

Bases de décision pour l'assurance-maladie et le système de santé

Dans tous les pays développés, les coûts de la santé augmentent plus vite que le produit national brut : à cet égard, la Suisse ne constitue pas une exception. La part du système de santé dans l'activité économique est de ce fait en constante augmentation. En Suisse, cette évolution fait que le domaine de la santé, qui correspond à 10 % de l'emploi, est devenu un des secteurs économiques les plus importants. S'il s'agissait d'un secteur économique ordinaire, on se réjouirait de sa progression annuelle, supérieure à la moyenne même dans des périodes où la conjoncture est morose. Mais comme la santé est un bien très particulier, cette hausse des coûts suscite une inquiétude croissante.



Till Bandi

Centre de compétences Analyses fondamentales, secteur Statistique 2, OFAS
till.band@bsv.admin.ch

L'évolution des coûts de la santé – signe d'un malaise ou signal d'alarme ?

Dans tous les pays développés, on s'accorde sur le fait qu'à moyen ou à plus long terme, une progression des coûts au rythme actuel ne serait pas supportable. Toutefois, dans le système de santé suisse, les prix augmentent moins rapidement que les prix à la consommation, ce qui indique que la progression des coûts est principalement due à une augmentation du volume des prestations. Bien que l'augmentation des coûts pèse de plus en plus sur le budget des ménages, on n'a manifestement pas encore atteint la cote d'alerte, les potentiels d'économies possibles par un changement d'assureur ou l'adoption de nouveaux modèles d'assurance étant relativement peu utilisés, bien que l'on observe des différences selon les régions. De plus, il ressort à chaque

fois des votations et des enquêtes que les gens ne sont guère disposés à renoncer à des prestations dans le domaine de la santé.

Il est donc nécessaire d'adopter une politique de risque social large, axée sur le modèle général de politique de risque (voir **fig. 1**). Ce schéma abstrait laisse toutefois sans réponse la question épineuse de la structure concrète. Comme le montre la **figure 2**, lorsque l'on considère le système de santé et les coûts qu'il génère, on peut se demander quels sont les facteurs responsables des coûts ou qui ont une incidence sur ceux-ci, ainsi que la manière dont ces coûts sont financés. Une autre question importante consiste à savoir si l'augmentation des coûts va de pair avec une amélioration des prestations.

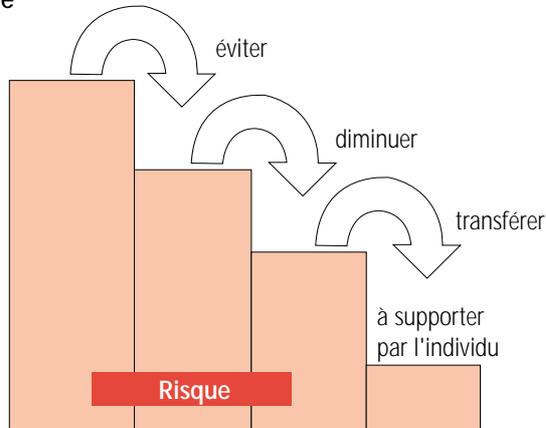
Dans la répartition des charges de financement, une fonction importante est conférée à l'assurance-maladie, et en particulier à la partie obligatoire de celle-ci. Par le biais de l'assurance-maladie, le législateur veut en effet garantir aussi que les prestations du système de santé soient accessibles à l'ensemble de la population et que les charges de financement soient distribuées équitablement.

L'abaissement de primes souhaité présuppose une diminution des coûts. C'est là où le bât blesse, surtout pour les patients qui souhaitent bénéficier de prestations dans le domaine de la santé. Mais même parmi ceux-ci, seule une faible proportion génère des coûts très importants: en fait, environ 80 % des coûts hospitaliers sont engendrés par les 10 % de patients présentant les coûts les plus élevés alors que, pour 90 % des patients, les coûts sont faibles voire nuls (**fig. 3**). Il n'est donc pas étonnant que les primes et les prestations ne soient pas considérés comme une entité globale. On peut toutefois imaginer qu'une répartition différente des charges de financement permettrait de mieux concilier les différences de perception entre ceux qui payent les primes et ceux qui bénéficient des prestations, ou du moins d'améliorer la compréhension mutuelle.

Que peut-on faire pour maîtriser l'augmentation des coûts ?

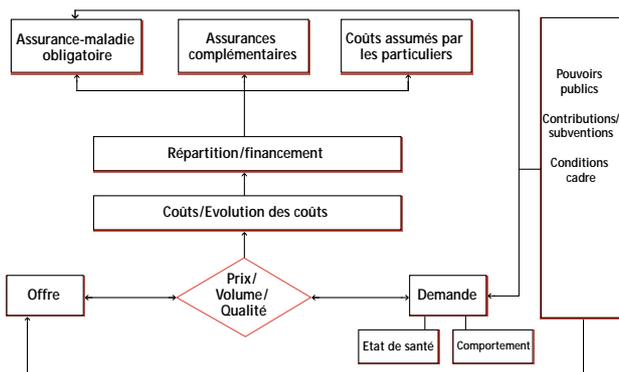
Face à l'augmentation des coûts de la santé, il est indéniable qu'il faut freiner la progression des coûts et/ou revoir la répartition des charges de financement. Se pose alors la question de savoir comment la LAMal peut y contribuer.

Représentation schématique d'une politique générale de risque* 1

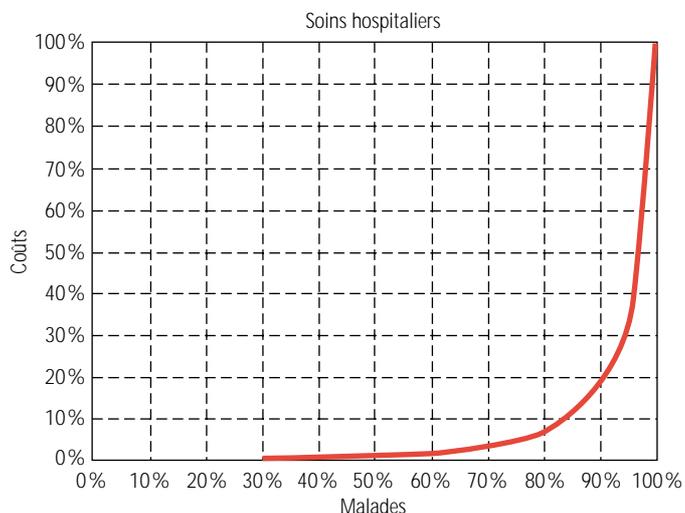


* Voir Haller Mathias, «Sicherheit durch Versicherung», Berne 1975.

Système de santé : genèse et répartition des coûts 2



Répartition inégale des coûts 3



Il faut partir du principe qu'il y a lieu d'influer sur l'offre ou sur la demande, ou alors d'améliorer la rentabilité des prestations. Dès lors, les possibilités d'action sont essentiellement les suivantes :

Sur la demande

- **Influence sur les prix/conventions tarifaires :** dans le domaine de la santé, les rémunérations s'effectuent souvent selon des prix imposés, pour la plupart fixés au cours de négociations entre les partenaires tarifaires et approuvés par les cantons ou la Confédération. Une telle situation ne permet pas une concurrence réelle par les prix.
- **Demande :** l'assurance-maladie étant obligatoire, le cercle des assurés est défini d'avance. Il faut donc considérer l'aspect de l'influence sur l'état de santé de la population et envisager les mesures de prévention permettant d'améliorer son niveau de santé. L'autre possibilité est d'influer par des incitations sur le comportement des assurés, afin qu'ils choisissent des formes de traitement ou d'assurance plus avantageuses, ou surtout qu'ils évitent de faire intervenir l'assurance pour des maladies de moindre importance.

Sur l'offre

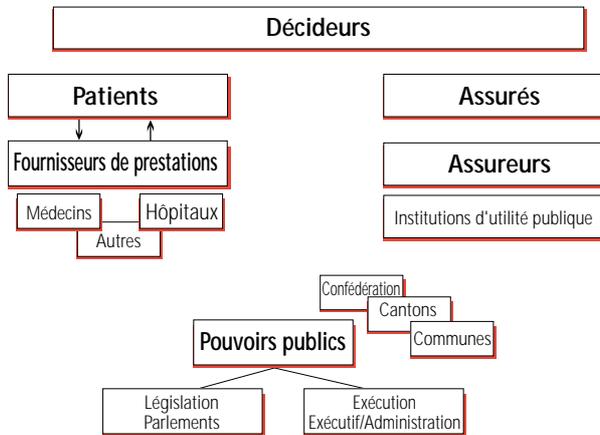
- Une **diminution du volume de l'offre** pourrait entraîner une baisse des coûts dans la mesure où le rétrécissement de l'offre n'aurait pas pour conséquence une augmentation des prix. Les mesures envisageables sont :
 - des limitations au niveau de l'admission des fournisseurs de prestations ;
 - une réduction du catalogue des prestations couvertes par l'assurance-maladie ;
 - une diminution de l'attrait des activités dans le domaine de la santé – par l'abaissement des prix, et par là même des recettes des fournisseurs de prestations – à condition bien sûr que la baisse des tarifs ne soit pas compensée par une augmentation du volume ;
 - une limitation du progrès technique.
- Une **limitation des prix** (prix imposés) dans le cadre des négociations tarifaires au plan fédéral ou cantonal, ou par l'introduction, par exemple, de nouvelles formes d'indemnisation (forfaits par cas, par traitement ou autres), peut également contribuer à diminuer les coûts.

Rentabilité

- Une amélioration du rapport entre le prix et la prestation a un effet positif sur les coûts : le même volume de prestations coûte alors moins cher ou, à l'inverse, on peut améliorer les prestations et/ou augmenter le volume de prestations à coût égal. Dans le domaine de la santé, l'amélioration de la rentabilité est généra-

Décideurs dans le domaine de la santé

4



lement le résultat de progrès techniques; l'exemple des médicaments le montre bien. La difficulté consiste à déceler de manière réellement objective une amélioration qualitative et à la différencier des éventuelles tendances du marketing ou de la mode. Une amélioration de la rentabilité présuppose donc que la « prestation » puisse être *clairement* définie de manière quantitative et *qualitative*. Sur la base de cette définition, on peut alors examiner – généralement par une comparaison des prix (benchmarking) – si la prestation fournie s'avère avantageuse. Il n'est pas facile de remplir cette exigence: les problèmes qui se posent lorsqu'il s'agit d'évaluer des prestations dans le domaine hospitalier en sont une illustration. Comme on a abandonné le critère le plus souvent employé des jours d'hospitalisation, parce qu'il donnait une mesure des frais, mais non du résultat, on ne dispose aujourd'hui d'aucun critère de mesure faisant l'unanimité, que ce soit dans le domaine des mesures médicales ou dans celui des soins.

- Lors de l'évaluation de la rentabilité telle qu'elle est faite généralement, on examine en outre la rentabilité des prestations de chaque fournisseur de prestations. Du point de vue du patient, il serait cependant plus juste d'évaluer la rentabilité du traitement dans son ensemble (conformité, efficacité et efficacité). Les critères de rentabilité utilisés actuellement sont insuffisants au regard de cette exigence.

Approches de planification et limitation des coûts

- Les directives budgétaires, par exemple sous la forme de budgets globaux, permettent de travailler tant au niveau des établissements isolés que, dans le cadre de conventions tarifaires, avec des groupes de fournisseurs de prestations. Une telle approche supprime

néanmoins les signaux d'une économie concurrentielle régulée par le biais des prix.

Modification de la répartition des coûts

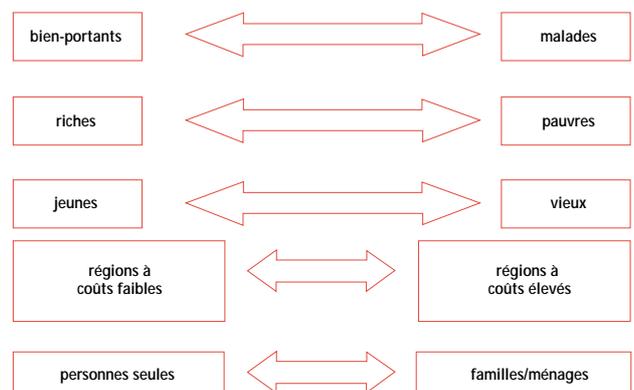
- Les charges de financement de la santé sont essentiellement réparties entre trois partenaires: le patient prend à sa charge les frais non remboursés (out of pocket), l'assurance assume la majeure partie des coûts et les pouvoirs publics prennent en charge ou abaissent les coûts en fonction de leur politique sociale et de santé. S'agissant de l'assurance, il y a lieu de distinguer entre l'assurance de base et les assurances complémentaires et, pour les pouvoirs publics, entre les subventions aux ménages ou aux assurés/patients et les contributions à l'infrastructure (subventionnement des hôpitaux).
- Parallèlement à ces contributions concrètes et visibles, les conditions cadres ont une influence considérable sur la répartition des coûts. La prime unitaire, qui entraîne une redistribution importante entre les différentes classes d'âge des assurés, et la compensation des risques, qui doit garantir que le libre choix de l'assureur n'entraîne pas une trop grande distorsion de la concurrence et une sélection des risques, sont à cet égard des exemples parlants.

Lorsque l'on analyse quels acteurs du domaine de la santé influencent les coûts et leur évolution, et dans quelles proportions, ainsi que la manière dont les charges de financement doivent être réparties, il faut tenir compte des options d'action et des comportements que ces différents acteurs sont susceptibles d'adopter. Ces différents partenaires sont représentés dans la **figure 4**.

Outre la garantie de l'accès aux prestations dans le domaine de la santé, la **politique sociale** a pour tâche d'assurer que les charges de financement soient répar-

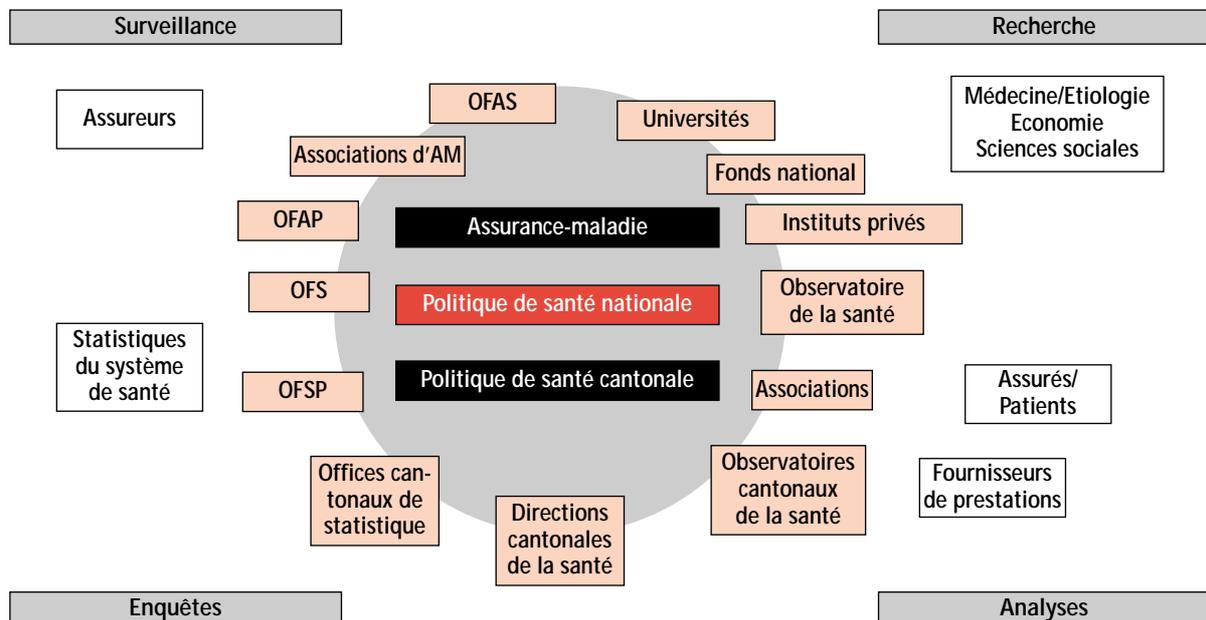
Solidarités dans l'assurance-maladie

5



Sources d'informations concernant le domaine de la santé

6



ties équitablement, de manière à tenir compte de la capacité financière des différents acteurs. Les prestations de santé doivent en outre être offertes sur l'ensemble du territoire. Il s'agit donc de distinguer entre différents types de solidarité (voir **fig. 5**). L'objectif de l'assurance-maladie vise en premier lieu une solidarité entre les bien-portants et les malades; à cela s'ajoutent une solidarité de politique sociale et une solidarité de politique régionale dont il faut tenir compte lors de l'évaluation des différentes solutions envisagées.

Besoin d'information

Etant donné la complexité croissante du domaine de la santé et la pression toujours plus grande sur les coûts, le besoin d'information gagne aussi en importance, comme le reflète notamment le nombre croissant d'interventions parlementaires. Ce besoin augmente, car une grande transparence est nécessaire pour résoudre, sur une base la plus objective possible, les problèmes liés aux procédures d'allocation en suspens et les questions de répartition. Il faut aussi disposer de plus d'informations pour maintenir et faire fonctionner correctement les éléments de planification introduits sous la pression accrue des coûts.

S'agissant des tâches incombant à l'OFAS, il est nécessaire de disposer de données sur

- la surveillance ;
- la législation ;

- l'analyse des effets des différentes mesures (de manière prospective, pour évaluer les effets de nouvelles mesures sur les coûts, et a posteriori, pour évaluer les effets qui se produisent effectivement) ;
- l'information, la transparence.

Indépendamment de la surveillance des assureurs, de l'approbation des primes et d'autres tâches de surveillance directe, il y aurait lieu de disposer des bases de décision nécessaires pour garantir que

- les objectifs de politique sociale soient atteints ;
- les objectifs d'approvisionnement en soins soient réalisés ;
- la concurrence entre les assureurs fonctionne ;
- les comportements que l'on attend des différentes parties se manifestent.

Malgré les nombreux efforts entrepris, les informations disponibles sont souvent insuffisantes et ne permettent pas de résoudre les problèmes en suspens. Au niveau fédéral, on s'efforce depuis des années d'améliorer cette situation. Mais bien que la palette d'informations soit très large (voir **fig. 6**), les informations sont souvent incomplètes, de sorte que les questions essentielles restent sans réponse. Il y a à cela différentes raisons :

- **L'effort nécessaire :** la recherche d'informations nécessite un effort de la part de ceux qui doivent les fournir. Lorsque le volume et la fréquence augmentent, on est de moins en moins enclin à participer à des enquêtes nécessitant des recherches poussées. L'alternative est d'utiliser les informations disponibles auprès des or-

ganes d'exécution et des fournisseurs de prestations qui sont, de nos jours, généralement sous forme électronique (→ protection des données).

- **Le décalage temporel:** les résultats d'enquêtes, tout comme les données de surveillance, ne sont souvent disponibles que plus de deux ans après les événements, alors que les problèmes se manifestent bien avant et nécessitent que l'on prenne des contre-mesures, qui ne peuvent alors se fonder sur des connaissances empiriques. Dans de tels cas, il est difficile d'évaluer la signification d'événements isolés sur lesquels les médias focalisent l'attention en les sortant souvent de leur contexte.
- **La protection des données:** la manière d'appliquer les dispositions relatives à la protection des données et l'incertitude à ce sujet peuvent avoir pour conséquence que, malgré l'anonymat des données et les bases légales disponibles, les données ne puissent pas être utilisées en tant que supports décisionnels.
- **Le manque de connaissances ou de bases conceptuelles:** pour évaluer la rentabilité des prestations, il faut pouvoir la mesurer. Or, on ne dispose pas, pour un grand nombre de prestations, de définitions cohérentes des concepts qui permettent cette évaluation. La tâche est particulièrement ardue lorsqu'il faut tenir aussi compte de la qualité de la prestation dans l'évaluation de la rentabilité. Souvent, on ne parvient à une meilleure définition des concepts qu'en adaptant aux besoins, dans les hôpitaux ou les assurances, les procédures de travail et les systèmes d'informa-

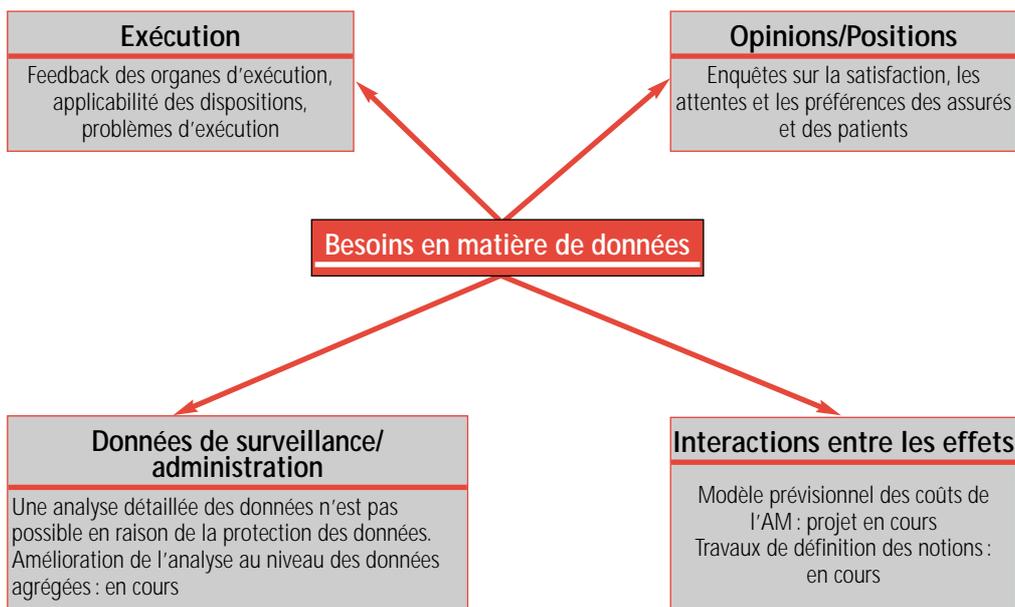
tion, ce qui implique un travail et des frais importants. On peut citer à titre d'exemple l'introduction d'une comptabilité analytique dans les hôpitaux, celle d'un diagnostic des soins, etc. Pour tous les projets de ce type, il faut d'abord considérer avec soin si le temps et les frais qu'ils impliquent sont justifiés et raisonnablement exigibles.

Il ressort de ces remarques critiques sur la qualité et la disponibilité des données que les efforts visant à améliorer les bases de décision doivent être entrepris dans plusieurs directions. Au vu des projets en cours, on peut s'attendre, à moyen terme, à certaines améliorations: on disposera de définitions plus claires des concepts (voir encadrés p.346), ainsi que de données permettant d'obtenir de meilleures valeurs prévisionnelles pour les bases de décision nécessaires à court terme (voir encadré p.345). Les dispositions en vigueur concernant la protection des données et leur application ne laissent toutefois qu'une très faible marge pour ces efforts d'amélioration.

Toutes ces réflexions ne doivent pas faire oublier que les décisions fondamentales concernant l'évolution future du système de santé dépendent aussi, en premier lieu, de considérations qualitatives, éthiques et d'ordre politique, pour lesquelles l'amélioration de la situation concernant les données n'est pas un élément d'une importance capitale. Mais d'un autre côté, les économies réalisées lors de l'élaboration de bases de décision pourraient en fin de compte se solder par des coûts considérablement plus importants.

Dimensions des besoins en matière de données et projets en cours

7



Amélioration des bases de décision: un nouveau modèle de prévisions pour l'assurance-maladie

Différentes tentatives ont été faites pour mieux comprendre les causes de l'augmentation des coûts de la santé et de l'assurance-maladie, afin de pouvoir influencer sur leur évolution future de manière plus ciblée à tous les niveaux. Avant l'introduction des procédures annuelles d'approbation des primes, on recensait les prévisions des assureurs-maladie et des cantons en matière d'augmentation de primes ainsi que les mesures prises par les cantons pour réduire les coûts. Cette démarche avait pour objectif de créer une base permettant d'établir un diagnostic différencié de l'évolution des coûts et d'effectuer les ajustements. Elle devait permettre de prendre des mesures ciblées à différents niveaux dans le domaine de la santé. Pour diverses raisons, les enquêtes supplémentaires, qui étaient censées constituer une mesure transitoire, n'ont pas eu le succès escompté.

Ces dernières années, les relevés statistiques et les sources de données ont été étendus et consolidés. Les conditions sont donc maintenant réunies pour permettre une analyse de l'augmentation des coûts fondée sur des données de meilleure qualité.

Avec la collaboration des assureurs-maladie et des cantons, l'OFAS est donc en train de compléter les sources de données disponibles par des informations concernant la structure et le mode de fonctionnement du système de santé, afin d'élaborer un modèle de prévisions qui permettra de mettre en évidence les tendances, de simuler les options envisagées et d'évaluer mathématiquement leurs effets. Le modèle permettra ainsi d'illustrer, de manière chiffrée, les mécanismes sous-jacents de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie et d'étayer la discussion concernant le besoin et les possibilités d'action par des évaluations des effets de ces actions sur les coûts; ces éléments faciliteront une prise de décision entre les acteurs concernés. Ce modèle sera conçu comme un modèle d'apprentissage récurrent; il permettra d'incorporer au fur et à mesure les expériences faites et le feedback obtenu. Il devra en outre servir de base pour l'établissement du budget des assureurs (notamment la budgétisation des primes) et des cantons (notamment les réductions de prime).

Objectifs du modèle prévisionnel

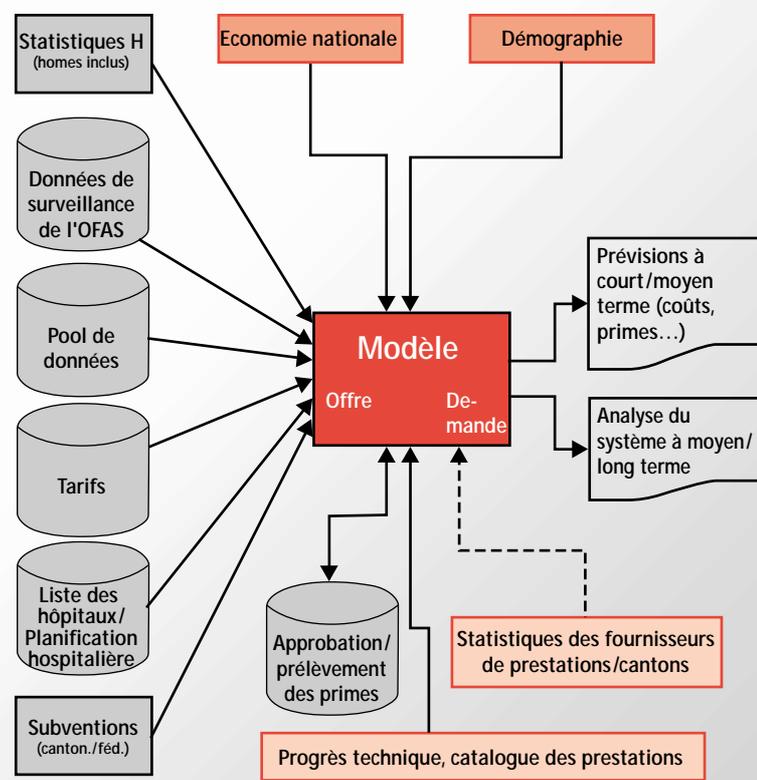
Le modèle prévisionnel doit fournir les valeurs suivantes :

1. la hausse des coûts à laquelle il faut s'attendre dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire par canton et pour l'ensemble de la Suisse, différenciée en fonction des différents types de coûts (différenciation progressive);
2. la progression des primes à laquelle il faut s'attendre dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire par canton et pour l'ensemble de la Suisse (hausse des coûts plus ou moins l'augmentation des frais d'administration et des revenus du capital); les prévisions concernant les coûts et les primes devront indiquer les résultats d'un scénario des tendances ainsi que ceux d'un scénario minimaliste et d'un scénario maximaliste;
3. la simulation des conséquences sur les coûts et des effets sur les primes induits par des modifications des conditions cadres.

Il est prévu d'utiliser les sources de données suivantes pour l'élaboration du modèle :

Sources de données

8



Un projet d'analyse fondamentale du secteur Statistique 2 : développement d'une méthode destinée à décrire les prestations dans le domaine hospitalier

Depuis 1998, les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers des patients font l'objet d'une statistique pour tous les hôpitaux sur l'ensemble du territoire suisse (statistique médicale). Les données ainsi recueillies comportent, outre des données sociodémographiques anonymes, des informations sur les diagnostics et les traitements. Afin que ces données puissent être structurées de façon à permettre d'en tirer des supports décisionnels, les informations doivent être condensées de manière à rendre visibles les prestations ou les produits d'un établissement. Il s'agit là d'une condition fondamentale pour répondre aux questions liées à la mise en œuvre et au développement ultérieur de la loi sur l'assurance-maladie. La transformation de ces informations en connaissances implique de mettre ces données, dont le contenu est d'une extrême complexité, sous une forme appropriée à l'objectif visé – la description des prestations – tout en améliorant la transparence et la comparabilité.

Pour ce type de réduction de complexité appliquée aux diagnostics et aux traitements médicaux, on a développé aux Etats-Unis le système CCS (Clinical Classifications System). Le groupage selon le CCS vise à rassembler les codes attribués aux diagnostics et aux traitements dans les statistiques des patients pour obtenir des groupes ayant une cohérence clinique aussi grande que possible. Alors que les données concernant les diagnostics comportent des milliers d'entrées, la forme condensée ne compte plus que quelque 250 groupes. L'OFAS a mandaté H+ Les Hôpitaux de Suisse pour effectuer l'évaluation et l'adaptation du système CCS; ce projet est actuellement en cours.

Cet instrument pourra être utilisé pour la planification régionalisée des ressources et la description du recours aux prestations dans le domaine hospitalier et semi-hospitalier. Il ne s'agit toutefois en aucun cas d'un système de classification des patients, mais uniquement d'un auxiliaire pour évaluer les données des statistiques des patients.

(Daniel Zahnd)

Un projet d'analyse fondamentale du secteur Statistique 2 : élaboration de bases méthodologiques pour la comparaison des frais d'exploitation des hôpitaux

Dans le cadre de la fixation des tarifs dans le domaine hospitalier, la loi sur l'assurance-maladie prévoit, à l'art. 49, al. 7, la réalisation de comparaisons des frais d'exploitation. Selon les termes de la loi, il s'agit d'une comparaison des «coûts d'un hôpital» avec les «coûts d'hôpitaux comparables». On utilise donc ces comparaisons de coûts entre hôpitaux comme instrument de gestion.

Le législateur a souhaité qu'en cas de litige en matière de tarifs, les hôpitaux puissent être sommés de fournir les données nécessaires à l'autorité compétente pour qu'elle prenne une décision. Les données d'un hôpital ne pouvant être évaluées qu'en les comparant à celles d'autres hôpitaux, il faut théoriquement disposer des mêmes informations pour plusieurs, voire tous les hôpitaux. Par ailleurs, étant donné la complexité du sujet, on ne peut pas se limiter aux seuls aspects financiers. Il s'agit donc d'abord de choisir et d'évaluer de manière empirique différents indicateurs solides qui, en particulier, dépendent aussi peu que possible de la qualité des données. Les défis les plus importants sont de déterminer et d'évaluer la comparabilité, en d'autres termes de définir les critères de comparabilité de deux divisions ou de deux hôpitaux et la manière de déterminer cette comparabilité. L'élaboration des bases méthodologiques de cette démarche constitue l'objectif d'un projet réalisé par un expert indépendant sur mandat du secteur Statistique 2. Ce projet effectuera un état des lieux des systèmes existant en Suisse et à l'étranger pour la comparaison des frais d'exploitation; il documentera également les méthodes appliquées en Suisse. En définitive, l'instrument de comparaison des frais d'exploitation ne devra pas uniquement servir de support décisionnel, mais aussi d'auxiliaire pour le contrôle interne des coûts dans les hôpitaux ainsi que d'instrument de benchmarking. Ce projet se terminera vers la fin de l'année 2003 par l'élaboration d'un rapport sur les méthodes. *(Daniel Zahnd)*