. Pour Conrad et Shortell, ce type d'alliances entre deux ou plusieurs firmes séparées, produisant les mêmes services ou des services similaires, amènent de modestes économies d'échelles. Cependant, ces alliances horizontales représentent un premier pallier d'évolution vers l'organisation du système de santé en réseaux de soins intégrés. Comme l'ont montré les travaux de Chandler (1990) dans l'industrie, ils constituent la plate-forme ou le fondement d'un changement du marché.



Source : Douglas A. Conrad and Stephen M. Shortell, *Integrated Health Systems : Promise and Performance*, Integrated Delivery Systems, Creation, Management and Governance, Health Administration Press, Chicago, Illinois, 1997.

Les alliances horizontales vont favoriser le rapprochement culturel des différents membres du réseau ainsi que l'acceptation des compétences et approches diverses. Le succès d'un système intégré repose sur un changement des mentalités, ainsi que sur le partage par l'ensemble des intervenants d'une nouvelle culture d'organisation. Les NOPS insistent sur le fait que l'harmonisation des conditions de travail et des statuts du personnel est un facteur-clé de succès. Le rapprochement entre différentes visions est facilité par la mobilité des personnes d'une institution à l'autre, ce que permettent des conditions et des statuts similaires. Néanmoins, la révision des conditions de travail s'avère être une entreprise difficile puisqu'elle remet en cause la stabilité du personnel. Une des raisons du rejet du projet RHUSO est d'ailleurs en relation avec la crainte du personnel hospitalier genevois de perte de certains de leurs privilèges, les prestations sociales (vacances, salaires etc.) étant plus élevées dans le canton de Genève que dans celui de Vaud.

3.4. La concurrence dans le cadre des réseaux intégrés

Ainsi que déjà mentionné, il semble que plus l'intégration est maximale, plus la concurrence entre réseaux de soins va dans le sens d'une diminution des coûts. En effet, certaines études (R. Feldman et al. 1990) arrivent à la conclusion que les HMO les plus intégrés, les «staff-model» qui engagent et contrôlent directement les médecins et sont propriétaires des établissements et des équipements, contracteraient de préférence avec des hôpitaux prêts à minimiser les prix.

Il se pourrait également qu'une concurrence s'institue entre fournisseurs directs du réseau, compagnies pharmaceutiques, industries de matériel médical, entreprises

d'élaboration de systèmes d'information dégageant au sein du réseau des marges bénéficiaires.

Toutefois, le paysage helvétique ne favorise pas le développement de la concurrence entre réseaux du fait qu'il y a nécessité de disposer de régions à forte densité de population afin que plusieurs réseaux puissent s'y développer. Par ailleurs, il faut que les dites régions soient dotées d'une pluralité de fournisseurs de prestations pour éviter que certains jouissent d'un monopole de fait. Afin d'instaurer une concurrence dans des lieux moins peuplés, il est important de lever les barrières cantonales, les consommateurs voyant alors leur choix augmenté. Par ailleurs, une information optimale sur la qualité technique des services offerts diminuera pour le patient l'impact du critère de proximité dans son choix de service.

Conclusion

La concurrence en tant qu'instrument de maîtrise des coûts de la santé n'est pas à elle seule un outil approprié. En tant qu'élément régulateur, elle nécessite d'être intégrée dans le processus de mise en place des réformes des systèmes de santé afin de ne pas produire l'effet contraire, augmentation des coûts, de celui attendu, maîtrise des coûts. En incluant des principes tels que la concurrence, la planification et le subventionnement des établissements hospitaliers, les initiateurs de la LAMal n'ont pas pris en compte de manière globale l'organisation du système suisse de santé, ses tendances et son développement.

Une concurrence entre assureurs apporte des avantages à l'ensemble du système, permettant le libre choix tant de l'assureur que du contrat d'assurance (modèles alternatifs) avec les économies de primes qui en découlent, profitant aux assurances complémentaires et ne favorisant pas d'une manière plus importante qu'en cas de monopole les pratiques d'écrémage. Il est toutefois nécessaire de contrecarrer certaines politiques discriminatoires qui peuvent être engagées à l'égard des mauvais risques, ce qui implique la mise en place de systèmes de compensation sophistiqués.

Du fait de la structure du marché de la santé, une concurrence entre fournisseurs de prestations risque d'engendrer un phénomène de hausse des coûts sans qu'il y ait nécessairement amélioration de la qualité. Afin d'atteindre certains résultats de maîtrise des coûts grâce à la prise de décisions de la part des consommateurs basées sur la qualité technique et non pas perceptible, la mise en place de systèmes d'informations performants s'impose. Actuellement, la Suisse n'est pas en mesure de délivrer au consommateur une information utile.

Il est indéniable que la voie de la mise en réseaux de soins intégrés verticalement est plus prometteuse en terme de maîtrise des coûts et d'amélioration de la qualité.

Ce faisant, afin d'augmenter l'efficience de son système de soins, il convient que la Suisse se concentre dans un premier temps sur la mise en place de véritables réseaux de soins intégrés dont la structure serait inter ou intra cantonale. Ce n'est que dans un deuxième temps, que la notion de concurrence devrait être abordée.

La mise en place de réformes, afin d'être couronnée de succès, nécessite une analyse approfondie de la situation actuelle ainsi qu'une projection de son développement futur. Les solutions apportées doivent consister en de véritables programmes en vue de l'amélioration à long terme de la situation, ce qui est parfois difficilement compatible avec la durée des mandats politiques.

La mise en place de réformes engendre des déséquilibres provoquant de forts sentiments d'insécurité pour l'ensemble des acteurs impliqués. C'est pourquoi, il est indispensable que chaque acteur trouve un intérêt au changement sans quoi aucune réforme n'aboutira.

La question qui se pose alors est celle du comment amorcer le processus de transformation. Bien que tout le monde s'accorde à penser et à dire que les réformes des systèmes de santé sont indispensables leur mise en pratique concrète ne va pas de soi. Il est nécessaire que chacun prenne conscience du fait qu'aujourd'hui, après une période d'euphorie avec des ressources financières importantes, il convient de revenir au raisonnable et que l'on ne peut devenir raisonnable que par la concertation.

Références

1. G. Dominighetti, C. Limoni, Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse - Entretiens de Beaulieu 52^E Année, 28 septembre 1994.
2. Nicole Leduc, La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs - Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, no 1, 1999, pp. 104 à 118.
3. Yvon Brunelle, Sylvie Rheault, Les implications de l'introduction d'une nouvelle forme de compétition pour un système public de soins - Texte d'accompagnement pour une conférence donnée à Genève au 7^e colloque de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), juin 1996.
4. Marc Duriez, Le rôle de la concurrence dans la conduite des systèmes de santé en Europe - Solidarité santé No 1, 1996.
5. Marc-André Fournier - Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal, La capitation comme mode de paiement pour les médecins généralistes : Revue de la littérature sur les expériences dans d'autres pays - Rapport présenté à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, mai 1997.
6. Rita Baur (Prognos SA), Till Bandi, Stefan Schütz, Baisse des coûts grâce à de nouvelles formes d'assurances - Sécurité sociale 1/1998.
7. Thomas Perneger, Jean-François Etter, Béatrice Schaad, Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève.
8. Stephan Hill, Le managed care en Suisse - Santé publique, numéro spécial, Bulletin 4/97.
9. Stefan Spycher, Les effets sous-évalués de la compensation des risques - Sécurité sociale 2/1999.
10. Concordat des assureurs-maladie suisses, Mise au point politique de la santé - juin 1999.

11. Douglas A. Conrad, Stephan M. Shortell, Integrated Health Systems : Promise and Performance - Integrated Delivery Systems creation, management and Governance, Health Administration Press Chicago, Illinois 1997.
12. The Future of American Health Care : Building Organized Delivery Systems, 13th Annual Terry C. Shackelford Memorial. Lecture Stephan M. Shortell, The Bulletin, Volume 39.
13. G.Dominighetti, A. Catsabianca, Economie sanitaire, incertitude et induction de la demande par l'offre, Journal suisse de médecine, tiré à part.
14. André-Pierre Contandriopoulos, la régulation d'un système de soins sans murs, Document préparé pour le colloque «la santé demain : vers un système de soins sans murs », dixième entretiens du Centre Jacques Cartier Lyon, France, 8-10 décembre 1997.
15. Konstantin Beck, La compensation des risques, fondement d'une concurrence appropriée dans l'assurance maladie, document CSS Assurances.
16. Rudolf Klein, La réforme du service national de santé britannique : le consommateur introuvable, Revue française d'administration publique no 76, octobre - décembre 1995, pp. 619-628.
17. Lex Sigterman, De la concurrence au lieu d'une caisse unique, conférence donnée à l'Assemblée des délégués du Concordat des Assureurs maladie suisse, juin 1999.
18. Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie, Financement des hôpitaux, rapport explicatif 08 mars 1999.
19. Elie Cohen, Sortir du paroxysme étatique, Le Monde des Débats, mai 1999.
20. Gilles Johanet, Donner au patient le droit de choisir, Le Monde des Débats, Mai 1999.
21. Gebhard Eugster, Le principe de l'économicité dans la LAMal, Aspect de la sécurité sociale (ASS), 1 / 1999.
22. ESCEA/HEG St-Maurice, Hôpital régional de Sierre-Loèche, Enquête de satisfaction des patients.

23. Willy Oggier, Concurrence entre les assureurs offrant l'assurance de base par opposition à la caisse-maladie unique, une analyse sous l'angle de l'économie nationale avec prise en considération particulière de l'économie de la santé, Exposé lors de l'Assemblée des délégués du Concordat des Assureurs maladie suisses, juin 1999.
24. A. Bocognano, A. Couffinhal, M. Grignon, R. Mahieu, D. Polton, Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, Questions d'économie de la santé, no 15 novembre 1998.
25. Thomas V. Perneger, Jean-François Etter, Jean-Michel Gaspoz, Marc-André Raetzo, Philippe Scaller, Nouveaux modèles d'assurance maladie et gestion des soins, Soz. Präventivmed 1996 ; 41 : 47-57.
26. Nouvelles orientations de la politique sanitaire, rapport NOPS, juin 1997.
27. Institut de recherche sur le droit de la responsabilité civile et des assurances, Concurrence et assurance maladie sociale, Colloques de Lausanne 1993.
28. Anne Perrot, Ouverture à la concurrence dans les réseaux, L'approche stratégique de l'économie des réseaux, Economie et Prévision no 119 1995-3.
29. Catherine G. McLaughlin, Market, Responses to HMOs : Price Competition or rivalry ? Inquiry / Volume 25, 207 – 218, Summer 1988.
30. Thomas Perneger, John-Paul Vader, Indicateurs de la qualité des soins hospitaliers, Rapport destiné au sous-groupe de travail «Indicateurs» du groupe d'experts pour un concept qualité des hôpitaux H+ / CAMS.
31. Kenneth D. Bopp, How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters : A Marketing Perspective, Journal of Health Care Marketing, Vol.10, No 1 (March), pp. 6 -15.
32. Alain A. Noël, Les alliances organisationnelles dans le secteur privé : Des leçons utiles pour le secteur public ? 19^{ème} colloque Jean-Yves Rivard – printemps 1998.
33. Michel Mougeot, Systèmes de Santé et Concurrence, Ed. ECONOMICA, 1994.
34. Publications de la Commission suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix, Caisses-maladie et conventions tarifaires, 2 1993.

35. André-Pierre Contandriopoulos, Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 1, no1, 1994, pp. 8 – 26.
36. Nouvelle loi sur l'assurance-maladie : un désordre constructif ? Compte-rendu de la journée de concertation du 30 avril 1997 des professionnels de la santé sur l'application de la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) et du débat public du 4 juin 1997, organisés en collaboration par la Société suisse pour la politique de la santé et la Fédération genevoise des assureurs maladie.

Annexe 1

Instruments d'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé européens

	Choix de l'utilisateur		Autonomie de gestion			Réseaux de soins	Concurrence public privé	Concurrence interne	Acheteurs institutionnels	Substitution pharmaceutique
	caisse	médecin	hôpitaux	caisses	cabinets					
Allemagne										
Belgique										
Espagne										
Finlande										
Grèce										
Italie										
Pays-Bas										
Portugal										
Royaume-Uni										
Suède										

Source: Marc Duriez, Le rôle de la concurrence dans la conduite des systèmes de santé en Europe, Solidarité santé no 1, 1998

Annexe 2

Evolution des formes d'assurance

Annexe 3

Degré de satisfaction des patients à la lumière de différents aspects de la prise en charge médicale

Annexe 4

Une caisse-maladie unique en veut-on vraiment ?

Disent NON à une telle caisse-maladie unique 55% de la population suisse, contre 37% de OUI en faveur de l'initiative parlementaire, encore à débattre par le Conseil National, qui tend à remplacer les 109 caisses-maladie actuellement en activité par un seul établissement national d'assurance maladie.

Ce sont les jeunes en dessous de 30 ans qui manifestent peu d'enthousiasme à cette éventualité : ils ne sont en effet que 29% à s'y rallier. Par contre, s'agissant des plus de 50 ans, on atteint 45%, un score qui est même encore plus net du côté des Suisses romands, avec 48%.