



Office fédéral des assurances sociales

**R é p e r c u s s i o n s d e l a L A M a l
s u r f o u r n i s s e u r s d e
p r e s t a t i o n s**

Résumé

SHa/RP/NS/JE/RI

15.7.2001



INFRAS

Gerechtigkeitsgasse 20, case postale, CH-8039 Zurich, tél. +41 1 205 95 95, fax +41 1 205 95 99, e-mail zuerich@infras.ch
Mühlemattstrasse 45, CH-3007 Berne, tél. +41 31 370 19 19, fax +41 31 370 19 10, e-mail bern@infras.ch

Certification ISO 9001/14001

Résumé

But

La présente analyse examine les effets de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sur les fournisseurs de prestations. Notre examen a fonction de synthèse, dans la mesure où les résultats de l'évaluation sont complétés de manière ciblée par nos propres analyses et par les réponses des personnes interrogées. Il a pour objectif de clarifier les questions suivantes :

- Comment la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations s'est-elle modifiée depuis l'introduction de la LAMal ?
- Comment doit-on juger l'application de la LAMal en ce qui concerne les fournisseurs de prestations ?
- Quelles modifications de comportement les nouvelles conditions-cadres ont-elles provoqué chez les fournisseurs de prestations ?
- Comment la coordination et la compétitivité entre les fournisseurs de prestations se sont-elles modifiées ?
- Comment les relations des fournisseurs de prestations avec les autres acteurs se sont-elles modifiées ?
- Quels changements internes constate-t-on chez les fournisseurs de prestations en raison de la LAMal ?
- Dans quelle mesure les changements chez les fournisseurs de prestations ont-ils contribué à endiguer les coûts ?

Méthode

Dans notre analyse, l'appréciation des effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations se fait en deux étapes :

1. Appréciation, par une comparaison entre la situation antérieure sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) et la situation ultérieure sous celui de la LAMal, de l'importance des changements intervenus dans la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations, dans leur comportement et les coûts qu'ils engendrent.

2. Appréciation de l'importance de l'influence exercée par la LAMal sur les changements constatés chez les fournisseurs de prestations (analyse causale).

Nous avons opté pour les étapes de travail suivantes :

- Analyse des changements provoqués par la LAMal dans la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations.
- Evaluation des analyses existantes sur les effets.
- 27 interviews personnelles et 10 interviews par téléphone d'associations de fournisseurs de prestations et de fournisseurs de prestations.
- Interviews complémentaires auprès de quatre autorités cantonales, de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et du Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS).
- Evaluation de 63 procès-verbaux des interviews menées dans le cadre des analyses des effets de la LAMal dans le domaine des tarifs (INFRAS 2000) et sur les assureurs (INFRAS 2001) auprès d'autorités cantonales, d'associations de fournisseurs de prestations, d'associations d'assureurs et d'assurés.
- Analyse des effets des changements observés chez les fournisseurs de prestations sur l'évolution des coûts de la santé.

Effets de la LAMal sur les fournisseurs de prestations

La LAMal a influencé la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations à divers égards. D'un côté, les possibilités d'action ont augmenté avec l'admission de nouveaux fournisseurs et de nouvelles prestations, avec les nouveaux instruments stimulant la compétitivité dans le domaine des tarifs et avec les options offertes par les autres modèles d'assurance (en particulier les HMO et les modèles du médecin de famille). D'un autre côté, la marge de manœuvre s'est rétrécie en raison de la pression financière croissante des cantons et des assureurs, ainsi que des mesures de régulation. Nous résumons ci-après l'évaluation, en ce qui concerne les fournisseurs de prestations, de l'application de la loi et des effets des nouvelles mesures constatés jusqu'ici.

Admission de nouveaux fournisseurs de prestations et de nouvelles prestations

L'admission de nouveaux fournisseurs et de nouvelles prestations a amélioré l'offre de prestations dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), tout en entraînant une augmentation du volume des prestations, ainsi que des coûts supplémentaires.

Séparation de l'AOS d'avec l'assurance complémentaire

La séparation de l'AOS d'avec l'assurance complémentaire a entraîné, avec la couverture des lacunes que comportait le catalogue des prestations, un net recul du volume des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire (assurés en privé et en demi-privé), ce qui s'est répercuté sur les résultats financiers des hôpitaux privés. Ces derniers tentent de compenser leur manque à gagner en accentuant la concurrence sur le marché des assurances complémentaires et en multipliant leur offre dans le domaine semi-hospitalier.

Prescriptions d'admission (y compris planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux)

Les nouvelles prescriptions d'admission dans le domaine ambulatoire (formation post-grade) n'ont pas eu des effets de même importance pour tous les fournisseurs de prestations. Alors qu'elles n'en ont eu pratiquement aucun pour beaucoup d'entre eux, elles ont entraîné une professionnalisation et une augmentation du degré d'organisation dans les soins à domicile (spitex), une amélioration de la qualité de la formation chez les pharmaciens/nes et les ergothérapeutes et un meilleur positionnement des prestations des diététiciens/nes et des praticiens de la médecine complémentaire.

Dans le domaine hospitalier, la LAMal a pu, conjointement avec la pression exercée sur les cantons, accélérer les processus de planification hospitalière. Au niveau des cantons, la pratique a cependant varié considérablement de l'un à l'autre en ce qui concerne les délais et le contenu de la planification. En raison d'une forte résistance politique dans bien des cantons, seule une minorité d'entre eux ont fait usage de la planification hospitalière pour supprimer les surcapacités par le biais de la fermeture d'hôpitaux. La coordination intercantonale et l'harmonisation avec d'autres domaines de prestations

de prestations sont imparfaites. Les effets de la planification hospitalière sont très différents selon les cantons et comprennent la fermeture d'hôpitaux, la suppression de lits, la multiplication des fusions et des projets de collaboration, mais aussi des effets de transfert (par exemple transferts de coûts sur les hôpitaux restants). En outre, les planifications hospitalières, en se focalisant sur les capacités du canton, ont eu tendance à renforcer le fédéralisme et n'ont pas amélioré de manière sensible la coordination entre les cantons. Les effets constatés jusqu'ici sont plutôt minimes et insuffisants en raison du caractère en général peu restrictif des planifications et d'un manque de coordination intercantonale. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux, la planification n'a eu que peu d'effets car il était rare qu'il y ait surcapacité.

Clarification des besoins

L'introduction d'un nombre limite de prestations par prescription médicale chez plusieurs fournisseurs de prestations ambulatoires ne s'est pas traduite par une réduction du volume des prestations. L'obligation de clarifier les besoins pour les établissements médico-sociaux et les soins à domicile a conduit à perfectionner divers instruments et à en expérimenter de nouveaux. Alors que, dans les établissements médico-sociaux, on peut constater des lacunes dans l'application de la clarification des besoins, celle-ci a renforcé, dans les soins à domicile, la conscience des coûts et de la qualité.

Tarifification

A l'exception de la structure tarifaire valable dans toute la Suisse pour les médecins, les conventions tarifaires ont pu, dans l'intervalle, être en principe adaptées aux nouvelles exigences de la LAMal. Presque toutes les négociations tarifaires ont cependant été longues et pénibles en raison de la pression accrue des assureurs. En particulier dans les négociations concernant les tarifs hospitaliers, la pression sur les tarifs, le principe du financement partagé (cantons/assureurs) des hôpitaux, l'absence de dispositions d'exécution et les imprécisions dans la formulation des concepts ont eu pour effet de tendre singulièrement le climat des négociations et ont suscité, par la suite, quelques recours sur des tarifs. Le fait que le Conseil fédéral n'a édicté jusqu'ici aucune disposition contraignante en vue d'un calcul uniforme des coûts constitue l'obstacle essentiel

rencontré dans les négociations relatives au domaine hospitalier et aux soins à long terme.

La forte pression exercée sur les tarifs a permis, chez presque tous les fournisseurs de prestations, de stabiliser les tarifs ou de ne leur faire subir que de minimales augmentations :

- Dans les hôpitaux et chez les médecins, une stabilisation des tarifs a pu être obtenue dans une large mesure.
- S'agissant des établissements médico-sociaux et des soins à domicile, les tarifs ne couvrent pas tous les frais de soins et continuent d'être controversés.
- Les autres fournisseurs de prestations ambulatoires ont dû, pour la plupart, accepter des pertes de revenus (par exemple les physiothérapeutes, le personnel infirmier, les logopédistes/orthophonistes). Le modèle de rémunération qui vient d'être introduit permettra aux pharmaciens de contribuer à la stabilisation des coûts et l'introduction à venir d'un nouveau mécanisme de contrôle ne leur permettra plus de compenser la baisse de leur chiffre d'affaires par une extension du volume de leurs prestations.

Financement

Le principe du partage du financement hospitalier a conduit à des conflits et a parfois favorisé la tendance à la privatisation, ainsi que le transfert de soins hospitaliers dans le domaine ambulatoire, du fait que la pression financière ambiante incite les cantons à se décharger.

La nouvelle réglementation du financement de l'hospitalisation hors du canton a augmenté le travail administratif et a amené, par des accords intercantonaux de libre choix, une légère amélioration de la coordination entre les hôpitaux, mais aussi parfois une augmentation des capacités de certains cantons, quand cette mesure leur permettait d'éviter des répercussions fâcheuses sur les coûts.

Autres modèles d'assurance

Le nombre d'assurés à avoir opté pour un modèle d'assurance prévoyant un choix limité des fournisseurs de prestations (HMO et modèles du médecin de famille) a augmen-

té très rapidement après l'entrée en vigueur de la LAMal, mais l'intérêt pour ces formes d'assurance est nettement retombé ces dernières années. A ce jour, ces formes d'assurance (HMO modèles du médecin de famille) ne sont pas encore très répandues. Cela est dû en grande partie au manque d'intérêt des assurés, peu enclins à limiter leur liberté de choix. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes ne sont guère intéressés par ces modèles qui restreignent leur liberté contractuelle (obligation de contracter) et ils n'ont, dans leur majorité, presque pas usé de la marge de manœuvre à leur disposition. L'apparition d'autres modèles d'assurance a permis une certaine sensibilisation du corps médical, un plus haut degré d'organisation en réseaux et peut-être aussi une prise en considération des conséquences économiques des traitements prescrits par les médecins et des traitements ultérieurs qui en découlent. Les changements les plus perceptibles sont ceux que l'on constate chez les médecins qui participent à des cabinets de groupe HMO et qui assument des risques financiers par le biais de la tarification (forfaits d'assurés) et, en partie, par leurs propres investissements. Alors que les modèles HMO permettent des économies de 10 à 15% sur les coûts par rapport aux formes traditionnelles de traitement, grâce à un suivi actif des patients et à une conscience permanente du coût des traitements médicaux, les résultats obtenus avec les modèles du médecin de famille sont nettement moindres en raison de l'absence de stimulation économique et de l'absence de sélection.

Contrôle des coûts et de rentabilité

Les contrôles des coûts de la part des assureurs ont été renforcés dans la plupart des domaines de prestations. On a renoncé aux contrôles de rentabilité en raison du manque de bases de données, notamment dans les hôpitaux. Le renforcement des contrôles entraîne des complications administratives pour presque tous les fournisseurs de prestations, sans aboutir toutefois à une réduction notable du volume des prestations.

Garantie de la qualité

La plupart des fournisseurs de prestations se trouvent au début d'un processus à long terme visant à institutionnaliser la garantie de la qualité, qui a été lancé ou accéléré par la LAMal. Ils sont actuellement occupés à des travaux de conception ou commencent à expérimenter certains instruments. L'avancement des travaux est dans l'ensemble en-

core insuffisant. Les travaux lancés ou encouragés par la LAMal ont cependant déjà pu en partie contribuer à renforcer la gestion de la qualité (par exemple dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les pharmacies et auprès du personnel infirmier). Reste qu'on ne peut pas encore s'attendre à de réels résultats dans le sens d'une amélioration concrète de la qualité des prestations ou d'une économie sur les coûts.

Coordination et compétitivité

Par des éléments d'ordre régulateur ou stimulateur, la LAMal cherche à encourager aussi bien la coordination que la concurrence entre les fournisseurs de prestations afin d'améliorer l'utilisation des ressources et de réaliser ainsi des économies sur les coûts. Jusqu'ici, les résultats sont toutefois très décevants. La LAMal n'a favorisé de manière notable ni la coordination ni la compétitivité des fournisseurs de prestations :

- La coordination entre les fournisseurs de prestations est de manière générale insatisfaisante. Les médecins n'ont pas exercé davantage leur rôle central de coordination. La coordination entre les établissements médico-sociaux et les soins à domicile est insuffisante. Dans le domaine hospitalier, la coordination intracantonale n'a pu être activée que de manière limitée et n'a guère pu l'être au niveau intercantonal. Ce fait s'explique surtout par un recours insuffisant à la marge de manœuvre laissée aux acteurs dans la planification hospitalière comme en ce qui concerne les autres modèles d'assurance.
- Les impulsions à la compétitivité visées par la LAMal (autres modèles d'assurance, conventions spéciales) n'ont jusqu'ici pas réussi à s'imposer. La LAMal n'a pu stimuler la compétitivité, vu la quasi-inexistence de concurrence chez presque tous les fournisseurs de prestations hospitalières ou ambulatoires. En ce qui concerne les hôpitaux, une forte réglementation (mandats de prestations et domaine tarifaire), ainsi que des distorsions de la concurrence entre les hôpitaux publics et privés, leur enlève presque toute possibilité d'action. La concurrence est minime, voire inexistante entre les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les médecins et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires.

Relations avec les autres acteurs

Les relations des fournisseurs de prestations avec les autres acteurs ne se sont pas beaucoup modifiées avec la LAMal. Les effets les plus marqués concernent leur relation avec les assureurs qui, en raison de la pression exercée sur les coûts, soumettent à leur tour les fournisseurs de prestations à une pression nettement plus forte.

Changements internes à l'entreprise

La LAMal a provoqué ou accéléré chez les fournisseurs de prestations les changements internes suivants :

- Augmentation de la professionnalisation et de l'attention aux mécanismes du marché (surtout dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les soins à domicile).
- Modification des structures organisationnelles : fusion d'hôpitaux, agrandissement des unités administratives dans les soins à domicile, nombre plus élevé de cabinets de groupe chez les médecins.
- Parfois, modification de l'offre de prestations (surtout dans les hôpitaux et dans le domaine des soins de longue durée).
- Encouragement du développement, de l'expérimentation et en partie aussi de l'introduction de nouveaux instruments (garantie de la qualité, analyse des besoins, calcul des coûts).
- Augmentation des frais administratifs en raison des négociations tarifaires et des exigences posées par les instruments à introduire.

Influence sur les coûts de la santé et sur l'offre de prestations

La LAMal n'a pas permis jusqu'ici une maîtrise notable des coûts. Pour des motifs structurels (progrès médicaux et techniques, augmentation de la demande, augmentation du nombre des fournisseurs de prestations, vieillissement de la population), les coûts de la santé ont même continué de croître. L'analyse de l'évolution des coûts dans les divers secteurs de prestations montre que la LAMal a entraîné, chez les fournisseurs

de prestations nouvellement admis, une augmentation des coûts de l'AOS, conditionnée par le système ; qu'elle a causé, dans les établissements médico-sociaux et les soins à domicile, d'importants transferts de coûts des particuliers et des pouvoirs publics vers les assureurs ; et que les faibles résultats obtenus dans les hôpitaux ont été neutralisés pour l'essentiel par des réactions de contournement. Chez les médecins, les éventuels manques à gagner ont été compensés par une augmentation du volume des soins. Les économies réalisées grâce aux modèles de managed care ne sont guère perceptibles, du fait que ces modèles sont peu répandus.

Les instruments introduits par la LAMal pour maîtriser les coûts chez les fournisseurs de prestations n'ont guère eu jusqu'ici l'effet escompté en raison d'un recours insuffisant aux marges de manœuvre, de diverses lacunes dans l'application de la loi et d'obstacles importants :

- La planification hospitalière a été effectuée de manière trop peu restrictive par les cantons en raison de résistances politiques.
- Les résultats obtenus dans le domaine tarifaire ont été largement compensés par des réactions de contournement. La possibilité de conclure des conventions dérogatoires n'a guère été utilisée.
- Les autres modèles d'assurance ne se sont pas répandus de façon notable parce que la demande a été très faible chez les assurés, que les médecins n'étaient pas prêts à prendre des risques en raison du principe de l'obligation de contracter et que, plus généralement, les divers acteurs n'ont pas assez fait preuve d'une volonté d'innover.
- Les mesures incitatives de la LAMal à l'égard des assureurs sont insuffisantes (ou alors la LAMal n'exerce sur eux que trop peu de pression) pour qu'ils agissent de manière coordonnée. Les résultats insuffisants dans ce domaine n'ont guère contribué à des économies sur les coûts. La LAMal n'a pas favorisé une compétitivité aboutissant à une maîtrise des coûts.

L'extension de l'offre de prestations par la LAMal a entraîné une amélioration des soins médicaux dispensés aux assurés dans le cadre des prestations nouvellement introduites.

Appréciation globale et recommandations

La LAMal a déclenché ou permis de mettre en route divers processus chez les fournisseurs de prestations. Le principal objectif visé, à savoir maîtriser les coûts de la santé, n'a toutefois pas encore pu être atteint. L'échec de la LAMal à produire les effets escomptés peut être imputé principalement aux causes suivantes :

- La mise en œuvre de la LAMal, qui influence à maints égards les acteurs du domaine de la santé publique et qui leur pose de nouvelles exigences, prend du temps.
- Lesdits acteurs n'ont que très peu mis à profit jusqu'à présent la marge de manœuvre qui leur est désormais offerte dans le domaine des modèles alternatifs et de la planification hospitalière. En outre, l'imprécision de nombreux concepts contenus dans la LAMal, ainsi que le manque de prescriptions d'exécution, ont provoqué des problèmes en matière d'application, lesquels ont inévitablement entraîné des retards.
- Les instruments déterminants pour une maîtrise des coûts n'ont eu jusqu'à maintenant qu'un effet limité et dès lors insuffisant. Ainsi, la planification hospitalière a été réalisée de manière trop peu restrictive par les cantons. Les autres modèles d'assurance ne se sont guère répandus. De plus, les résultats partiels obtenus dans le domaine des tarifs et dans la planification hospitalière ont été largement neutralisés par des réactions de contournement.
- La LAMal prévoit trop peu de mesures stimulant les fournisseurs de prestations à étendre leur coordination.
- Les fournisseurs de prestations peuvent difficilement réaliser des économies de coûts par le biais de la concurrence du fait que ce sont eux qui fixent l'offre ("fixation de l'offre"). Globalement, la LAMal n'a guère favorisé la compétitivité.
- Les fournisseurs de prestations et les autres acteurs du domaine de la santé publique cherchent en premier lieu à optimiser leur propre profit et agissent en conséquence. Cela a conduit à quelques effets indésirables (par exemple création de capacités supplémentaires, coordination insuffisante, extension du volume de prestations en cas de manque à gagner).

L'admission de prestations supplémentaires a permis d'améliorer l'offre de prestations, ce qui a pour effet d'élever la qualité des soins médicaux dispensés aux assurés.

A notre avis, trois trains de mesures seraient nécessaires pour stopper la croissance des coûts :

- Sélectionner plus sévèrement les fournisseurs de prestations et en réduire encore le nombre par le biais de planifications hospitalières plus restrictives et en suscitant une concurrence accrue, notamment entre médecins (suppression de l'obligation de contracter et modèles de managed care).
- Renforcer sensiblement la coordination entre les fournisseurs de prestations en améliorant et en élargissant les planifications hospitalières (planification à l'échelon régional, meilleure harmonisation avec d'autres fournisseurs de prestations), en introduisant de nouveaux modèles de tarification (par exemple forfaits par cas selon la filière de soins suivie par les patients), en encourageant et en développant les modèles de managed care.
- Ecarter en outre les obstacles entravant la compétitivité dans le domaine hospitalier (financement partagé actuellement en vigueur, etc.), amener les assurés à mieux prendre conscience des coûts et mieux les informer sur les offres de prestations et sur les modèles d'assurances ; enfin, définir des exigences de qualité applicables pour tous afin de susciter la plus grande compétitivité possible entre les fournisseurs de prestations restants, tout en assurant le respect des normes de qualité.