

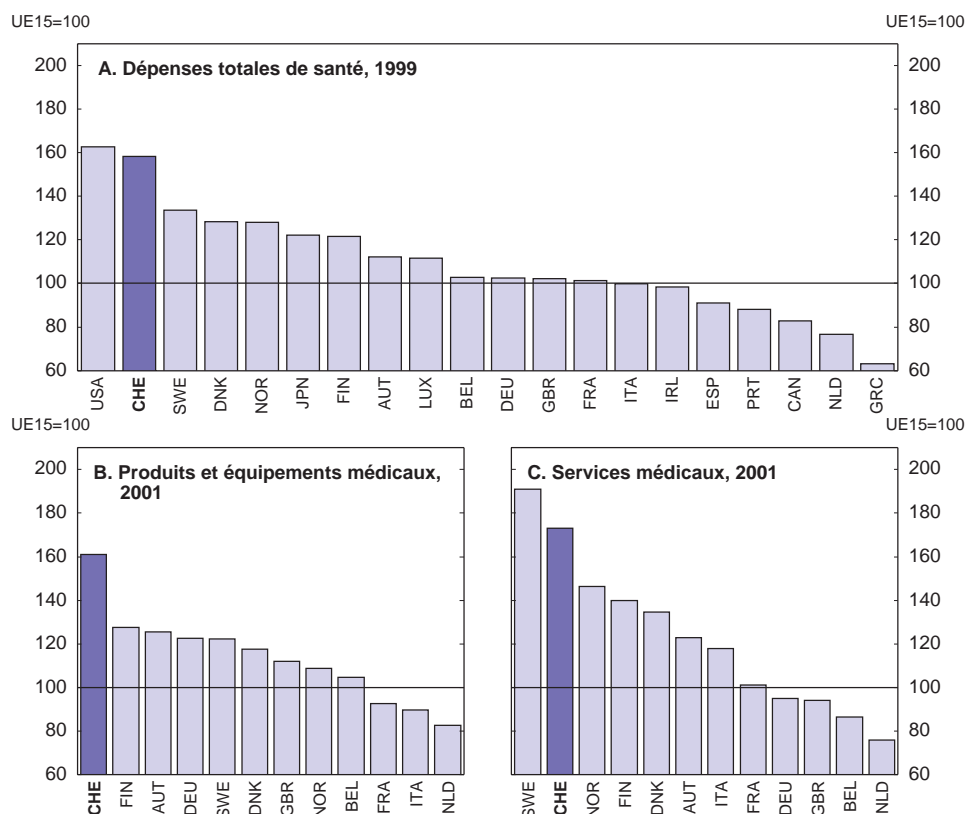


## OCDE ÉTUDE ÉCONOMIQUE DE LA SUISSE : LE SECTEUR DE LA SANTÉ SOUFFRE D'UN PROBLÈME DE RÉGLEMENTATION

*Ceci est un extrait du chapitre 3 de l'Étude économique de l'OCDE sur la Suisse, 2003.*

1. Le secteur de la santé, qui représentait près de 11 pour cent du PIB en 2001, est caractérisé par des prix très élevés par rapport aux autres pays et une forte réglementation, même si cette dernière caractéristique se retrouve dans la plupart des autres pays de l'OCDE (**graphique 29**). La demande de services médicaux s'exerce à travers un système d'assurance qui garantit aux individus un accès aux soins, c'est-à-dire limite un rationnement et assure une solidarité entre les assurés. Le contrôle des dépenses et les efforts d'efficacité dépendent donc, d'une part, de la capacité et des incitations des assurances de négocier des conditions et des prix avantageux et, d'autre part, des incitations des fournisseurs à renforcer leur efficacité. Toutefois, ni les prix ni l'offre ne sont contrôlés dans le cadre réglementaire actuel. Dans le cas des médicaments, par exemple, ceci se traduit par une croissance excessive des dépenses (chapitre II et annexe III). On estime que les facteurs économiques (niveau des salaires et des taux d'intérêt) et les caractéristiques démographiques et géographiques du marché n'expliquent que 3 points de pourcentage de l'écart de prix avec l'Allemagne, le Royaume-Uni, la France ou les Pays-Bas, lequel varie entre 13 et 38 pour cent (Infras/Basys, 2002), le reste de cet écart procure une rente aux fournisseurs et distributeurs au détriment des assurés.

## Niveaux relatifs du prix de la santé

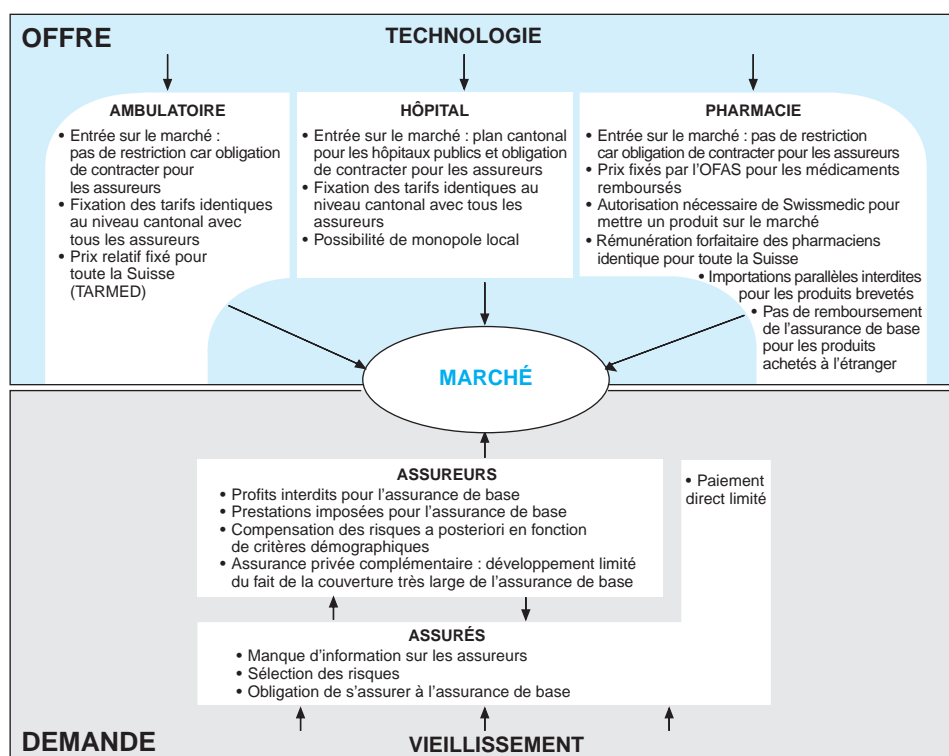


Source : Eurostat et OCDE.

*Une concurrence effective ne peut s'exercer pour les assurances de base des soins médicaux...*

2. Une concurrence effective entre assureurs est importante pour les inciter à négocier des conditions et des prix avantageux auprès des fournisseurs de soins. Des problèmes de réglementation affectent toutefois le marché de l'assurance obligatoire des soins de base, du fait en partie de la nécessité de promouvoir une solidarité (**graphique 30**). Malgré l'existence de grands écarts de primes pour les contrats standards de base que proposent de nombreuses caisses privées, peu de personnes changent d'assureur, ce qui ne favorise guère leur réduction contrairement à l'évolution observée en Allemagne (OCDE, 2003c). La faiblesse des mécanismes de marché résulte en partie d'un problème d'information des assurés (Colombo, 2001). Mais elle reflète aussi une tendance à la sélection des risques des assureurs. Les mauvais risques ont semble-t-il du mal à arbitrer entre les caisses, car celles-ci peuvent les sélectionner par exemple en influençant indirectement leurs décisions de joindre ou de quitter un assureur<sup>1</sup>. Le système de compensation des risques visant à empêcher cette sélection doit être amélioré. Les différences d'état de santé entre assurés sont mal mesurées à partir des seuls critères socio-démographiques actuellement utilisés pour effectuer cette compensation. De plus, celle-ci est réalisée de façon rétrospective, ce qui n'encourage guère les efforts d'efficacité puisque les dépassements de coûts des caisses peu performantes sont en partie répercutés sur les autres assureurs (Spycher, 2002). L'offre de produits à moindres coûts, comme les réseaux de soins (HMO), est aussi pénalisée par ce système alors que la demande est limitée car les rabais de primes accordés aux ménages pour l'adhésion aux HMO sont plafonnés (à 20 pour cent les cinq premières années). Enfin, l'interdiction de faire des profits sur l'assurance de base, limite les incitations à l'efficacité et l'innovation. Dans ce contexte, la sélection des risques constitue sans doute la stratégie optimale pour les assureurs afin d'attirer les meilleurs clients en vue d'accroître leurs gains sur le marché des assurances complémentaires.

## Principaux obstacles à la concurrence dans les marchés des soins médicaux et de l'assurance



...ni entre les prestataires de biens et services médicaux

3. La concurrence est pratiquement inexistante entre les fournisseurs de soins compte tenu de l'obligation de contracter des assureurs laquelle empêche tout contrôle de l'offre. Tous les assureurs d'un même canton doivent accepter les notes d'honoraires de tous les hôpitaux et praticiens privés exerçant pour l'assurance de base. De plus, les mêmes tarifs, négociés dans chaque canton entre les associations d'assureurs et de fournisseurs, s'appliquent *de facto* à toutes les caisses. Légalement, depuis la réforme de 1996, les assureurs et fournisseurs de prestations peuvent pourtant signer des accords qui diffèrent de ceux conclus entre leurs associations. Jusqu'à présent toutefois, cette liberté n'a été que très peu utilisée de sorte que les conventions tarifaires sont *de facto* régies par des cartels (*Office fédéral des assurances sociales* ou OFAS, 2001). De fait, les fournisseurs ne sont guère intéressés par des négociations décentralisées visant par exemple à développer des réseaux de soins alors que les cantons, qui contrôlent en dernier ressort les tarifs hospitaliers, veillent à traiter sur un pied d'égalité les établissements qu'ils subventionnent. La fin de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire pourrait débloquent cette situation et insuffler davantage de concurrence en favorisant des négociations décentralisées des tarifs. Pour cela, cette réforme doit traiter de façon équivalente tous les fournisseurs de soins, ceux déjà installés comme ceux nouvellement formés, lesquels devraient encourir le même risque de ne pouvoir exercer, plutôt que de favoriser *de facto* les personnes en place. Dans le secteur ambulatoire, une plus grande flexibilité des prix pourrait être couplée avec une réforme du système de rémunération des médecins. Ceux-ci sont actuellement payés à l'acte, ce qui stimule l'offre. Une place plus large devrait être accordée à un système de paiement forfaitaire par patient en liaison avec le développement des réseaux de soins. Cette réforme contribuerait ainsi à éviter que le nouveau système tarifaire (le Tarmed)<sup>2</sup> ne se rigidifie davantage. L'expérience internationale montre qu'il est en revanche difficile d'introduire une réelle concurrence dans le secteur hospitalier (OCDE, 2003c). Les obstacles à une telle évolution résultent notamment de l'existence de monopoles locaux hospitaliers et de la difficulté pour les assureurs de négocier les tarifs d'actes médicaux sans disposer d'une information suffisante.

4. Le marché des médicaments est aussi réglementé. Le système d'autorisation de mise sur le marché des produits pharmaceutiques, qui est contrôlée par l'État comme dans les autres pays, est complexe (annexe III). Le nombre de médicaments disposant d'une autorisation paraît réduit par rapport aux autres pays et seulement 3 pour cent d'entre eux sont des génériques<sup>3</sup>. La dépendance financière des autorités responsables de l'approbation de la commercialisation des médicaments par rapport aux fabricants pharmaceutiques a été réduite récemment avec la création de Swissmédic. Néanmoins, cette dépendance pourrait encore être problématique du point de vue de la concurrence (Infras/Basys, 2002). L'OFAS, l'autorité responsable des décisions sur les médicaments remboursés par l'assurance-maladie obligatoire, lesquels représentent près de 80 pour cent des ventes<sup>4</sup>, établit des limites supérieures de prix pour tous les offreurs de service en Suisse. Elle fixe ces prix maxima sur la base de comparaisons internationales et internes. Depuis la nouvelle loi sur l'assurance-maladie de 1996, une certaine convergence vers le niveau des prix européens est devenue apparente. D'un côté, les prix des médicaments remboursés, qui peuvent être révisés après expiration du brevet ou après quinze ans, ont été réduits par voie de décret par l'OFAS<sup>5</sup>. D'un autre côté, le développement rapide du marché des génériques favorise des pressions à la baisse sur les prix<sup>6</sup>. Toutefois, les prix des médicaments restent souvent plus élevés que dans les autres pays, les différences étant généralement dues à l'appréciation du taux de change. Le poids économique lourd de l'industrie pharmaceutique<sup>7</sup>, qui dispose en outre d'un avantage en termes d'information, semble aussi peser sur sa position vis-à-vis de l'OFAS, étant donné les obstacles existants qui empêchent une concurrence effective des importations dans ce secteur. Ceux-ci concernent en premier lieu l'interdiction des importations parallèles pour les produits protégés par des brevets, lesquels représentent 60 pour cent du marché. Depuis 2002, la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques autorise cependant les importations de médicaments dont le brevet est échu. En 2000, la COMCO a demandé au Conseil fédéral d'autoriser le remboursement des médicaments et produits médicaux achetés à l'étranger s'ils sont moins chers qu'en Suisse et ne posent pas de risque de santé publique, ce qui est actuellement impossible pour l'assurance de base. Aucune décision n'a encore été prise. Une levée de ces barrières aux importations serait favorable à une baisse des prix des produits pharmaceutiques. L'introduction du principe de prescription de substances actives plutôt que des produits de marques accroîtrait aussi l'indépendance des médecins par rapport aux pressions de l'industrie pharmaceutique et elle promouvrait la prescription des médicaments génériques. Il serait aussi nécessaire pour cela de supprimer la possibilité des médecins de délivrer eux-mêmes des médicaments dans certains cantons. Enfin, des possibilités existent pour améliorer davantage le nouveau système de rémunération des pharmaciens, qui est basé depuis juillet 2001 sur un paiement forfaitaire (et non plus sur les marges) fixé de façon identique dans toute la Suisse. Ce nouveau système a contribué à réduire le prix des médicaments de 10 pour cent. Ces tarifs forfaitaires, dont l'introduction a permis de déconnecter le revenu des pharmaciens des produits prescrits, devraient être négociés de façon décentralisée.

## NOTES

1. D'après des enquêtes, seulement 2 pour cent des assurés, principalement des personnes jeunes représentant des bons risques, auraient changé d'assureur en 2000, et ce pourcentage a baissé entre 1997 et 2000 (Colombo, 2001). Les assureurs peuvent inciter au départ les mauvais risques ou au contraire chercher à attirer des bons risques en proposant des options complémentaires à tarif intéressant.
2. Le Tarmed, qui sera appliqué au début de 2004, va remplacer les 26 systèmes cantonaux actuellement utilisés. Il définit les prix des services médicaux pour toute la Suisse en fonction d'un système de points qui dépend du temps consacré à chaque patient, de la compétence du médecin et du type de traitement fourni. La valeur du point doit être négociée au niveau cantonal.
3. En 2000, 7000 médicaments disposaient d'une autorisation de commercialisation, dont 2500 étaient remboursés par l'assurance-maladie de base alors que la sécurité sociale française remboursait 20 000 produits.
4. Une partie des médicaments remboursés par l'assurance-maladie obligatoire est prescrite par les hôpitaux, lesquels sont gérés par les cantons. Ces produits pharmaceutiques sont aussi achetés moins chers. La proportion des médicaments remboursés par l'assurance-maladie obligatoire, à l'exclusion des hôpitaux, atteint 60 pour cent des ventes.
5. La Suisse est le seul pays européen qui révisé les prix des médicaments remboursés après expiration des brevet ou après 15 ans.
6. Le marché des génériques a augmenté de 40 pour cent au premier semestre 2003 (mesuré en glissement) et cette hausse sera sans doute plus forte au cours du second semestre.
7. Vingt pour cent des exportations suisses proviennent de l'industrie pharmaceutique. Les laboratoires Novartis, Roche et Serono contrôlent 7 pour cent du marché mondial.