

version allemande

Recommandations pour un autre modèle de financement et d'organisation des hôpitaux universitaires et des facultés de médecine en Suisse

Luc Schenker, mai 2002

Résumé

Ce texte de recommandations vise à sortir de l'impasse la question de l'estimation du coût des prestations académiques des hôpitaux universitaires et du financement de ce coût.

Il présente les recherches et études effectuées à Lausanne dans ce domaine et s'inspire en particulier des propositions faites en 1997 par Charles Kleiber, alors directeur général des Hospices cantonaux vaudois, tout en intégrant les développements de la révision de la LAMal et de la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires, ainsi que les expériences du financement par APDRG qui ont débuté en 2001/2002 dans les cantons de Vaud et Zurich.

Les cinq premières recommandations traitent de l'organisation de l'hôpital universitaire et de la Faculté de médecine, de leurs statut et gestion, de leurs relations et collaborations.

Les quatre dernières recommandations traitent de la répartition du financement de la Faculté et de l'Hôpital universitaire, entre l'Université pour les activités académiques et le canton et les assureurs pour les activités de soins.

Avant-propos

Ce texte de recommandations présente les recherches et études effectuées à Lausanne dans le domaine du financement des hôpitaux et des études de médecine. Il répond à l'un des objectifs de l'Institut d'économie et management de la santé (IEMS) et du Réseau économie de la santé des universités suisses, qui est de participer au débat sur la politique suisse de la santé[1]

Il s'inspire, dans les grandes lignes, des propositions faites en 1997 par Charles Kleiber, alors directeur général des Hospices cantonaux vaudois[2]. Il complète et précise certains aspects de ces propositions sur la base des derniers développements sur la révision de la LAMal en matière de financement hospitalier, des réflexions des facultés de médecine en relation avec la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires[3] et des expériences du financement par APDRG qui ont débuté en 2001/2002 dans les cantons de Vaud et Zurich.

Ce texte avait pour objectif de lancer une étude commune sur le plan suisse, visant à adapter le modèle de financement des hôpitaux universitaires en fonction des tendances perceptibles à cette époque. Les autorités fédérales et cantonales dans le domaine de la formation et de la santé ont repoussé ces propositions et opté pour une méthode de mesure exhaustive des coûts académiques. Elles ont notamment chargé l'Office fédéral de la statistique (OFS) d'une enquête sur le coût des études de médecine[4] dont les résultats se sont avérés décevants. Cette étude n'a malheureusement pas suscité une réflexion de fond ni la recherche d'une voie différente.

Dans son document, Charles Kleiber relevait que la situation des hôpitaux universitaires suisses était caractérisée

- par un financement historique résultant d'ajustements administratifs réalisés pour faciliter la coexistence d'intérêts différents plutôt que pour améliorer la performance d'ensemble ;
- par l'absence de transparence ;
- par un enchevêtrement des compétences et des responsabilités ;
- ainsi que par l'impossibilité de mettre en œuvre des mécanismes incitatifs de financement.

Il relevait également que cette situation favorisait une budgétisation historique, sans distinction claire des charges universitaires et non universitaires et rendait difficile la décision, lorsque la situation économique oblige à faire des choix. Il en est de même pour la réallocation des ressources en fonction de nouvelles priorités, dans le domaine des soins comme dans le domaine académique.

Contexte

Le Conseil des Etats a récemment terminé ses travaux concernant la deuxième révision de la LAMal, s'agissant du financement hospitalier. Le Conseil national en débattit en juin 2002, mais les conclusions de sa commission montrent une grande communauté de vue.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement vise à mettre tous les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, sur un pied d'égalité et à assurer leur financement sur la base des prestations fournies.

Cette révision hospitalière offre l'opportunité aux établissements hospitaliers d'être financés par un système qui incite plus à la performance que l'actuelle couverture des déficits. En revanche, la mise en concurrence d'établissements de

toutes nature et mission représente un risque certain pour les hôpitaux universitaires et les tâches qu'ils assument en commun avec les facultés de médecine.

Parallèlement, l'évolution de la politique universitaire dans le domaine médical, la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires et la volonté de soumettre les facultés de médecine à une accréditation ont mis en évidence certaines carences. Par ailleurs, l'orientation politique vise à placer le monde universitaire, et en particulier les facultés de médecine, dans un environnement plus concurrentiel. Les ressources se concentreront davantage sur les hôpitaux universitaires et les facultés qui réaliseront la meilleure performance en termes de coût et de qualité.

Qu'est-ce que l'hôpital universitaire?

Pour comprendre les recommandations qui suivent, il est impératif de saisir la nature et le fonctionnement d'un hôpital universitaire par rapport à un autre hôpital.

L'hôpital universitaire se caractérise par une double mission de soins et de formation/recherche. Aucune de ces missions n'est l'appendice de l'autre. Elles coexistent et les services remplissent au quotidien les tâches de soins au patient et les tâches dévolues à un centre de formation et de recherche universitaire.

Ces dernières années, après le rejet des propositions de Charles Kleiber, les études réalisées se sont basées sur une hypothèse qui s'avère aujourd'hui clairement erronée. Ces études partaient de l'hypothèse que les activités académiques d'un hôpital universitaire étaient un appendice des soins et qu'il suffisait de mesurer les heures passées à enseigner, à former et à effectuer de la recherche pour distinguer, de manière exhaustive, fiable et définitive, les coûts académiques des coûts hospitaliers.

Or l'enquête menée sous la responsabilité de l'OFS, ainsi que les travaux complémentaires en cours en 2002 sur le coût d'un étudiant en médecine, ont mis en évidence que cette manière de voir entraînait un inventaire des coûts académiques qui laissait des montants considérables à la charge des soins. Déduction faite des montants académiques relevés dans le cadre de l'enquête, les hôpitaux universitaires auraient des coûts de soins presque deux fois supérieurs à ceux des hôpitaux non universitaires.

Même si les nomenclatures utilisées (DRG par exemple) ne permettent pas toujours de comparer précisément des hôpitaux qui ont des missions différentes, l'écart constaté n'est pas plausible. En effet, aucun élément concret ni aucune enquête ne permettent de penser que les hôpitaux universitaires suisses seraient plus mal gérés que les autres hôpitaux et que leurs coûts des soins seraient significativement différents, à tâches égales, de ceux des autres hôpitaux. C'est donc ailleurs qu'il faut rechercher ces différences, dans les caractéristiques mêmes de l'hôpital universitaire. En effet, l'hôpital universitaire, dans toutes ses activités y compris son activité clinique, est organisé en tant que centre de formation, de recherche, de référence et de développement dans tous les domaines de la médecine. Il s'agit là d'une exigence incontournable pour être un centre universitaire.

De nombreuses constatations illustrent cette particularité. Par exemple :

- Dans la gestion du patient, l'obligation de recueillir de nombreuses informations, nécessaires à l'enseignement ainsi qu'aux études épidémiologiques et cliniques, demande un effort sans rapport avec ce qui serait strictement utile pour prendre correctement en charge les patients.
- Les services médicaux sont organisés en fonction de la double tâche clinique et académique. L'importance des tâches des chefs de service et de leurs collaborateurs (professeurs ordinaires, professeurs associés) n'ont aucun rapport avec le strict décompte des heures d'enseignement et des heures passées à la recherche.
- Il n'y a pas d'enseignement digne de ce nom sans recherche continue sur les nouveaux traitements, sans suivi de la littérature, sans participation à des protocoles cliniques internationaux, etc. Ces activités ne sont pas directement justifiées pour une majorité des patients qui s'adressent à l'hôpital universitaire, mais aucune nomenclature ne permet d'en affecter les coûts aux patients qui en bénéficient.

Ainsi le financement des hôpitaux universitaires implique une double approche, à la fois par les prestations (cliniques et formation/recherche) et par une reconnaissance des coûts induits par cette double mission. Les calculs effectués dans le canton de Vaud, dans le cadre du financement des hôpitaux par APDRG, ont montré que les coûts induits par le rôle académique de l'hôpital universitaire étaient considérables et que la part totale des charges d'enseignement et de recherche s'élevait à près d'un tiers alors que les coûts directs estimés dans le cadre de l'enquête OFS étaient très nettement inférieurs à ce pourcentage.

Le Sonderfall des facultés de médecine

Depuis de nombreuses années, les facultés de médecine sont mal à l'aise dans les universités, tiraillées entre leur forte insertion dans l'hôpital universitaire et leur appartenance à l'université elle-même. Les universités peinent, quant à elles, à reconnaître les particularités de la médecine, notamment le rôle clinique des professeurs. La direction des hôpitaux universitaires, généralement issue du monde administratif, comprend souvent mal les impératifs des tâches académiques, ce qui entraîne de nombreuses frictions.

A ce climat de malaise s'ajoute la continuelle remise en question du nombre de facultés de médecine en Suisse ces dernières années. Depuis une vingtaine d'années, les politiciens craignent une croissance démesurée de la démographie médicale, sans rien entreprendre de sérieux. D'autres pays ont réagi plus vite en limitant, plus ou moins fortement, l'accès aux études et aux professions médicales.

Or aujourd'hui, dans nombre de ces pays, on constate une pénurie de médecins. La plupart des hôpitaux européens souffre d'un manque de médecins plus ou moins marqué. En Suisse même, les hôpitaux ont besoin de l'apport de médecins étrangers, attachés à l'hôpital en raison de l'absence d'un droit de pratiquer en privé. Cette situation changera à la suite des accords bilatéraux signés avec la Communauté européenne sur la liberté d'établissement. La Suisse risque ne plus être à l'abri des difficultés que connaissent ses voisins. Par ailleurs, les réflexions sur l'accréditation des facultés de médecine mettent en évidence l'insuffisance de l'encadrement des étudiants dont se plaignent également les assistants en formation post-graduée.

Certes, l'accès aux études de médecine devrait être limité afin de prendre en charge correctement les étudiants qui s'inscrivent dans les cinq facultés de médecine suisses. Cependant, la situation des pays européens montre qu'il ne faut pas diminuer le nombre d'étudiants en médecine au-delà de cette limite ni concentrer les études dans trois facultés « mammoth », dans lesquelles la qualité de l'encadrement serait plus difficile à assurer.

Cela ne signifie pas que les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires ne doivent pas collaborer pour éviter, dans certains domaines très spécialisés, une surcapacité préjudiciable. C'est d'ailleurs ce qu'ils envisagent pour les transplantations, tout en respectant le rôle de chacun des établissements. Il est imaginable qu'à l'avenir les facultés et les hôpitaux universitaires aient chacun deux ou trois pôles d'excellence tout en assurant la formation de base dans toutes les disciplines.

Recommandations sur l'organisation des facultés de médecine et des hôpitaux universitaires

Ces recommandations se fondent sur les principes suivants:

- La faculté de médecine et l'hôpital universitaire doivent activement collaborer. Ils doivent mettre en place une organisation qui reflète l'interpénétration de leurs activités et de leurs missions. Aucune des deux parties ne doit être l'appendice de l'autre.
- Une faculté de médecine ne peut exister sans une implémentation dans un centre hospitalier universitaire fort et reconnu sur le plan des soins, comme aucun hôpital universitaire ne peut remplir son rôle sans une faculté de médecine porteuse d'une recherche et d'une formation de haut niveau.
- La faculté de médecine doit conserver un ancrage au sein de son université, sous peine de se transformer en école professionnelle supérieure. Cet ancrage ne doit pas se traduire par un rattachement administratif contraignant qui constitue un frein à l'accomplissement de ses tâches, mais par une participation à une politique universitaire commune, facilitant la multidisciplinarité et la complémentarité avec les autres facultés.
- Pour remplir ces tâches complexes et être le véritable partenaire de l'université et de la faculté de médecine, l'hôpital universitaire doit bénéficier d'une large autonomie et évoluer dans un contexte institutionnel qui respecte ses particularités. Il doit cesser d'être une entité de l'administration cantonale dont les règles découlent de son rôle régalién et social. Ces règles ne sont pas adaptées - et ne le seront jamais - à la gestion d'une entreprise qui doit s'inscrire dans un contexte concurrentiel.

Recommandation 1: statut des hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires doivent être dotés d'un statut public distinct des administrations cantonales. Les autorités cantonales doivent exercer une surveillance, mais ne pas intervenir dans la gestion de l'institution. Les relations entre les cantons et les centres hospitaliers universitaires doivent se fonder sur un système conventionnel ou de contrat de prestations dans lequel les deux parties traitent sur un pied d'égalité.

Recommandation 2: relations entre hôpital et université

Les relations entre l'hôpital universitaire et l'université doivent faire l'objet de conventions qui fixent les obligations et les droits des deux parties et harmonisent le fonctionnement académique et celui de l'entreprise hospitalière.

Recommandation 3: gestion des facultés de médecine

Les facultés de médecine doivent être gérées selon les mêmes règles que l'hôpital universitaire. Elles doivent pouvoir s'organiser et se gérer en fonction de leurs particularités et de leur lien avec l'hôpital, tout en conservant un lien fort avec l'université. La convention précitée entre l'hôpital et l'université doit permettre d'harmoniser les fonctionnements universitaire et hospitalier.

Recommandation 4: collaboration entre hôpital et faculté

Tout en conservant leurs spécificités respectives, les autorités de la faculté de médecine et celles de l'hôpital universitaire doivent trouver des modalités communes de travail, chaque entité apportant à l'ensemble ses

compétences : l'hôpital universitaire dans le domaine de la gestion d'entreprise, des ressources humaines et des technologies, la faculté de médecine dans le domaine de la formation et du pilotage de la recherche.

Recommandation 5: cliniciens et chercheurs

L'hôpital universitaire a besoin de cliniciens et d'une organisation médicale orientée patients. Ce besoin n'est pas toujours compatible avec le légitime souhait des facultés de médecine que le corps médical universitaire soit d'abord performant dans la recherche. Des fonctions distinctes de cliniciens et de chercheurs doivent coexister au sein de l'hôpital.

Recommandations relatives au financement

Ces recommandations touchent à la répartition du financement de la faculté et de l'hôpital universitaire, entre, d'une part, l'université pour les activités académiques et, d'autre part, le canton et les assureurs pour les activités de soins. Elles admettent comme préalables:

- L'impossibilité d'établir une distinction exhaustive entre le coût des prestations académiques et cliniques.
- La nécessité de répartir les coûts induits, tant des activités académiques que des activités hospitalières, de manière pragmatique.
- La nécessité pour les hôpitaux et les facultés d'enregistrer, de manière précise et exhaustive, les prestations identifiables dans tous les domaines, sachant qu'il ne peut y avoir de financement à la prestation et de recherche de performance si les prestations fournies ne sont pas correctement mesurées, mais sachant également que toutes les prestations ne peuvent pas être précisément mesurées dans la formation et la recherche.

Recommandation 6 : principes du modèle de financement proposé

1er principe: coût universitaire = coût total d'exploitation ./. coût des soins

L'identification de la part universitaire (recherche et enseignement) dans le budget d'exploitation des hôpitaux universitaires est réalisée par déduction des coûts des soins du coût total de l'hôpital. Les expériences réalisées avec les APDRG permettent aujourd'hui d'approcher le coût des soins de manière appropriée. La double comparaison, avec les hôpitaux non universitaires et entre hôpitaux universitaires, pourra mettre en évidence d'éventuels surcoûts liés à la gestion et permettre de corriger le financement si nécessaire.

2e principe: coût universitaire = coûts directs + coûts indirects

Les coûts universitaires sont divisés en deux catégories:

- Les coûts directs correspondent à des objectifs, des activités et des résultats explicites ou facilement identifiables. Il s'agit par exemple du coût d'un projet de recherche ou d'un programme d'enseignement.
- Les coûts indirects correspondent à des objectifs, des activités et des résultats implicites ou plus difficilement identifiables (développement, direction de la recherche, gestion, ...), ainsi qu'au coût d'overhead de l'hôpital.

3e principe: coûts universitaires directs = somme des coûts des programmes décidés par la faculté de médecine

Les ressources correspondant aux coûts universitaires directs sont placées sous la responsabilité de la faculté de médecine, en collaboration avec la direction de l'hôpital. Elles les allouent directement –ou sur la base d'une mise au concours- aux services des hôpitaux sous la forme de projets et de programmes, en fonction d'objectifs et si possible d'engagements de résultats pour une durée limitée. Au terme du projet ou du programme, une évaluation est réalisée. Le coût universitaire direct est l'équivalent de la somme des projets et des programmes mis en œuvre.

4e principe : coûts universitaires = somme des ressources allouées destinées à couvrir les coûts induits par l'activité académique de l'hôpital.

Les ressources correspondant aux coûts universitaires indirects sont allouées, pour partie, par la faculté de médecine et l'hôpital aux services de niveau universitaire. Elles doivent permettre de financer les prestations académiques générales difficilement identifiables (procédures d'évaluation des soins et de l'enseignement, activité minimale de recherche et de conception des programmes de recherche qui donneront accès aux ressources universitaires directes). Pour l'autre partie, elles couvrent les coûts induits par l'activité académique, ainsi que l'overhead de l'hôpital.

L'application de ces quatre principes devrait permettre d'atteindre les objectifs définis et d'éviter les démarches traditionnelles et coûteuses de mesures analytiques détaillées des coûts de la fonction universitaire qui ne débouchent pas nécessairement sur une meilleure allocation de ressources et ne peuvent pas prendre suffisamment en compte les variations du coût des soins.

Les Hôpitaux universitaires et la Faculté de médecine de Lausanne ont commencé à mesurer le coût de leurs prestations selon ces quatre principes. On peut résumer la démarche mise en œuvre de la manière suivante:

- Les prestations cliniques fournies au patient sont mesurées à l'aide de nomenclatures (TarMed...) ou de classifications (APDRG,...). Les prix de revient de ces prestations sont comparés à ceux d'autres hôpitaux, non universitaires. Ce travail a déjà été fait pour les séjours hospitaliers somatiques aigus (la psychiatrie et le domaine de la réadaptation sont encore à la recherche d'une classification adaptée). Pour les prestations ambulatoires, TarMed permettra d'effectuer ce même travail d'ici 2004.
- Une étude est en cours pour évaluer le coût des tâches communautaires de l'hôpital (urgences,...), de manière à les financer séparément.
- La troisième étape consiste à mesurer les coûts directs des programmes de formation et des projets de recherche. Une fois ces coûts identifiés et les prestations évaluées à l'aide d'indicateurs, les hôpitaux et les facultés pourront se comparer et comparer leurs services.

Ces trois étapes franchies, les coûts induits indirects de la formation et de la recherche sont calculés par différence et, à nouveau, des comparaisons entre les cinq hôpitaux universitaires permettront d'évaluer leurs performances.

Recommandation 7 : financement des coûts universitaires

Le financement de la part universitaire doit provenir de l'université, selon les modalités fixées par convention entre les deux parties et être géré en commun par les organes de l'hôpital et ceux de la faculté. Le rôle de la direction de l'hôpital est d'apporter ses compétences en matière de gestion de projets, de gestion financière, de ressources humaines et de veiller à la cohérence du financement de ses services, la faculté effectuant le choix des priorités en matière de recherche, de la qualité et du contenu de la formation, ainsi que de l'évaluation de ces activités.

Recommandation 8 : autres tâches particulières assurées par les hôpitaux

Les cantons doivent préciser leurs attentes face aux hôpitaux universitaires qui fournissent fréquemment des prestations sociales et de santé publique dans leur région. Ces activités doivent être prises en compte correctement et financées de manière appropriée, par programme, y compris les coûts induits indirects et l'overhead.

Recommandation 9 : financement des soins

Dans la mise en œuvre d'un système de financement concurrentiel à la prestation, les autorités fédérales et cantonales doivent veiller à ce que les nomenclatures et les tarifs prennent en compte les activités spécifiques fournies par les hôpitaux universitaires en matière de soins et faire en sorte que les nouveaux mécanismes permettent une réelle concurrence sur les prix et la qualité entre les hôpitaux.

Luc Schenker

Economiste, chargé du cours de management et de financement de la santé à l'Institut d'économie et de management de la santé de l'Université de Lausanne
Directeur des finances des Hospices cantonaux vaudois – CHUV

[1] Créé en 1998 à l'Université de Lausanne par la Faculté HEC, la Faculté de médecine et l'hôpital universitaire, l'IEMS a pour objectif de renforcer les synergies entre les disciplines concernées par l'économie et le management de la santé – économie, management, médecine, santé publique, sociologie, anthropologie, démographie et droit – et de développer des activités d'enseignement et de recherche interdisciplinaires. En décembre 2001, la Conférence universitaire suisse – CUS a accepté la création du Réseau économie de la santé des universités suisses, dont l'IEMS est leading house.

[2] «Pour un autre modèle de financement des hôpitaux universitaires», Charles Kleiber, 22.2.1997, non publié.

[3] «Déclaration des facultés de médecine suisses au sujet des bases nécessaires pour leur organisation, responsabilités et financement», mai 2001, non publié.

[4] «Enquête sur les dépenses de l'enseignement et de la recherche universitaires dans les hôpitaux», Michelet M.-C., Züllig M., Vonlanthen C. 2001, Office fédéral de la statistique.