Examens de l'OCDE des systèmes de santé

Suisse



OCDE
ÉDITIONSOCDE

Organisation mondiale de la Santé

Examens de l'OCDE des systèmes de santé

Suisse

OCDE

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant ds thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèle développés par les pays membres.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations et des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine, fonction dont elle s'acquitte en partie grâce à son vaste programme de publications.

Dans ses publications, l'Organisation s'emploie à soutenir les stratégies sanitaires nationales et aborde les problèmes de santé publique les plus urgents dans le monde. Afin de répondre aux besoins de ses États membres, quel que soit leur niveau de développement, l'OMS publie des manuels pratiques, des guides et du matériel de formation pour différentes catégories d'agents de santé, des lignes directrices et des normes applicables au niveau international, des bilans et analyses des politiques et programmes sanitaires et de la recherche en santé, ainsi que des rapports de consensus sur des thèmes d'actualité dans lesquels sont formulés des avis techniques et des recommandations à l'intention des décideurs. Ces ouvrages sont étroitement liés aux activités prioritaires de l'Organisation, à savoir la prévention et l'endiguement des maladies, la mise en place de systèmes de santé équitables fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé individuelle et collective. L'accession de tous à un meilleur état de santé implique l'échange et la diffusion d'informations tirées du fonds d'expérience et de connaissance de tous les États membres ainsi que la collaboration des responsables mondiaux de la santé publique et des sciences biomédicales.

Pour qu'informations et avis autorisés en matière de santé soient connus le plus largement possible, l'OMS veille à ce que ses publications aient une diffusion internationale et elle encourage leur traduction et leur adaptation. En aidant à promouvoir et protéger la santé ainsi qu'à prévenir et à combattre les maladies dans le monde, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du but premier de l'Organisation – amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres ou celles de l'Organisation mondiale de la Santé.

Publié en anglais sous le titre :

OECD Reviews of Health Systems
Switzerland

© Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2006

Toute reproduction, copie, transmission ou traduction de cette publication doit faire l'objet d'une autorisation écrite. Les demandes doivent être adressées aux Éditions OCDE *rights@oecd.org* ou par fax (33 1) 45 24 13 91. Les demandes d'autorisation de photocopie partielle doivent être adressées directement au Centre français d'exploitation du droit de copie, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France (*contact@cfcopies.com*) ou (pour les États-Unis exclusivement) au Copyright Clearance Center (CCC), 222 Rosewood Drive Danvers, MA 01923, USA, fax (978) 646 8600, *info@copyright.com*.

Avant-propos

Cette étude du système de santé suisse a été entreprise conjointement par le Secrétariat de l'OCDE et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Elle fait suite aux études de l'OCDE des systèmes de santé de la Corée (2003), du Mexique (2005) et de la Finlande (2005).

Cette étude évalue les mécanismes institutionnels et la performance du système de santé suisse au regard des grands objectifs d'efficacité et de qualité, d'accès et de satisfaction des consommateurs, et finalement d'efficience et de viabilité financière. Elle discute des facteurs ayant un impact sur la performance et propose une évaluation des défis auxquels le système est confronté pour l'avenir et de la nécessité de le réformer. Ce faisant, elle vise à approfondir le débat sur les réformes de la santé en Suisse via un examen des forces et des faiblesses du système actuel et une évaluation des voies alternatives de réforme.

Les principaux auteurs de ce rapport sont Francesca Colombo, Pascal Zurn (détaché par l'OMS) et Howard Oxley, aidés de Maria Luisa Gil Lapetra et Maartje Michelson. Plusieurs membres du Secrétariat de l'OCDE, notamment Elizabeth Docteur, Martine Durand, Claude Giorno, John Martin et Peter Scherer ont fait part de leurs commentaires et apporté leur contribution à la réalisation de ce rapport. Du côté de l'OMS, plusieurs membres du Bureau régional de l'Europe à Copenhague en collaboration avec le siège de l'OMS à Genève, en particulier Guy Carrin, David Evans, Christian Gericke, Joseph Kutzin, Valérie Nadrai et Elke Jakubowski, ont aussi fait part de leurs commentaires et apporté leur contribution à la réalisation de ce rapport.

La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans le généreux concours des autorités suisses. Ce rapport a bénéficié de l'expertise et des matériaux fournis par les nombreux fonctionnaires et experts suisses en matière de santé que l'équipe a rencontrés au cours de sa mission en Suisse en août 2005. Parmi eux, des fonctionnaires de différentes agences et différents offices fédéraux, en particulier de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Office fédéral de la statistique, les autorités des cantons du Jura, de Neuchâtel, de St. Gall et de Zurich, des assureurs de santé, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé, des associations de consommateurs et des organisations non gouvernementales, des membres de l'industrie pharmaceutique et autres experts en matière de santé. L'équipe qui a réalisé ce rapport tient à remercier tout particulièrement les membres de la Division des affaires internationales de l'Office fédéral de la santé publique pour leur aide dans la préparation de la mission et la mise à disposition de données, en particulier Delphine Sordat, Laurence Krattinger et Gaudenz Silberschmidt.

Un projet de rapport a été présenté lors d'un séminaire organisé par l'Office fédéral de la santé publique, l'OCDE et l'OMS en avril 2006 à Berne (Suisse). Le rapport final a mis à profit les commentaires des experts suisses de la santé et des représentants des autres pays de l'OCDE qui ont participé à ce séminaire et formulé de précieux commentaires. Les auteurs du rapport tiennent à remercier tout particulièrement Kimmo Leppo du ministère finlandais des Affaires sociales (et de la Santé) ainsi que M. Roel Bekker, M. Frido Kraanen et Mme Ingrid Linnemans du ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports, qui ont assisté au séminaire en qualité de représentants du Groupe de l'OCDE sur la santé et qui ont aimablement participé à la discussion du projet de rapport.

Table des matières

Note de synthèse 11

Introduction 15

Chapitre 1. **Organisation du système de santé suisse** 17

1.1. Principales caractéristiques de la Suisse 19
1.2. Le poids économique du secteur de la santé 29
1.3. Gouvernance du système de santé suisse 31
1.4. Financement de la santé et couverture par un système d'assurance 31
1.5. Offre des services de santé 42
1.6. Paiement des prestataires, remboursement et passation de marchés 57
Notes 63

Chapitre 2. **La performance du système de santé suisse : efficacité et qualité** 67

2.1. Niveaux de santé et inégalités 68
2.2. Mode de vie et facteurs de risque 74
2.3. Prévention des maladies et promotion de la santé 78
2.4. Qualité des soins 84
Notes 91

Chapitre 3. **La performance du système de santé suisse : accès aux soins et réactivité aux attentes des usagers** 93

3.1. Les soins de santé : accès et couverture 94
3.2. Réactivité du système de santé suisse 109
Notes 113

Chapitre 4. **La performance du système de santé suisse : efficience et viabilité financière** 115

4.1. La viabilité financière des dépenses de santé 116
4.2. L'efficience du système de santé suisse 129
Notes 148

Chapitre 5. **Réformes récentes et propositions de réforme du régime suisse d'assurance-maladie** 151

5.1. La première révision de la LAMal 152
5.2. Deuxième et troisième révisions de la LAMal 153
5.3. Réformes ultérieures dans le domaine des soins de longue durée 157
Notes 158

Chapitre 6. **Les défis de la politique de santé et les pistes possibles pour les réformes** 159

6.1. Efficacité et qualité du système de santé suisse 162
6.2. Accès aux soins et protection financière 166
6.3. Efficience et viabilité financière 169
6.4. Problèmes systémiques à plus long terme 179

Liste des sigles 185

Abréviations des cantons 187

Références 189

Liste des encadrés

1.1. Le système d'assurance-maladie sociale selon la LAMA 19
1.2. Principales responsabilités en matière de santé au niveau fédéral, cantonal et municipal 32
1.3. LAMal: principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance 36
1.4. Sélection d'institutions impliquées dans des activités de prévention et de promotion de la santé en Suisse 46
2.1. Activités de prévention du sida 82
2.2. La Loi française relative à la politique de santé publique 83
2.3. Interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les principaux facteurs de risque en Suisse 86
2.4. Gestion et amélioration de la qualité en Suisse : sélection d'initiatives 89
3.1. Procédures d'inclusion ou d'exclusion de biens et de services dans le paquet de prestations de la LAMal 98
3.2. Différences entre les cantons dans la gestion des aides à la réduction des primes 105
3.3. Mécanismes de protection des consommateurs en Suisse 111
4.1. Projections à long terme des dépenses au titre de la santé et des soins de longue durée 120
4.2. Gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux 124
4.3. Vieillissement de la population active et autres tendances émergentes en Suisse 125
4.4. Nombre et taille des assureurs LAMal 142
4.5. Améliorer les mécanismes de compensation des risques 143
4.6. Mesures prises par les assureurs pour influencer l'offre de soins et la maîtrise des coûts 146
6.1. Recommandations pour une réforme du système de santé suisse 182

Liste des tableaux

1.1. Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2003 23
1.2. Revenu national par habitant, par canton, 2003 24
1.3. Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible 28
1.4. Régime réglementaire de surveillance du marché suisse de l'assurance maladie 33

1.5. Contrats d'assurances particulières à l'intérieur du régime de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) 35
1.6. Financement des dépenses de santé en Suisse, 2003 39
1.7. Moyens disponibles dans le système d'offre de soins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible 43
1.8. Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2003 49
1.9. Proportion de médecins et d'infirmières nés à l'étranger travaillant en Suisse, 2001 52
1.10. Enregistrement en Suisse des infirmiers/ères et des sages-femmes formés à l'étranger, 2004 53
1.11. Répartition des dépenses de santé par type dans les pays de l'OCDE, 2003 . 55
1.12. Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004 59
1.13. Remboursement des traitements médicalement nécessaires dispensés en salle commune et en chambre individuelle 62
2.1. Part de la population se considérant comme en « bonne » ou en « meilleure » santé dans les pays de l'OCDE, 1992 et 2002 73
2.2. Proportion d'hommes et de femmes ayant été sous traitement médical au cours des 12 derniers mois, Suisse, 2002 74
2.3. Taux de mortalité imputable au cancer du sein en Suisse parmi une population de femmes âgées de 55 à 74 ans, 1995-2002 74
2.4. Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la mortalité, Suisse, 2002 76
2.5. Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la charge de maladie, Suisse, 2002 76
2.6. Taxation des cigarettes et du vin non pétillant dans une sélection de pays de l'OCDE, 2005 85
3.1. Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement, Suisse, 2003 96
3.2. Financement des dépenses de santé en Suisse par l'État, l'assurance sociale et les ménages, 2003 99
3.3. Couverture de l'assurance-maladie et proportion des paiements « out-of-pocket » dans les pays de l'OCDE, 2003 100
3.4. Aides aux personnes à faibles revenus pour la souscription d'une assurance maladie 102
3.5. Importance des différents produits d'assurance-maladie obligatoire 1996-2003 105
3.6. Évolution des aides aux personnes à faibles revenus et nombre de bénéficiaires, 1996-2003 106
3.7. Moyens, par canton, en termes de soins de santé 107
3.8. Ressources du système de santé au niveau cantonal, dépenses LAMal et capacité économique des cantons 108
3.9. Adéquation perçue des services médicaux suisses et des payeurs, 1992-2002 . . 110
4.1. Dépenses au titre des patients hospitalisés, des patients externes et des médicaments en Suisse, 1985-2003 122
4.2. Indicateurs de l'intensité d'utilisation des ressources en soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible 133
4.3. Productivité et taux d'utilisation des lits d'hôpitaux dans les pays de l'OCDE, 1993 et 2003 134
4.4. Le financement parallèle des hôpitaux en Suisse, 2002 137

4.5. Coûts administratifs, ratios sinistres-primes et réserves des assureurs LAMal, 1996-2003 148
5.1. Propositions du Conseil fédéral au Parlement pour la révision la plus récente de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) 154

Liste des graphiques

1.1. Le système suisse de santé : flux financiers, 2005 20
1.2. Carte de la Suisse 21
1.3. PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2004 22
1.4. Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003 24
1.5. Espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible 25
1.6. La population suisse par groupe d'âge, 2005 et 2050 26
1.7. Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible 27
1.8. Mortalité et fécondité dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible. 27
1.9. Répartition de certaines causes de mortalité, début des années 2000 29
1.10. Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 30
1.11. Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003 30
1.12. Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 41
1.13. Évolution de la part relative des agents de financement de la santé, en Suisse, 1990-2003 41
1.14. Dépenses de prévention et promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 44
1.15. Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2004 44
1.16. Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de santé publique, par niveau de financement, 2004. 45
1.17. Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2003 47
1.18. Évolution de la densité de médecins en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2002. 50
1.19. Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003. 54
1.20. Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2003. 56
1.21. Pays d'origine des médicaments vendus sur le marché pharmaceutique intérieur suisse 56
2.1. Années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002 69
2.2. Taux de mortalité pour les maladies cardiaques ischémiques et cérébrovasculaires, Suisse et sélection de pays de l'OCDE, 2002 70
2.3. Taux de mortalité pour tous les cancers, Suisse et sélection de pays

de l'OCDE, 2002 ou dernière année disponible 71
2.4. Taux de mortalité par cancer du sein, de la prostate et du poumon, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002 72
2.5. Taux de mortalité imputable aux maladies mentales, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1995-2002 73
2.6. Sélection d'indicateurs de la qualité des soins de santé, Suisse et moyenne de l'OCDE 75
2.7. Augmentation de la proportion de personnes en surpoids et obèses parmi la population adulte, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1992-2002 77
2.8. Consommation de fruits et légumes, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1961-2002 77
2.9. Taux de suicides pour 100 000 personnes dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000 81
2.10. Couverture vaccinale des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole, Suisse et pays de l'OCDE, 2003 83
3.1. Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000 . 97
3.2. Proportion des paiements « out-of-pocket » dans la consommation totale des ménages, 2003 ou dernière année disponible 101
3.3. Primes LAMal en pourcentage du revenu disponible après versement des aides à la réduction des primes 103
3.4. Corrélations entre le revenu par tête, les primes, les aides et le nombre de bénéficiaires 104
3.5. Disparité des primes au sein d'un même canton et d'un canton à l'autre, 2004 112
4.1. Taux moyens annuels de croissance réelle du PIB par habitant et des dépenses de santé dans la zone OCDE, 1996-2003 117
4.2. Variation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 1996 et 2003 . . 117
4.3. Dépenses de santé selon la LAMal, 2003 118
4.4. Augmentation des primes LAMal et de l'indice des prix à la consommation 119
4.5. Densité de médecins et prime moyenne selon la LAMal dans les cantons suisses 123
4.6. Technologies médicales en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 . . . 127
4.7. Revenus des médecins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, dernière année disponible 129
4.8. Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2003 . . . 130
4.9. Durée moyenne de séjour pour les soins aigus dans les pays de l'OCDE, 1990 et 2002 132
4.10. Procédures cardiovasculaires, Suisse et pays de l'OCDE, 2003 135
4.11. Ressources et utilisation des soins de santé dans les cantons suisses 136
4.12. Proportion des opérations de la cataracte et des amygdales effectuées en chirurgie de jour dans les pays de l'OCDE, 2003 138
4.13. Part des dépenses administratives dans les dépenses totales de santé dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000 147

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Note de synthèse

Le système suisse de santé a atteint toute une série d'objectifs importants qui lui ont été fixés. Les comparaisons effectuées avec d'autres pays de l'OCDE montrent que l'état de santé de la population est bon. Le système a mis en place une couverture d'assurance-maladie universelle permettant l'accès à un large éventail de soins de santé. Il offre un grand nombre de services médicaux utilisant des techniques de pointe et les patients sont très largement satisfaits des services de santé qui leur sont dispensés. Mais ces succès ont un coût et ce coût est élevé. La part des dépenses de santé dans le PIB (ou le PNB) est l'une des plus élevées de la zone OCDE et elle continue de progresser plus rapidement que le PIB. Dans le même temps, d'autres pays de l'OCDE font aussi bien, voire mieux, pour un niveau moindre de dépenses de santé.

La responsabilité des politiques de santé est fragmentée et cette fragmentation reflète la division des pouvoirs dans le système fédéral suisse. En pratique, on recense 26 systèmes de santé qui ne sont guère reliés entre eux, ce qui rend difficile l'élaboration de politiques nationales cohérentes et le développement de marchés plus vastes pour l'offre et l'assurance des soins de santé.

Trouver un meilleur équilibre entre prévention et soins

En dépit de toute une série de programmes de prévention et de promotion de la santé, la fragmentation des responsabilités en la matière a favorisé des activités dispersées et, pour l'essentiel, non coordonnées. L'adoption d'une loi-cadre régissant les politiques dans ce domaine permettrait une meilleure coordination. Lorsqu'elles adoptent des programmes spécifiques de prévention et de promotion de la santé, les autorités suisses devraient concentrer leurs efforts sur les problèmes particulièrement préoccupants pour la santé publique (comme la consommation de tabac et d'alcool) ou ayant fait, dans le passé, l'objet d'une attention insuffisante (comme la santé mentale et l'obésité). Il faudrait également mettre l'accent sur les mesures de prévention ayant un bon rapport coût-efficacité.

Une plus grande transparence en matière de qualité et d'efficacité des soins est nécessaire

La Suisse ne dispose pas d'indicateurs nationaux de la qualité des soins; un effort national de collecte de données sur la qualité des soins devrait donc être mis en place. S'en remettre, comme actuellement, à l'autorégulation professionnelle pour assurer la qualité des soins n'est peut-être pas suffisant pour garantir des standards de soins et la mise en œuvre des meilleures pratiques (« best practice »). L'autorégulation professionnelle peut être améliorée en élaborant des principes directeurs relatifs aux meilleures pratiques en donnant plus d'informations sur les erreurs médicales et en liant plus étroitement les performances à un système de récompenses et de sanctions.

Une plus grande cohérence entre les cantons pourrait être bénéfique pour le système de subventionnement des primes

Si, en Suisse, le financement des soins de santé est régressif, l'accès aux soins paraît être assuré par le système existant de subventionnement des primes et les exemptions de participation aux coûts. Toutefois, des différences importantes subsistent entre les cantons quant aux niveaux des aides et aux conditions d'éligibilité à ces aides. L'établissement, dans les cantons, de standards minimaux concernant les seuils de revenu donnant droit à une aide et le niveau minimum de celle-ci, contribuerait à plus grande cohérence des politiques.

Le rapport coût-efficacité du système de soins de santé peut être amélioré

L'assurance et l'offre de soins doivent être organisées sur une base nationale ou pluricantonale et les capacités excédentaires doivent être éliminées. Les mécanismes actuels de financement et de paiement encouragent des niveaux d'offre élevés et des soins hospitaliers qui coûtent trop cher. Des paiements de type DRG (Diagnosis-related Group) pour les soins aux clients hospitalisés devraient encourager une plus grande efficience de l'offre et des temps d'hospitalisation plus courts, augmentant ainsi l'offre disponible. Pour les soins primaires, l'évolution vers des systèmes de paiement ayant une composante prospective ou de capitation plus importante, de même que le recours à un médecin référent ou de famille devraient être encouragés. La pression sur les coûts peut également être atténuée par un examen plus attentif des services couverts par le paquet des prestations de base et un renforcement de l'évaluation technologique, en particulier pour les nouveaux traitements.

Une concurrence accrue peut aider à maîtriser les coûts mais pour fonctionner elle doit s'appuyer sur des réformes

Un recours accru aux génériques réduirait les coûts et une plus large ouverture à la concurrence étrangère sur le marché des médicaments non brevetés ferait baisser les prix des médicaments. Un système de fixation des prix des produits brevetés devrait utiliser un plus grand nombre de pays de référence. Sur le marché de l'assurance, la concurrence devrait être renforcée et associée à des incitations à l'amélioration de la qualité et de l'efficience. La pratique des contrats sélectifs devrait être autorisée dans le secteur des patients hospitalisés comme dans le secteur ambulatoire mais les assureurs devraient acheter les services sur la base de la qualité et de l'accès aux soins aussi bien que sur la base du prix. Le fait que les cantons comblent le déficit des prestataires ne devrait pas empêcher les réductions de l'offre. Enfin, il faudrait disposer de meilleures informations sur les performances du système de santé et des différents prestataires et assureurs.

Une amélioration des performances à plus long terme suppose de modifier la gouvernance du système de santé

De même que pour la prévention des maladies et la promotion de la santé, la fragmentation des responsabilités pourrait être réduite par la mise en place d'une loi-cadre pour la santé, fixant des objectifs nationaux et établissant les responsabilités en matière de financement ainsi que les tâches attribuées aux différents niveaux de gouvernement. Les dispositifs législatifs existants, comme la LAMal et une loi potentielle sur la prévention, pourraient être intégrés à cette loi-cadre. Pour ce faire, il semblerait qu'il faille changer la Constitution. Les résultats du dernier référendum dans le secteur éducatif montrent que l'adoption de mesures visant à une plus grande cohérence des politiques en matière de santé est possible si ces mesures s'appuient sur un consensus politique suffisant.

Introduction

La présente étude examine le système de santé suisse. Elle a deux grands objectifs. Tout d'abord, elle évalue, à l'aide d'un cadre d'analyse comparatif, la performance du système de santé au regard des principaux objectifs d'efficacité et de réactivité, d'accès aux soins et de financement équitable, et d'efficience de l'offre et de viabilité financière (voir OCDE, 2004b). Ensuite, à la lumière des points forts et des points faibles du système, elle discute des domaines dans lesquels des réformes pourraient être opérées pour améliorer la performance.

Le système de santé suisse compte à son actif de nombreux succès reconnus. Les indicateurs de l'état de santé de la population et des résultats sanitaires sont bons comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE. Par ailleurs, le système apparaît d'une grande réactivité par rapport aux attentes des patients, ceci grâce à une liberté de choix des prestataires et à un large accès aux soins via une couverture maladie universelle. Mais il est également confronté à plusieurs défis. Avec les dispositifs actuels de gouvernance, les autorités ont quelques difficultés à gérer de manière satisfaisante les questions de santé publique face, notamment, à l'émergence de nouveaux problèmes comme les maladies mentales et l'obésité. Suite à l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie en 1996 qui a rendu l'assurance-maladie obligatoire, l'ensemble de la population a eu accès à une gamme complète de services de santé modernes proposée par des assureurs mis en situation de concurrence. Mais l'objectif de la maîtrise des dépenses de santé grâce à l'introduction de la concurrence sur le marché de l'assurance n'a pas été atteint et les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB. En outre, peu d'efforts ont été déployés pour encourager et mesurer les soins de bonne qualité, par exemple en mettant davantage l'accent sur l'évaluation des performances du système de soins de santé. Le niveau élevé des dépenses de santé a conduit à s'interroger sur la bonne utilisation des ressources. Différentes propositions de réformes ont été faites et il existe un large débat sur les solutions possibles, en particulier celles pour améliorer l'efficience.

Pour relever ces défis, les décideurs doivent affronter un environnement difficile dû, pour une large part, à la structure actuelle de gouvernance du système de santé suisse. L'absence de cadre fédéral global définissant la politique en matière de santé freine les efforts de mise en œuvre de politiques nationales dans des domaines tels que la prévention et la promotion de la santé. Les systèmes d'information sont inadéquats et ne permettent pas d'obtenir toujours de bonnes informations pour alimenter le débat sur les politiques de santé. Le fait que le système est fragmenté et que les cantons suisses jouissent d'une large autonomie a conduit à l'existence de 26 sous-systèmes d'offre de soins. Parallèlement, les systèmes d'assurances sont multiples et les assureurs-maladie regroupent les risques sur des régions très petites et des populations restreintes. Les cantons n'ont souvent pas la taille adéquate pour organiser efficacement l'offre de services de santé et la concurrence effective entre les assureurs demeure faible. Les incitations du côté de l'offre et de la

demande ne semblent pas encourager un bon rapport coût-efficacité. Le système alloue les ressources sur la base d'un mélange de planification cantonale et d'une concurrence entre les assureurs. Cette structure mixte génère bien souvent des tensions entre les parties prenantes qui sont motivées par des incitations et des intérêts politiques et économiques contradictoires. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que des points de vue très divergents se soient développés concernant les axes de réforme appropriés. Dans la mesure où toute réforme majeure du système de santé devra être soumise à un référendum populaire, il est particulièrement important de rechercher un consensus national en faveur du changement.

Le rapport commence par une description des principales caractéristiques des mécanismes de financement, d'offre et de paiement des prestataires du système de santé suisse. Le chapitre 2 discute de la performance du système de santé en termes de niveau de santé, de l'équilibre entre la prévention et les soins curatifs, et de la qualité des services de soins de santé. Le chapitre 3 examine les forces et les faiblesses du système de santé suisse au regard d'objectifs de couverture équitable et d'accès aux soins de santé mais aussi de réactivité aux besoins des patients. Le chapitre 4 analyse les facteurs qui sous-tendent l'augmentation rapide des dépenses de santé et les domaines dans lesquels on peut obtenir des gains d'efficience tandis que le chapitre 5 fait le point sur l'état actuel des réformes et des propositions de réforme. Le chapitre 6 procède à une évaluation globale et formule des recommandations pour de nouvelles réformes.

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 1

Organisation du système de santé suisse

Ce chapitre décrit les principales caractéristiques du système de santé suisse. Il identifie les principaux acteurs opérant au sein du système et souligne leurs rôles et leurs relations. La section 1.1 replace ces caractéristiques dans le contexte du pays, sa structure administrative et politique, sa population et son environnement social. La section 1.2 donne un bref aperçu de la taille du système de santé et de son importance au sein de l'économie suisse. La section 1.3 se concentre sur la gouvernance et le partage des responsabilités pour l'élaboration des politiques de santé, leur mise en œuvre et l'offre de soins. La section 1.4 explique les mécanismes de financement du système de santé mais aussi les mécanismes de la couverture d'assurance-maladie de la population. La section suivante (section 1.5) décrit l'organisation de l'offre de services de santé et les relations entre prestataires et patients. Une dernière section explique le système de paiement et les mécanismes contractuels entre les prestataires et les tiers-payants.

Depuis que la Suisse s'est dotée, en 1848, d'une constitution fédérale ne conférant à l'État fédéral qu'une responsabilité limitée en matière de santé, le haut degré d'autonomie des cantons a façonné le système de santé suisse. Depuis cette époque, on n'a cessé de débattre des responsabilités et du rôle respectif des cantons et de la Confédération helvétique et ces discussions ont conduit, au fil des ans, à un élargissement modeste des responsabilités fédérales.

En Suisse, comme dans de nombreux pays de l'OCDE, l'évolution du système de santé pendant le XX^{e} siècle s'est caractérisée par la place primordiale donnée aux soins curatifs et le rôle clé de la profession médicale. Ce n'est qu'au cours des 25 dernières années que l'on s'est intéressé davantage aux politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Si l'offre de soins de santé est restée une responsabilité cantonale, l'assurance sociale est devenue une responsabilité fédérale depuis le début du XX^{e} siècle. Avant l'adoption, en 1911, d'une loi fédérale sur l'assurance-maladie, l'offre en la matière était le fait d'un large éventail de caisses-maladie. L'adhésion à ces caisses-maladie reposait principalement sur l'affiliation à un syndicat, l'activité professionnelle, l'appartenance religieuse et la localisation géographique. En 1903, le nombre des caisses-maladie était estimé à 2 006 et 14 % seulement de la population bénéficiait d'une couverture. Les caisses-maladie étaient de petites structures : la moitié d'entre elles comptaient moins de 100 membres et 50 % n'étaient présentes que dans une commune. En outre, le manque de coordination entre les caisses-maladie, le choix arbitraire des membres et l'opacité des mécanismes de fixation des primes étaient chose courante (Mulheim, 2003).

Pour s'attaquer au problème du regroupement de systèmes fragmentés, le gouvernement a d'abord proposé, en 1889, une loi fédérale sur l'assurance-maladie qui comportait une couverture obligatoire pour tous les travailleurs jusqu'à un certain niveau de revenu, mais la proposition soumise à référendum a été rejetée. La première Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident (LAMA)[1] a été adoptée in 1911. Son champ d'action était moins ambitieux que celui de la proposition de 1889. Initialement, la loi visait simplement à subventionner les assureurs-maladie reconnus et à imposer des exigences réglementaires minimales (encadré 1.1). Au fil des ans, cette loi a fait l'objet de plusieurs révisions et des réglementations lui ont été incorporées pour faciliter le libre passage d'une assurance à une autre et mieux définir les avantages couverts par la LAMA. En 1994, les préoccupations relatives à la hausse des coûts des soins de santé, l'équité de la couverture et l'offre de services de grande qualité ont conduit à l'adoption d'une nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)[2].

Aujourd'hui, le système de santé suisse est financé dans une large mesure (un tiers) par les primes de l'assurance-maladie obligatoire[3] qui sont définies par les assureurs sur la base de risques collectifs plutôt que sur la base des revenus des assurés. Au 1er janvier 2004, près de 7.4 millions de résidents suisses, dont 71 % d'adultes, 21 % d'enfants et 8 % de jeunes en formation, avaient une assurance obligatoire (Office fédéral de la santé publique, 2004d). Le nombre des assurés est demeuré relativement stable depuis 1996 et pratiquement personne n'est dépourvu d'assurance. Le graphique 1.1 présente le système de santé suisse.

Encadré 1.1. **Le système d'assurance-maladie sociale selon la LAMA**

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident (LAMA) de 1911 est une loi suisse inspirée d'un modèle bismarckien d'assurance sociale qui couvrait l'assurance-maladie en Suisse jusqu'à son remplacement par la LAMal en 1996. La Loi de 1911 établissait un paquet de prestations de base mais l'affiliation restait essentiellement volontaire et les conditions de l'assurance variaient considérablement d'un assureur à l'autre; tous les assureurs étaient des caisses maladie à but non lucratif. Les primes individuelles étaient calculées sur la base de l'âge d'entrée et du sexe de la personne assurée. Les primes pour les femmes pouvaient être supérieures à celles des hommes dans une proportion pouvant atteindre 10 % tandis que l'âge d'entrée dans le système entraînait des variations importantes en termes de primes. Les primes nominales n'étaient pas liées aux gains. Les personnes ayant un profil de risque important (mauvais risques) ne pouvaient passer librement d'un assureur à l'autre car les caisses-maladie pouvaient refuser de les assurer et leur facturer des primes qui ne tenaient pas compte des primes que leur facturait leur caisse-maladie antérieure. Dans ces conditions, il était difficile de parvenir à un système solidaire. La concurrence entre les caisses-maladie n'était pas non plus très loyale. Les caisses recevaient des aides financières publiques qui ne prenaient en compte que d'une manière imparfaite les différences de structure de risque d'un assureur à l'autre. Ce problème a subsisté même après l'adoption d'un système de compensation des risques par la LAMal. Les caisses qui avaient un pourcentage plus élevé de mauvais risques étaient forcées de facturer des primes moyennes plus élevées, ce qui incitaient les personnes plus jeunes et en meilleure santé à les quitter. Certaines caisses-maladie ont disparu du marché ou ont dû fusionner avec d'autres pour éviter la faillite. Bien que la nécessité de réviser et de moderniser la LAMA soit apparue depuis les années 60 sous l'effet de la pression grandissante des coûts et du souci de solidarité, les électeurs ont rejeté toutes les tentatives de corriger ses faiblesses jusqu'à la ratification en 1994 et l'entrée en vigueur en 1996 de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Gilliand, 1990).

Source : Adapté de Colombo (2001).

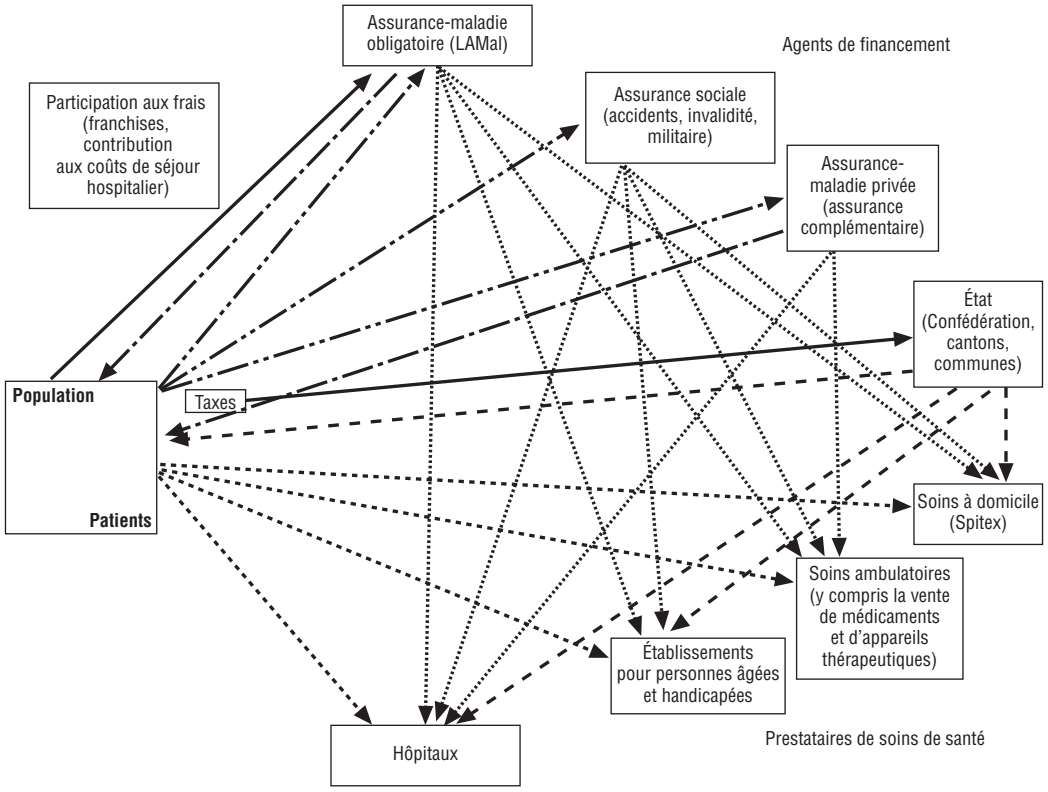
1.1. Principales caractéristiques de la Suisse

La Suisse est un petit pays de 7.4 millions d'habitants[4] occupant une superficie de 41 285 km^2. C'est un État fédéral constitué de 26 cantons (graphique 1.2). L'allemand est la langue maternelle d'environ 65 % de la population, le français de 20 % et l'Italien de 6.5 %. Une infime partie (0.5 %) de la population a le romanche comme langue maternelle tandis que les 8 % restants parlent d'autres langues non officielles (Office fédéral de la statistique, 2005c).

1.1.1. Structure politique et administrative

Dans la structure fédérale suisse, les responsabilités de gouvernement sont partagées entre trois niveaux différents : la Confédération, les cantons (26) et les communes (2 873 en 2004 mais leur nombre diminue au fil des ans). La décentralisation des pouvoirs au profit des niveaux inférieurs est considérable. Chaque canton a sa propre constitution, son Parlement, son gouvernement et ses tribunaux et les cantons détiennent tous les pouvoirs qui ne sont pas spécifiquement délégués à la Confédération. La Confédération a différents degrés de responsabilité dans des domaines comme la politique étrangère, la sûreté nationale, la politique monétaire, l'environnement, la santé et les transports. Enfin, les communes ont autorité dans plusieurs domaines dont l'éducation, la politique sociale et la planification locale, avec des degrés divers d'autonomie en matière de décision qui leur sont attribués par chaque canton.

Graphique 1.1. **Le système suisse de santé : flux financiers, 2005**



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

La Confédération suisse se caractérise par la stabilité et la continuité de ses institutions politiques. Le pouvoir législatif est exercé par un Parlement composé de deux chambres : le Conseil national où les cantons sont représentés au prorata de leur nombre d'habitants et le Conseil des États où chaque canton est représenté par deux membres[5]. Les membres des deux chambres sont élus au suffrage universel direct[6]. Le gouvernement est composé par les sept membres du Conseil fédéral ; il est élu tous les quatre ans par l'assemblée des deux chambres parlementaires. Les sept ministres exercent une présidence tournante. Le Tribunal fédéral de Lausanne, le Tribunal fédéral des assurances de Lucerne et, depuis 2004, le Tribunal fédéral pénal de Bellinzone[7] représentent les plus hautes instances juridiques en Suisse.

L'une des caractéristiques du système politique suisse est le droit d'initiative et de référendum. Le droit d'initiative (à la demande d'au minimum 100 000 électeurs) concerne les modifications à apporter à la constitution fédérale. Un référendum peut être initié à propos d'une nouvelle législation ou d'amendements à une législation existante et doit être demandé par un minimum de 50 000 électeurs. Dans certains cas, par exemple pour l'adhésion à des organismes supranationaux, l'organisation d'un référendum est obligatoire selon la constitution.

Graphique 1.2. **Carte de la Suisse**



Source : OCDE (2005), *Découpages territoriaux des pays membres de l'OCDE*, OCDE, Paris.

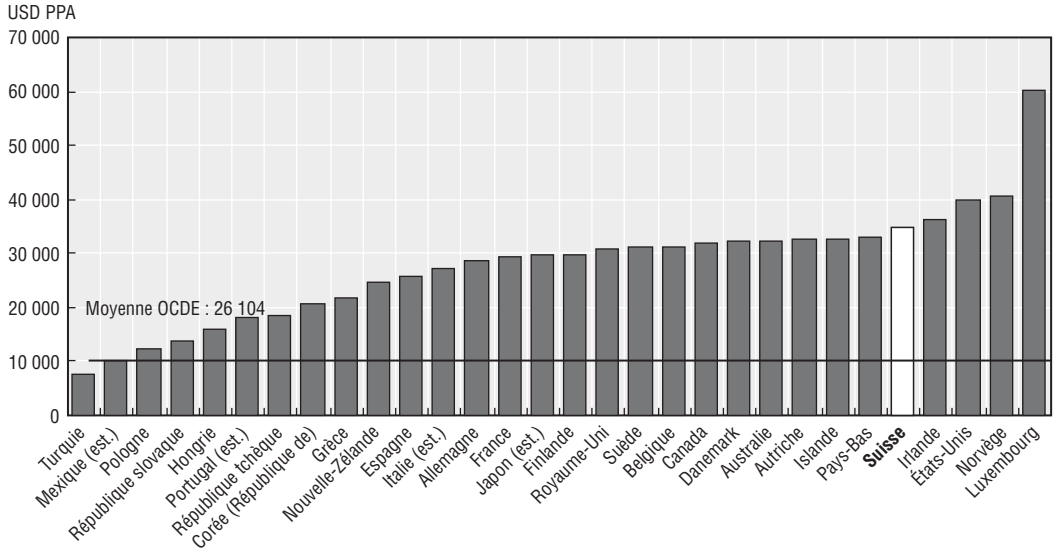
Depuis de nombreuses années, les relations avec l'Union européenne, qui représente 50 % des échanges de la Suisse, sont en première ligne du débat public. La Suisse n'est pas membre de l'Union européenne mais elle a signé avec l'UE des accords bilatéraux qui ont considérablement facilité la libre circulation des personnes entre les États membres et la Suisse. Il en résulte une ouverture progressive du marché du travail entre l'UE et la Suisse. Dans le secteur de la santé, la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins et d'infirmières est une mesure qui illustre cette tendance[8].

1.1.2. Contexte économique et social

La Suisse compte parmi les pays les plus riches de l'OCDE. Son PIB par habitant la classe en 5e position derrière le Luxembourg, la Norvège, les États-Unis et l'Irlande (graphique 1.3). En 2004, son PIB par habitant, qui avoisinait les 35 000 dollars en parités de pouvoir d'achat (PPA), était supérieur de 25 % à la moyenne de l'OCDE (26 000 dollars PPA). Les principaux secteurs économiques suisses sont les microtechnologies, les biotechnologies et l'activité pharmaceutique mais aussi la banque et l'assurance. L'une des principales caractéristiques de l'économie suisse est son ouverture aux échanges et aux investissements internationaux (OCDE, 2005d), même si de fortes barrières aux importations subsistent et si les producteurs nationaux sont largement subventionnés.

Les cantons diffèrent considérablement par leur taille (en moyenne 40 km^2), leur démographie et leur situation socio-économique (tableaux 1.1 et 1.2). Avec une population de 1.2 million d'habitants, le canton de Zurich est le plus peuplé tandis que le demi-canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures n'a qu'une population de 15 000 habitants. La densité de population varie selon un facteur de 190 entre le canton dont la densité est la plus forte, celui de Bâle-Ville, et celui dont la population est la plus clairsemée, celui des Grisons (Office fédéral de la statistique, 2005c). Environ 75 % de la population suisse vit en milieu urbain et les disparités sont grandes d'un canton à l'autre; 13 % de la population vit dans les plus grandes villes[9] de Zurich, Genève, Bâle, Berne et Lausanne (Office fédéral de la

Graphique 1.3. **PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2004**



Est. : estimations.

Source : OCDE (2005), *Système de comptes de la santé, OCDE,* Paris.

statistique, 2004c). En termes de revenus et de capacité financière, les inégalités sont importantes. Le revenu par habitant du canton de Bâle-Ville, le plus élevé du pays, est plus de deux fois supérieur à celui du canton d'Obwald, le plus faible du pays (Office fédéral de la statistique, 2005c). Un mécanisme de peréquation fiscale, financé par la Confédération et par les cantons les plus riches, compense dans une large mesure les disparités de recettes fiscales des cantons. En dépit d'un faible taux de chômage (de l'ordre de 4 % en 2004), l'économie suisse manque de dynamisme et les gains de productivité sont faibles comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2006a).

1.1.3. Tendances démographiques

Comparée à celle d'autres pays de l'OCDE, la population suisse est relativement âgée. En 2003, 15.7 % de la population avait plus de 65 ans et 22.5 % avait moins de 19 ans, tandis que les moyennes de l'OCDE sont respectivement de 14.1 % et de 25.4 % (OCDE, 2005a). En Suisse, le vieillissement de la population, engendré par la chute de la fécondité et l'allongement de la durée de vie, a été progressif. Le taux de fécondité diminue depuis les années 70. L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans a augmenté régulièrement depuis le début du siècle et cette tendance s'est poursuivie depuis 1970 (graphique 1.4) grâce à une baisse du taux de mortalité qui a été pratiquement divisé par deux sur la période 1970-2001. Avec une espérance de vie à la naissance estimée à 77.8 ans pour les hommes et à 83 ans pour les femmes, la Suisse est au-dessus de la moyenne de l'OCDE de plus de trois ans pour les hommes et de plus de 2.3 ans pour les femmes (graphique 1.5). Pour l'espérance de vie, la Suisse se classe en quatrième position de la zone OCDE pour les hommes, derrière l'Islande, le Japon et la Suède, et en troisième position pour les femmes, derrière le Japon et l'Espagne (OCDE, 2005a). En conséquence, le nombre des plus de 64 ans a plus que doublé depuis 1950, tandis que le nombre des plus de 80 ans a quadruplé (Office fédéral de la statistique, 2004k).

Tableau 1.1. **Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2003**

		Population[1]	Part de la population vivant dans les villes[2]	Part de la population vivant en milieu rural[2]	Densité de population[3]	Taux de dépendance économique[4]	Taux de dépendance économique des personnes âgées[5]
CH	Suisse	7 364	73 %	27 %	178	0.61	0.25
AI	Appenzell Rhodes-Intér.	15	0 %	100 %	87	0.78	0.28
AR	Appenzell Rhodes-Extér.	53	53 %	47 %	218	0.69	0.28
AG	Argovie	561	65 %	35 %	399	0.59	0.22
BL	Bâle-Campagne	264	92 %	8 %	511	0.61	0.27
BS	Bâle-Ville	187	100 %	0 %	5 045	0.61	0.33
BE	Berne	952	62 %	38 %	160	0.63	0.29
FR	Fribourg	247	55 %	45 %	148	0.63	0.21
GE	Genève	424	99 %	1 %	1 501	0.58	0.23
GL	Glaris	39	0 %	100 %	56	0.68	0.28
GR	Grisons	187	49 %	51 %	26	0.62	0.26
JU	Jura	69	30 %	70 %	82	0.70	0.28
LU	Lucerne	353	51 %	49 %	236	0.65	0.25
NE	Neuchâtel	167	74 %	26 %	208	0.67	0.29
NW	Nidwald	39	87 %	13 %	142	0.58	0.21
OW	Obwald	33	0 %	100 %	68	0.66	0.23
SH	Schaffhouse	74	74 %	26 %	248	0.66	0.30
SZ	Schwyz	135	80 %	20 %	149	0.61	0.22
SO	Soleure	247	77 %	23 %	312	0.63	0.27
SG	St.Gall	457	67 %	33 %	226	0.65	0.24
TG	Thurgovie	232	49 %	51 %	234	0.65	0.24
TI	Tessin	317	86 %	14 %	113	0.61	0.30
UR	Uri	35	0 %	100 %	33	0.67	0.27
VS	Valais	285	56 %	44 %	55	0.62	0.25
VD	Vaud	639	75 %	25 %	199	0.63	0.25
ZG	Zoug	104	96 %	4 %	434	0.56	0.20
ZH	Zurich	1 250	95 %	5 %	723	0.56	0.24

1. Milliers de personnes au 31 décembre 2003.
2. Définie par le recensement de population de 2000 (Recensement fédéral de la population – RFP, 2000).
3. Habitants au kilomètre carré.
4. Défini comme le pourcentage de la population des 0-19 ans et des 65 ans et plus rapportée à la population des 20-64 ans.
5. Défini comme le pourcentage de la population des 65 ans et plus rapportée à la population des 20-64 ans.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Encyclopédie statistique de la Suisse*, Neuchâtel.

La population est passée de 5.3 millions d'habitants en 1960 à près de 7.4 millions en 2004, progressant à un taux annuel moyen de 0.7 %, ce qui est conforme à la moyenne de l'OCDE de 0.8 % (OCDE, 2005a). La proportion de personnes nées à l'étranger est estimée à 22.4 % de la population totale, ce qui place la Suisse en troisième position des pays de l'OCDE, derrière le Luxembourg et l'Australie (OCDE, 2005f). Dans des hypothèses d'allongement continu de l'espérance de vie et de stabilité du taux de fécondité et des flux migratoires, la population totale devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, pour diminuer ensuite. Selon les prévisions, à l'horizon 2050, la population devrait se situer à peu près au niveau de celui de la fin des années 90 (Nations unies, 2003). Dans le même temps, le taux global de dépendance (pourcentage de la population des plus de 65 ans rapportée à la population des 19-64 ans) devrait passer de 48.5 % de la population en 2005 à près de 80 % en 2050. À l'inverse, la part de la population active devrait diminuer, pour passer de 62 % en 2003 à 55 % en 2050 (graphique 1.8) (Nations unies, 2003).

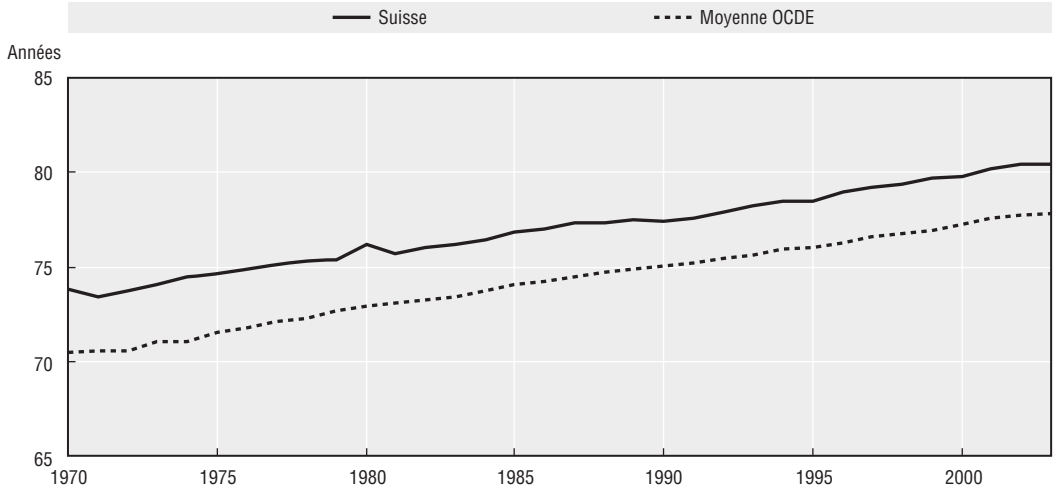
Tableau 1.2. **Revenu national par habitant, par canton, 2003**

Par ordre décroissant

		En CHF
BS	Bâle-Ville	99 865
ZG	Zoug	86 499
ZH	Zurich	66 050
GL	Glaris	64 318
NW	Nidwald	61 934
GE	Genève	59 123
SH	Schaffhouse	52 781
BL	Bâle-Campagne	51 849
VD	Vaud	51 332
CH	***Suisse***	***51 230***
AG	Argovie	48 145
SZ	Schwytz	46 696
UR	Uri	45 630
GR	Grisons	45 565
NE	Neuchâtel	45 474
SO	Soleure	43 902
SG	Saint-Gall	43 388
TG	Thurgovie	43 121
BE	Berne	43 066
AI	Appenzell Rh.-Int.	42 633
AR	Appenzell Rh.-Ext.	42 232
LU	Lucerne	41 219
TI	Tessin	38 745
FR	Fribourg	38 342
VS	Valais	37 367
JU	Jura	36 901
OW	Obwald	35 359

Note : 1 CHF = 0.740 USD et 0.659 EUR (2003).
Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Comptes nationaux,* Neuchâtel; OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

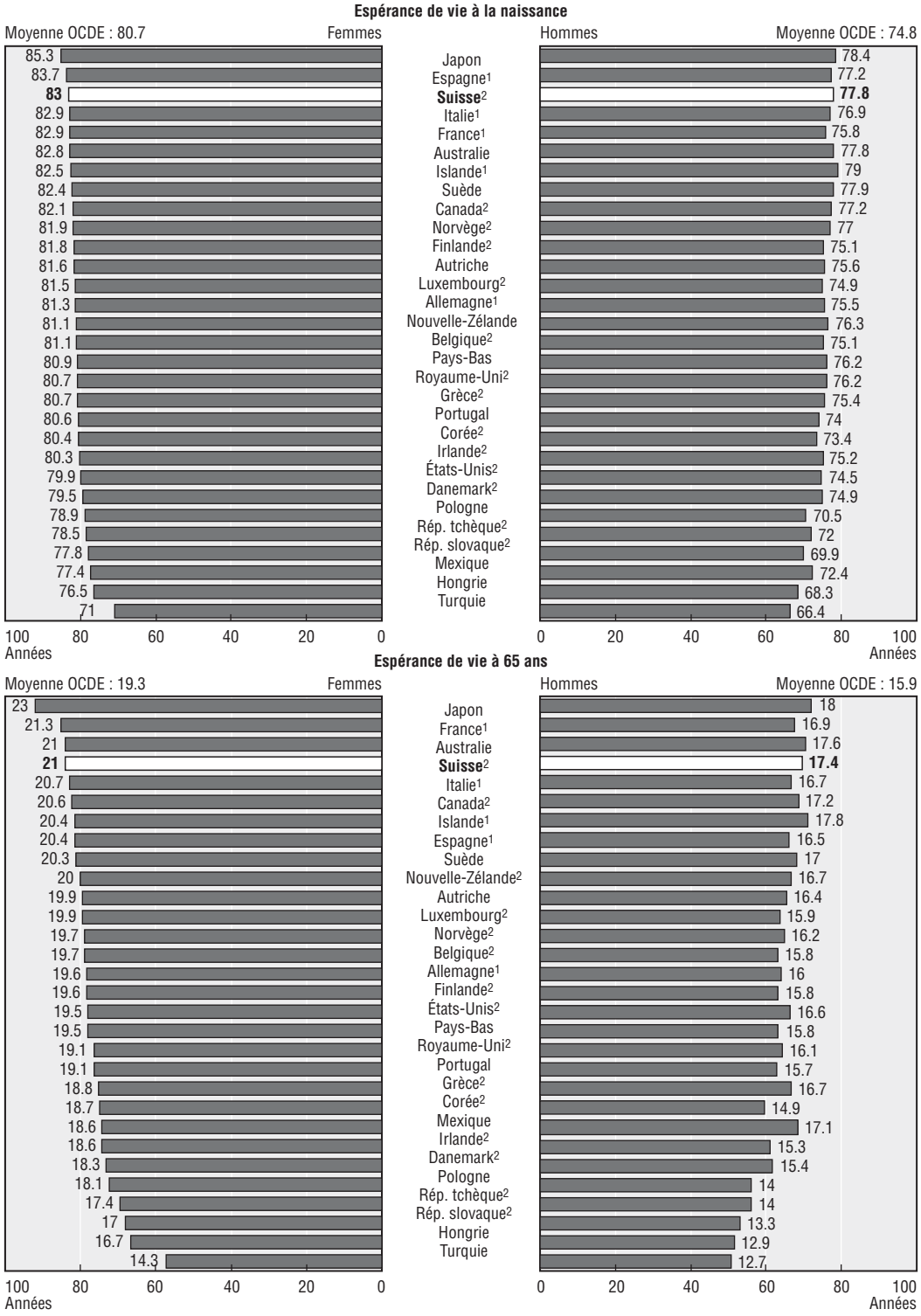
Graphique 1.4. **Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003**



Note : Jusqu'en 1985, la moyenne de l'OCDE inclut certains pays à séries incomplètes. La moyenne de l'OCDE exclut la Corée.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.5. **Espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

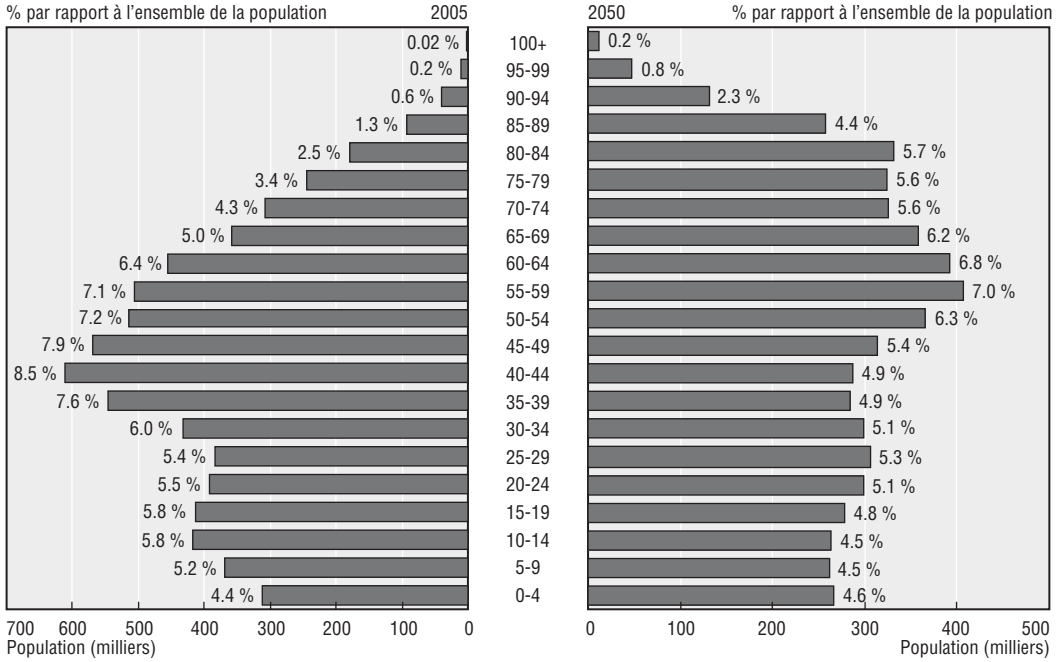


Note : Valeurs classées respectivement par ordre décroissant d'espérance de vie des femmes à la naissance et à 65 ans.

1. 2001.
2. 2002.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.6. **La population suisse par groupe d'âge, 2005 et 2050**



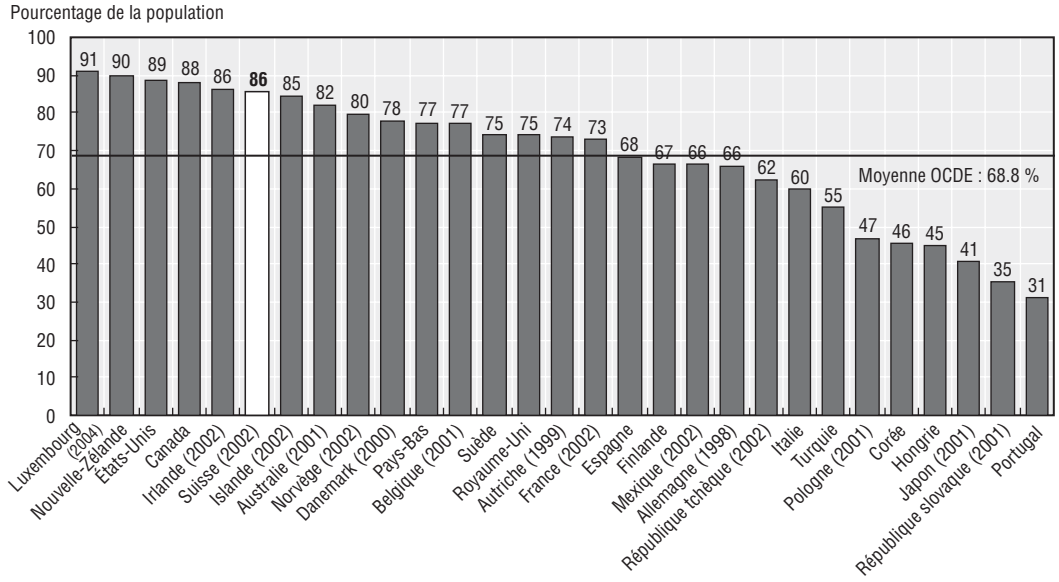
Source : Nations unies (2003), *Perspectives de la population mondiale 1950-2050 (Révision 2002)*, New York.

1.1.4. Profil épidémiologique

Les Suisses se considèrent généralement en bonne santé. Environ 86 % de la population affirme être en bonne, voire en très bonne santé, contre 68 % pour la moyenne de l'OCDE (graphique 1.6) (OCDE, 2005a). Toutefois, environ 15 % de la population fait état d'un problème de santé chronique constituant une gêne dans la vie quotidienne et 13 % de la population de plus de 65 ans vivant au sein d'un ménage privé déclare souffrir d'un handicap sévère (déficience visuelle ou auditive, mobilité réduite, etc.), ou avoir des difficultés dans ses gestes quotidiens (pour s'habiller, manger, etc.) (Office fédéral de la statistique, 2003c). Si la proportion de la population en état de surcharge pondérale ou d'obésité demeure inférieure à la moyenne de l'OCDE (on considère que 37 % de la population suisse est en état de surcharge pondérale contre 48 % pour l'ensemble de l'OCDE), le problème de surpoids est en train de devenir un important problème de santé publique. D'autres indicateurs de risques pour la santé publique montrent qu'en Suisse la consommation de tabac et celle d'alcool sont légèrement supérieures à la moyenne de l'OCDE (tableau 1.3) (OCDE, 2005a).

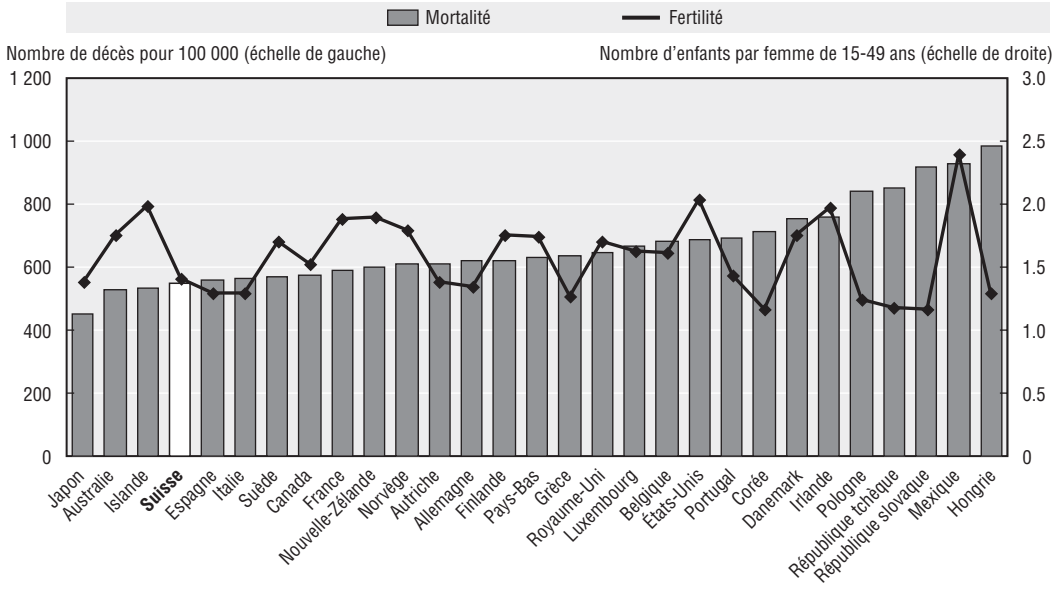
En Suisse, le taux global de mortalité standardisé selon l'âge est estimé à 550 décès pour 100 000 habitants, ce qui place le pays au quatrième rang parmi les pays de l'OCDE ayant le plus bas taux de mortalité, derrière le Japon, l'Australie et l'Islande (OCDE, 2005a) (graphique 1.6). En Suisse, comme dans d'autres pays de l'OCDE, les maladies non transmissibles, notamment les pathologies liées à l'âge, sont la principale cause de décès. En 2000, les maladies du système circulatoire ont représenté 40 % de tous les décès, suivies des tumeurs malignes ou cancers (25 %) et des maladies respiratoires qui ont représenté 6 % des décès (OCDE, 2005a) (graphique 1.9). Sur les dernières années, le taux global de mortalité a encore diminué suite à une baisse des décès dus à des problèmes circulatoires. Toutefois, la mortalité due aux troubles mentaux, dont la maladie d'Alzheimer, et au cancer du poumon chez les femmes, est en augmentation (Office fédéral de la statistique, 2005e).

Graphique 1.7. **Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.8. **Mortalité et fécondité dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**



Note :
Mortalité :
Mexique **:**
1995. Belgique : 1997. Danemark et France : 1999. Canada, États-Unis, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande et Suisse : 2000. Allemagne, Australie et Suède : 2001. Corée, Espagne, Grèce, Islande, Japon, Norvège, Pologne, République slovaque et Royaume-Uni : 2002.
Fertilité :
Australie, Canada, Corée et Mexique : 2002.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Tableau 1.3. **Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

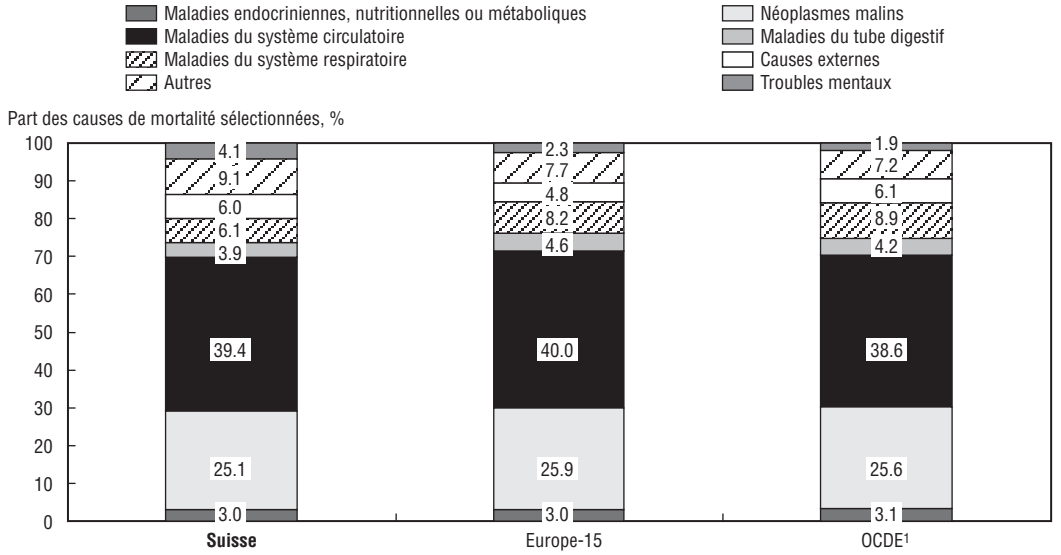
	Consommation d'alcool (litres par habitant pour la population des plus de 15 ans)	Consommation de tabac (% de fumeurs quotidiens dans la population)	Population en surpoids et obèse[1] (% de la population ayant un IMCI > 25 kg/m^2)
Australie	9.8[2]	19.8[3]	58.4[4]
Autriche	11.1	36.3[4]	46.1[4]
Belgique	10.7	27	44.4[3]
Canada	7.8[2]	17	46.5
République tchèque	12.1	24.1[2]	51.1[2]
Danemark	11.5	28.0	41.7[5]
Finlande	9.3	22.2	45.0
France	14.8[2]	27.0	37.5[2]
Allemagne	10.2	24.3	49.2
Grèce	9.2[2]	35[5]	57.1
Hongrie	13.4[2]	33.8	52.8
Islande	6.5	22.4	48.8[2]
Irlande	13.5	27[2]	47[2]
Italie	8.0	24.2	42[2]
Japon	7.6	30.3	24.9
Corée	9.3	30.4	30.6[3]
Luxembourg	15.5	33[3]	52.8
Mexique	4.6	26.4[2]	62.3[5]
Pays-Bas	9.7	32.0	45[5]
Nouvelle-Zélande	8.9	25.0	56.2
Norvège	6.0	26.0	42.7[2]
Pologne	8.1	27.6[3]	n.d.
Portugal	11.4	20.5[4]	49.6[4]
République slovaque	7.6	24.3[2]	57.6[2]
Espagne	11.7	28.1	48.4
Suède	7.0	17.5	42.8
Suisse	**10.8**	**26.8**[2]	**37.1**[2]
Turquie	1.5	32.1	43.4
Royaume-Uni	11.2	26.0	62.0
États-Unis	8.3[2]	17.5	65.7[2]
Moyenne de l'OCDE	**9.6**	**26.4**	**47.9**

1. IMC signifie indice de masse corporelle c'est-à-dire la masse (en kilos) divisée par le carré de la hauteur (en mètres). Les estimations se rapportent à la population adulte (c'est-à-dire, sauf indication contraire, à la population des 15 ans et plus) et se fondent sur les enquêtes nationales de santé pour la plupart des pays (autoévaluations) excepté l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis pour lesquels les données sont basées sur l'évaluation réelle du poids et de la taille. Cette différence de méthode limite la comparabilité des données car les chiffres des évaluations réelles sont sensiblement supérieurs à ceux des autoévaluations.
2. 2002.
3. 2001.
4. 1999.
5. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.9. **Répartition de certaines causes de mortalité, début des années 2000**

Suisse et autres pays de l'OCDE



Note :
Autriche, Espagne, Finlande, Hongrie, Luxembourg et Pays-Bas : 2003. Corée, Grèce, Islande, Japon, Norvège, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque et Royaume-Uni : 2002. Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Irlande, Italie, Suède et Suisse : 2001.
Danemark et Nouvelle-Zélande : 2000.
1. La moyenne de l'OCDE exclut la Belgique, le Mexique et la Turquie.

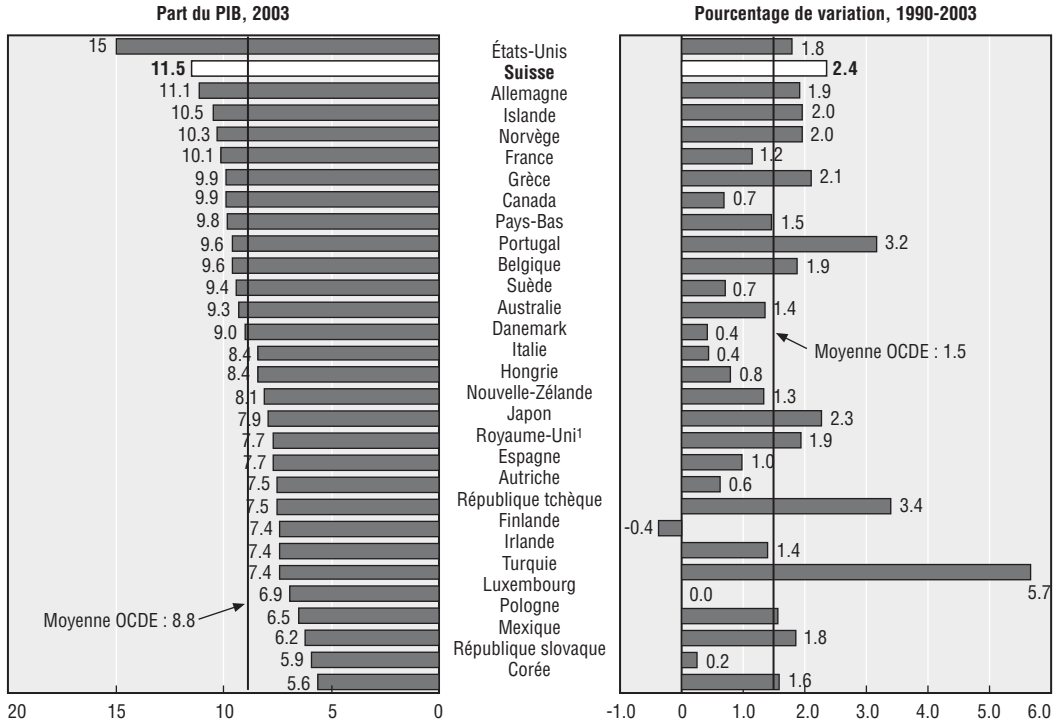
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

1.2. Le poids économique du secteur de la santé

En part de son PNB, la Suisse consacre à ses dépenses de santé plus de ressources que tout autre pays de l'OCDE hormis les États-Unis et l'Allemagne. En 2003, la Suisse a consacré à la santé 10.7 % de son PNB contre 15 % pour les États-Unis et 11.1 % pour l'Allemagne. Les comparaisons internationales sont moins favorables pour la Suisse lorsque les données sont normalisées par le PIB. Dans ce cas, les dépenses de santé représentent 11.5 % de son PIB et la Suisse se classe en deuxième position derrière les États-Unis (graphique 1.10)[10]. En termes de dépenses de santé par tête, la Suisse se classe à une place analogue (graphique 1.11). La part des dépenses de santé dans le PIB a progressé régulièrement au fil des ans, augmentant de 2.4 points de pourcentage entre 1990 et 2003, ce qui est supérieur à la progression de la moyenne de l'OCDE (+1.5 point de pourcentage). Cette progression s'explique, dans une certaine mesure, par la croissance modérée du PIB de la Suisse ces dernières années. La part des dépenses publiques totales de santé a été de 14 % en 2003, dont près de 13 % pour les subventions cantonales aux hôpitaux[11].

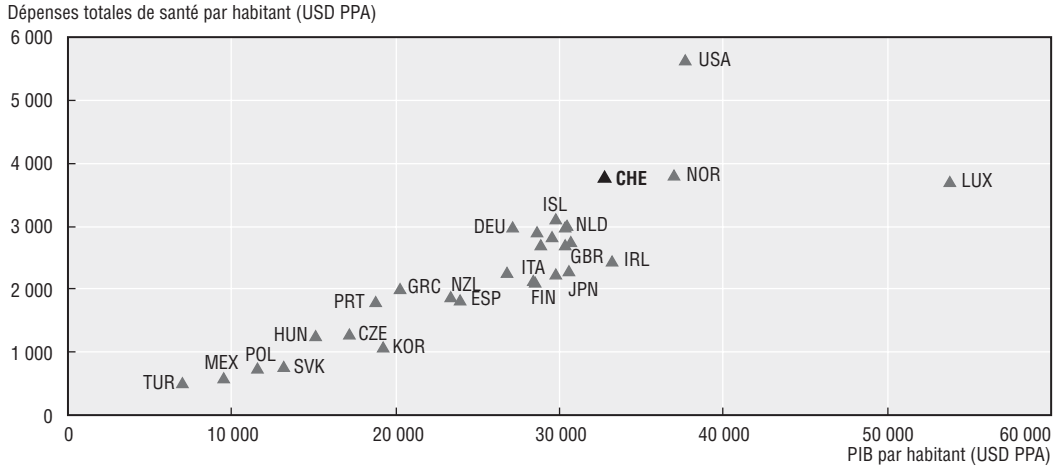
Avec environ un demi-million de personnes travaillant dans le domaine de la santé, soit 12 % de l'emploi total, ce secteur est l'un des principaux employeurs de la Suisse (Office fédéral de la statistique, 2003d). Sur les dernières années, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé a été bien plus importante que dans le reste de l'économie. Entre 1985 et 2001, l'emploi dans le secteur de la santé a augmenté de 70 % contre 12 % seulement pour l'ensemble de l'économie suisse (Office fédéral de la statistique, 2003d).

Graphique 1.10. **Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003**



Note :
La part des dépenses de santé dans le PIB suisse est de 10.7 %. Pour plus de détails, voir le corps du texte.
Les séries suivantes présentent des ruptures, années entre parenthèses :
Allemagne (1992), Espagne (1991), Finlande (1993), Hongrie (1998), Japon (1995), Mexique (1999), Norvège (1997), Pays-Bas (1998), Portugal (1995), Suède (1993), Royaume-Uni (1997) et Turquie (1999).
Les données sont estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie.
Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont l'une des composantes de ses dépenses totales de santé.
1. 2002.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.11. **Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003**



Note : Les données pour 2003 ont été estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

1.3. Gouvernance du système de santé suisse

Sauf à être spécifiquement attribuée à la Confédération, la responsabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé incombe aux cantons. Dans les faits, ces derniers jouent un rôle clé dans l'offre et le financement des services de santé, tandis que l'élaboration des politiques, la réglementation et la surveillance du système de santé sont l'objet d'une implication à la fois des cantons et de la Confédération. L'encadré 1.2 résume les principales responsabilités de la Confédération, des cantons et des communes. La grande décentralisation du pouvoir politique et le large degré d'autonomie locale dans l'organisation des soins de santé ont abouti à des systèmes de santé légèrement différents dans chacun des 26 cantons. C'est peut-être ce qui explique que les autorités suisses n'ont jamais défini de manière explicite les objectifs globaux du système de santé ou des normes et des mesures permettant d'apprécier si ces objectifs sont atteints.

Ces dernières années, la Confédération a été investie de nouvelles responsabilités, soit par un transfert de pouvoir des cantons, la révision de lois fédérales (en particulier de la Loi sur l'assurance-maladie) ou l'adoption de nouvelles lois fédérales. Ainsi, après la création de Swissmedic[12], la responsabilité de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et des appareils médicaux est revenue à la Confédération. Plus récemment, la Confédération est devenue de plus en plus impliquée dans la médecine hautement spécialisée, la recherche et l'enseignement postgradué mais le fondement constitutionnel de ce rôle accru n'est pas toujours très évident. Si l'enseignement de la médecine relève de la responsabilité de la Confédération depuis 1877, les responsabilités de l'enseignement paramédical sont actuellement transférées des cantons à la Confédération.

Diverses institutions ont juridiction sur les activités de santé tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui appartiennent tous deux au Département fédéral de l'Intérieur, sont des acteurs centraux au niveau fédéral tandis qu'au niveau cantonal, les départements cantonaux de la santé publique jouent un rôle majeur. Comme la capacité des différents cantons à entreprendre des activités dans le domaine de la santé peut varier considérablement, un organisme de coordination politique, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a été créée en 1919 pour promouvoir la coopération entre les 26 cantons et entre les cantons et la Confédération. À travers des réunions régulières, la CDS facilite l'élaboration de politiques communes entre les cantons et la Confédération. Toutefois, ce processus n'aboutit pas à des décisions obligatoires pour toutes les parties; il facilite plutôt l'obtention d'un consensus. Ce n'est que lorsque les cantons conviennent de conclure un accord formel qu'une décision prise via la CDS devient juridiquement obligatoire pour les parties.

1.4. Financement de la santé et couverture par un système d'assurance

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie impose à chaque personne résidant en Suisse de souscrire une assurance-maladie de base auprès de l'une des nombreuses caisses d'assurance-maladie. Cette assurance-maladie obligatoire prend en charge un tiers des dépenses totales de santé tandis que près d'un autre tiers est pris en charge directement par les assurés eux-mêmes (Office fédéral de la statistique, 2005i). Le solde est financé par l'État, les autres régimes d'assurance sociale et l'assurance-maladie volontaire.

Encadré 1.2. **Principales responsabilités en matière de santé au niveau fédéral, cantonal et communal**[1]

Niveau fédéral

Rôle législatif et de contrôle dans les domaines suivants :

- contrôle et éradication des maladies transmissibles ;
- encouragement de la pratique du sport ;
- assurance sociale ;
- surveillance des examens médicaux professionnels et reconnaissance des qualifications des médecins ;
- promotion de la science, de la recherche et de l'enseignement tertiaire ;
- génie génétique, médecine de la reproduction, médecine de la transplantologie et recherche médicale ;
- protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ;
- protection de l'environnement ;
- contrôle de la qualité et de la sécurité des médicaments et des appareils médicaux ;
- sécurité alimentaire ;
- abus de substances psychoactives ;
- formation (non universitaire) aux professions de santé ;
- fourniture de statistiques de santé.

Niveau cantonal

- offre de soins de santé et financement partiel des coûts hospitaliers ;
- autorisation d'ouverture d'un cabinet médical ou d'une pharmacie ;
- prévention des maladies et éducation sanitaire ;
- mise en œuvre des lois fédérales sur délégation du gouvernement fédéral.

Niveau communal

- mise en œuvre des responsabilités déléguées par les cantons, par exemple de l'offre de soins infirmiers et de soins à domicile.

1. Cette liste n'est pas exhaustive. Voir Kocher (2005) pour des domaines supplémentaires de responsabilités des niveaux fédéral, cantonal et communal.

Source : Observatoire européen des systèmes de santé (2000); Kocher (2005).

1.4.1. Régimes d'assurance obligatoire

La Loi fédérale de 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)[13]

La LAMal régule le régime de l'assurance-maladie obligatoire de manière à atteindre trois grands objectifs[14] : *i*) renforcer la solidarité (par rapport au cadre juridique antérieur de la LAMA) en promouvant des conditions de couverture identiques à des personnes dont le profil de risque en termes de santé est différent; *ii*) maîtriser les dépenses de santé; et *iii*) garantir des services de santé de base de grande qualité. Si la plupart des mécanismes de cette loi, analysés dans cette section, sont directement liés au financement et à la couverture, ce cadre juridique global aborde plusieurs autres aspects du système de santé, comme les prestataires de soins de santé et la tarification des services de santé (voir les sections 1.5 et 1.6 ci-dessous).

Les principales dispositions réglementaires liées à l'assurance-maladie obligatoire sont les suivantes :

- *Affiliation obligatoire*. Tous les résidents suisses doivent souscrire une assurance-maladie de base. L'assurance est souscrite à titre *individuel*, c'est-à-dire qu'elle ne couvre pas les personnes à charge, et elle n'est pas financée par l'employeur.
- *Exigence de but non lucratif et obligation de séparer l'assurance-maladie de base des autres activités d'assurance*. L'assurance-maladie obligatoire est proposée par un grand nombre d'assureurs concurrents autorisés à proposer cette couverture. Les assureurs doivent proposer cette couverture indépendamment de leurs autres activités d'assurances (l'assurance-maladie volontaire complémentaire, par exemple); ils ne doivent pas réaliser de profit sur cette branche de leurs activités et sont soumis à des exigences réglementaires et de surveillance (tableau 1.4).
- *Paquet de prestations standardisées*. Les prestations couvertes par l'assurance-maladie obligatoire sont définies dans la LAMal et les règlements connexes. Elles englobent les services de santé et les produits médicaux nécessaires au diagnostic et au traitement des maladies. Selon la LAMal, les prestations couvertes doivent être efficaces, appropriées et efficientes (voir également encadré 3.1, p. 98).

Tableau 1.4. **Régime réglementaire de surveillance du marché suisse de l'assurance-maladie**

	Autorités responsables de la surveillance des activités d'assurances et des participants				
	Conseil fédéral	Département fédéral de l'Intérieur	Canton	OFSP[1]	OFAP[2]
Surveillance des assureurs				Caisses maladie	Assureurs privés vie et non-vie
Surveillance des activités					
Assurance-maladie obligatoire de base (LAMal)	Globalement responsable de l'application de la LAMal.	Autorise les assureurs à proposer une couverture LAMal.	Responsable du contrôle des affiliations individuelles.	Met en œuvre les mesures et est responsable de la surveillance de la LAMal (par exemple, approbation des primes).	–
Assurance prestations journalières en espèces				Responsable de la surveillance de ce type d'assurance, lorsqu'elle est proposée dans le cadre de la LAMal.	Responsable de la surveillance de ce type d'assurance, lorsqu'elle est proposée dans le cadre du régime LCA.
Assurance-maladie volontaire complémentaire					Responsable de la surveillance de l'assurance-maladie volontaire complémentaire.

Note :
LCA = Loi sur le contrat d'assurance.
LAMal = Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
1. Office fédéral de la santé publique.
2. Office fédéral des assurances privées.
Source : OCDE selon des données fournies par les autorités nationales.

- *Portée cantonale de la couverture*. Les personnes doivent souscrire une assurance dans le canton de leur lieu de résidence. Les assureurs fixent des niveaux de primes différents dans chacun des cantons où ils opèrent. Les assurés choisissent librement leur prestataire à l'intérieur du canton dans lequel ils sont assurés et peuvent obtenir le remboursement d'un traitement en dehors du canton en cas d'urgence ou lorsqu'un traitement cliniquement nécessaire n'est pas disponible dans leur canton[15].
- *Acceptation sans réserves et libre choix de l'assureur*. Les assureurs LAMal sont tenus d'accepter sans réserves toute personne résidant dans le canton. Les personnes sont libres de choisir leur assurance et d'en changer à l'intérieur du canton sous réserve de respecter certaines règles en matière de préavis.
- *Tarification uniforme des primes*. Chaque assureur fixe, dans des conditions de concurrence, la prime facturée et les primes sont identiques pour tous ses assurés (autrement dit, les assureurs ne peuvent ajuster les primes au risque perçu de différents assurés). Les primes ne sont pas liées aux revenus; autrement dit, les primes sont les mêmes pour les pauvres comme pour les riches.
- *Compensation des risques*. Un système de répartition des risques s'efforce de compenser pour les assureurs les différences de coûts résultant de la variation de leur structure de risque; la formule de compensation comporte des coefficients d'ajustement qui prennent en compte l'âge et le sexe.
- *Participation aux coûts*. Toutes les personnes (hormis celles admises à bénéficier d'une exemption) participent au financement du coût des services de santé par le biais d'un système de franchise, de coassurance et d'une contribution aux coûts du séjour hospitalier[16]. Les exigences de participation aux coûts sont différentes pour l'assurance-maladie ordinaire et pour les formes d'assurances particulières (tableau 1.5).
- *Formes d'assurances particulières*. Les personnes peuvent choisir les formes d'assurances particulières que leur propose leur assureur LAMal. Ces produits d'assurances leur permettent de bénéficier de réductions de primes en échange de restrictions frappant les conditions d'une couverture ordinaire. Deux de ces assurances particulières (l'assurance avec franchise supérieure élevée et l'assurance avec bonus, voir encadré 1.3) impliquent pour les assurés un risque financier plus grand. Un troisième type d'assurance particulière impose à l'assuré d'accepter un choix limité de prestataires (par exemple, une HMO ou une assurance avec un système de médecin référent) (tableau 1.5).
- *Aides aux personnes et aux familles à faibles revenus*. Les cantons versent des aides sous conditions de ressources aux personnes et aux familles à faibles revenus qui sont éligibles à ces aides dans le but d'atténuer les effets régressifs de primes non liées aux revenus. Ces aides sont cofinancées par la Confédération.

L'encadré 1.3 et les tableaux 1.4 et 1.5 donnent plus de détails sur le cadre juridique de l'assurance-maladie obligatoire et la manière dont elle est organisée. L'évolution du marché est analysée au chapitre 4, tandis que les propositions récentes de réforme de certains éléments de la LAMal sont discutées aux chapitres 4 et 5 ci-dessous.

Autres régimes d'assurance sociale prenant en charge les coûts de santé

En plus de la LAMal, le système de santé suisse a trois autres régimes d'assurance sociale couvrant les risques en matière de santé : l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire.

Tableau 1.5. **Contrats d'assurances particulières à l'intérieur du régime de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal)**

	assurance-maladie obligatoire de base	Assurance avec choix de franchises	Assurance avec bonus	Assurance avec choix limité de prestataires (HMO « réseau de santé »)
Niveau des primes	Les primes ordinaires sont fixées à un niveau concurrentiel par chaque assureur LAMal pour chaque canton; les assureurs peuvent appliquer un maximum de trois échelles de primes dans chaque région géographique de chaque canton.	Les primes doivent être égales à 50 % au moins de la prime au titre de l'assurance ordinaire. Les primes sont réduites par rapport au montant de la franchise, à concurrence d'une réduction maximum de : – Adultes : 160; 560; 960; 1 360; 1 760 CHF. – Enfants (moins de 18 ans) : 80; 160; 240; 320; 400; 480.	Réductions des primes annuelles en cas de non-sollicitation de remboursement auprès de l'assureur au cours de la période. La prime initiale payée la première année est supérieure de 10 % à l'assurance ordinaire. Les primes peuvent ensuite baisser jusqu'à atteindre 45 % des primes ordinaires au bout de cinq ans.	S'agissant des primes ordinaires, les réductions de primes sont fixées par la caisse mais ne peuvent excéder 20 %.
Participation aux coûts[1]	*Franchise :* 300 CHF par an. *Coassurance:* 10 % du coût des produits et services de santé au-delà du montant de la franchise. *Contribution aux coûts du séjour hospitalier :* 10 CHF par jour pour chaque hospitalisation d'un patient. *Plafond :* la coassurance de 10 % ne peut dépasser un montant annuel individuel cumulé de 700 CHF pour les adultes et 350 CHF pour les enfants.	*Franchises :* les assureurs peuvent proposer des produits d'assurances avec cinq niveaux possibles de franchise: – Adultes : 500; 1 000; 1 500; 2 000; 2 500 CHF. – Enfants : 100; 200; 300; 400; 500; 600. *Coassurance, contribution aux coûts du séjour hospitalier et plafonds :* comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire. Les assureurs peuvent proposer des polices avec un choix limité de prestataires qui sont totalement ou partiellement exemptés de la participation aux coûts.
Choix du médecin/ de l'hôpital	Liberté de choix entre tous les médecins et hôpitaux habilités à être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Limité aux prestataires appartenant au réseau.

1. Exemptions de participation aux coûts pour les familles nombreuses, les femmes en situation de maternité, les bénéficiaires de l'aide sociale et de prestations complémentaires de vieillesse et d'invalidité. Les montants des franchises et les réductions relatives de primes sont ceux approuvés pour 2005.

Source : Version révisée de Colombo, F. (2001), «Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland», Politique du marché du travail et politique sociale : document hors série, n° 53, OCDE, Paris; Office fédéral de la santé publique (2005), *Primes de l'assurance de base 2005*, Berne.

Selon la Loi fédérale sur l'assurance accident (LAA)[17], toutes les personnes travaillant en Suisse sont obligatoirement assurées contre le risque d'accident et de maladie professionnelle (Ludwig et Morger, 2005). L'assurance est souscrite par l'employeur ou l'entreprise[18]. Les primes sont fixées en fonction des salaires et varient selon le secteur d'activité. Les prestations fournies le sont à la fois en espèces et en nature. Les premières couvrent la perte de revenus mais aussi l'invalidité et les pensions de réversion à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Les secondes englobent les paiements directs effectués par l'assureur pour couvrir le coût des prestations de soins de santé reçues par un assuré. En 2003, l'assurance accident a représenté 3 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2004i) (tableau 1.6). Les assurés peuvent choisir librement leur prestataire et, contrairement à ce qui se passe pour la LAMal, ils ne sont pas tenus de payer des franchises ou de payer le montant de la contribution aux coûts du séjour hospitalier au titre des soins reçus. L'assurance-accident obligatoire est proposée par plusieurs assureurs, qui couvrent différents

Encadré 1.3. **LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance**

Surveillance

Le Conseil fédéral a une responsabilité déterminante pour la mise en œuvre de la LAMal. Les assureurs désireux de proposer l'assurance-maladie obligatoire (92 en 2004) doivent demander l'autorisation du Département fédéral de l'Intérieur et satisfaire à certaines exigences s'agissant de leur structure financière et organisationnelle. Les assureurs peuvent avoir un statut juridique différent mais ils doivent pratiquer l'assurance obligatoire selon le principe de « mutualité ». Si les assureurs commerciaux du risque de maladie et les caisses maladie peuvent devenir des assureurs LAMal, jusqu'ici aucun assureur commercial du risque de maladie n'a demandé l'autorisation de proposer une couverture de base. Il incombe aux cantons de vérifier l'affiliation individuelle à l'assurance-maladie de base; ils peuvent assurer automatiquement toutes les personnes qui ne l'ont pas fait d'elles-mêmes (l'inscription automatique est effectuée par l'autorité cantonale). Dans ce cas, l'assuré ne pourra pas choisir son assureur et sera tenu de payer les primes de l'assurance-maladie de base. Les cantons sont également responsables de l'organisation du système d'aides aux personnes à faibles revenus. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de la surveillance de la mise en œuvre de la loi. Les assureurs LAMal doivent soumettre leurs rapports annuels, leurs budgets et leurs rapports financiers à l'OFSP, et lui communiquer, pour approbation, la liste des primes pour l'année suivante. Il incombe également à l'OFSP de contrôler la viabilité financière des assureurs LAMal.

Paquet de prestations

L'ensemble des services couverts est spécifié par une « Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie » (OPAS). Les risques couverts sont la maladie, la maternité et l'accident*. Pour les services médicaux, la couverture obligatoire repose sur un catalogue non exclusif de services de diagnostic et de traitements. Les services hospitaliers sont couverts uniquement pour le coût équivalent du traitement reçu en division commune. La loi spécifie également quelques exclusions. Les produits pharmaceutiques, les médicaments complémentaires et, plus généralement, les services non médicaux (physiothérapie, par exemple) sont couverts sur la base d'une liste positive. Certaines mesures de prévention et de dépistage comme les tests de PAP, tests VIH, coloscopies et vaccinations, y compris la vaccination contre la grippe, sont également couvertes. Les soins dentaires sont couverts lorsqu'ils concernent une maladie grave.

Libre choix de l'assureur

Le libre passage d'un assureur LAMal à un autre assureur LAMal est total. Les personnes peuvent changer d'assureur LAMal à la fin des mois de juin et de décembre d'une année donnée, à l'intérieur de leur canton de résidence. Elles doivent communiquer leur décision de changer d'assureur avec un préavis minimum de trois mois ou, en cas de changement de prime, d'un mois par rapport à ces dates (les assureurs LAMal doivent communiquer par écrit à tous les assurés les niveaux de primes applicables l'année suivante avec un préavis minimum de deux mois). L'assureur ne peut s'opposer à la décision d'un assuré de changer d'assureur que si celui-ci n'est pas à jour de ses primes. L'assuré est également tenu d'envoyer à l'assureur précédent une attestation certifiant qu'il s'est assuré auprès d'un autre assureur. Les personnes titulaires d'un contrat LAMal d'assurances particulières ne peuvent décider de changer d'assureur que le 31 décembre et les titulaires d'une assurance avec bonus doivent souscrire une police d'une durée de cinq ans.

Encadré 1.3. **LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance** *(suite)*

Tarification uniforme des primes

En dépit de la tarification uniforme, les primes varient d'un assureur à l'autre et, pour chaque assureur, d'un canton à l'autre. La loi autorise aussi des différenciations supplémentaires de primes. Premièrement, les personnes qui bénéficient déjà d'une assurance accident obligatoire peuvent demander une réduction de la prime de l'assurance de base. Deuxièmement, les assureurs peuvent appliquer au maximum trois échelons de prime dans chaque canton, reflétant les disparités des coûts de santé d'une région à l'autre à l'intérieur du canton. Troisièmement, l'assureur a fixé trois catégories de primes dont la progressivité est liée à l'âge : enfants (0-18 ans), jeunes en formation (19-25 ans) et adultes. Quatrièmement, les personnes choisissant des formes particulières d'assurance-maladie (voir ci-dessous) obtiennent des réductions de primes.

Compensation des risques

Le mécanisme de compensation des risques a été instauré en 1993 afin de réduire les incitations à une concurrence entre assureurs sur la base d'une sélection des risques. Les assureurs ayant une structure de risques plus favorable (mesurée par l'âge et le sexe) que la moyenne doivent verser à une institution commune un montant compensatoire afin d'aider les assureurs ayant une structure de risques moins favorable. On recense 30 groupes de risques (15 cohortes d'âge pour les hommes et 15 pour les femmes). L'institution commune procède à des transferts sur une base cantonale, reflétant ainsi les différences de coût d'un canton à l'autre. Selon la LAMal, le mécanisme devait être suspendu après dix années d'application de la loi, car on supposait qu'à ce stade les structures de risque des assureurs seraient égalisées, rendant le système de compensation superflu. Cette hypothèse ne s'étant pas vérifiée, en octobre 2004, le Parlement fédéral a approuvé la prorogation du système pour cinq années supplémentaires, sans modifier sa structure.

Formes d'assurances particulières (voir tableau 1.5)

L'assurance-maladie ordinaire de base permet aux personnes de choisir librement les prestataires et leur impose d'acquitter des primes types ainsi qu'une franchise légale annuelle. L'assurance assortie d'une franchise à option offre une réduction des primes ordinaires lorsque les personnes optent pour une franchise plus importante. L'assurance avec bonus impose aux personnes de ne solliciter aucun remboursement de la part de l'assureur durant une année afin d'obtenir une diminution de leur prime par rapport à celle de l'année précédente. L'assurance assortie d'un choix limité de prestataires permet aux personnes d'obtenir des réductions de leurs primes d'assurance-maladie de base si elles s'engagent à n'utiliser que certains prestataires désignés dans les accords de réseau de soins intégrés (« managed care »). Tous les assureurs LAMal proposent des assurances ordinaires et des assurances assorties d'une franchise à option. En moyenne, environ un assureur sur dix propose des assurances de type HMO, c'est-à-dire des assurances avec un choix réduit de prestataires (voir section 1.5.2) et environ un sur sept propose des assurances avec bonus dans quelque canton que ce soit.

Réductions de primes pour les personnes à faibles revenus

Chaque année, la Confédération met à la disposition des cantons un certain montant d'aides affectées aux réductions de primes. Pour recevoir ces aides fédérales, les cantons doivent eux-mêmes acquitter un montant minimum. Le Parlement suisse fixe, tous les quatre ans, à la fois le montant annuel global de l'aide allouée par la Confédération et le montant minimum que chaque canton doit verser en contrepartie. Bien entendu, les cantons sont libres de verser davantage. L'aide fédérale globale est répartie entre les

Encadré 1.3. **LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance** *(suite)*

cantons sur la base de la population résidente et du pouvoir économique du canton. La loi autorise les cantons à réduire d'au maximum 50 % le montant budgété qu'ils sont censés payer. Dans ce cas, l'aide fédérale est réduite. Au strict minimum, les cantons doivent acquitter un tiers de l'aide fédérale. Chaque canton établit le montant de l'aide individuelle, les critères d'éligibilité et les procédures. Selon une révision de la LAMal approuvée au printemps 2005, les cantons seront également tenus de réduire, d'au moins 50 %, les primes d'assurances pour les enfants et les jeunes en formation vivant dans des familles à revenus faibles ou moyens. En 2004, 40 % des ménages (représentant un tiers des individus) ont reçu des aides (voir chapitre 3).

* L'assurance-accident de la LAMal ne couvre que les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance-accident obligatoire comme dans le cas de chômeurs.

Source : Chancellerie fédérale (1994); Britt *et al.* (2005); Gilliand et Rossini (1997); Colombo (2001).

secteurs de l'activité économique désignés par la loi. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) couvre 53 % des travailleurs, opérant principalement dans le secteur secondaire (industrie, artisanat, commerce industriel, etc.). À cela s'ajoutent les assureurs privés, les caisses d'assurance-maladie et les caisses publiques d'assurance-accident (Ludwig et Morger, 2005). La SUVA a adopté une approche de gestion intégrée des soins (« case management ») par laquelle les gestionnaires prennent activement des mesures pour orienter la manière dont les soins sont dispensés aux assurés, en particulier dans le cas de personnes ayant des besoins multiples et complexes. Cette approche vise à minimiser le temps nécessaire à la réinsertion des assurés sur le marché du travail après un accident ou une maladie professionnelle. Les personnes qui ont une assurance-accident en vertu de la LAA ont droit à une réduction des primes LAMal ordinaires de la part de l'assureur.

L'assurance-invalidité est proposée dans le cadre juridique de la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI)[19]. Elle est organisée de manière décentralisée avec des bureaux dans chaque canton qui administrent conjointement les prestations vieillesse et invalidité (AVS-AI) (Lauenberger et Demund, 2005). Les dépenses d'invalidité sont financées à hauteur de 50 % par l'État (Confédération et cantons); les 50 % restants sont financés par des cotisations assises sur les salaires. On entend par invalidité une dégradation de l'état de santé entraînant une incapacité à travailler permanente ou de longue durée (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Les prestations couvrent les dépenses de réadaptation (y compris le coût des services médicaux, infirmiers et autres), les rentes d'invalidité (59 % des dépenses globales) et les indemnités d'invalidité. Des prestations complémentaires sont également disponibles. En 2003, les dépenses de santé dans le cadre des AVS-AI ont représenté 4.7 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2005i) (tableau 1.6).

Créée en 1852, l'assurance militaire (AM) couvre toutes les personnes employées dans le domaine de la défense et du maintien de la sécurité (Gebel, 2005). Les prestations versées vont de l'indemnité pour perte de revenu aux rentes d'invalidité, accident et maladie, et vieillesse. En 2003, les dépenses de santé dans le cadre du régime d'assurance militaire ont représenté 0.1 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2005i) (tableau 1.6).

Tableau 1.6. **Financement des dépenses de santé en Suisse, 2003**

Agent de financement	Millions de CHF	Pourcentage du total
TOTAL	**49 881**	**100**
État	**8 949**	**17.9**
Confédération	*156*	*0.3*
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	1	0.0
– Prévention	66	0.1
– Administration	88	0.2
Cantons	*7 404*	*14.8*
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	6 418	12.9
– Soins à domicile	224	0.4
– Prévention	251	0.5
– Administration	183	0.4
– Invalidité	307	0.6
– Services auxiliaires	21	0.0
Communes	*1 390*	*2.8*
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	759	1.5
– Soins à domicile	176	0.4
– Prévention	125	0.3
– Administration	61	0.1
– Invalidité	65	0.1
– Services auxiliaires	203	0.4
Régimes d'assurance sociale	**20 226**	**40.5**
Assurance-maladie obligatoire (LAMal)	16 304	32.7
Assurance-accidents (LAA)	1 512	3.0
Assurance-invalidité (AVS-AI)	2 361	4.7
Assurance militaire (AM)	48	0.1
Assurance volontaire (LCA)	**4 478**	**9.0**
Assureurs LAMal	1 645	3.3
Assureurs commerciaux	2 833	5.7
Ménages	**15 743**	**31.6**
Participation aux coûts (assurance sociale)	2 589	5.2
Participation aux coûts (assurance volontaire)	39	0.1
Paiements directs (autres que la participation aux coûts)	13 116	26.3
Autres financements privés	**485**	**1.0**

LAMal = Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
LCA = Loi sur le contrat d'assurance.
Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Coût et financement du système de santé en 2003*, Neuchâtel.

1.4.2. L'assurance-maladie volontaire

Il existe en Suisse deux grands types d'assurance-maladie volontaire : *i)* l'assurance indemnités journalières en espèces et *ii)* l'assurance-maladie complémentaire.

L'assurance indemnités journalières en espèces est souvent financée par les employeurs pour le compte de leurs salariés et couvre l'obligation pour eux de continuer à verser les salaires en cas de maladie ou d'hospitalisation (perte de revenu). Les assureurs peuvent proposer une assurance indemnités journalières en espèces selon le cadre juridique de la LAMal ou de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)[20].

Les assureurs[21] LAMal et autres assureurs vie et non-vie peuvent proposer une *assurance-maladie complémentaire* dans le cadre juridique de la LCA. Dans ce contexte, les assureurs peuvent ajuster les primes au risque, refuser les mauvais risques et résilier les contrats des personnes ayant omis de révéler toutes les pathologies ayant un impact en terme de risque sur leur état de santé. L'assurance-maladie complémentaire est habituellement souscrite à titre individuel et les assurés peuvent obtenir la déduction fiscale de leurs primes d'assurance à concurrence d'un certain montant. L'assurance peut couvrir les services spéciaux d'hôtellerie en cas d'hospitalisation (comme l'hébergement en division privée ou semi-privée) mais aussi les prestations qui ne sont pas remboursées par la LAMal (comme les soins dentaires). Depuis le 1er janvier 2001[22], il est interdit à l'assurance complémentaire de couvrir l'obligation de participation aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire.

Depuis la mise en place de l'assurance-maladie obligatoire, le marché de l'assurance-maladie complémentaire a diminué (voir section 3.1.1). Il a également évolué avec un recul de la domination des assureurs LAMal au profit des assureurs privés. En 1996, les assureurs LAMal détenaient les trois quarts du marché (Colombo, 2001). En 2003, 64 % des primes globales étaient encaissées par les 66 assureurs privés opérant sur ce marché et 36 % des primes étaient encaissées par les 56 assureurs LAMal (Office fédéral de la santé publique, 2004d; Britt *et al.*, 2005).

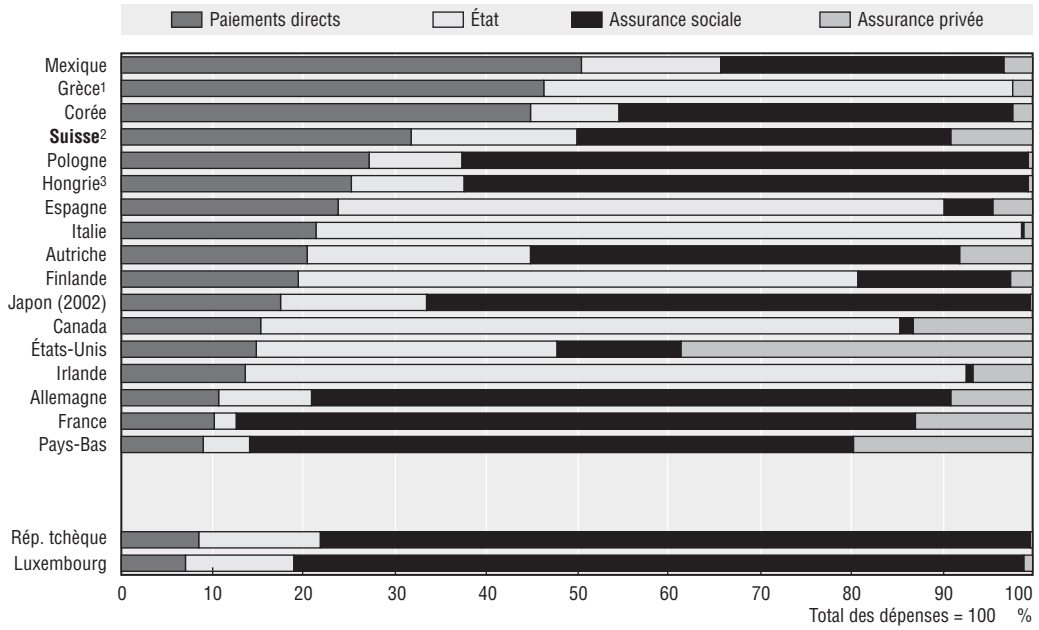
L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) est en charge de la surveillance institutionnelle des assureurs commerciaux vie et non-vie et du contrôle des régimes d'assurance-maladie volontaire dans le contexte de la LCA, même lorsque ces régimes sont offerts par des assureurs LAMal (tableau 1.4).

1.4.3. Financement des dépenses de santé

En 2003, les paiements via l'État et l'assurance sociale ont représenté en Suisse 58 % des dépenses totales de santé (tableau 1.6) (Office fédéral de la statistique, 2005i). En 2003 toujours, la part des dépenses de santé financée par l'État a été de 18 %, se ventilant ainsi : cantons (15 %), communes (3 %), gouvernement fédéral (0.3 %). Ces fonds sont destinés à subventionner des prestataires institutionnels (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, soins à domicile), mais aussi la prévention, la santé publique et les dépenses administratives[23]. Avec un pourcentage de paiements « out-of-pocket » représentant 32 % des dépenses globales de santé, la Suisse se classe en quatrième position de la zone OCDE derrière le Mexique (51 %), la Grèce (46 %) et la Corée (45 %) (graphique 1.12). Enfin, 10 % des dépenses totales de santé se font par le canal de l'assurance-maladie volontaire privée, ce qui représente l'une des principales parts dans la zone de l'OCDE derrière les États-Unis, les Pays-Bas, la France et le Canada.

La part relative des différents agents de financement a évolué depuis 1990 (graphique 1.13). La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est demeurée relativement constante sur la période 1990-2003. Le financement accru des dépenses totales de santé par l'assurance-maladie de base (en vertu de la LAMA avant 1996 puis de la LAMal après 1996) explique la réduction de la part des paiements directs et de l'assurance-maladie volontaire.

Graphique 1.12. **Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003**

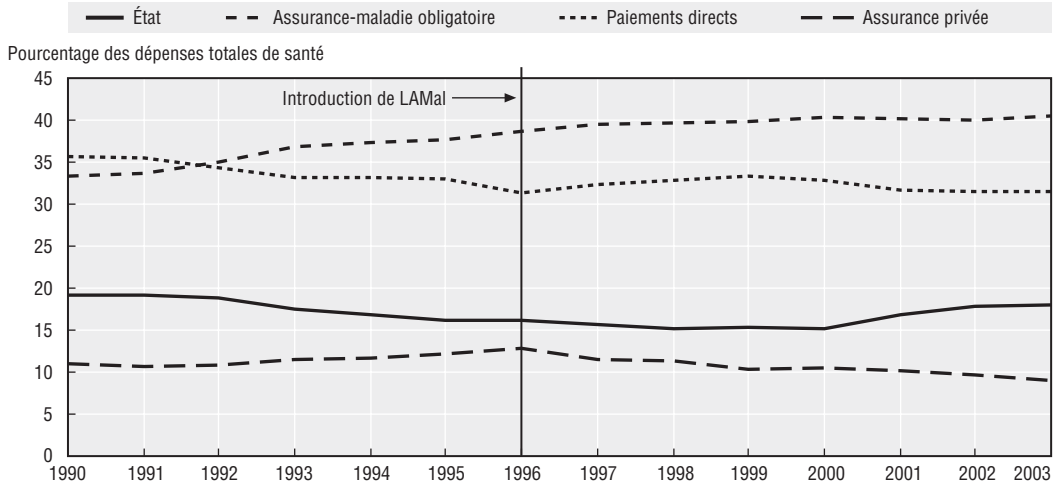


Note : Les pays sont classés par ordre décroissant des paiements « out-of-pocket ».

1. Les données pour la Grèce relatives à l'État incluent les données relatives à l'État et les données relatives à l'assurance sociale.
2. Dans le cas de la Suisse, l'assurance sociale fait référence à l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) et aux autres régimes obligatoires d'assurance sociale effectuant des paiements au titre des soins de santé (assurance militaire, accidents et invalidité).
3. Les données pour la Hongrie sont des estimations.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.13. **Évolution de la part relative des agents de financement de la santé, en Suisse, 1990-2003**



Note : L'assurance-maladie obligatoire fait référence aux dépenses de santé financées par l'assurance-maladie de base (LAMal), l'assurance-accidents (AA), l'assurance militaire (MI) et l'assurance-invalidité (AI).

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

1.5. Offre des services de santé

L'administration du système d'offre des services de santé est hautement décentralisée. Les cantons sont responsables de l'offre des services de santé dont la population a besoin. Le financement de ces services en vertu de la LAMal est également organisé au niveau cantonal. En dehors des médecins salariés des hôpitaux, les médecins qui dispensent des soins ambulatoires sont des travailleurs libéraux et exercent dans le cadre de cabinets indépendants. La plupart des hôpitaux sont la propriété des cantons et des communes, bien que les hôpitaux spécialisés soient souvent privés. La responsabilité des initiatives de santé publique et des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé incombe aux cantons et, dans une mesure plus limitée, à la Confédération.

En Suisse, les ressources allouées à l'offre de services de soins de santé sont généralement supérieures à la moyenne de l'OCDE. C'est particulièrement le cas pour l'ensemble des emplois liés aux soins de santé, notamment les médecins praticiens et infirmières praticiennes, ainsi que pour les lits de soins de longue durée et certains équipements médicaux tels que les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (tableau 1.7).

1.5.1. Programmes de santé publique

En Suisse, de même que dans d'autres pays de l'OCDE, les dépenses de prévention et de promotion de la santé sont bien inférieures aux dépenses en soins curatifs. En Suisse, 2.2 % des dépenses de santé, soit environ un milliard de francs suisses, est consacré à la prévention et à la promotion de la santé, contre 2.7 % en moyenne pour tous les pays de l'OCDE (graphique 1.14) (OCDE, 2005a)[24]. Ce montant est financé par des contributions cantonales, municipales et fédérales mais aussi par des organisations privées (graphique 1.15). La plupart des programmes de l'Office fédéral de la santé publique sont orientés vers les activités de prévention primaire dans le domaine du VIH/SIDA, du tabagisme, et de la consommation abusive d'alcools et autres drogues (graphique 1.16).

Les problèmes de santé publique ne concernent pas uniquement le secteur de la santé. Les politiques menées dans d'autres secteurs comme l'éducation, le logement, les transports, l'environnement et la fiscalité, peuvent également avoir un impact sur l'état de santé et les résultats sanitaires (Allin *et al*., 2004).

La Confédération joue un rôle de santé publique dans des domaines spécifiques définis par la Constitution et par d'autres lois fédérales. Ces domaines incluent la surveillance des maladies transmissibles, la sécurité alimentaire, la protection contre les rayonnements et le contrôle des produits chimiques, les taxes sur les substances créant une dépendance (alcool, tabac), la promotion de la pratique du sport, la promotion de la santé et la prévention en relation avec la LAMal et l'assurance accident (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000; Office fédéral de la santé publique, 2005d). Ces dernières années, la Confédération s'est efforcée de renforcer son rôle dans la prévention et la promotion de la santé par la mise en place de politiques nationales dans des domaines où elle n'avait auparavant qu'une responsabilité limitée voire nulle. À titre d'exemple, des programmes nationaux nouveaux ou révisés ont été mis en place concernant la prévention du sida, la consommation de tabac et la consommation abusive de drogues. Mais la Confédération a du mal à trouver une base juridique globale pour le développement de ses activités de santé publique à l'intérieur du cadre juridique actuel. En conséquence, un rapport sur un nouveau cadre réglementaire possible pour la prévention et la promotion de la santé a été présenté récemment (Commission spécialisée prévention + promotion de la santé – PPS2010).

Tableau 1.7. **Moyens disponibles dans le système d'offre de soins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

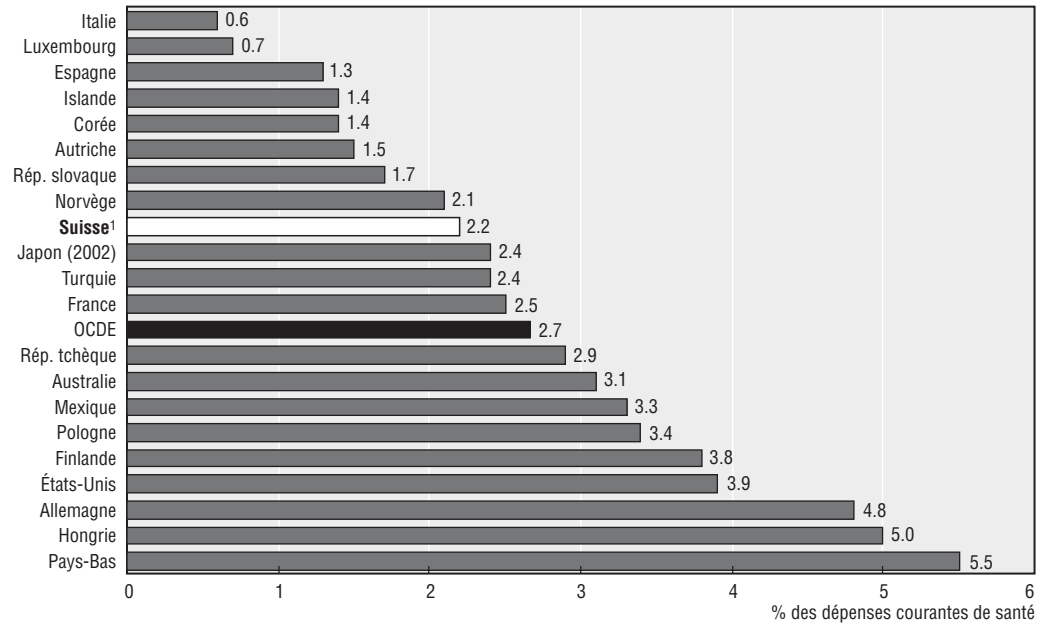
	Effectif total du secteur de la santé (pour 1 000 personnes)	Médecins praticiens (pour 1 000 personnes)	Infirmières praticiennes (pour 1 000 habitants)	Lits de soins aigus (pour 1 000 habitants)	Lits de soins de longue durée[1] (pour 1 000 habitants)	Scanners de tomo-densitométrie (par million d'habitants)	Imagerie à résonance magnétique (par million d'habitants)
Australie	34.6	2.5[2]	10.2	3.6[2]	3.6[2]	n.d.	3.7
Autriche	n.a.	3.4	9.4	6.0	1.7	27.2	13.5
Belgique	n.d.	3.9[2]	5.8	4[2]	2.9[2]	28.8[2]	6.6[2]
Canada	39.6	2.1	9.8	3.2[2]	13[3]	10.3	4.5
République tchèque	25.0	3.5	9.4	6.5	0.7	12.6	2.4
Danemark	28.1	2.9[2]	10.3[2]	3.4[3]	5.1	14.5	9.1
Finlande	31.2[2]	2.6	9.3	2.3	7.1	14.0	12.8
France	32.8	3.4	7.3	3.8	1.3	8.4	2.8
Allemagne	46.2	3.4	9.7	6.6	8.2[3]	14.7	6.2
Grèce	14.8[4]	4.4[3]	3.9[4]	n.d.	n.d.	17.1[2]	2.3[2]
Hongrie	n.d.	3.2	5.1	5.9	1.9	6.9	2.6
Islande	43.3	3.6	13.7	n.d.	8.5[2]	20.7	17.3
Irlande	31.2	2.6	14.8	3.0	6.9[2]	n.d.	n.d.
Italie	19.9	4.1	5.4	3.9[2]	2.9	24.0	11.6
Japon	n.d.	2[2]	7.8[2]	8.5	5.0	92.6[2]	35.3[2]
Corée	n.d.	1.6	1.7	5.9	0.2	31.9	9.0
Luxembourg	13.1[5]	2.7	10.6[2]	5.7	5.9	26.7	11.1
Mexique	6.7	1.5	2.1	1.0	n.d.	1.5	0.2
Pays-Bas	31.1	3.1	12.8[3]	3.2[2]	3.7[3]	n.d.	n.d.
Nouvelle-Zélande	27.3	2.2	9.1	n.d.	n.d.	11.5	3.7
Norvège	52.1	3.1	10.4[3]	3.1	9.1	n.d.	n.d.
Pologne	n.d.	2.5	4.9	5.1	4.0	6.3	1.0
Portugal	13.8	3.3	4.2	3.1	n.d.	12.8	3.9
République slovaque	19.7	3.1	6.5	5.9	1.3	8.7	2.0
Espagne	18.3	3.2	7.5	3.1	0.3	13.0	7.3
Suède	n.d.	3.3[2]	10.2[2]	2.4[4]	n.d.	14.2[5]	7.9[5]
Suisse	**59.3**[3]	**3.6**[2]	**10.7**[4]	**3.9**	**11.7**	**18.0**	**14.2**
Turquie	n.d.	1.4	1.7	2.3	n.d.	7.3	3.0
Royaume-Uni	33.1	2.2	9.1	3.7	3.5	5.8[3] (est.)	5.2 (est.)
États-Unis	37.6	2.3[2]	7.9[2]	2.8	6.1[2]	13.1[2, 6]	8.6[6]
Moyenne OCDE	**29.9**	**2.9**	**8.0**	**4.1**	**–**	**17.8**	**7.7**
Médiane OCDE	**31.2**	**3.1**	**9.1**	**3.7**	**–**	**13.6**	**6.2**

n.d. = non disponible.
est. = estimation.

1. Lits pour personnes ayant besoin d'une assistance continue du fait de déficiences chroniques et d'une certaine dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Cette offre de lits peut regrouper différents cadres institutionnels, dont les hôpitaux, les centres médicalisés de long séjour et autres. Certains pays ne font état que de l'offre de lits de ces centres tandis que d'autres incluent également les lits des hôpitaux de soins non actifs (salles communes). Cela limite sérieusement la comparabilité internationale des données sur les lits de soins de longue durée; en conséquence aucune moyenne ou médiane n'a été calculée pour cet indicateur.
2. 2002.
3. 2001.
4. 2000.
5. 1999.
6. Les chiffres des États-Unis sous-estiment considérablement le nombre réel d'appareils dans ce pays, car ils font référence au nombre d'hôpitaux déclarant posséder au moins un appareil de ce type et au non pas au nombre total d'appareils dans les hôpitaux et autres établissements (par exemple, cliniques spécialisées).

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

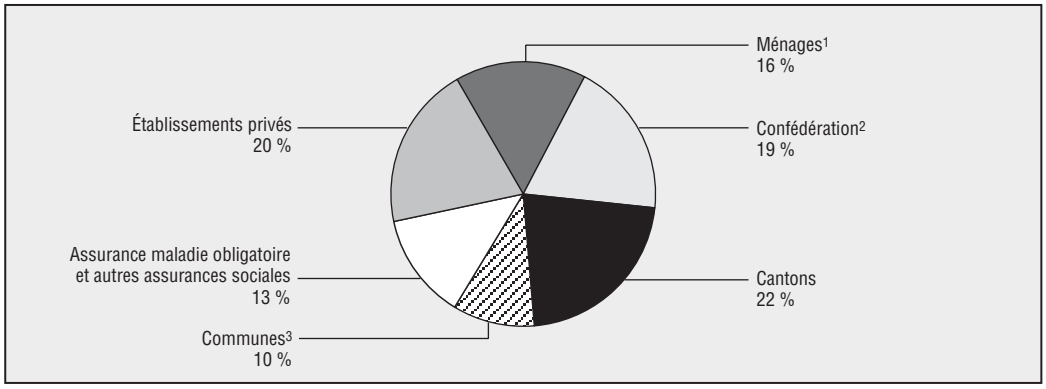
Graphique 1.14. **Dépenses de prévention et promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2003**



1. La Suisse englobe certaines dépenses au titre des programmes de santé maternelle et infantile dans les soins externes plutôt que dans la prévention et la santé publique.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.15. **Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2004**



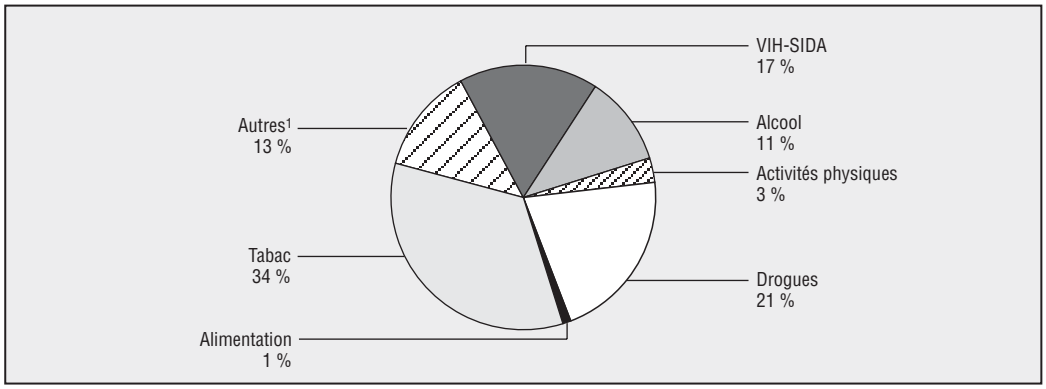
Note : Pour les cantons, les communes, l'assurance-maladie obligatoire et autres assurances sociales, les établissements privés et les ménages, ces données concernent l'année 2002.

1. Inclut les paiements directs (par exemple les soins prophylactiques dentaires).
2. Inclut, entre autres institutions, l'Office fédéral de la santé publique, la SUVA, Promotion Santé Suisse et le Fonds pour la sécurité routière.
3. Programmes scolaires principalement.

Source : Office fédéral de la santé publique (2005), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »*, Version novembre 2005, Berne.

Les cantons sont responsables des activités de prévention primaire comme la mise en œuvre de programmes d'immunisation et d'enquêtes sur la couverture vaccinale[25]. La responsabilité de la prévention secondaire et tertiaire est du ressort des cantons. Ainsi, il n'existe pas en Suisse de programmes nationaux de dépistage et il incombe à chaque

Graphique 1.16. **Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, par niveau de financement, 2004**



1. Inclut la surveillance des maladies infectieuses, à l'exclusion du sida.

Source : Office fédéral de la santé publique (2005), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »,* Version novembre 2005, Berne.

canton de mettre en place ses propres programmes[26]. Les cantons sont également responsables de la mise en œuvre d'actions de lutte contre les maladies, qui sont décidées et coordonnées par les autorités fédérales.

La mise en œuvre des programmes de promotion de la santé est dans une large mesure laissée aux nombreuses associations et fondations à but non lucratif. Parmi celles-ci, les fondations « Promotion Santé Suisse » et « Radix », ainsi que l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé ont des programmes importants[27] (voir encadré 1.4).

1.5.2. Organisation des soins ambulatoires

Le secteur ambulatoire dispense des soins médicaux généraux, effectue des diagnostics, dispense des soins obstétriques, des soins périnataux et des soins aux enfants, s'occupe de planning familial, de petite chirurgie, de réadaptation, prodigue des soins dentaires et des soins à domicile. Les services ambulatoires sont, dans une large mesure, assurés par des médecins libres praticiens (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001) mais ils le sont également par les unités ambulatoires des hôpitaux publics et privés et par des organisations de soins de santé intégrés.

Dans le secteur ambulatoire, le choix des médecins traitants est entièrement libre et l'accès aux généralistes ou aux spécialistes est illimité. Bien qu'aucun système de contrôle d'accès n'ait été mis en place, la plupart des personnes semblent avoir un médecin habituel ou médecin de famille. Une exception à ce libre choix concerne les patients titulaires de polices d'assurances particulières (voir ci-dessus) limitant le choix des prestataires. Ces personnes s'engagent à ne recourir qu'à certains prestataires désignés appartenant à une organisation de soins de santé intégrés (HMO), à un système de médecin de famille référent, à des associations de praticiens exerçant seuls (IPA), à des organismes dispensateurs de services à tarif préférentiel (PPO) ou à des systèmes analogues de soins intégrés en échange de réductions des primes de leur police d'assurance-maladie de base. Habituellement, les médecins participant à des réseaux de soins intégrés jouent le rôle de médecin référent en ce sens qu'ils orientent les soins. Jusqu'ici, 10 % seulement de tous les

Encadré 1.4. **Sélection d'institutions impliquées dans des activités de prévention et de promotion de la santé en Suisse**

Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse est une fondation créée en 1989 par les cantons et les assureurs. En 1998, la LAMaL a fourni la base juridique lui permettant de conduire des activités de promotion de la santé sous le contrôle du gouvernement fédéral. Les principaux objectifs de cette fondation sont: *i)* transformer en projets efficaces de bonnes idées visant à promouvoir la santé; *ii)* atteindre en Suisse un niveau professionnel élevé en matière de promotion de la santé par rapport à ce qui se fait au plan international; et *iii)* une plus grande visibilité de la promotion de la santé dans l'agenda politique suisse.

Les quatre grands programmes prioritaires sont les suivants:

1. *Activité physique, alimentation et détente*. Ce programme a pour but de permettre aux individus de retrouver quotidiennement une certaine qualité de vie.
2. *Santé et travail*. Les principaux centres d'intérêt de ce programme sont la sécurité sur le lieu de travail et la prévention des accidents et des maladies professionnelles.
3. *Adolescents et jeunes adultes*. L'objectif de ce programme est de renforcer le sens de l'estime de soi chez les jeunes.
4. *Santé mentale*. Au vu de l'importance grandissante des problèmes de santé mentale, une attention plus importante est portée à la prévention, et en particulier à la prévention des problèmes liés au stress. En outre, des mesures sont également envisagées pour aider les personnes à mieux organiser leur vie et à mieux se prendre en mains.

Promotion Santé Suisse soutient également des projets qui sont planifiés et mis en œuvre en coopération avec les cantons et les communes.

Les activités de la Fondation sont financées par une cotisation annuelle (qui était à l'époque de la rédaction de ce document de 2.40 CHF par an) de toutes les personnes assurées auprès d'une caisse d'assurance-maladie obligatoire. Cette cotisation génère un budget total annuel d'environ 17 millions de CHF. Les cotisations sont collectées par les assureurs LAMal via la prime d'assurance.

L'Association des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS)

L'objectif de cette association est d'assurer une meilleure coordination des mesures de promotion de la santé prises par les cantons et une meilleure coordination entre les projets du gouvernement fédéral et les projets cantonaux dans le domaine de la promotion de la santé. L'association est composée de quatre groupes régionaux : Suisse latine, nord-ouest de la Suisse, Suisse orientale et Suisse centrale qui, à leur tour, mènent des activités coordonnées de promotion de la santé au niveau régional.

Radix

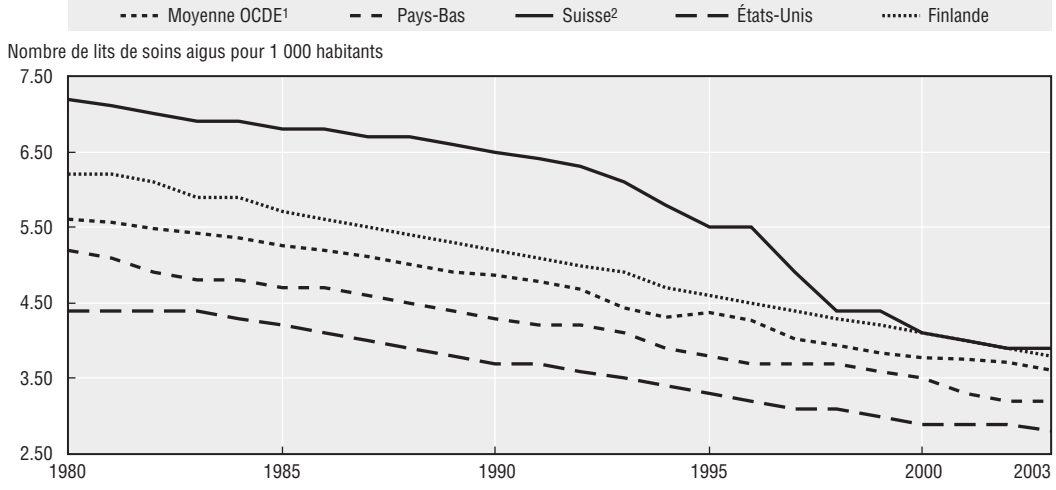
Radix est une fondation spécialisée dans les activités de promotion de la santé pour les communes, écoles et entreprises. Son objectif est d'encourager les communes et les cantons à considérer la promotion de la santé comme une question importante. Elle fournit des prestations aux communes, aux écoles et aux entreprises; son budget annuel, de l'ordre de 3.5 millions de CHF est, dans une large mesure, financé par les subventions et les dons fédéraux et cantonaux.

assurés ont souscrit une police d'assurance comportant un choix limité de prestataires. Ce chiffre n'a que légèrement augmenté au cours des dernières années. Ce chiffre serait probablement supérieur si les assureurs proposaient ce type d'accords (HMO) dans tous les cantons, les régions et les villes.

1.5.3. Organisation de l'offre hospitalière

Avec 3.9 lits de soins aigus pour 1 000 habitants, la Suisse se situe légèrement au-dessus de la médiane de l'OCDE, qui est de 3.7 lits (tableau 1.7). En Suisse comme dans les autres pays de l'OCDE, l'offre de lits par habitant a eu tendance à diminuer au cours des vingt dernières années (graphique 1.17). Cette tendance peut s'expliquer par une rationalisation du fonctionnement des hôpitaux dans certains cantons mais aussi par une diminution du temps de séjour moyen (voir chapitre 4).

Graphique 1.17. **Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2003**



Note :

Les États-Unis sont un système fédéral comme la Suisse, tandis qu'en Finlande le système de santé est très décentralisé.

Les Pays-Bas ont un système d'assurance qui présente plusieurs caractéristiques du système suisse.

1. Moyenne OCDE non pondérée. Englobe les pays suivants : Australie, Belgique, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Suède, Suisse et Turquie.
2. Pour la Suisse, rupture de la série chronologique en 1997.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Les hôpitaux diffèrent au regard de la propriété et de leur statut juridique. Les hôpitaux publics appartiennent et, bien souvent, sont gérés par les cantons, les communes ou des fondations, tandis que les hôpitaux privés peuvent être des organisations à but lucratif ou non lucratif (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). En termes de rôle fonctionnel, les hôpitaux généraux opèrent aux côtés des hôpitaux spécialisés pour la réadaptation et les soins psychiatriques. Les traitements médicaux hautement spécialisés et de haute technologie sont administrés par plusieurs établissements, bien souvent sans coordination, dont les cinq hôpitaux universitaires (Zurich, Berne, Bâle, Lausanne et Genève) et quelques grands hôpitaux cantonaux. La plupart des services d'urgence sont assurés par les hôpitaux publics (Undritz, 2005). Les établissements privés, qui représentent environ 20 % du nombre total de lits d'hôpitaux, effectuent généralement les interventions chirurgicales

simples, les soins de jour et la chirurgie élective. Toutefois, un petit nombre d'institutions privées proposent également des soins hautement spécialisés.

Selon la LAMal, les cantons sont explicitement responsables de la planification hospitalière. Cette planification est censée organiser la capacité et la structure de l'offre hospitalière sur la base des besoins de la population et d'objectifs de maîtrise des coûts. La manière dont les plans cantonaux sont établis varie considérablement car la loi n'établit pas de critères et de méthodes spécifiques. Tous les hôpitaux publics et une partie des hôpitaux privés[28] sont inclus dans le processus de planification. Ces hôpitaux figurent sur une liste cantonale, ce qui leur donne le droit de demander le remboursement des services couverts par l'assurance obligatoire. Toutefois, il n'y a pas de critères spécifiques à remplir ou de méthodes à appliquer pour être inscrit sur les listes bien que les cantons se soient entendus sur un ensemble commun de recommandations (par exemple, adéquation du personnel médical, des équipements et des services médicaux) (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2002 et 2005b). Les subventions cantonales couvrent les coûts d'investissement, de formation et de recherche et une partie des coûts d'exploitation pour les traitements couverts par la LAMal et dispensés en division commune (ou équivalent si le service est dispensé en division privée, voir section 1.6 ci-dessous). Environ trois hôpitaux sur cinq (soit 81 % du nombre total de lits) reçoivent des aides cantonales (tableau 1.8) (Office fédéral de la statistique, 2005a). L'obligation d'élaborer une planification hospitalière ne s'étend pas aux accords intercantonaux de coordination de l'offre.

1.5.4. Soins de longue durée

Les communes et, dans une moindre mesure, les cantons sont responsables de l'organisation et de l'offre de soins aux personnes âgées. Les soins professionnels sont prodigués principalement dans les établissements médico-sociaux (EMS), les homes pour personnes âgées et au domicile des bénéficiaires (Spitex). Les soignants non qualifiés jouent également un rôle important, bien que non quantifié. On a estimé que la proportion des plus de 65 ans ayant besoin de prestations de soins de longue durée se situe juste entre 10 et 11.5 %, ce qui correspond à nombre de personnes âgées compris entre 109 000 et 126 000 (Mosle, 2005 ; Hoepflinger et Hugentobler, 2003).

Les cantons subventionnent généralement les coûts de construction et d'exploitation des EMS et des homes publics pour personnes âgées mais aussi d'un certain nombre qui sont privés. Ces établissements sont soumis au même système de planification cantonale que les hôpitaux. Les deux tiers des centres médicalisés de long séjour et autres prestataires institutionnels de soins de longue durée sont des établissements publics ou des organisations à but non lucratif, tandis que le tiers restant correspond à des établissements privés à but lucratif (OCDE, 2005b). La capacité d'accueil totale est d'environ 85 200 lits, avec des taux d'occupation de 95 à 97 % (Office fédéral de la statistique, 2005a ; Mosle, 2005). Si les services de soins de longue durée ont tendance à diminuer dans les hôpitaux généraux (OCDE, 2000), certaines personnes âgées nécessitant des soins infirmiers sont néanmoins admises dans les hôpitaux en raison des listes d'attente à l'entrée dans les centres médicalisés de long séjour. La majorité des résidents des centres médicalisés sont âgés de 80 ans et plus. Il n'y a pas en Suisse de critère standard pour l'évaluation de la gravité des cas. Les établissements utilisent trois systèmes différents (Plaisir, Rai/Rug et Besa) pour évaluer le besoin de soins médicaux.

Les activités de soins à domicile sont sensiblement moins importantes. Mais la préoccupation grandissante que suscite le vieillissement des populations et leurs besoins

Tableau 1.8. **Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2003**

Nom du canton	Privés				Publics ou subventionnés				Total			
	Lits d'hôpitaux		Hôpitaux		Lits d'hôpitaux		Hôpitaux		Lits d'hôpitaux		Hôpitaux	
	Nombre	Ratio[1]	Nombre	Ratio[2]	Nombre	Ratio[1]	Nombre	Ratio[2]	Nombre	Ratio[1]	Nombre	Ratio[2]
Suisse	8 145	1.1	134	1.8	34 597	4.7	220	3.0	42 742	5.8	354	4.8
Appenzell Rhodes-Intérieures	17	1.1	1	6.7	97	6.5	1	6.7	114	7.6	2	13.3
Appenzell Rhodes-Extérieures	288	5.4	5	9.4	286	5.4	3	5.7	574	10.8	8	15.1
Argovie	920	1.6	11	2.0	2 519	4.5	11	2.0	3 439	6.1	22	3.9
Bâle-Campagne	181	0.7	7	2.7	1 182	4.5	6	2.3	1 363	5.2	13	4.9
Bâle-Ville	133	0.7	3	1.6	2 229	11.9	11	5.9	2 362	12.7	14	7.5
Berne	1 141	1.2	14	1.5	4 214	4.4	22	2.3	5 355	5.6	36	3.8
Fribourg	138	0.6	3	1.2	779	3.2	5	2.0	917	3.7	8	3.3
Genève	495	1.2	10	2.4	2 378	5.6	6	1.4	2 873	6.8	16	3.8
Glaris					128	3.3	1	2.6	128	3.3	1	2.6
Grisons	482	2.6	8	4.3	990	5.3	16	8.6	1 472	7.9	24	12.9
Jura	80	1.2	1	1.4	365	5.3	2	2.9	445	6.4	3	4.3
Lucerne	287	0.8	3	0.9	1 210	3.4	6	1.7	1 497	4.2	9	2.6
Neuchâtel	21	0.1	2	1.2	875	5.2	11	6.6	896	5.4	13	7.8
Nidwald					98	2.5	1	2.6	98	2.5	1	2.6
Obwald					81	2.4	1	3.0	81	2.4	1	3.0
Schaffhouse	30	0.4	1	1.4	442	6.0	3	4.1	472	6.4	4	5.4
Schwyz	32	0.2	1	0.7	263	1.9	3	2.2	295	2.2	4	3.0
Soleure	47	0.2	2	0.8	881	3.6	7	2.8	928	3.8	9	3.7
St.Gall	237	0.5	4	0.9	2 063	4.5	15	3.3	2 300	5.0	19	4.2
Thurgovie	633	2.7	10	4.3	779	3.4	4	1.7	1 412	6.1	14	6.1
Tessin	950	3.0	16	5.1	1 148	3.6	8	2.5	2 098	6.6	24	7.6
Uri					143	4.1	1	2.8	143	4.1	1	2.8
Valais	169	0.6	2	0.7	1 433	5.0	15	5.3	1 602	5.6	17	6.0
Vaud	758	1.2	12	1.9	3 120	4.9	23	3.6	3 878	6.1	35	5.5
Zoug	127	1.2	2	1.9	357	3.4	3	2.9	484	4.7	5	4.9
Zurich	979	0.8	16	1.3	6 537	5.2	35	2.8	7 516	6.0	51	4.1

1. Lits de soins aigus pour 1 000 habitants. Inclut tous les lits des hôpitaux suisses. Le chiffre est différent de celui indiqué au tableau 1.7 car il inclut les soins aigus, les soins psychiatriques, les soins aigus gériatriques et tous les autres soins spécialisés.
2. Hôpitaux pour 100 000 personnes.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Neuchâtel.

de soins spécifiques a donné à ces problèmes une dimension plus politique et désormais le rôle des soins à domicile fait l'objet d'une plus grande attention. La couverture accrue des prestations à domicile depuis l'adoption de la LAMal (qui couvre aussi les soins médicaux aux personnes âgées en milieu institutionnel) a contribué à cette sensibilisation.

Spitex est le sigle suisse allemand qui désigne les services d'aide ménagère et de soins de jour prodigués aux personnes âgées handicapées et en perte d'autonomie en dehors de l'hôpital (OCDE, 2000). Les soins à domicile sont organisés sur une base locale ou cantonale, essentiellement (93 %) par des organisations privées à but non lucratif. Spitex offre un large éventail de prestations relativement globales : 44 % sont considérées comme des soins de longue durée et 56 % correspondent à des aides ménagères et familiales. Environ la moitié du coût est financée sur fonds publics. Selon les statistiques les plus récentes, le volume et le financement des prestations de soins à domicile n'ont guère bougé entre 1997 et 2000 (OCDE, 2005b).

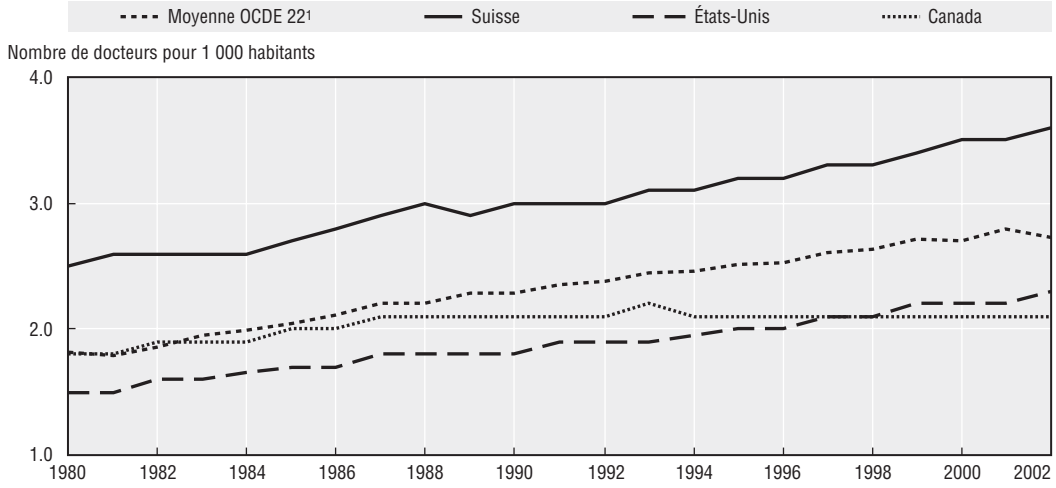
Le système suisse de soins en établissement pour les personnes âgées en perte d'autonomie est financé pour un tiers via un système complexe d'aides publiques, d'assurance et d'assistance et pour les deux tiers restants par les personnes elles-mêmes (OCDE, 2000). Contrairement à ce qui se passe en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, il n'existe pas en Suisse d'assurance sociale obligatoire-soins de longue durée pour les personnes âgées. La LAMal couvre la composante soins de santé dans le cadre des soins à domicile, des EMS et des homes pour personnes âgées. Mais les assureurs LAMal n'assument pas 100 % du coût des soins de longue durée. Le financement peut venir d'autres régimes d'assurance sociale[29], des paiements directs et, si cela ne suffit pas, du système d'assistance sociale des cantons et des communes (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). L'accès à l'assistance sociale se fait sous condition de ressources et il n'est possible que lorsque la personne a épuisé ses propres ressources, y compris patrimoniales (OCDE, 1999).

Le coût global (public et privé) des soins (médicaux et non médicaux) de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie est estimé à environ 1.3 % du PIB pour les soins en établissement et 0.2 % pour les prestations de soins à domicile, ce qui place la Suisse au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Cela semble lié à une proportion de personnes de plus de 80 ans dans la population totale plus importante que dans d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2005b).

1.5.5. Ressources humaines

Les personnes employées dans le secteur de la santé le sont majoritairement dans le secteur des soins en établissement (environ 56 %), puis dans le secteur des soins ambulatoires, dans l'industrie et dans le secteur commercial. L'emploi dans le secteur de la santé a fortement augmenté au cours des dernières années. Entre 1980 et 2002, le nombre des médecins praticiens est passé de 2.4 à 3.6 pour 1 000 personnes (graphique 1.18).

Graphique 1.18. **Évolution de la densité de médecins en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2002**



1. La moyenne de l'OCDE exclut les pays suivants pour lesquels on ne dispose pas de données sur la période de 23 ans : Allemagne, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Mexique et République slovaque.

Le Canada et les États-Unis sont des systèmes fédéraux comme la Suisse.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Avec 3.6 médecins, 10.7 infirmières, 0.5 dentiste et 0.5 pharmacien pour 1 000 habitants, la Suisse a une offre de professionnels de santé supérieure à celle de la plupart des pays de l'OCDE (tableau 1.7). Toutefois, le nombre de praticiens généralistes en Suisse (0.4 pour 1 000 habitants) est inférieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 0.8 pour 1 000 (OCDE, 2005a).

La proportion de médecins étrangers est estimée à 16 % (Office fédéral des migrations, 2001) (tableau 1.9), ce qui est inférieur aux proportions enregistrées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie, lesquelles se situent entre 23 % et 28 % (Mullan, 2005), mais supérieur aux proportions enregistrées en France et en Allemagne, où les médecins étrangers représentent moins de 10 % du nombre total de médecins (Couffinhal et Mousquès, 2001; Bundesaertzkammer, 2003). En Suisse, les médecins étrangers viennent en majorité de pays développés, en particulier d'Allemagne; ce pays fournit 60 % des médecins étrangers travaillant en Suisse (Office fédéral des migrations, 2001).

L'offre de médecins et la perspective d'une augmentation importante du nombre des médecins formés dans un pays de l'Union européenne et venant s'établir en Suisse suite à la signature par la Suisse et l'UE, en 2002, d'accords de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux, ont amené à craindre une offre excédentaire de médecins avec ce que cela implique en termes de coûts. Cette inquiétude a conduit à une politique plus stricte en matière d'admission dans les écoles de médecine avec l'introduction d'un système de *numerus clausus* dans les universités de Berne, Zurich, Bâle et Fribourg. En outre, un gel des autorisations d'ouverture de cabinet médical pour une durée de trois ans pour les praticiens travaillant selon la LAMal (Chancellerie fédérale, 2002) a été décidé, en 2002 puis prolongé jusqu'à la fin de l'année 2008. Cette mesure s'applique aux médecins libéraux, qui sont majoritaires en Suisse, qu'ils aient été formés en Suisse ou à l'étranger. Les médecins qui ne sont pas autorisés à ouvrir un cabinet médical peuvent chercher un emploi en milieu hospitalier ou exercer hors du cadre de la LAMal.

Les infirmières représentent, en Suisse, la catégorie la plus importante de travailleurs professionnels de santé; viennent ensuite les physiothérapeutes. On recense environ 78 000 infirmières (professionnelles) (Office des assurances sociales, 2003a), travaillant pour la plupart en hôpitaux. Les centres médicalisés de long séjour et les soins à domicile représentent une petite partie des emplois infirmiers. Dans les hôpitaux, la surcharge de travail, le stress et une forte rotation des effectifs sont monnaie courante (Dumont et Longchamp, 1999; Künzi *et al.,* 2002). Ces facteurs ont contribué à rendre la profession moins attractive ce qui peut expliquer la baisse de 20 % du nombre d'étudiantes en formation entre 1991 et 2001 et les difficultés accrues de recrutement (Weyermann et Brechbuhler, 2005). Le recrutement d'infirmières formées à l'étranger contribue largement à l'équilibre de l'offre et de la demande dans ce secteur du marché du travail. Le nombre des autorisations de pratiquer accordées à des infirmières formées à l'étranger a augmenté au fil des ans. Si les infirmières formées à l'étranger représentaient 34 % des 4 600 autorisations annuelles de pratiquer accordées en 2004 (tableau 1.10) (Croix-Rouge suisse, 2005), les infirmières nées à l'étranger représentent en Suisse 25 % du nombre total d'infirmières (tableau 1.9) (Office fédéral des migrations, 2001). L'estimation la plus récente est de 17 % pour la Nouvelle-Zélande, 8 % pour le Royaume-Uni et 4 % pour les États-Unis (Simoens *et al.,* 2005)[30].

L'adoption de la LAMal a ouvert aux infirmières de nouvelles opportunités de travail en tant que praticiennes indépendantes pouvant facturer leurs prestations à la LAMal. Le nombre des infirmières ayant opté pour cette formule était estimé à 900 en 2002 (Weyermann et

Tableau 1.9. **Proportion de médecins et d'infirmières de nationalité étrangère travaillant en Suisse, 2001**

Pays d'origine	Médecins (2001)	Pays d'origine	Infirmières (2001)
Allemagne	59.8 %	Allemagne	26.6 %
France	6.1 %	France	12.2 %
Italie	5.6 %	Serbie-Monténégro	9.4 %
Autriche	3.9 %	Italie	7.2 %
Espagne	1.4 %	Croatie	5.4 %
Belgique	1.4 %	Pays-Bas	4.4 %
Pays-Bas	1.1 %	Autriche	4.4 %
Grèce	0.7 %	Bosnie-Herzégovine	3.4 %
Royaume-Uni	0.6 %	Espagne	2.7 %
Suède	0.5 %	Inde	2.6 %
Luxembourg	0.2 %	Portugal	2.5 %
Portugal	0.1 %	Belgique	2.2 %
Finlande	0.1 %	Canada	2.2 %
Danemark	0.1 %	Philippines	2.0 %
Norvège	0.05 %	Macédoine	1.5 %
Islande	0.02 %	Turquie	1.4 %
Irlande	0.02 %		
Autres pays	18.4 %	Autres parties	9.9 %
Total	100 %	**Total**	**100 %**
Total médecins étrangers	4 148	Total infirmières étrangères	19 095
En % du nombre total de médecins en Suisse	16 %	En % du nombre total d'infirmières en Suisse	25 %

Source : Office fédéral des migrations (2001), *Erwerbstätige ausländische Ärzte aus Staaten de EU und EFTA, Stand : Ende août 2001*, Berne et communication personnelle; OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Brechbuhler, 2005). Des changements interviennent également dans la formation du personnel infirmier. Avec la création de Hautes Écoles spécialisées[31] pour les professions de santé, la Confédération a accru ses responsabilités à l'égard des professions médicales. Son intention est de relever le niveau d'instruction du personnel infirmier, pour passer d'un enseignement secondaire à un enseignement tertiaire, comme dans de nombreux pays de l'OCDE.

1.5.6. Produits pharmaceutiques

La population suisse dépense 398 USD en PPA par habitant pour les produits pharmaceutiques, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE (380 USD PPA) mais ne représente qu'environ la moitié des dépenses des États-Unis (graphique 1.19). En 2003, les médicaments administrés à des *patients externes* ont représenté 10.5 % des dépenses totales de santé, ce qui est sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE pour cette même année (plus de 18 %) (tableau 1.11). Les deux tiers de ces dépenses sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire ou par d'autres assureurs sociaux, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 60 % (OCDE, 2005a) (graphique 1.20).

L'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, créé le 1er janvier 2002, est responsable de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux. Il a remplacé l'ancien Office intercantonal de contrôle des médicaments. Swissmedic évalue et certifie que les médicaments et les appareils médicaux mis sur le marché suisse sont des produits de

Tableau 1.10. **Enregistrement en Suisse des infirmiers/ères et des sages-femmes formés à l'étranger, 2004**

Pays de formation	Total (infirmiers/ères et sages-femmes)
Autriche	18
Belgique	26
Danemark	1
Finlande	6
France	442
Allemagne	468
Grèce	0
Islande	0
Irlande	2
Italie	143
Luxembourg	0
Pays-Bas	12
Norvège	2
Portugal	1
Espagne	8
Suède	3
Suisse[1]	24
Royaume-Uni	4
Autres pays	390
Total formés à l'étranger	**1 550**

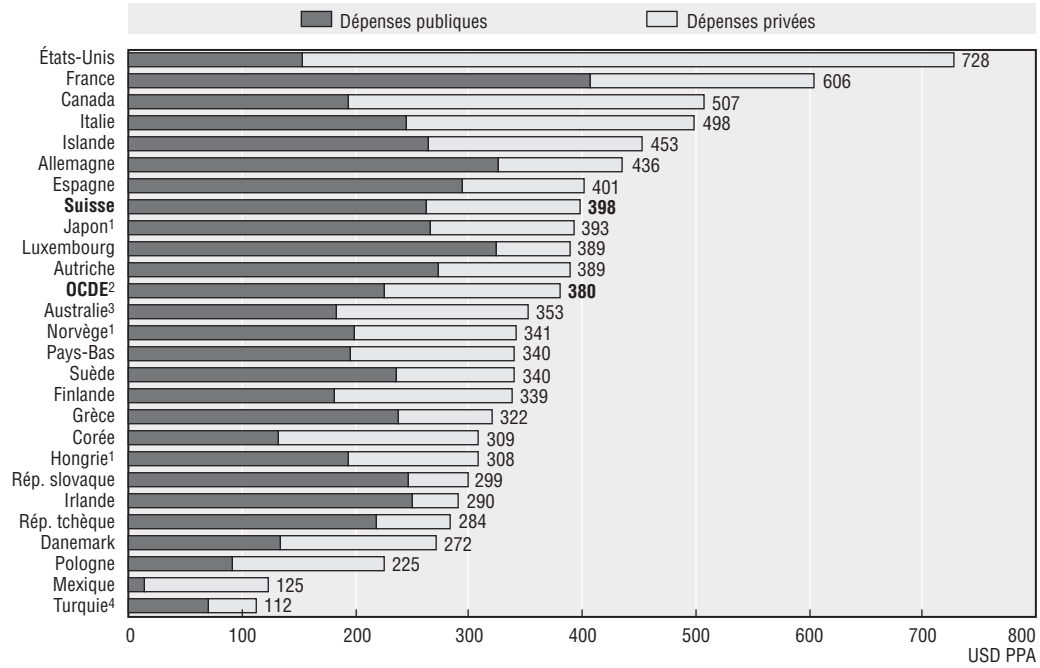
1. Hommes et femmes suisses formés hors de Suisse.
Source : Croix-Rouge suisse (2005), *Reconnaissance des titres professionnels étrangers*, Berne.

grande qualité, sûrs et efficaces. Les examens des produits prennent en moyenne six à huit mois; il existe une procédure accélérée (trois à cinq mois) pour les traitements de pathologies mettant en jeu le pronostic vital, les affections pour lesquelles on ne dispose d'aucune thérapie satisfaisante et les médicaments présentant un grand intérêt thérapeutique. Les examens sont répétés cinq ans après la date de leur entrée sur le marché suisse. Une fois l'autorisation de mise sur le marché accordée, le fabricant peut demander à l'Office fédéral de la santé publique l'inscription du médicament sur la liste des produits remboursés; cet Office décide si un médicament satisfait aux conditions requises pour le remboursement et fixe le prix maximum de remboursement (voir section 1.6).

La grande majorité des produits pharmaceutiques vendus en Suisse sont des produits de marque vendus, pour la plupart, sur ordonnance. En 2002, les médicaments vendus uniquement sur prescription médicale ont représenté les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires global du marché pharmaceutique national (Cueni, 2005a). Les ventes de génériques ont été multipliées par trois entre 2000 et 2005; elles représentaient à cette date 8 % du marché. Dans les premiers mois de l'année 2006, leur part est passée à 12 % (Zubler, 2006)[32]. Cette progression rapide semble liée à la mise en place de systèmes différenciés de participation aux coûts pour les génériques.

Environ 55 % des médicaments consommés en Suisse (en termes de valeur au prix fabricant) sont vendus en pharmacie. Viennent ensuite les médecins propharmaciens (23 % du marché), suivis des hôpitaux (19 %) et des drogueries (moins de 3 %) (Interpharma, 2005). Seuls les médecins indépendants ayant une licence spéciale accordée par les cantons sont autorisés à délivrer des médicaments; il s'agit, en principe, de médecins exerçant en milieu rural ou dans des cantons où l'on trouve relativement peu de pharmacies.

Graphique 1.19. **Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003**



Note :
Dépenses publiques fait référence aux dépenses financées par l'État ou par l'assurance-maladie sociale et obligatoire. Dépenses privées fait référence aux dépenses financées par l'assurance-maladie privée ou par les individus (dép. directes).
1. 2002.
2. La moyenne de l'OCDE exclut la Pologne et la Turquie.
3. 2001.
4. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Cette pratique existe dans 13 cantons. Les médecins propharmaciens représentent environ un quart de tous les praticiens indépendants (Hänggeli *et al.*, 2005). Au fil du temps, la part des pharmacies et des magasins de vente au détail dans les ventes totales de médicaments a diminué, tandis que celle des hôpitaux et des médecins propharmaciens a augmenté (Cueni, 2005a).

Un quart des produits pharmaceutiques vendus en Suisse (4 066 millions de CHF en 2004 au prix fabricant) sont produits par des sociétés nationales (graphique 1.21) dont les plus grosses (Novartis, Roche et Serono) représentent 61 % de la production (Interpharma, 2005). Les trois quarts restants sont des médicaments fabriqués par des sociétés étrangères; une petite partie de ces médicaments est également fabriquée en Suisse.

Plus de 90 % des produits pharmaceutiques fabriqués en Suisse sont destinés à l'exportation (Cueni, 2005b). Les exportations de médicaments (40 milliards de CHF en 2005) représentent près d'un quart des exportations totales de la Suisse; elles sont supérieures aux importations de 50 % (Interpharm, 2005). Les fabricants suisses représentent également 8 % du marché mondial des produits pharmaceutiques. Les principaux marchés destinataires se trouvent en Europe. Les entreprises nationales investissent principalement dans le développement de nouveaux médicaments. En 2004, les six plus gros laboratoires pharmaceutiques suisses[33] ont consacré à la R-D un cinquième de leurs recettes globales.

Tableau 1.11. **Répartition des dépenses de santé par type dans les pays de l'OCDE, 2003**

Pourcentage des dépenses totales de santé	Patients hospitalisés	Patients externes	Soins à domicile	Services auxiliaires	Produits médicaux	
					Total pour les patients externes	Dont produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables
Australie (2001)	39.7	24.9	0.1	5.3	18.1	14.0
Autriche	36.1	29.8	n.d.	n.d.	22.5	16.9
Canada	31.7	25.2	1.8	6.3	19.2	16.9
République tchèque	33.9	28.3	0.3	1.0	25.5	21.9
Danemark	50.7	28.5	3.6	n.d.	12.1	9.8
Finlande	39.5	30.0	n.d.	1.4	18.9	16.0
France	41.2	22.9	0.4	4.0	24.7	20.9
Allemagne	34.7	20.9	5.2	6.3	19.9	14.6
Hongrie (2002)	29.0	22.6	0.1	5.4	31.8	27.6
Islande	56.5	21.8	n.d.	0.3	16.8	11.8
Italie	41.5	30.2	n.d.	n.d.	22.1	22.1
Japon (2002)	40.0	32.4	0.5	0.8	19.3	18.4
Corée	22.4	35.9	n.d.	n.d.	31.2	28.8
Luxembourg	37.8	23.6	6.1	6.2	13.0	10.5
Mexique	38.0	30.0	0.3	0.2	21.4	21.4
Pays-Bas	39.6	21.8	3.8	2.4	16.7	11.4
Norvège	45.3	17.7	7.7	5.6	13.6	9.4
Pologne	29.5	22.1	4.1	3.0	32.4	30.3
République slovaque	30.4	15.4	0.1	4.0	43.6	38.5
Espagne	27.2	39.6	n.d.	0.9	25.1	21.8
Suède	32.0	47.7	n.d.	n.d.	14.8	12.6
Suisse	**47.9**	**27.3**	**2.1**	**3.1**	**12.7**	**10.5**
États-Unis	27.1	43.7	2.4	n.d.	13.2	12.9
Moyenne OCDE[1]	**37.0**	**27.9**	**2.4**	**3.3**	**21.2**	**18.2**

Note :
n.d. = non disponible.
La Belgique, la Grèce, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, la Turquie et le Royaume-Uni ne sont pas inclus dans le tableau car les données disponibles pour ces pays s'arrêtent au milieu des années 90.

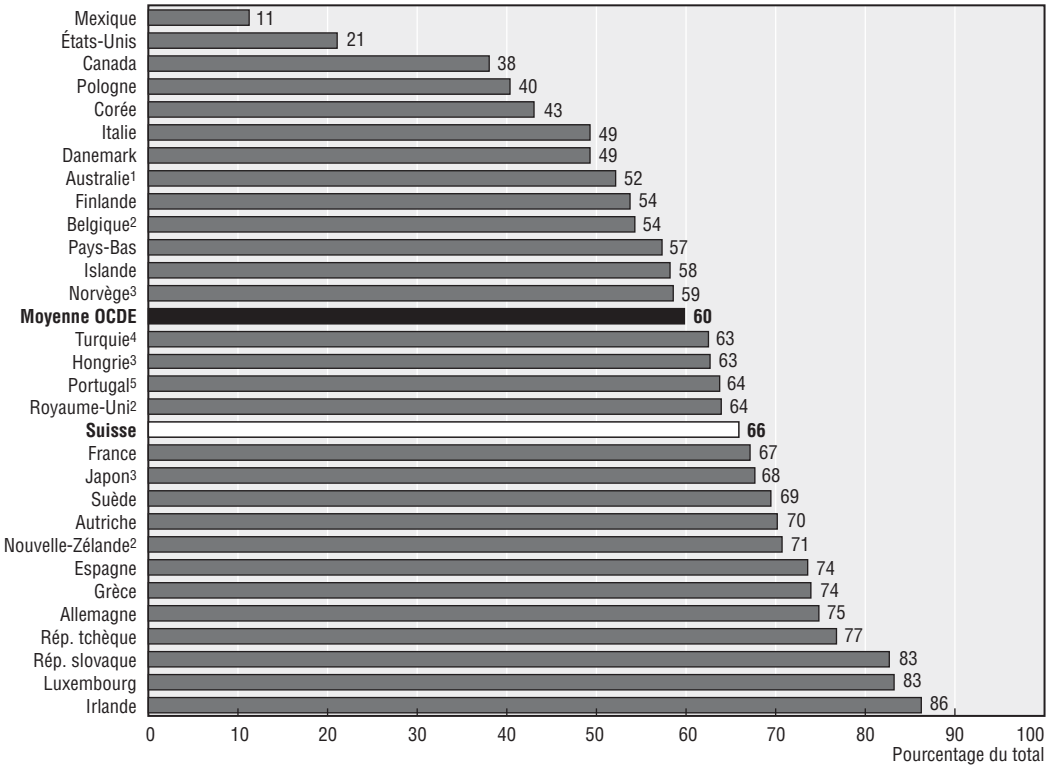
1. Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont une composante importante des dépenses de santé des patients hospitalisés (DSPH). Les données sur les DSPH englobent également les investissements, que d'autres pays de l'OCDE enregistrent séparément et qui représentent 5.7 % des DSPH et 2.7 % des dépenses globales de santé. Il se peut qu'en Suisse ces facteurs gonflent la part globale des dépenses de santé des patients hospitalisés par rapport à d'autres pays de l'OCDE.
2. La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte l'Autriche, la Finlande, l'Islande, l'Italie, la Corée et l'Espagne pour les soins à domicile, l'Autriche, le Danemark, l'Italie, la Corée et les États-Unis pour les services auxiliaires.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

1.5.7. Dépenses par type de services de santé

En 2003, la Suisse a consacré 48 % de ses dépenses totales de santé aux soins de patients hospitalisés, 27 % aux soins de patients externes et 10.5 % aux produits pharmaceutiques délivrés à des patients externes. Par rapport à la moyenne de l'OCDE (tableau 1.11), la part des soins aux patients hospitalisés est bien supérieure tandis que celle des médicaments est inférieure. La part relative des dépenses par type de soins est restée stable dans le temps.

Graphique 1.20. **Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2003**

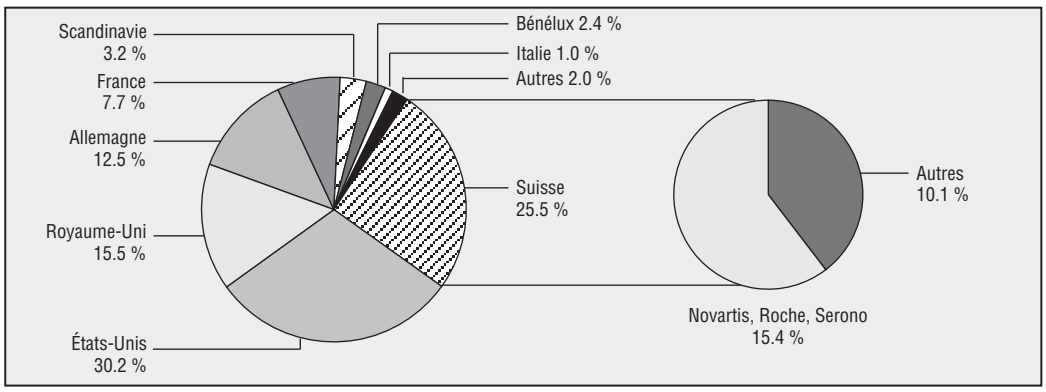


Note : Les dépenses concernent les produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables.

1. 2001.
2. 1997.
3. 2002.
4. 2000.
5. 1998.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.21. **Pays d'origine des médicaments vendus sur le marché pharmaceutique intérieur suisse**



Source : Interpharma (2005), *Le marché du médicament en Suisse*, Bâle.

1.6. Paiement des prestataires, remboursement et contrats

Les prestataires suisses reçoivent des paiements de tiers assureurs, des administrations cantonales ou directement des patients. En 2003, les subventions versées aux hôpitaux par les autorités cantonales et communales ont représenté 13 % des dépenses totales de santé, ou 44 % du coût total des patients hospitalisés[34]. Actuellement, les services de soins en ambulatoire sont essentiellement payés sur une base de rémunération à l'acte tandis que les modalités de paiement des services hospitaliers sont plus variées.

Selon la loi, les factures des prestataires doivent être établies sur la base de tarifs conventionnés convenus entre les assureurs et les prestataires, ou fixés par les autorités[35]. Pour les prestations couvertes par la LAMal, les assureurs sont tenus de rembourser les prestations effectuées par tous les prestataires autorisés à exercer dans le contexte de la LAMal (« obligation de contracter »). Les assureurs LAMal et autres assureurs sociaux (LAA, AI, AM) négocient séparément avec les prestataires. Pour les services non remboursés par les assureurs sociaux, les prix sont établis sur la base du prix de marché.

1.6.1. Mécanismes de paiement, niveaux de prix et de tarifs

Secteur des soins ambulatoires

Les généralistes et les spécialistes travaillant dans des unités de soins ambulatoires et ceux admis à exercer en milieu hospitalier[36] sont rémunérés à l'acte. Pour les autres professionnels de la santé travaillant en tant que libre praticien (comme les infirmières, les dentistes, les sages-femmes et les physiothérapeutes), c'est également le principal mode de rémunération. Depuis 2001, la rémunération de la majorité des pharmaciens est basée également sur les prestations et non plus, comme dans le système antérieur, sur une marge réalisée sur le prix de vente des médicaments délivrés[37]. Habituellement, les personnes payent les prestataires directement et sont ensuite remboursées par les assureurs. Mais, pour les médicaments, les patients payent le service du pharmacien et le montant requis de participation aux coûts; le solde est remboursé directement par l'assureur.

Les médecins qui traitent des patients ayant choisi une police d'assurance LAMal comportant un choix limité de prestataires sont rémunérés différemment selon le modèle spécifique du réseau de soins intégrés. Dans le cas des HMO, les médecins sont payés à la capitation et peuvent passer contrat avec différents assureurs. Dans le cas de cabinets de groupe ayant une responsabilité budgétaire (réseau de soins intégrés de type IPA), comme MediX Zurich et Bubenberg Berne, les différents médecins sont rémunérés à l'acte. Un budget global, qui est calculé sur la base du coût prospectif par groupe d'assurés[38], est convenu entre l'organisation de cabinets indépendants (IPA) et ses assureurs partenaires. Ces budgets peuvent englober les coûts hospitaliers associés. Lorsque le coût réel du traitement de patients assurés est inférieur au montant budgété, les médecins participants se partagent l'excédent. De même, les participants à des modèles de médecin référent, qui représentent en Suisse les deux tiers des modèles de réseau de soins intégrés, sont rémunérés à l'acte et peuvent recevoir une partie des avantages reçus par le réseau (Baur, 2004).

Enfin, la plupart des médecins hospitaliers et autres professionnels de santé employés par des hôpitaux ou des centres médicalisés de long séjour sont salariés. En général, ces médecins ne travaillent qu'en milieu hospitalier et n'ont pas le droit d'exercer en libéral.

À l'intérieur des régimes d'assurance sociale, toutes les professions médicales et paramédicales ont une grille tarifaire convenue au niveau national qui fixe le poids relatif

des différentes prestations. Ces poids relatifs ont été négociés entre les associations professionnelles concernées[39] et les assureurs (santé, accident, militaire et invalidité). Un certain nombre de points sont attribués à chaque prestation (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Ainsi, depuis le 1er janvier 2004, les honoraires médicaux sont établis sur la base d'un système tarifaire unifié (TARMED). TARMED spécifie le nombre de points tarifaires de chaque type de traitement médical calculé sur la base des moyens mis en œuvre. TARMED est également utilisé comme base de fixation des tarifs pour les prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux. Pour l'assurance-accident, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, la valeur effective associée à chaque point est également fixée au niveau national. Pour les assureurs LAMal, il existe des accords nationaux sur la valeur du point pour les dentistes et les diététiciens. Toutefois, pour les honoraires médicaux, la valeur du point fait l'objet de négociations collectives entre les associations cantonales d'assureurs et les prestataires; la valeur du point peut donc refléter les différences de salaires et de prix d'un canton à l'autre. Des accords cantonaux analogues existent pour les chiropracteurs, les ergothérapeutes, les infirmières et les physiothérapeutes.

En dehors de la LAMal, les prestataires fixent leurs prix librement, mais habituellement cela se fait sur la base de la structure de points convenue au niveau national. Nous faisons ici référence aux prestations non couvertes par la LAMal, aux médecins qui ont explicitement refusé de participer au système LAMal (et donc dont les prestations ne sont pas remboursées par les assureurs LAMal), ou à ceux qui ne peuvent facturer aux assureurs LAMal dans un contexte de gel de l'ouverture de nouveaux cabinets.

Hôpitaux et centres médicalisés de long séjour

Le principal mécanisme de paiement pour les hôpitaux est le tarif journalier ou la journée d'hospitalisation. Toutefois, depuis l'adoption de la LAMal, et compte tenu notamment des propositions de révision du système de financement des hôpitaux[40], il y a une orientation vers l'adoption de nouveaux mécanismes de rémunération basée sur les prestations, comme les paiements par cas par département, service ou spécialité ou DRG (en utilisant principalement la classification AP-DRG des diagnostics regroupés pour la gestion applicables à tous les patients). Les mécanismes de paiement varient considérablement d'un canton à l'autre et parfois d'un assureur social et d'un hôpital à l'autre (tableau 1.12). Un nouveau projet (connu sous le nom de « Swiss DRG ») visant à établir un système national uniforme en DRG est en cours[41]. Pour les prestations couvertes par une assurance, les hôpitaux sont habituellement payés directement par l'assureur.

À l'instar des prestations ambulatoires, les tarifs hospitaliers pour les patients hospitalisés (tarif journalier ou autre mode de paiement) pour des services couverts par les régimes d'assurance sociale sont négociés entre les associations d'hôpitaux et les assureurs. Sauf si les parties à la négociation en décident autrement, le coût des médicaments utilisés dans le cadre d'hospitalisations est compris dans le tarif, ainsi que le coût des services de diagnostic et des services thérapeutiques. Le tarif peut varier selon les régimes d'assurance sociale. Par exemple, les tarifs payés par l'assurance-accident sont supérieurs à ceux convenus avec les assureurs LAMal car ils reflètent à la fois les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation et non pas simplement les coûts de fonctionnement.

Le financement des hôpitaux ne repose pas uniquement sur les paiements effectués par les assureurs. Les cantons financent intégralement les coûts d'investissement, les frais de recherche et d'enseignement des hôpitaux publics et de certains hôpitaux privés inscrits sur les listes hospitalières cantonales. Ils financent également une partie des coûts

Tableau 1.12. **Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004**

Canton		Soins aigus	Psychiatrie	Remarques
Appenzell Rhodes-Intérieures	AI	Tarif journalier		
Appenzell Rhodes-Extérieures	AR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Argovie	AG	Paiement fixe modèle MIPP, paiement/service fixe ou tarif journalier	Tarif journalier	Le MIPP est un système de rémunération pratiqué à l'hôpital cantonal d'Aarau et fondé sur la phase de traitement des patients
Bâle-Campagne	BL	Tarif journalier individualisé intégral	Tarif journalier individualisé intégral	
Bâle-Ville	BS	Tarif journalier	Tarif journalier	Procédures spécifiques comptabilisées en supplément
Berne	BE	Paiement spécifique individualisé par pathologie/service pour l'hôpital de l'Ile. Paiement individualisé par pathologie/service pour tous les autres hôpitaux publics	Tarif journalier	AP-DRG depuis le 1/1/2004 pour le secteur AA/AI/AM
Fribourg	FR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Genève	GE	Tarif journalier	Tarif journalier	Procédures spécifiques comptabilisées en supplément
Glaris	GL	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier		Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Grisons	GR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Jura	JU	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Lucerne	LU	Tarif journalier	Tarif journalier	Paiements individualisés pour interventions de chirurgie cardiaque
Neuchâtel	NE	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier		Supplément payé pour les unités de soins intensifs; la ventilation par AP-DRG sera appliquée au secteur AA/AI/AM à partir de 2005 et à la LAMal à partir de 2006
Nidwald	NW	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients exérieurs		
Obvald	OW	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients exérieurs	Tarif journalier	
Schaffhouse	SH	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Les greffes sont comptabilisées en supplément
Schwyz	SZ	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMal		
Soleure	SO	Tarif journalier		
St. Gall	SG	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Les greffes sont comptabilisées en supplément
Thurgovie	TG	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Tessin	TI	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMal	Tarif journalier	Des projets AP-DRG de l'assureur Helsana sont actuellement à l'étude et n'ont pas encore été approuvés par le gouvernement cantonal
Uri	UR	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients extérieurs (y compris un supplément pour les greffes)		
Valais	VS	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la population assurée d'Helsana relevant de la LAMAL et tarif journalier	Tarif journalier	
Vaud	VD	Modèle AP-DRG appliqué depuis 2002 au secteur AA/AI/AM et à la LAMAL	Tarif journalier	

Tableau 1.12. **Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004** *(suite)*

Canton		Soins aigus	Psychiatrie	Remarques
Zoug	ZG	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMAL	Tarif journalier	
Zurich	ZH	Paiements spécifiques individualisés et tarif journalier à l'hopital universitaire de Zurich (USZ) ; paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier pour tous les autres hôpitaux publics	Tarif journalier	Inclut un supplément pour greffes

AA = Assurance-accident ; AI = Assurance-invalidité ; AM = Assurance militaire ; LAMal = Assurance-maladie obligatoire. AP-DRG = All Patients Diagnosis-related Groups.
Source : Adapté de : *www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsoekonomie/Spitalfinanzierung/Spitaltarife_Kantone/Stuktur_Spitaltaxen-f.pdf.*

d'exploitation des traitements hospitaliers remboursés selon la LAMal. Cette part est fixée par la loi à au moins 50 % pour les personnes soignées en division commune et elle varie d'un canton à l'autre selon le niveau de remboursement négocié entre les assureurs et les hôpitaux[42]. Selon la LAMal, les cantons peuvent fixer des budgets globaux pour les subventions aux hôpitaux, établis sur la base de coûts historiques ou prospectifs[43]. Certains cantons passent des contrats de services avec les hôpitaux qui spécifient le montant de l'aide transférée et les prestations à fournir. En dépit de ces contrats, la plupart des cantons couvrent les déficits des hôpitaux publics, encore que certains commencent à infliger des pénalités aux hôpitaux qui dépassent le budget. Les prestations qui ne sont pas couvertes par les assureurs sociaux, notamment les coûts additionnels de services d'hôtellerie et ceux associés à un confort de qualité supérieure, sont réglées directement par le patient ou par l'assurance-maladie complémentaire.

La LAMal rembourse les coûts médicaux des séjours dans les établissements médico-sociaux (EMS) mais pas les autres éléments de coûts comme l'hôtellerie et les loisirs. Les assureurs peuvent convenir avec les centres médicalisés de long séjour de paiements par cas. Comme pour les hôpitaux, les cantons versent des subventions aux centres médicalisés publics de long séjour et à certains centres privés et peuvent fixer des budgets globaux.

Produits pharmaceutiques

Depuis le 1er janvier 2004, l'Office fédéral de la santé publique est en charge du remboursement des produits pharmaceutiques et de la fixation des prix selon la LAMal. Seuls sont remboursables par l'assurance-maladie obligatoire les produits pharmaceutiques inscrits par l'OFSP sur une liste positive de médicaments appelée « liste des spécialités » (LS). Pour chaque produit pharmaceutique, cette liste indique deux prix différents : un prix public, qui correspond au montant remboursé par la LAMal (avant déduction de la participation aux coûts), lequel inclut une TVA de 2.4 %, et un prix de vente du fabricant. En 2004, quelque 2 500 médicaments étaient inscrits sur la LS[44]. Les médicaments non remboursés ne sont pas soumis à des contrôles des prix bien que l'Autorité de surveillance des prix soit responsable d'assurer une pratique de prix « raisonnables ».

L'OFSP examine si un médicament peut être remboursé et fixe son prix de remboursement maximum, après avis de la Commission fédérale des médicaments (Cueni, 2005a). Cette commission examine l'efficacité, l'adéquation et le rapport coût-efficacité du médicament avant de conseiller l'OFSP. Elle est composée de représentants des compagnies

d'assurance-maladie, de l'industrie pharmaceutique, des professionnels de santé, de l'Autorité de surveillance des prix de Swissmedic et des représentants des assurés. Ses décisions sont guidées par des comparaisons de prix avec d'autres médicaments thérapeutiquement équivalents mais aussi avec les prix de vente des fabricants dans des pays de référence (Allemagne, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni). S'ils sont disponibles, les prix des médicaments pour la France, l'Italie et l'Autriche peuvent également être examinés à titre d'indications complémentaires pour informer la prise de décision, en particulier lorsqu'il existe d'importantes différences de prix pour le même produit dans les quatre pays de référence ou lorsque le médicament n'est en vente que dans les pays examinés à titre complémentaire (Cueni, 2005a). Lorsque le médicament n'est pas encore en vente dans les pays de référence pour les prix (la Suisse est souvent le premier marché de lancement), la décision relative au prix remboursé est guidée par la comparaison des prix avec celui d'autres médicaments thérapeutiquement équivalents. Une prime reflétant le degré d'innovation peut être rajoutée au prix pour couvrir les coûts de R-D.

Les prix fixés par l'OFSP sont revus périodiquement. Les examens interviennent à quatre stades différents dans le temps : lors de l'inscription du médicament sur la LS, deux ans après sa mise sur le marché (depuis juillet 2002), sept ans après sa mise sur le marché (depuis juillet 2006)[45] et enfin à l'expiration du brevet ou après 15 années d'inscription dans le catalogue de remboursement. À cette occasion, le prix du médicament est aligné sur le prix moyen observé dans les pays de référence. À compter de juillet 2006, les prix des génériques devront être inférieurs d'au minimum 30 % par rapport au prix des médicaments innovants lors de leur mise sur le marché. Après 24 mois, les prix des génériques devront aussi baisser de 15 % supplémentaire par rapport au prix des produits originaux.

Dès lors qu'un médicament est inscrit sur la LS, les assureurs remboursent le prix de ce médicament, après déduction du montant correspondant à la participation aux coûts (franchises et coassurance). Depuis le début de l'année 2006, des systèmes différenciés de participation aux coûts ont été mis en place pour les médicaments de marque lorsqu'il existe des substituts génériques.

Dans la distribution de médicaments, grossistes et détaillants se partagent les marges. Auparavant, la répartition des marges était fixée par la Sanphar, association d'entreprises de distribution de médicaments en Suisse, mais en 2000 la Commission suisse de la concurrence (Comco) a interdit ces accords en raison de leur impact négatif sur la concurrence (OCDE, 2003).

1.6.2. Contrats

La loi accorde aux prestataires une certaine souplesse pour ce qui est de l'adhésion à un accord tarifaire donné. Un prestataire (par exemple, un médecin, un pharmacien, une infirmière) peut décider d'adhérer à un accord, même s'il n'est pas membre d'une association professionnelle. En outre, les membres ne sont pas tenus d'adhérer à un accord tarifaire avec les assureurs (Britt *et al.*, 2005). Ceux qui décident de ne pas y adhérer (ils sont actuellement peu nombreux)[46] doivent négocier avec les assureurs un tarif séparé.

Inversement, les assureurs ont *de facto* une obligation de conclure des contrats avec tous les prestataires autorisés à exercer dans le contexte de la loi. Sont inclus tous les hôpitaux qui satisfont à certaines exigences en matière d'infrastructures et de services et participent à la planification hospitalière cantonale et tous les médecins libres praticiens[47].

Tableau 1.13. **Remboursement des traitements médicalement nécessaires dispensés en division commune et en division privée**

Agent de financement	Division commune		Division privée ou semi-privée	
	A l'intérieur du canton	En dehors du canton	A l'intérieur du canton	En dehors du canton
Canton/commune	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : 50 % au moins des coûts d'exploitation applicables aux salles communes et coûts d'investissements. • Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale: facture de l'hôpital (établie sur la base des actes pour les patients extérieurs au canton) déduction faite de la partie couverte par les assureurs LAMal. • Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : la contribution des cantons est égale au montant équivalant au prix des traitements dispensés en division commune. • Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : la contribution des cantons est égale au montant équivalant au prix des traitements dispensés en division commune. • Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.
Assurance obligatoire	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : au mieux 50 % des coûts d'exploitation applicables aux divisions communes. • Autres hôpitaux privés : coûts d'exploitation et d'investissement (le pourcentage des coûts couverts n'est pas fixé par la loi).	• Tous les hôpitaux : couverture jusqu'à hauteur des tarifs facturés par l'hôpital aux résidents du canton traités en division commune.	• Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : 50 % au moins des coûts d'exploitation applicables aux divisions communes. • Autres hôpitaux privés : coûts d'exploitation et coûts d'investissements (le pourcentage des coûts couverts n'est pas fixé par la loi).	• Couverture jusqu'à concurrence des tarifs facturés par l'hôpital aux résidents du canton traités en division commune.
Assurance complémentaire			• Supplément pour traitement administré en division privée ou semi-privée (confort supérieur, repas spéciaux, etc.) et coûts résiduels.	
Paiements « out-of-pocket »	Participation aux coûts : 1) Franchises : entre 300 et 2 500 CHF pour les adultes 2) Coassurance : 10 % du coût des services médicaux au-delà de la franchise, maximum 700 CHF par an et par adulte et 350 CHF par enfant 3) Contribution aux coûts du séjour hospitalier : montant fixe de 10 CHF par jour et par hospitalisation pour les personnes vivant seules.		• Supplément pour traitement administré en division privée ou semi-privée (confort supérieur, repas spéciaux, etc.) et coûts résiduels, s'ils ne sont pas remboursés par l'assurance complémentaire.	

Source : Adapté de « Tribunal fédéral des assurances, décision du 30 novembre 2001 ».

En dehors des médecins travaillant dans le cadre de réseaux de soins intégrés, les assureurs ne sont pas libres de passer des contrats sélectifs.

Dans le secteur ambulatoire, les tarifs cantonaux s'appliquent à tous les traitements dispensés par les prestataires du canton en question. Dans le secteur des patients hospitalisés, les prestataires peuvent fixer des prix plus élevés pour les patients venant d'un autre canton. Si une personne reçoit un traitement en dehors de son canton de résidence, son assureur rembourse à concurrence du tarif que le prestataire facturerait aux résidents en cas d'urgence ou lorsque la prestation en question n'existe pas dans le canton d'origine de l'assuré. Dans ce cas, le canton d'origine couvre une partie de la différence entre le montant effectivement facturé au patient et le tarif remboursé par l'assureur (tableau 1.13). Un tel système de protection tarifaire et de remboursement ne s'applique pas lorsqu'une

personne choisit de recevoir un traitement médical en dehors de son canton d'origine sans raison médicale valable ou sans avoir obtenu l'accord de son canton d'origine. Dans ce cas, les patients sont tenus de payer toute la différence entre le montant facturé par le prestataire (lequel correspond aux honoraires pour les patients extérieurs au canton) et le tarif applicable (et donc remboursé) dans son canton d'origine. Les cantons peuvent conclure des accords concernant la couverture des coûts pour les traitements administrés en dehors du canton[48].

Notes

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-accident, 13 juin 1911.
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie, 18 mars 1994. La loi est entrée en vigueur le 1er janvier 1996.
3. Appelée « assurance-maladie sociale », « assurance-maladie obligatoire » ou « assurance-maladie de base » dans la LAMal et les règlements correspondants.
4. Ce qui en fait respectivement le neuvième et le troisième plus petit pays de l'OCDE. Les données relatives à la population se réfèrent à la population résidente permanente à fin 2004.
5. Un membre dans le cas des demi-cantons comme Bâle-Ville et Bâle-Campagne.
6. Le Conseil national compte 200 membres et le Conseil des États en compte 46. Au moment de la rédaction de ce rapport, le Parlement a une majorité de centre droit.
7. À compter de 2007, le Tribunal fédéral suprême et le Tribunal fédéral des assurances seront fusionnés.
8. Au fil des ans, la Suisse et l'UE ont développé une politique commune en matière de santé.
9. À l'exclusion des banlieues de ces villes.
10. Dans le cas de la Suisse, le PNB a été supérieur au PIB de 8 % en 2003, reflétant les flux de revenus importants en provenance de l'étranger. Lorsqu'on utilise un agrégat des comptes nationaux comme indicateur de la capacité à financer le système de soins de santé, le PNB est probablement préférable au PIB utilisé habituellement pour ces types d'évaluations. Rares sont les autres pays de l'OCDE affichant un écart important entre leur PNB et leur PIB.
11. Ces chiffres ne tiennent pas compte des aides aux personnes à faibles revenus que les statistiques des pouvoirs publics suisses ne comptabilisent pas dans les dépenses fédérales de santé.
12. Swissmedic est l'Institut suisse des produits thérapeutiques. Il veille à ce que seuls des médicaments et des appareils médicaux de grande qualité, efficaces et sans risque soient mis sur le marché suisse.
13. Cette section s'appuie sur des travaux antérieurs de Colombo (2001) sur le système d'assurance-maladie obligatoire.
14. Ces objectifs étaient contenus dans le Message relatif à la révision de la Loi de 1911 sur la maladie et l'accident (LAMA) du 6 novembre 1991, pp. 3-5.
15. Les personnes qui sollicitent des soins en dehors de leur canton sans raison médicale ou pour des considérations d'ordre personnel peuvent se voir facturer la différence entre le coût des soins dans leur canton d'origine et le coût facturé par le canton dispensant les soins. Toutefois, le coût facturé par le canton dispensateur des soins ne peut excéder son propre tarif externe. Le patient peut, cependant, se couvrir contre ses suppléments de coûts à l'aide d'une assurance complémentaire.
16. Les franchises sont des montants forfaitaires que les assurés doivent débourser jusqu'à hauteur du montant à partir duquel leur assurance prend le relais. La co-assurance consiste en des exigences de participation aux coûts aux termes desquelles les personnes assument une partie du coût des services médicaux (10 % des coûts dépassant la franchise). La contribution aux coûts du séjour hospitalier est un montant fixe (10 CHF, par exemple) par jour pour chaque séjour hospitalier.
17. Loi fédérale sur l'assurance accident, du 20 mars 1981.
18. En 2005, elle incluait 400 000 entreprises représentant 3.5 millions d'assurés (Ludwig et Morger, 2005).
19. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 19 juin 1959.

20. Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2 avril 1908.

21. L'article 12 de la LAMal autorise les assureurs proposant une couverture obligatoire à proposer en parallèle des produits d'assurance-maladie volontaire. Habituellement, les assureurs créent des compagnies distinctes pour gérer l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance-maladie volontaire.

22. Date de promulgation de la version révisée de la LAMal du 24 mars 2000.

23. Les aides aux personnes et aux familles à faibles revenus pour la souscription d'une assurance-maladie, dont le gouvernement fédéral et les administrations cantonales se partagent le coût, n'apparaissent pas ici car elles sont une composante des dépenses de santé au titre des primes d'assurance. La ventilation des dépenses de santé par agent de financement, qui est le mode de présentation utilisé par la publication *Eco-Santé* de l'OCDE, présente les dépenses de santé en fonction de l'agent qui paye les biens et services plutôt que de l'agent qui supporte la charge du financement. Si l'on inclut les aides, la part globale des dépenses liées à la santé qui est financée sur le produit des recettes fiscales fédérales et cantonales a été de 24 % en 2003 (Office fédéral de la statistique, 2005i) (voir tableau 3.2). À l'exception de ces aides, la Confédération n'alloue pas aux cantons de fonds affectés au financement des dépenses de santé. Chaque canton reçoit sa juste part des recettes fiscales fédérales sur la base d'un système de transferts et de partage des recettes mais décide librement de leur affectation. Les cantons prélèvent également des recettes propres via les impôts qu'ils lèvent et diverses autres charges.

24. Les données suisses sur les dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé sont probablement légèrement sous-estimées car : *i)* le coût de certains programmes de santé maternelle et infantile est inclus dans le coût des soins aux patients externes; *ii)* les dépenses totales de santé incluent une surestimation des dépenses au titre des soins de longue durée. La part dans le PIB des dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé est donc probablement voisine de la moyenne de l'OCDE.

25. L'Office fédéral suisse de la santé publique publie des recommandations relatives à la politique d'immunisation. Toutefois, il n'y a ni politique nationale en matière d'immunisation ni obligation légale d'immunisation au niveau fédéral.

26. Le dépistage du cancer du sein en est une bonne illustration. Dans la plupart des cantons, les activités de dépistage sont menées à l'initiative des patients, qui consultent de leur propre chef un généraliste ou un spécialiste (« dépistage opportuniste »). En 2005, cinq cantons seulement (Vaud, Genève, Valais, Jura et Fribourg) avaient élaboré un programme, systématique et de qualité, de dépistage du cancer du sein. Ce programme est ciblé sur les femmes âgées de 50 à 69 ans. Dans ces cantons, l'assurance-maladie obligatoire ne couvre que le dépistage dans le cadre d'un programme; elle ne couvre pas le dépistage opportuniste.

27. Un certain nombre d'autres initiatives ont été lancées, notamment le Conseil suisse pour la prévention des accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance-accident, la Conférence des directeurs cantonaux sur l'abus de substances psychoactives, la Ligue suisse contre le cancer et la Ligue pulmonaire suisse, le Conseil suisse pour la prévention des accidents.

28. Si les hôpitaux inscrits sur les listes cantonales sont normalement des établissements publics ou privés à but non lucratif, des hôpitaux privés à but lucratif peuvent également être inscrits sur ces listes lorsqu'ils reçoivent des autorités cantonales un mandat de soins spécifique.

29. Les coûts non médicaux sont payés selon une formule associant l'assurance-accident, le premier et le deuxième pilier des pensions de retraite ou les prestations d'invalidité et les prestations complémentaires de l'AVS-AI. Si une personne a besoin d'être aidée dans quatre activités de la vie quotidienne, l'assurance-vieillesse lui verse une indemnité d'incapacité. Les frais de subsistance (à domicile ou en établissement) sont à la charge du patient. Les prestations complémentaires de l'AVS-AI sont versées aux personnes âgées dont les ressources ne leur permettent pas de couvrir la différence entre le coût réel et les montants à leur disposition grâce aux pensions vieillesse et incapacité. Ces prestations sont régies par la Confédération et payées par les cantons; elles consistent en des indemnités mensuelles et des aides pour frais médicaux et dépenses liées à l'incapacité. Toutefois, de nombreuses personnes âgées éligibles à ces prestations n'en font pas la demande, considérant que c'est une forme d'aide sociale (OCDE, 2000).

30. Pour les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, ces chiffres tiennent compte des infirmières formées à l'étranger.

31. Les Hautes Écoles spécialisées sont au niveau des universités suisses mais leurs programmes d'études sont davantage orientés vers l'application et les réalisations.

32. Selon les chiffres d'Interpharma (2005), les génériques ont représenté 180 millions de CHF en 2004, contre 4 066 millions de CHF pour l'ensemble du marché intérieur.

33. Novartis, Roche, Serono, Actelion, Vifor et Cileg.

34. Ces pourcentages ont été calculés à partir de données sur la mise en œuvre d'un système de comptes de la santé pour la Suisse, que l'on peut consulter sur le site de l'OCDE à l'adresse *www.ocde.org/santé*.

35. Selon la LAMal, les tarifs peuvent être établis sur la base du temps passé (par exemple pour les infirmières effectuant des services Spitex d'aide et de soins à domicile), des prestations (par exemple pour les médecins exerçant en libéral), ou de prix fixés, c'est-à-dire de forfaits (par patient, par groupe de diagnostics, par groupe de patients mais aussi de budgets globaux prospectifs pour un groupe d'assurés). Lorsque les associations professionnelles et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une structure nationale uniforme d'honoraires, c'est le Conseil fédéral qui fixe les honoraires.

36. Les médecins admis à exercer dans un hôpital public ou privé doivent, dans certains cas, reverser à l'hôpital une partie des honoraires perçus des patients. Une infime partie des médecins se trouve dans ce cas.

37. Le grand principe qui sous-tend la rémunération basée sur les prestations est de rémunérer les pharmaciens sur la base du service rendu en termes de conseils spécialisés aux patients mais aussi d'investissements en capital et logistique (Cueni, 2005a). Les pharmaciens sont rémunérés pour le traitement des prescriptions, les conseils prodigués aux patients mais aussi pour le fait de conserver un dossier des patients (Jordan et Enderle, 2005).

38. Le coût par tête et par groupe d'assurés est calculé sur la base de l'âge, du sexe et autres caractéristiques du groupe. MediX utilise plus de 700 groupes de capitation. Ces contrats comportent souvent des dispositions complexes de partage des risques pour tenir compte des imprévus et des patients coûtant cher.

39. Associations de médecins (FMH), association d'hôpitaux (H+), association de pharmaciens (Société suisse des pharmaciens), etc.

40. « Message concernant la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) » du 15 septembre 2004.

41. Le Comité stratégique des projets suisses AP-DRG a décidé de ne pas inclure les coûts d'investissement dans les DRG pour l'instant mais a recommandé de les inclure ultérieurement (Comité stratégique, 2005).

42. Il est fait référence aux hôpitaux publics ou aux hôpitaux subventionnés par les cantons. En revanche, les hôpitaux privés peuvent être couverts par les assureurs jusqu'à hauteur de 100 % en fonction des accords négociés entre les hôpitaux privés et les assureurs.

43. Les cantons de Vaud, Schwyz, Zurich, Valais, Berne et quelques autres gèrent actuellement des budgets hospitaliers.

44. La liste est disponible sur Internet (*ww.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/00265/index.html?lang=de*).

45. Mais seulement si l'utilisation du médicament n'a pas été étendue au traitement d'autres pathologies.

46. Par exemple, seuls huit assureurs sur 95 et environ 70 pharmacies sur 1 680 n'ont pas adhéré à la convention pour la rémunération des pharmaciens basée sur les prestations.

47. Toutefois, les médecins qui ont refusé de participer au régime LAMal ou qui ne peuvent pas facturer les assureurs LAMal en sont exclus.

48. Actuellement, seuls les traitements administrés par des prestataires exerçant en Suisse sont couverts par la LAMal. Le Département fédéral de l'Intérieur a proposé d'autoriser le remboursement des traitements reçus à l'étranger dans le but de stimuler la concurrence par les prix. Une initiative pilote a été lancée dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne en coopération avec le comté allemand de Lörrach.

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 2

La performance du système de santé suisse : efficacité et qualité

Ce chapitre examine les performances du système de santé suisse en termes de niveaux de santé, de prévention et de qualité des services de santé. Si le système de santé suisse est relativement onéreux, il donne de bons résultats en termes de santé et les inégalités y sont moins prononcées que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Toutefois, dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, les résultats sont mitigés et des opportunités d'améliorer la santé ne sont pas saisies. Cela s'explique principalement par l'absence dans le système suisse de désignation claire des responsabilités et d'incitations à investir dans des activités de prévention. Enfin, si l'importance de la qualité est reconnue, les mécanismes de contrôle et de gestion de la qualité des soins de santé semblent faibles et rendent difficile une vision globale de la qualité du système suisse de soins de santé.

2.1. Niveaux de santé et inégalités

Il est difficile d'évaluer l'impact du système de santé sur l'état de santé car celui-ci est affecté par de nombreux facteurs autres que les soins tels que le sexe, le mode de vie, l'éducation, les facteurs socio-économiques et l'origine des populations nées à l'étranger. Toutefois, les variations de l'état de santé fourniront probablement quelques indications sur l'impact du système de santé.

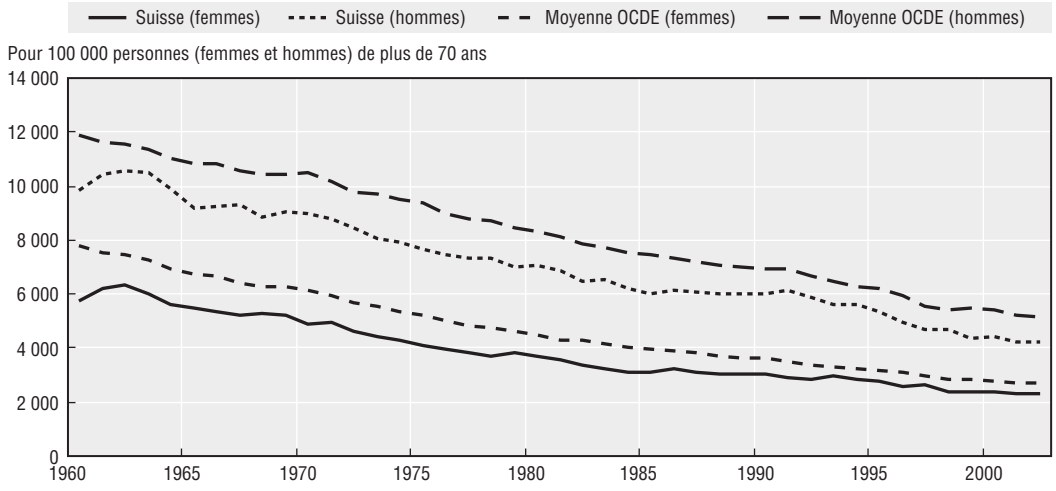
2.1.1. État de santé de la population

Entre 1960 et 2002, l'état de santé de la population suisse, qui était déjà très bon par rapport aux standards de l'OCDE, a continué à s'améliorer. L'espérance de vie est passée de 70.1 ans à 80.2 ans, faisant passer la Suisse de la 6e à la 4e place des pays de l'OCDE (OCDE, 2005a). Cette amélioration s'est accompagnée d'une diminution importante du nombre d'années potentielles de vie perdues du fait d'un décès prématuré. Cet indicateur mesure les années de vie perdues par les personnes décédées avant l'âge de 70 ans, pour une population de 100 000 personnes. Cette diminution pour l'ensemble de la population suisse (57 %) a été en gros conforme à la moyenne des pays de l'OCDE mais elle a été supérieure à la moyenne de l'OCDE pour les femmes (65 % contre 59 %) (graphique 2.1), tandis que pour les hommes l'amélioration a été inférieure à la moyenne de l'OCDE[1]. La Suisse a également l'un des taux de mortalité par maladie cardiovasculaire (principale cause de décès en Suisse et dans les pays de l'OCDE, voir graphique 2.2)[2], les plus bas tandis que pour les cancers (deuxième cause de décès), la situation est plus contrastée, certaines formes de cancer étant supérieures à la moyenne de l'OCDE et d'autres inférieures (graphiques 2.3 et 2.4).

En dépit d'une amélioration générale de l'état de santé de la population suisse, la morbidité et la mortalité ont augmenté pour certaines pathologies. La mortalité due à des troubles mentaux, en particulier à la démence, a augmenté en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE; cette évolution s'explique largement par le vieillissement de la population. En dépit d'une diminution, ces dernières années, la mortalité imputable aux maladies mentales reste en Suisse supérieure à la moyenne de l'OCDE (graphique 2.5) (OCDE, 2005a). Un autre sujet de préoccupation est la forte augmentation du taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes, qui est passé 4 à 14 décès pour 100 000 personnes entre 1960 et 2002 (graphique 2.4); cette évolution est principalement associée à l'augmentation, au cours des dernières décennies, du nombre de femmes qui fument. Le taux de mortalité par cancer du poumon n'a pas augmenté dans les mêmes proportions chez les hommes même s'il est environ trois fois plus élevé que chez les femmes (OCDE, 2005a)[3]. Bien qu'en Suisse le taux de mortalité par cancer du poumon demeure inférieur à la moyenne de l'OCDE, pour les hommes comme pour les femmes, la plupart de ces décès pourraient être évités.

Non seulement, la Suisse a des indicateurs de santé relativement bons mais dans sa grande majorité la population suisse se considère en bonne, voire en très bonne santé. Ces résultats sont restés stables au cours des dix dernières années avec des taux compris entre

Graphique 2.1. **Années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002**



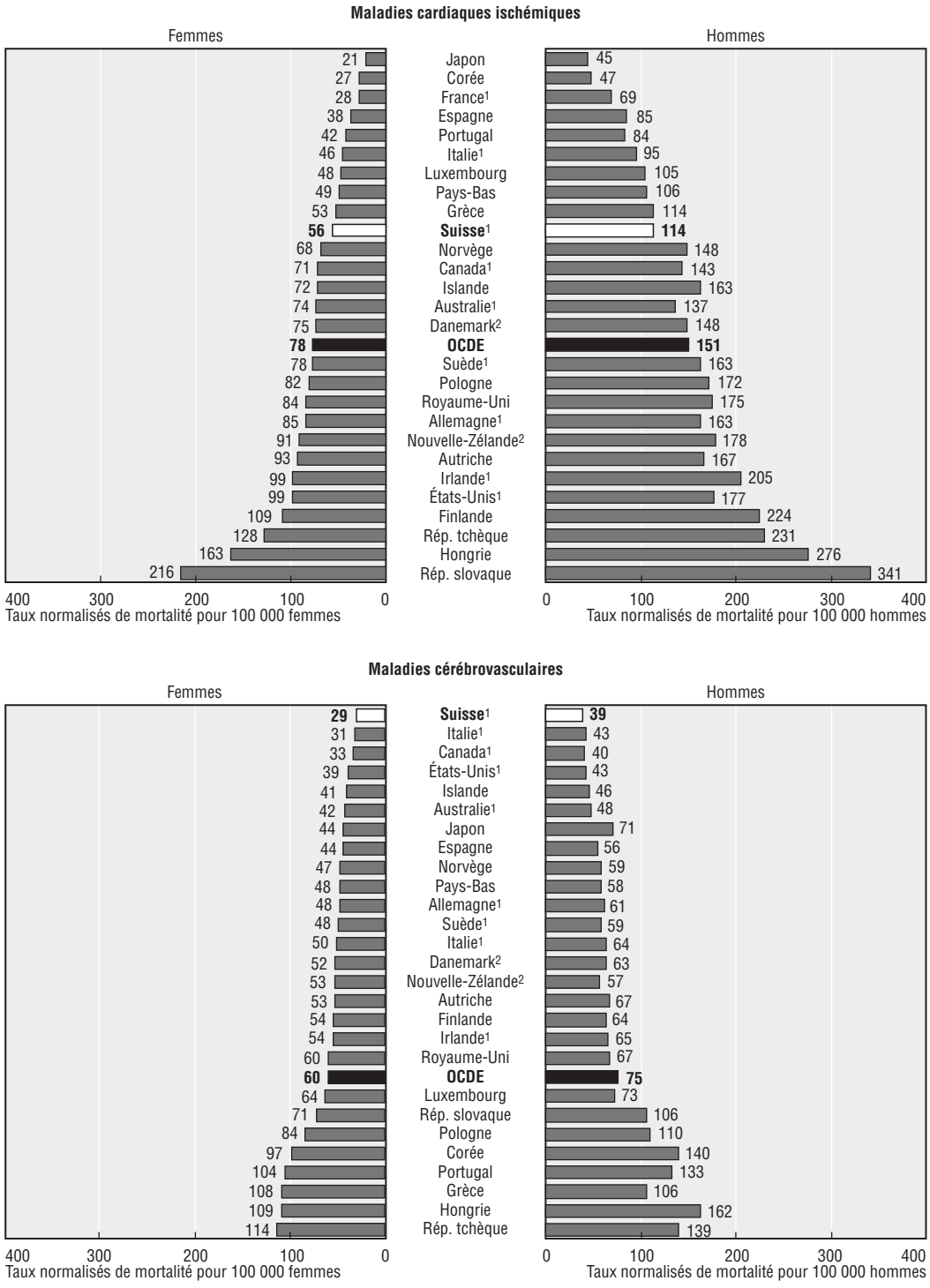
Note : La moyenne de l'OCDE exclut la Corée, le Mexique, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

85 % et 86 %, ce qui est bien supérieur à la moyenne de l'OCDE qui est d'environ 70 % (tableau 2.1). Si une large majorité de la population suisse se considère en bonne santé, le mal de dos, les maux de tête et l'arthrite sont les problèmes les plus courants. La probabilité que les personnes fassent état de ces problèmes augmente avec l'âge et elle est plus grande chez les femmes. Les maladies pour lesquelles les personnes déclarent le plus souvent être traitées sont l'hypertension, les maladies rhumatismales (ces dernières touchant davantage les femmes que les hommes), le rhume des foins et autres allergies (tableau 2.2) (Office fédéral de la statistique, 2005d).

2.1.2. Inégalités au regard de la santé

La population suisse présente des inégalités au regard de la santé mais elles sont moindres que dans d'autres pays de l'OCDE. Des inégalités entre personnes à hauts revenus et personnes à revenus plus modestes ont été constatées dans tous les pays européens (Mackenbach, 2005; Van Doorslaer *et al.*, 1997). Des inégalités de taux de mortalité liées à l'âge, au sexe et au pays d'origine peuvent également être observées pour un grand nombre de causes spécifiques de décès, notamment les maladies cardiovasculaires, de nombreux cancers et blessures. Pour les maladies cardiovasculaires, les taux de mortalité sont plus élevés parmi les classes socio-économiques modestes, en particulier les décès à la suite d'attaques (Mackenbach, 2005). Les taux de morbidité ont tendance également à être plus élevés parmi les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, un statut professionnel bas ou des revenus modestes. Si ces types d'inégalités sont également observées en Suisse, elles tendent à être moindres que dans la plupart des autres pays développés (Holly et Benkassmi, 2003; Leu, 2005). Par exemple, une étude portant sur neuf pays européens a montré qu'en Suisse les inégalités en termes de mortalité et de morbidité sont inférieures à la moyenne (Mackenbach *et al.* 1997). En Suisse, c'est entre personnes de niveau de revenus différents que les inégalités sont les plus grandes; viennent ensuite les inégalités en fonction du niveau d'instruction et du type d'activité économique, en particulier la retraite (Leu, *ibid.*). Le pays d'origine des travailleurs émigrés et le sexe semblent aussi être des facteurs d'inégalités supplémentaires (Holly et Benkassmi, 2003).

Graphique 2.2. **Taux de mortalité pour les maladies cardiaques ischémiques et cérébrovasculaires, Suisse et sélection de pays de l'OCDE, 2002**

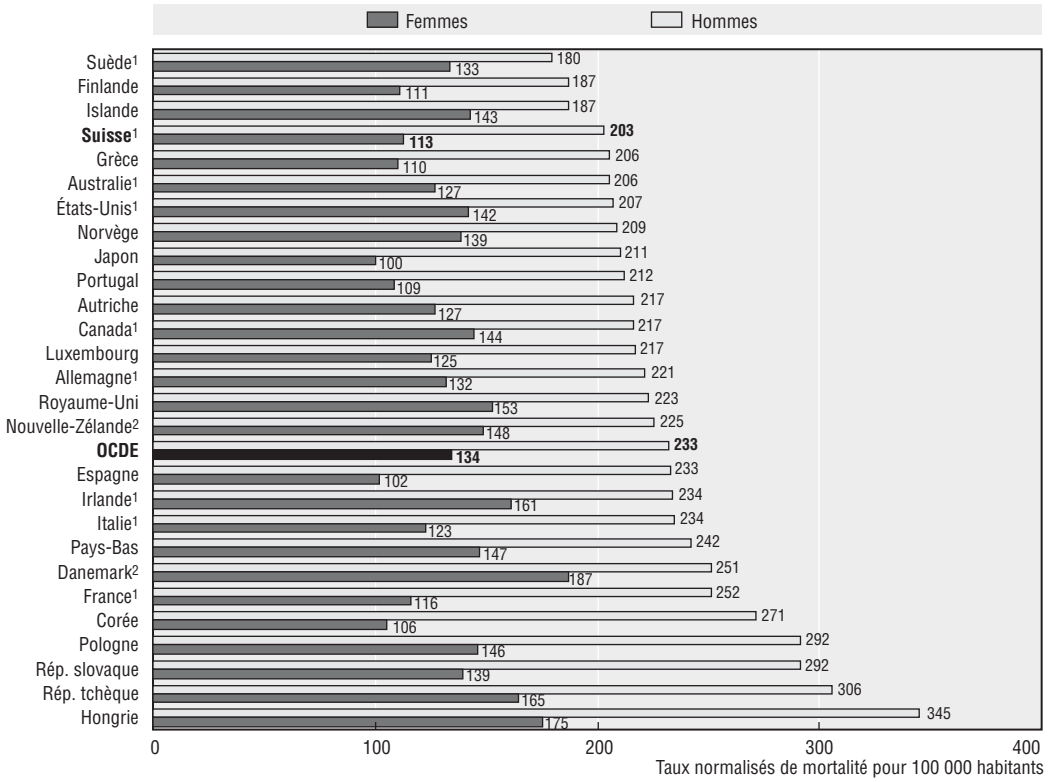


Note : Les données sur le taux de mortalité sont extraites d'une base de données de l'OMS (mars 2005) et normalisées en fonction de l'âge de la population de l'OCDE en 1980.

1. 2001.
2. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 2.3. **Taux de mortalité pour tous les cancers, Suisse et sélection de pays de l'OCDE, 2002 ou dernière année disponible**



Note : Les données sur les taux de mortalité sont extraites d'une base de données de l'OMS et normalisées en fonction de l'âge de la population de la population de l'OCDE en 1980.

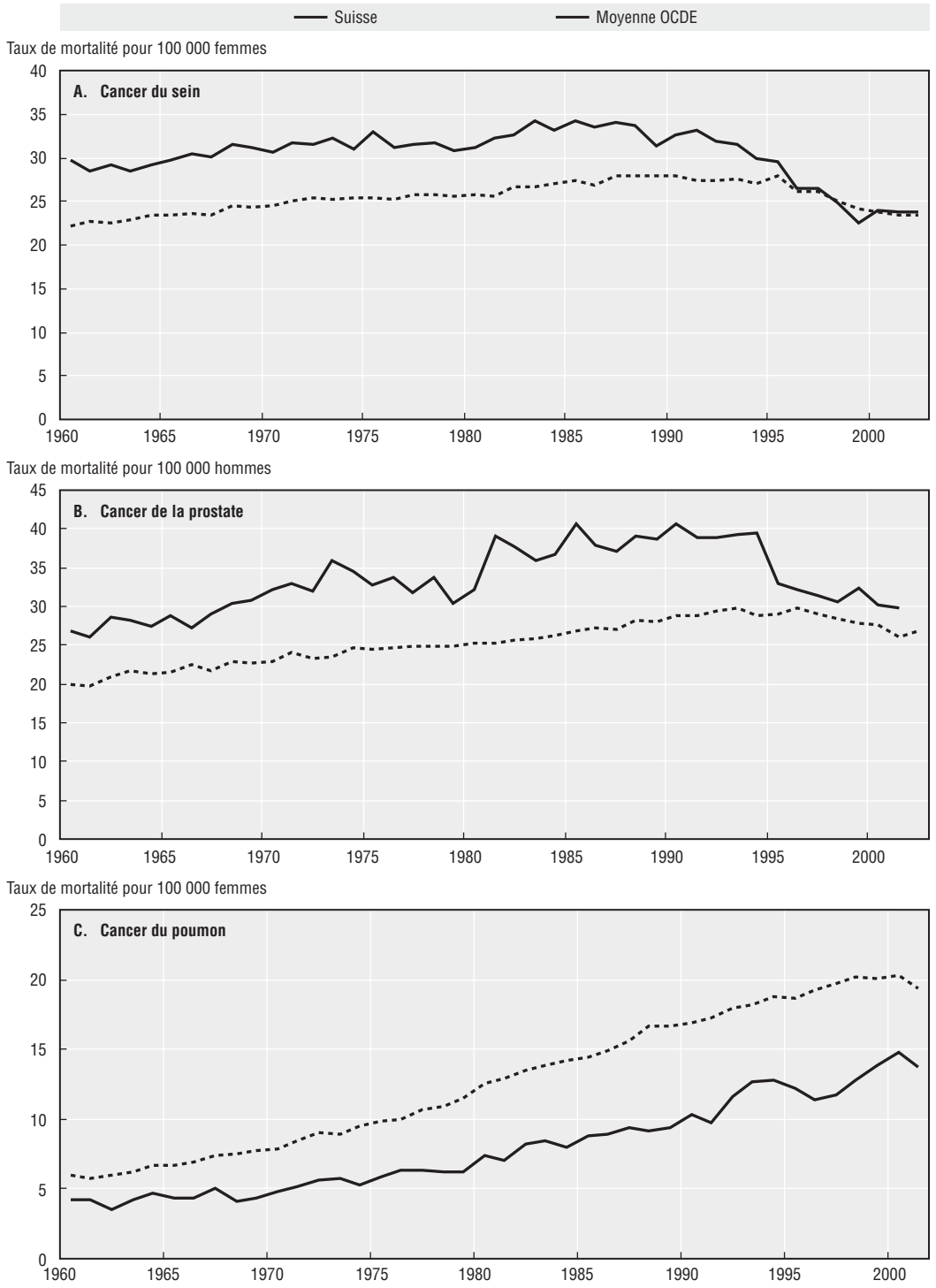
1. 2001.
2. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Les différences de taux global de mortalité d'un canton à l'autre peuvent atteindre 10 %[4] (Office fédéral de la statistique, 2005e). Cette variation est attribuée à la pyramide des âges, aux phénomènes migratoires, au sexe et aux différences de statut socio-économique parmi la population, et ne semble pas être déterminée par des différences d'offre de services de santé entre les cantons (Office fédéral de la statistique, 2005e). De fait, il apparaît également que la performance des cantons au regard de certaines causes de décès pouvant être évitées[5] est indépendante du niveau de l'offre de services de santé (Crivelli et Domenighetti, 2003). Une exception mérite d'être signalée : les taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes âgées de 55 à 74 ans sont moins élevés dans les cantons où le nombre des mammographies[6] est nettement plus important (tableau 2.3). En règle générale, le nombre des mammographies en Suisse est sensiblement inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (Mattke *et al.*, 2006) (graphique 2.10).

Bien qu'il n'existe en Suisse aucun programme national spécifique de réduction des inégalités de santé, certains programmes sont ciblés sur des groupes de population spécifiques, par exemple les migrants. Plus généralement, les différences socio-économiques sont traitées par le biais de programmes de protection sociale fournissant une aide financière et matérielle aux personnes dans le besoin.

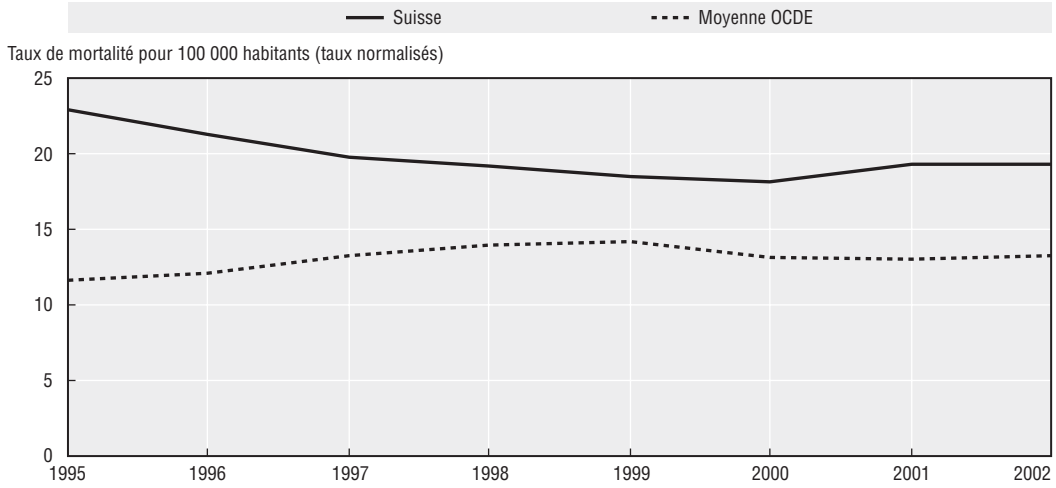
Graphique 2.4. **Taux de mortalité par cancer du sein, de la prostate et du poumon, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002**



Note : La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte la Corée, la Grèce, le Luxembourg, le Mexique, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 2.5. **Taux de mortalité imputable aux maladies mentales, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1995-2002**



Note : La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte la Corée, la Grèce, le Luxembourg, le Mexique, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Tableau 2.1. **Part de la population se considérant comme en « bonne » ou en « meilleure » santé dans les pays de l'OCDE, 1992 et 2002**

	1992	2002
Australie (1989-2001)	79.2	81.9
Autriche (1991-1999)	71.2	73.5
Belgique (2001)	n.d.	77.2
Canada (1994-2001)	89.2	87.6
République tchèque (1993-2002)	42.4	62.2
Danemark (1991-2000)	80.4	77.9
Finlande	68.4	68.7
France	n.d.	72.9
Allemagne (1998)	66.1	n.d.
Hongrie (2000)	n.a.	43.2
Islande (1998-2002)	81.8	84.6
Irlande (1998-2002)	85.7	86.0
Italie (1994-2002)	59.7	59.6
Japon (1992-2001)	47.8	40.6
Corée (1992-2001)	46.4	45.6
Mexique	n.d.	66.2
Pays-Bas	79.3	77.5
Norvège (1998-2002)	79.6	79.9
Pologne (2001)	n.a.	46.8
Portugal (1999)	31.3	n.d.
République slovaque (1993-2002)	35.3	35.2
Espagne (2001)	n.d.	69.8
Suède	73.3	73.8
Suisse	**84.6**	**85.8**
Royaume-Uni	77.2	74.4
États-Unis	89.1	88.8
Moyenne OCDE	**68.4**	**69.2**

n.d. = non disponible.

Les données du Canada présentent une rupture dans leur série.

1. La moyenne de l'OCDE a été construite sur la base des données disponibles à chaque endroit.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Tableau 2.2. **Proportion d'hommes et de femmes ayant été sous traitement médical au cours des 12 derniers mois, Suisse, 2002**

Diagnostic	Hommes	Femmes	Total
Hypertension	13.6	14.3	14.0
Rhume des foins/autres allergies	9.8	10.2	10.0
Rhumatismes	6.0	11.0	8.6
Dépression nerveuse	4.2	5.9	5.1
Bronchite chronique/emphysème	3.4	3.4	3.4
Cancers/tumeurs	2.2	3.2	2.7
Maladies rénales/calculs rénaux	2.5	1.9	2.2
IAM	3.2	1.2	2.2
Attaque	1.2	0.7	1.0

Note : IAM = Infarctus aigu du myocarde.
Source : Office fédéral de la statistique (2003), *Enquête suisse de la santé 2002*, Neuchâtel.

Tableau 2.3. **Taux de mortalité imputable au cancer du sein en Suisse parmi une population de femmes âgées de 55 à 74 ans, 1995-2002**

Canton	Taux de mortalité 1995	Taux de mortalité 2002	% de variation du taux mortalité 1995-2002	Existe-t-il un programme de dépistage?
Genève	95	58	–49	Oui
Vaud	77	54	–35	Oui
Valais	98	60	–49	Oui
Zurich	93	81	–14	Non
Berne	83	67	–21	Non
Suisse romande	88	60	–35	Oui
Suisse allemande	89	76	–14	Non
Total Suisse	**87**	**72**	**–21**	Non

Note : Le taux de mortalité désigne le nombre de décès pour 100 000 femmes âgées de 55 à 74 ans.
1. En Suisse romande, seuls les cantons suivants ont un programme de dépistage : Genève, Fribourg, Valais, Vaud et Jura.
Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Encyclopédie statistique de la Suisse* Neuchâtel (*www.bfs.admin.ch*).

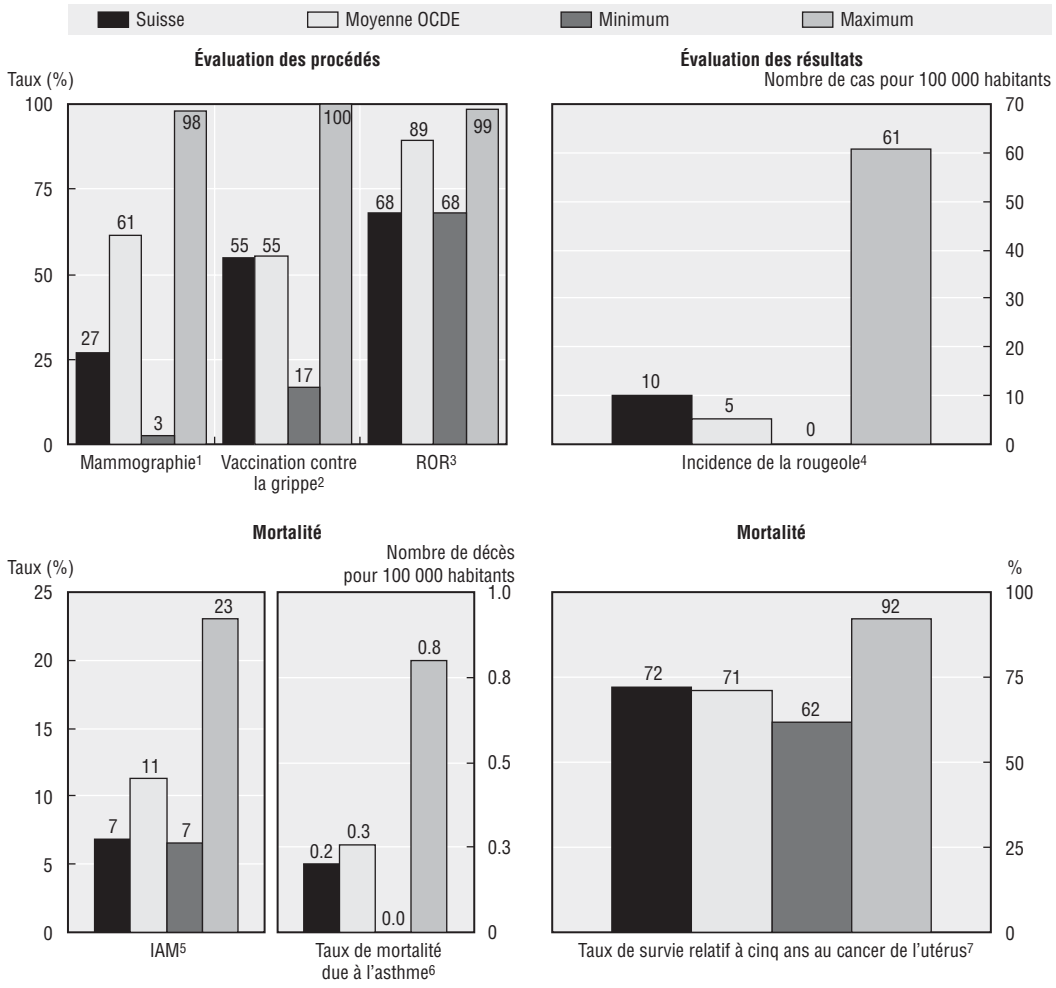
2.2. Mode de vie et facteurs de risque

La maladie, l'invalidité et le décès peuvent être attribués à un certain nombre de risques. En Suisse, comme dans d'autres pays de l'OCDE, le tabac, l'alcool, la tension artérielle, le cholestérol et l'obésité sont la cause d'au moins un tiers de la charge globale de maladie (OMS, 2002).

Les estimations de l'OMS montrent qu'en Suisse environ 65 % de la mortalité est attribuable à dix grands facteurs de risque (tableau 2.4). Si l'on considère la morbidité et la mortalité, 45 % de la charge globale de maladie (DALY)[7] en Suisse est attribuable à dix grands facteurs de risque qui recoupent, dans une large mesure mais pas totalement, les facteurs de risque pour la mortalité (tableau 2.5). Les facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, un taux élevé de cholestérol et un indice élevé de masse corporelle (IMC) sont tous dus, en partie, à une consommation excessive de certains aliments et de certains composants alimentaires et au manque d'activité physique.

On estime qu'en Suisse la consommation de tabac est directement ou indirectement responsable, chaque année, de quelque 8 300 décès (ISPA, 2004; Frei, 1998) soit 15 % du nombre total des décès. La cigarette est donc la première cause de décès que l'on peut prévenir. La prévalence de la consommation de tabac (26.8 %) est restée stable sur les dix dernières années mais elle est légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE (25.1 %). Plus

Graphique 2.6. **Sélection d'indicateurs de la qualité des soins de santé, Suisse et moyenne de l'OCDE**



1. Le taux de dépistage par mammographie désigne le nombre de femmes âgées de 52 à 69 ans déclarant avoir fait, au cours de l'année précédente, une mammographie bilatérale rapporté au nombre de femmes de la tranche d'âge répondant à une enquête sur la mammographie (%) ou admises à bénéficier d'un programme de dépistage (%).
2. La vaccination contre la grippe désigne le nombre de personnes auxquelles cette vaccination est proposée chaque année rapporté au nombre d'adultes de 65 ans et plus (%).
3. ROR = rougeole, oreillons, rubéole; il est (généralement) administré aux enfants de moins de deux ans (%).
4. L'incidence de la rougeole se définit comme le nombre de cas rapportés pour 100 000 personnes.
5. IAM = infarctus aigu du myocarde; se définit comme le nombre de décès à l'hôpital survenu dans les 30 jours suivant l'admission rapporté au nombre de personnes hospitalisées pour lesquelles un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde a été posé (%).
6. Le taux de mortalité due à l'asthme se définit comme le nombre d'individus sur 100 000 personnes de 5 à 39 ans pour lesquelles l'asthme est la cause première du décès.
7. Le taux de survie relatif à cinq ans au cancer de l'utérus se définit comme le taux observé de femmes pour lesquelles un cancer du col de l'utérus a été diagnostiqué et qui sont encore en vie cinq ans après rapporté au taux de survie attendu d'un groupe comparable de la population générale (%).

Source : Mattke, S. *et al.* (2006), « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 22, OCDE, Paris.

préoccupant, la proportion du nombre de jeunes fumeurs (15-24 ans) est passée de 31 à 37 % au cours des dix dernières années (Office fédéral de la statistique, 2005d). Il apparaît en outre que les jeunes ont tendance à commencer à fumer plus tôt, aux alentours de 16 ans (Office fédéral de la santé publique, 2005b).

Tableau 2.4. **Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la mortalité, Suisse, 2002**

Rang	Facteur de risque	*% total décès*	Rang	Maladie ou accident	*% total décès*
1	Hypertension artérielle	19.2	1	Maladies cardiaques ischémiques	17.6
2	Tabac	15.3	2	Maladies cérébrovasculaires	7.4
3	Cholestérol	12.0	3	Cancers voies respiratoires et poumon	4.7
4	IMC[1] élevé	8.6	4	Maladie d'Alzheimer et autres démences	4.7
5	Inactivité physique	4.5	5	Insuffisance respiratoire	4.1
6	Faible consommation de fruits et légumes	3.1	6	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	3.2
7	Drogues illicites	0.7	7	Diabète sucré	3.0
8	Alcool	0.6	8	Cancers du colon et du rectum	3.0
9	Particules aéroportées (exp. prof.)[2]	0.5	9	Cancer de la prostate	2.5
10	Pollution urbaine	0.5	10	Cardiopathie hypertensive	2.3
% du total des décès		*65.0*	*% du total des décès*		*52.6*

1. IMC = indice de masse corporelle. Il se définit comme la masse (kilos) divisée par le carré de la hauteur (mètres).
2. Exposition professionnelle à des particules aéroportées. Désigne les maladies respiratoires non malignes résultant de l'exposition sur le lieu de travail à des particules aéroportées (principalement des poussières). Les principales maladies respiratoires sont l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et les trois grandes pneumoconioses (asbestose, silicose et pneumociose des mineurs).

Source : Estimations d'après la base de données de l'OMS sur la « Charge de morbidité ».

Tableau 2.5. **Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la charge de maladie, Suisse, 2002**

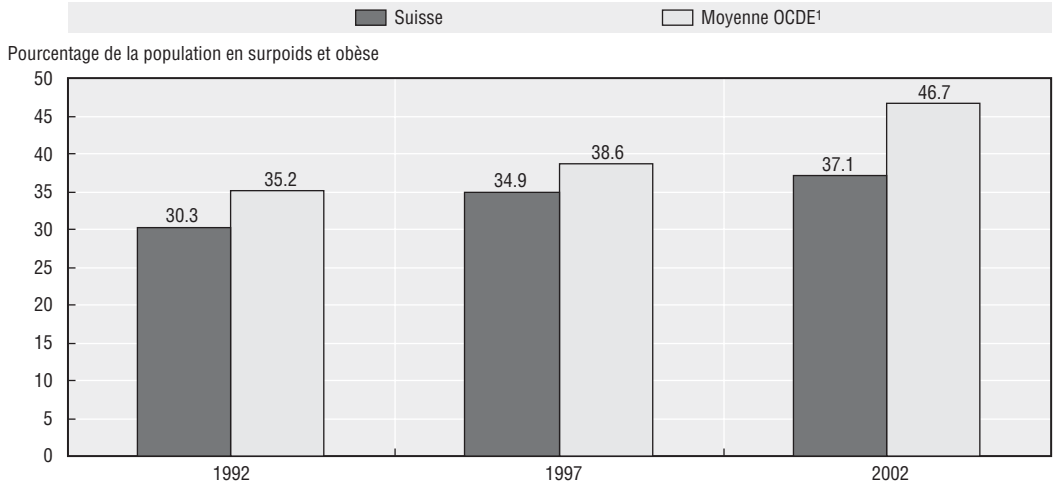
Rang	Facteur de risque	*% total DALY*	Rang	Maladie ou accident	*% total DALY*
1	Tabac	11.2	1	Troubles dépressifs unipolaires	10.3
2	Hypertension artérielle	7.3	2	Cardiopathie ischémique	6.2
3	Alcool	7.2	3	Maladie d'Alzheimer et autres démences	4.7
4	IMC élevé	6.0	4	Troubles liés à la consommation d'alcool	4.6
5	Taux élevé de cholestérol	5.1	5	Perte auditive apparue à l'âge adulte	4.2
6	Drogues illicites	2.7	6	Maladies cérébrovasculaires	3.3
7	Inactivité physique	2.4	7	Cancers voies respiratoires et poumon	3.1
8	Faible consommation de fruits et légumes	1.6	8	Maladie pulmonaire obstructive chronique	2.8
9	Rapports sexuels non protégés	0.7	9	Auto-mutilations	2.8
10	Violences sexuelles dans l'enfance	0.6	10	Arthrose	2.7
% total DALY		*44.8*	*% total DALY*		*44.6*

Note : DALY (*disability adjusted-life years*) = années de vie ajustées en fonction de l'incapacité. Se définit comme la somme des années de vie potentielles perdues pour cause de décès prématuré et de vie productive perdue pour cause d'invalidité.

Source : Estimations d'après la base de données de l'OMS sur la « Charge de morbidité ».

Le nombre grandissant de personnes en surpoids ou obèses[8] constitue un problème plus récent de santé publique. De mauvaises habitudes alimentaires conjuguées à une faible activité physique ont abouti à une forte progression de la proportion de personnes en surpoids ou obèses dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.7). Bien qu'en Suisse cette proportion soit inférieure (37 %) à la moyenne de l'OCDE (47 %) (OCDE, 2005a), des constatations récentes donnent à penser que la situation s'est dégradée au cours des dernières années. La proportion de personnes en surpoids dans le groupe d'âge 25-74 ans est passée de 33 % à 41 % entre 1992 et 2002 (Office fédéral de la statistique, 2003c). Une comparaison avec des études similaires effectuées il y a 20 et 40 ans montre que le nombre d'enfants en surpoids a triplé en 20 ans et que celui pour l'obésité a été multiplié par six. L'obésité touche désormais 20 % des jeunes de 15 ans et 4 % des enfants de 6 à 12 ans (Zimmerman *et al.*, à paraître).

Graphique 2.7. **Augmentation de la proportion de personnes en surpoids et obèses parmi la population adulte, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1992-2002**



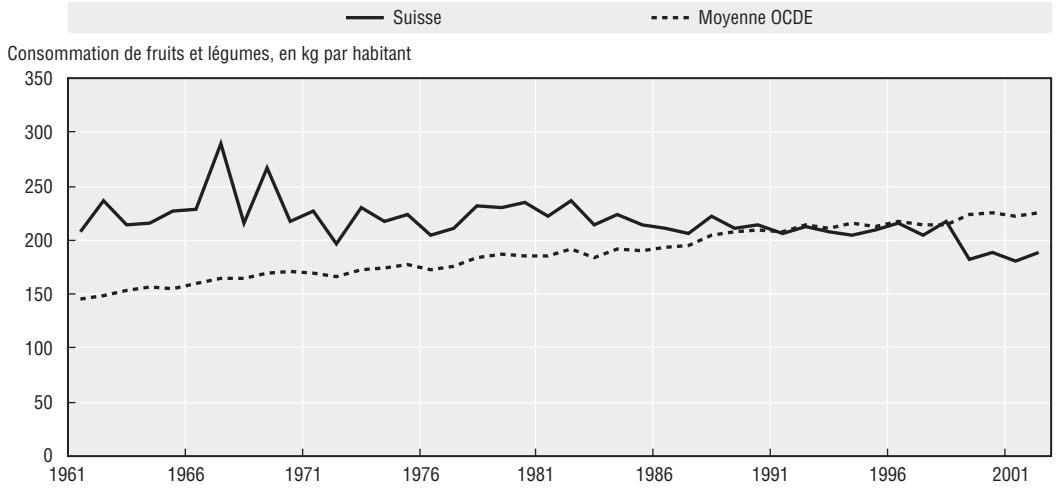
Note : Pour l'Australie, Les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, les chiffres sont établis sur la base d'examens de santé plutôt que d'entretiens. Les estimations résultant d'examens de santé sont en général supérieures et plus fiables que celles résultant d'entretiens sur l'état de santé.

1. La moyenne de l'OCDE est établie pour 15 pays; les pays suivants sont exclus en raison de données insuffisantes : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Corée, Danemark, Espagne, Grèce, Hongrie, Mexique, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal et Turquie.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE, 2005*, Paris.

Alors que les études épidémiologiques indiquent que la consommation de fruits et légumes protège de nombreux troubles dégénératifs comme les maladies cardiovasculaires, en Suisse cette consommation est actuellement inférieure à la moyenne de l'OCDE (graphique 2.8). Elle a également diminué au fil des ans, contrairement à la moyenne de l'OCDE qui a augmenté au cours des quarante dernières années (OCDE, 2005a). En outre, 45 % seulement du groupe d'âge des 15-24 ans consomment quotidiennement des fruits et légumes contre 59 % pour l'ensemble de la population suisse (Office fédéral de la statistique, 2005d).

Graphique 2.8. **Consommation de fruits et légumes, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1961-2002**



Note : La moyenne de l'OCDE exclut le Luxembourg, la République slovaque et la République tchèque.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE, 2005*, Paris.

En Suisse, la consommation d'alcool représente également une part importante de la charge de maladie. En 2004, outre les décès causés par des maladies gastro-intestinales dues à l'alcool, environ 30 % des 509 décès dus à des accidents de la circulation ont été attribués à la consommation d'alcool (Bureau suisse de prévention des accidents, 2005). En Suisse, la consommation annuelle d'alcool (10.8 litres par habitant) est supérieure à la moyenne de l'OCDE (9.6 litres par habitant) (OCDE, 2005a). Cette consommation tend à varier d'un canton à l'autre. En Suisse romande et en Suisse italienne, la proportion de la population pour laquelle la consommation d'alcool représente un risque modéré ou important[9] en termes de santé est plus élevée qu'en Suisse allemande (Office fédéral de la statistique, 2005d).

2.3. Prévention des maladies et promotion de la santé

En Suisse, la mise en œuvre d'activités de prévention est rendue plus difficile en raison du cadre législatif fragmenté de la politique de santé publique. En effet, il n'existe pas dans ce pays de cadre législatif global pour les activités de prévention et de promotion de la santé. De plus, on note une absence de délégation claire des responsabilités aux différents niveaux de gouvernement. Traditionnellement, les activités de prévention et de promotion de la santé ont tendance à être menées au niveau des cantons mais il y a bien souvent un manque d'informations globales à ce sujet. Au cours des dernières décennies, un certain nombre de programmes fédéraux ont été mis en place pour répondre à certains besoins en santé. Certains de ces programmes semblent avoir donné de bons résultats, d'autres moins.

Le niveau des dépenses de prévention et de promotion de la santé est un important sujet de débat. Comme indiqué ci-dessus, à peine plus de 2 % des dépenses totales de santé vont à ces activités. L'absence de cadre d'action global, une désincitation plus importante à la prévention, un manque de connaissances sur les stratégies efficaces et l'absence de solides évaluations des politiques existantes ont probablement conduit à un sous-investissement en matière de prévention. Ces facteurs peuvent également expliquer les performances mitigées des activités et des stratégies de prévention existantes. Dans ce contexte, le potentiel des interventions ayant un bon rapport coût-efficacité ne semble pas avoir été pleinement exploité et certaines mesures d'un bon rapport coût-efficacité ont été sous-utilisées voire pas utilisées du tout.

2.3.1. Sélection de préoccupations de santé publique et politiques gouvernementales pour la promotion de la santé et la prévention des maladies

Programmes cantonaux

Comme indiqué ci-avant, il existe des actions de prévention et de promotion de la santé tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal bien que le manque d'information au niveau des cantons rende difficile une évaluation globale. Dans le domaine de la prévention et promotion de la santé, les cantons agissent de manière indépendante même s'il y a une certaine coordination via la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (voir chapitre 1). En matière de prévention de la consommation de tabac, par exemple, le canton de Vaud est le seul à s'être doté d'une loi interdisant la vente de cigarettes aux mineurs tandis que le Tessin est le premier canton à avoir adopté une loi interdisant de fumer dans les lieux publics y compris les bars et restaurants. Étant donné leurs responsabilités en matière d'éducation, les politiques cantonales sont souvent axées sur le système scolaire et les programmes d'immunisation à ce niveau sont courants. Un

nombre plus limité de cantons sont également actifs en matière de prévention secondaire, comme par exemple les programmes de dépistage du cancer du sein. Les organisations à but non lucratif, comme les associations de lutte contre le cancer, sont très actives aussi dans le domaine de la promotion de la santé. Un petit nombre de cantons (celui de St. Gall, par exemple) ont adopté une approche globale de la prévention qui est intégrée aux soins curatifs.

Programmes fédéraux

Au niveau fédéral, une série de programmes ont été mis en place bien que, dans bon nombre de cas, les cantons soient également actifs dans les mêmes domaines.

Consommation de tabac. À ce jour, les efforts déployés pour réduire la consommation de tabac n'ont guère été couronnés de succès, en particulier concernant les jeunes fumeurs (Bolliger-Salzman *et al.*, 2000). Cette situation a accéléré l'adoption de nouvelles mesures dans le cadre du Programme national de prévention du tabagisme 2001-2005, qui visent à renforcer les actions de prévention dans ce domaine. Ces mesures sont notamment la délégation de projets par l'Office fédéral de la santé publique à des organisations à but non lucratif, le renforcement du rôle de coordination de cet Office, la mise en œuvre de nouvelles réglementations et l'accroissement des moyens financiers et humains consacrés à la prévention du tabagisme (Office fédéral de la santé publique, 2005b). Une mesure clé a été la création, en 2004, d'un fonds de prévention financé par une taxe de 2.6 centimes par cigarette qui génère environ 18 millions de CHF par an (Chancellerie fédérale, 2004i). Au niveau international, la Suisse n'a pas encore ratifié le traité international de lutte contre le tabagisme[10].

Les autorités suisses semblent avoir quelques difficultés à élaborer une politique commune et cohérente de lutte contre le tabagisme. La taxation du tabac est essentiellement une mesure fiscale; ce n'est pas une mesure de prévention (van der Linde, 2005). En 2004, par exemple, 2 milliards de CHF prélevés sur le produit de la taxation du tabac ont été transférés au système d'assurance vieillesse et 18 millions de CHF seulement ont été affectés à la prévention. A priori, les objectifs fiscaux et les objectifs de santé publique ne sont pas véritablement opposés car on considère généralement que l'élacticité-prix de la consommation de tabac est inférieure à un, de sorte qu'une augmentation des taxes sur le tabac devrait également conduire à une augmentation des recettes fiscales générées par le tabac (Townsend *et al.*, 1994). Il y a toutefois une apparente contradiction entre la volonté de réduire la consommation de tabac et l'existence d'aides aux producteurs locaux de tabac, même si la production domestique ne représente qu'une infime partie de la consommation totale de tabac en Suisse. Plus généralement, les autorités suisses doivent faire avec la présence dans le pays d'une industrie du tabac forte et bien organisée. En effet, dans certains cantons, l'industrie du tabac est un employeur important qui génère pour la Confédération des recettes substantielles par le biais des taxes sur les ventes de cigarettes mais aussi de l'impôt sur les bénéfices réalisés par les industriels du tabac[11].

Personnes en situation de surpoids et d'obésité. La Fondation Promotion Santé Suisse (voir chapitre 1) est particulièrement impliquée dans des campagnes comme *Suisse Balance*, dont l'objectif est de promouvoir un poids sain par la pratique d'une activité physique et un régime alimentaire équilibré en termes d'apport de calories et autres éléments nutritifs. En dépit de ces efforts, il apparaît que la possibilité de prévenir le surpoids et l'obésité n'a pas

été pleinement exploitée, bien qu'il soit urgent d'agir dans ce domaine (Suter, 2005). Alors que le lien entre une surcharge pondérale et les maladies cardiaques, le diabète et autres affections chroniques est bien établi, il n'existe pratiquement aucune approche commune et globale de santé publique au niveau national visant à réduire ce facteur de risque. Les activités de Promotion Santé Suisse font figure d'exception.

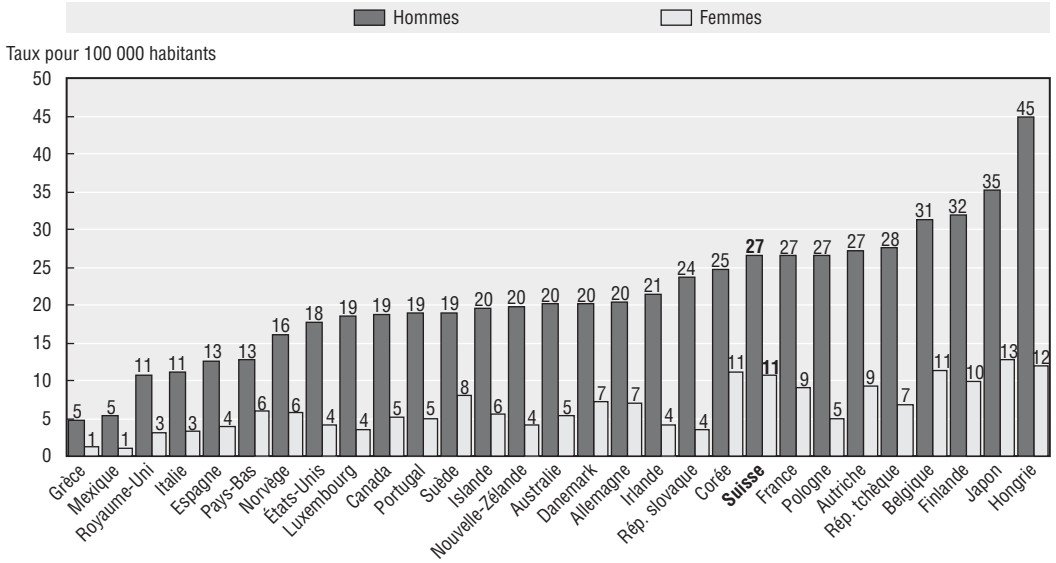
Consommation d'alcool. Traditionnellement, la prévention de la consommation d'alcool est réalisée par les cantons et par des institutions à but non lucratif. On note de grandes différences d'un canton à l'autre pour ce qui est du type et du champ des activités (Sagger et Vatter, 2000). L'implication directe de l'Office fédéral de la santé publique dans la prévention de la consommation d'alcool est relativement récente ; elle remonte à 1999 avec le premier programme national global de lutte contre l'alcoolisme. Ce programme vise à réduire les comportements à risque qui sont liés à la consommation d'alcool parmi la population suisse (Peters *et al.*, 2002). Les approches de la prévention de l'alcoolisme tendent à différer de celles adoptées dans le cas du tabac. Contrairement à ce qui se fait pour le tabac, la loi interdit la vente d'alcool aux mineurs[12]. Mais les taxes sur les alcools ne sont pas aussi systématiques ou aussi lourdes que celles qui frappent les produits du tabac. En fait, aucune taxe ne frappe le vin, hormis la taxe sur la valeur ajoutée et les taxes à l'importation, et les taxes sur les spiritueux ont été sensiblement réduites en 1999, après la signature de l'accord GATT/OMC.

Seuls les « alcopops », boissons alcoolisées sucrées ciblées sur les jeunes sont soumises à une taxe spéciale (quatre fois supérieure au taux d'imposition standard) introduite en février 2004. Cette mesure a conduit à une diminution importante de la consommation d'« alcopops », parmi les jeunes[13]. Les mesures prises récemment pour réduire les accidents de la circulation dus à l'alcool constituent une autre initiative positive. Depuis janvier 2005, diverses mesures ont été adoptées, notamment une diminution du taux d'alcoolémie autorisé qui a été ramené de 0.8 à 0.5 g/litre de sang, ce qui est analogue au niveau autorisé dans la plupart des pays d'Europe occidentale. Les premiers résultats sont encourageants car le nombre des décès liés à l'alcool dans les accidents de la circulation a diminué d'environ 26 % au cours des six premiers mois de l'année 2005 (Office fédéral de la statistique, 2005h).

Parallèlement, les aides allouées aux producteurs de vin locaux contrastent, dans une certaine mesure, avec les mesures prises pour réduire la consommation d'alcool en Suisse. Comme l'industrie du tabac, l'industrie de l'alcool constitue une importante source d'activité économique pour plusieurs cantons.

Santé mentale. En Suisse comme dans de nombreux pays développés, les troubles mentaux sont devenus la plus importante source de maladies (tableau 2.5). On englobe sous ce nom les troubles mentaux aigus et chroniques observés chez les jeunes et parmi la population adulte[14] mais aussi les pathologies associées à la vieillesse comme la maladie d'Alzheimer. Toutefois, en dépit d'une visibilité accrue des problèmes et d'un développement du débat public sur la question, la santé mentale reste un domaine dans lequel la prévention paraît être négligée et les programmes cohérents sont en nombre insuffisant. Bien que la Suisse ait un taux de suicides parmi les plus élevés de la zone de l'OCDE (graphique 2.8), il n'existe au niveau national aucun programme de prévention des suicides (Lehmann *et al.*, 2004). La dépression, qui est en Suisse la maladie numéro un, est un autre domaine dans lequel une intervention systématique à grande échelle fait défaut. Il n'y a pas actuellement de politique nationale et seul un petit nombre de cantons sont actifs dans ce domaine[15]. La

Graphique 2.9. **Taux de suicides pour 100 000 personnes dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000**



Note : Les pays sont classés par ordre croissant du nombre de suicides masculins.

Source : Organisation mondiale de la santé (2005), *Mental Health, Suicide Prevention and Special Programmes*, Genève.

prévention des problèmes de santé mentale des personnes âgées est un autre domaine qui n'a pas fait l'objet d'une grande attention. Toutefois, pour s'attaquer aux différents problèmes liés à la santé mentale, l'Office fédéral de la santé publique et les cantons ont lancé, en 2000, un projet visant à élaborer une politique en faveur de la santé mentale en Suisse, qui a conduit à l'adoption d'un cadre national de référence en 2005 (Lehman *et al.*, *ibid.*)[16].

VIH/SIDA. Dans le domaine des maladies infectieuses, les activités ont été plus nombreuses. La Confédération a développé avec succès des programmes de prévention du sida (encadré 2.1) dont on pense qu'ils ont contribué au large déclin initial des nouveaux cas diagnostiqués d'infection par le VIH (Office fédéral de la santé publique, 2006). En 2002, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués est reparti à la hausse mais dans les années suivantes il a légèrement régressé. Il a augmenté en particulier, parmi la population homosexuelle, soulignant la difficulté de maintenir durablement les gains en termes de prévention.

Immunisation. Les performances de la Suisse en matière d'immunisation contre d'autres maladies infectieuses sont mitigées. Si, pour la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la grippe, les taux d'immunisation sont en gros identiques à la moyenne de l'OCDE, pour la rougeole ce taux est estimé à 82 % contre 91 % en moyenne pour l'OCDE (graphique 2.10). De manière peu surprenante, l'incidence de la rougeole en Suisse est bien supérieure à la moyenne de l'OCDE (graphique 2.6). Il semble aussi qu'il y ait une certaine réticence à l'immunisation contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Ce scepticisme est particulièrement fort parmi les mères ayant un niveau d'instruction élevé (Lang *et al.*, 2005). De plus, l'immunisation n'est pas obligatoire pour les enfants entrant à l'école.

Encadré 2.1. **Activités de prévention du sida**

Ces activités revêtent des formes diverses et couvrent un large éventail de mesures :

- information générale du public comme les campagnes « Stop Sida » ;
- programmes ciblés sur des groupes spécifiques comme les homosexuels, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, le milieu carcéral, les travailleurs étrangers, les jeunes scolarisés, etc ;
- promotion de l'usage du préservatif ;
- programme d'échange de seringues ;
- dépistage du VIH ;
- traitement prophylactique post-exposition ;
- traitement prophylactique contre les infections opportunistes.

Le gouvernement fédéral, à travers l'Office fédéral de la santé publique, alloue aux campagnes d'information et à l'Aide suisse contre le sida, qui est l'organisation mère des associations régionales de lutte contre le sida, l'essentiel des moyens financiers dont il dispose pour la prévention du sida. En Suisse, les cantons et les villes ont également des programmes distincts pour la prévention du VIH. Une part importante de leur budget est allouée aux associations actives dans ce domaine.

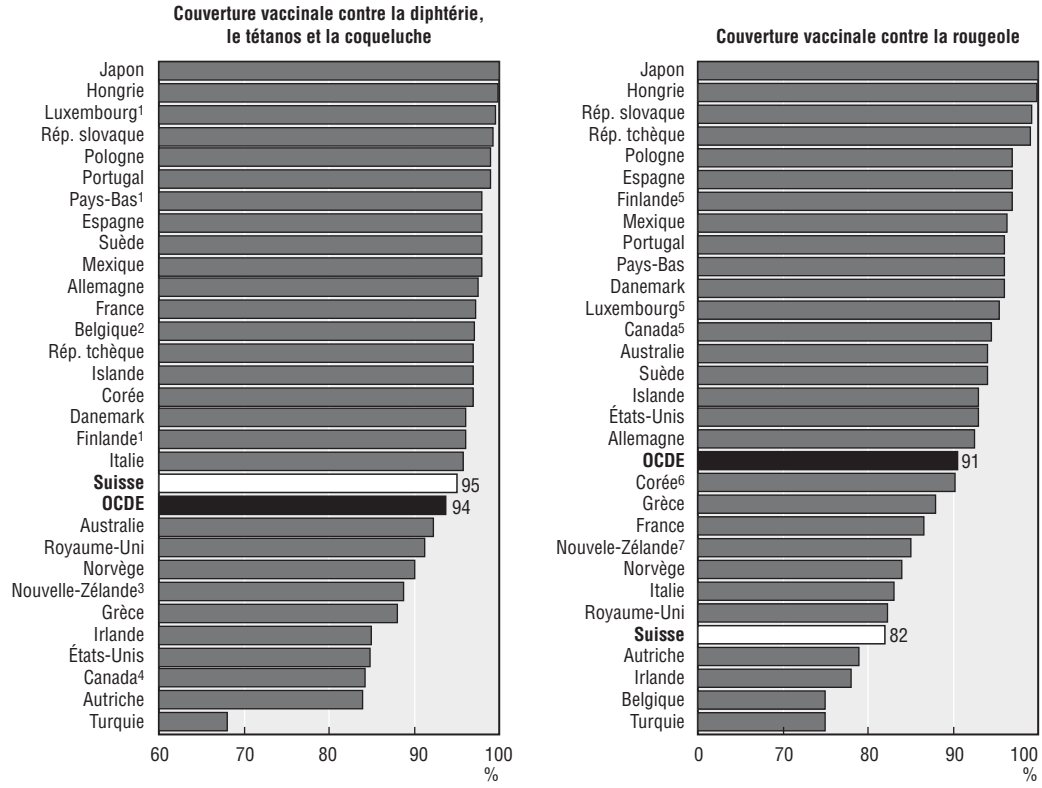
2.3.2. Obstacles à l'investissement dans la prévention

Actuellement, diverses lois fédérales et cantonales traitent de la prévention et de la promotion de la santé mais il n'existe pas de politique globale cohérente. Il en est résulté une certaine confusion des rôles et des responsabilités des acteurs (par exemple entre la Confédération et les cantons), qui a eu une incidence négative sur les performances des activités globales de prévention. Ainsi, une analyse récente des politiques de prévention de l'alcoolisme a révélé des différences considérables au niveau des résultats d'un canton à l'autre. La coopération entre les cantons et celle entre les cantons et la Confédération, au niveau des stratégies de mise en œuvre, a été jugée faible (Sager, 2003). Cette situation s'explique, dans une large mesure, par l'insuffisance des ressources au niveau cantonal, un manque de collaboration entre les cantons et une attitude relativement passive de la Confédération qui n'encourage pas la coopération entre les cantons et ne favorise pas la coopération verticale entre autorités cantonales et autorités fédérales. Contrairement à la Suisse, certains pays ont adopté avec succès une loi spécifique sur la santé publique (encadré 2.2).

Faiblesse des incitations à investir dans la prévention

La faiblesse des incitations à investir dans la prévention contribue également à l'absence de politiques efficaces dans ce domaine. Dans le système actuel d'assurances, les personnes ne sont pas encouragées à adopter des habitudes de vie saines (Kenkel, 2000). Dans ce contexte, les informations sur les conséquences négatives d'habitudes de vie préjudiciables à la santé manquent souvent. Des études empiriques montrent, par exemple, qu'aux États-Unis la consommation de graisses saturées et de cholestérol a chuté rapidement entre 1985 et 1990 à la suite de la diffusion d'informations sur la santé, études bien souvent réalisées par les fabricants de produits alimentaires (Ippolito et Mathios, 1996). Sur des marchés concurrentiels, les assureurs ne sont guère incités à investir dans la prévention : l'assuré pourrait, par exemple, changer d'assureur avant que ce dernier ait pu réaliser les

Graphique 2.10. **Couverture vaccinale des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole, Suisse et pays de l'OCDE, 2003**



1. 2002.
2. 1999.
3. 2000.
4. 1998.
5. 2002.
6. 2000.
7. 1999.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Encadré 2.2. **La Loi française relative à la politique de santé publique**

La loi adoptée le 9 août 2004 définit les rôles et les responsabilités des autorités publiques en matière de politique de santé publique. La nouvelle loi :

- définit le champ d'application, le processus d'élaboration des politiques et spécifie les instruments disponibles pour la réalisation des objectifs de la politique de santé publique tant au niveau national qu'au niveau régional ;
- impose au Parlement de voter les objectifs de la politique de santé publique proposés par le gouvernement tous les cinq ans ;
- prévoit des plans régionaux de santé publique établis sur la base d'objectifs nationaux et crée une nouvelle institution régionale pour leur mise en œuvre ;
- soutient la recherche et la formation en matière de santé publique *via* la création d'une nouvelle école de la santé publique ; et
- met en place un système annuel de suivi de la mise en œuvre de la loi ainsi qu'une évaluation au bout de cinq ans.

Source : Paris et Polton (2006).

bénéfices potentiels de son investissement sous la forme d'une diminution des dépenses totales de santé de l'assuré. Quant aux prestataires, ils ne sont guère incités à encourager la prévention, en particulier dans des systèmes, comme le système suisse, où la rémunération des prestataires se fait essentiellement à l'acte.

Plus généralement, on constate une insuffisance des programmes de formation des professionnels dans le domaine de la prévention. En outre, du fait du nombre limité de centres spécialisés dans le domaine de la santé publique, dans le secteur privé ou dans l'administration publique, le soutien institutionnel à ces politiques a été faible, en particulier au niveau cantonal, ce qui a probablement contribué à la focalisation actuelle sur les services curatifs. Dans ce contexte, même les activités actuelles de prévention sont souvent orientées vers la prévention secondaire et tertiaire plutôt que vers la prévention primaire.

2.3.3. Sous-utilisation des interventions d'un bon rapport coût-efficacité

En Suisse, il existe certainement des opportunités pour améliorer la santé de la population par le biais de la prévention primaire et secondaire. Mais ces opportunités semblent limitées par le cadre législatif actuel des activités de prévention et de promotion de la santé ainsi que par la faiblesse des incitations à investir dans la prévention. Un certain nombre de stratégies préventives ayant fait la preuve de leur efficacité sont soit sous-utilisées soit pas utilisées du tout. Ainsi, les taxes sur l'alcool et le tabac n'ont pas la prévention pour principal objectif. Leur relèvement permettrait de générer des bénéfices substantiels en termes de santé. En Suisse, les taxes sur les cigarettes représentent environ 60 % du prix de vente au détail, ce qui est inférieur au taux enregistré dans la plupart des pays de l'OCDE. Contrairement au tabac, le vin n'est pas taxé dans de nombreux pays de l'OCDE, dont la Suisse[17] (tableau 2.6). Parmi les autres interventions, dont le rapport coût-efficacité est prouvé dans le domaine de la prévention primaire mais dont la mise en œuvre ne semble pas satisfaisante, on peut citer les efforts pour réduire la consommation de sel, l'encouragement à la pratique d'une activité physique, en particulier pour les enfants et les adolescents, certains types de dépistage, les mesures destinées à accroître la consommation de légumes et de fruits et les efforts pour développer la couverture vaccinale des enfants[18]. L'encadré 2.3 résume le rapport coût-efficacité des principales interventions pour lutter contre les facteurs de risque liés aux maladies cardio et cérébrovasculaires, aux cancers, aux bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et au diabète qui, ensemble, sont responsables d'environ 38 % de la mortalité globale en Suisse.

2.4. Qualité des soins

Il n'existe pas, en Suisse, de politique nationale établissant des standards de qualité des soins, un suivi systématique des résultats ou de programmes à l'échelle nationale pour assurer des améliorations dans ce domaine. Traditionnellement, les responsabilités dans ce domaine ont été laissées à des organismes d'autorégulation professionnelle et aux initiatives locales, avec une fourniture limitée d'informations et peu de mécanismes permettant de rendre compte de la qualité des soins. Les indications concernant la qualité technique sont limitées. L'implication récente du gouvernement fédéral dans ce domaine a permis de collecter un certain nombre de données sur la qualité des soins. Ces données indiquent qu'en Suisse, comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, la performance du système de santé en termes de qualité est mitigée. De nouvelles initiatives fédérales ont également vu le jour dans le domaine de la surveillance et d'une plus grande sécurité des patients. Ces efforts sont salués comme des étapes sur la voie de l'établissement de

Tableau 2.6. **Taxation des cigarettes et du vin non pétillant dans une sélection de pays de l'OCDE, 2005**

	Cigarettes	Vin non pétillant	
	Total des taxes dont la TVA en % du prix de vente au détail d'un paquet de cigarettes	TVA (%)	Droit d'accise par hectolitre (en euros)
Belgique	75	21	47
République tchèque	67	19	0
Danemark	75	25	82
France	80	19.6	3
Finlande	75	22	212
Allemagne	76	16	0
Grèce	73	19	0
Irlande	78	21	273
Italie	75	20	0
Luxembourg	70	12	0
République slovaque	70	19	0
Hongrie	75	20	0
Pays-Bas	73	19	59
Autriche	75	20	0
Pologne	75	22	35
Portugal	78	12	0
Espagne	78	16	0
Suède	69	25	237
Suisse	60	7.6	0
Royaume-Uni	77	17.5	247

Source : Commission européenne (2006b), *Excise Duty Table: Part III – Manufactured tobacco*, Bruxelles.

standards de soins uniformes et d'une plus grande responsabilisation des consommateurs dans le choix de leurs prestataires sur la base de la qualité des soins.

2.4.1. Le rôle dominant de l'autorégulation professionnelle

En Suisse, l'approche principalement utilisée pour assurer la qualité technique des soins est l'autorégulation professionnelle. La Fédération des médecins suisses (FMH) a adapté et mis en œuvre des codes de conduite et d'éthique actuellement utilisés dans d'autres pays de l'OCDE, mais aussi des règles professionnelles sur la formation postgraduée et la formation continue. L'assurance de qualité des ressources humaines repose sur des normes d'éducation et des exigences réglementaires d'autorisation d'exercer la médecine, notamment l'octroi d'une licence et une procédure d'enregistrement[19]. Les médecins désireux d'exercer la médecine doivent être titulaires d'un diplôme fédéral délivré par le Département fédéral de l'Intérieur et doivent avoir au minimum deux années de formation postgraduée mais également être titulaires de l'un des diplômes universitaires supérieurs fédéraux mentionnés dans la Loi fédérale concernant la pratique professionnelle de la pharmacie et de la médecine humaine et vétérinaire (LEPM)[20]. À l'heure actuelle, les écoles de médecine sont accréditées sur une base volontaire. En 2005, conformément à la LEPM, tous les programmes d'études postgraduées conduisant à la pratique de la médecine en tant que généraliste ou spécialiste ont été accrédités par le Département fédéral de l'Intérieur. La loi fédérale n'impose pas d'autres procédures formelles pour l'admission des médecins à exercer dans le contexte de la LAMal. Les cantons peuvent toutefois lier l'autorisation d'exercer à certaines conditions, comme la collaboration avec des services d'urgence.

Encadré 2.3. **Interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les principaux facteurs de risque en Suisse**

La base de données WHO-CHOICE (*www.who.int/choice*) a estimé le rapport coût-efficacité d'un grand nombre de mesures de prévention et de promotion de la santé pour le groupe des pays d'Europe occidentale auquel la Suisse appartient (appelés les pays Eur-A), qui se caractérisent par des taux très faibles de mortalité des enfants et des adultes Elle rend compte des résultats en termes de nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) pour chaque dollar dépensé par programme (Evans *et al.*, 2005; Evans *et al.*, 2006; Tan-Torres *et al.*, 2003).

Les coûts incluent les frais de mise en œuvre et d'exploitation des programmes, comme les coûts nécessaires à l'élaboration, à l'adoption et à la mise en application d'une législation pour les taxes sur le tabac. Le DALY saisit l'impact de ces mesures sur la mortalité et la morbidité. Cette mesure peut être considérée comme indiquant le nombre d'années de vie en bonne santé gagnées pour chaque dollar dépensé au titre de la prévention et de la promotion de la santé (terminologie utilisée ci-après).

En raison de l'incertitude quant au niveau exact des coûts et de l'efficacité dans différents contextes, les interventions sont divisées en trois grands groupes sur la base de leur rapport coût-efficacité. Les interventions qui permettent de gagner des DALY pour un coût inférieur au PIB par habitant sont définies comme très efficaces. Celles qui permettent de gagner des DALY pour un coût trois fois supérieur au PIB par habitant sont définies comme inefficaces tandis que les interventions restantes sont définies comme efficaces. Certes, la grandeur exacte des coûts estimés par cette mesure sera légèrement différente pour la Suisse mais leur classification ne s'en trouvera probablement pas affectée. Toutes les interventions discutées ici entrent dans la catégorie des interventions très efficaces.

Tabac

Pour toute une série de pays à hauts revenus, il a été démontré de façon constante que les augmentations de prix réduisent la consommation de cigarettes. Habituellement, une augmentation du prix de 10 % entraîne une baisse de la consommation de 3 à 5 % (Chaloupka et Warner, 2000). La consommation des jeunes diminue davantage que celle des adultes. Une augmentation des taxes sur le tabac est donc un moyen très efficace pour réduire la mortalité et la morbidité. En Suisse, où les taxes représentent 60 % du prix de vente au détail d'un paquet de cigarettes, il serait très efficace de porter ces taxes au niveau le plus élevé observé dans la région Eur-A (France, 80 %). Cette mesure permettrait de sauver 32 500 années de vie en bonne santé supplémentaires, ce qui équivaudrait chaque année à sauver la vie de plus de 1 600 personnes de 50 ans. En augmentant encore la pression fiscale, on sauverait, à l'évidence encore plus de vies.

Les autres actions préventives très efficaces ciblées sur le tabac sont une interdiction totale de la publicité sur le tabac et l'élaboration et l'application de lois interdisant de fumer dans les lieux publics; des pays comme la Suède, l'Italie et l'Irlande ont déjà mis en place ce type de lois. Chacune de ces mesures permettrait, pour un coût très modique, de sauver 5 000 années de vie en bonne santé supplémentaires.

Un argument souvent avancé est qu'une augmentation significative des taxes sur le tabac pourrait accroître le risque de contrebande. Or, actuellement, en Suisse, la contrebande des produits du tabac n'est pas un délit pénal.

Hypertension artérielle, surpoids, absence d'activité physique, taux de cholestérol élevé et faible consommation de légumes et de fruits

Une réduction de la consommation de sel peut réduire sensiblement la pression artérielle et donc la mortalité et la morbidité associées aux maladies cardiovasculaires. Dans de

Encadré 2.3. **Interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les principaux facteurs de risque en Suisse** *(suite)*

nombreux pays occidentaux, les habitudes alimentaires changent et les personnes consomment de plus en plus de produits alimentaires pré-emballés et transformés, qui ont souvent une forte teneur en sel. Une législation imposant de réduire la teneur en sel des produits alimentaires transformés aurait probablement un très bon rapport coût-efficacité tandis que des accords volontaires passés avec les industriels auraient seulement un bon rapport coût-efficacité. La première option pourrait permettre de sauver chaque année, en Suisse, quelque 22 200 années de vie en bonne santé. Les accords volontaires pourraient avoir un impact environ moitié moindre, encore que celui-ci dépende du respect des accords passés avec les industriels.

Dans certains contextes, les messages envoyés par les médias pour encourager les personnes à faire plus d'exercice et à réduire leur taux de cholestérol se sont révélés très efficients. Et les résultats d'expériences récentes visant à encourager les personnes à consommer plus de fruits et de légumes sont prometteurs. Leur impact global sur la santé de la population sera probablement légèrement inférieur à celui des interventions ci-dessus.

Des indications récentes donnent à penser qu'il serait très efficace de traiter des personnes présentant une combinaison de facteurs de risque augmentant leur risque d'accident cardiovasculaire dans les dix années suivantes (par exemple, fumeurs ayant du diabète, un taux de cholestérol élevé et de l'hypertension artérielle) en leur administrant une combinaison de médicaments destinés à réduire la tension artérielle, le taux de cholestérol et à fluidifier le sang. Le gain annuel en années de vie en bonne santé serait de l'ordre de 150 000 ans, ce qui équivaudrait à sauver la vie d'environ 7 500 personnes de 50 ans. Le fait de se focaliser sur les facteurs de risque individuel plutôt que sur les risques combinés d'accident cardiovasculaire ne diminue que légèrement le rapport coût-efficacité de cette forme de prévention secondaire. Bien que l'impact sur le budget global de la santé soit supérieur à celui des actions de prévention primaire, les avantages en termes de santé sont sensiblement supérieurs. De plus, le rapport coût-efficacité de ces activités reste très attractif, comparé à celui de nombreux types de soins curatifs courants; en fait, elles éviteront de devoir recourir, dans les années à venir, à de nombreux types de soins curatifs très coûteux (Murray *et al.*, 2003).

Alcool

Pour réduire la consommation dangereuse d'alcool, un certain nombre d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité sont actuellement sous-utilisées en Suisse. Comme pour le tabac, l'augmentation des taxes est une mesure très efficace pour réduire la demande et la consommation (Chisholm *et al.*, 2004). L'absence de taxes sur le vin a déjà été mentionnée ci-dessus. La bière est assujettie à une taxe *ad valorem* de 0.2475 CHF par litre, soit moins de 5 % du prix de vente au détail. Une augmentation de 20 % des taxes actuelles sur les alcools ferait gagner environ 11 000 années de vie en bonne santé, tandis qu'une augmentation de 50 % en ferait gagner chaque année plus de 12 000. Une interdiction quasi totale de la publicité sur les boissons alcoolisées serait également d'un bon rapport coût-efficacité mais l'amélioration de la santé qui en résulterait serait moindre; le gain annuel serait de l'ordre de 3 200 années de vie en bonne santé. D'autres mesures ayant fait la preuve de leur efficacité, comme les alcootests inopinés et des conseils sommaires prodigués dans le cadre d'une consultation médicale sur la nécessité de réduire la prise d'alcool, ont des rapports coût-efficacité moins favorables même si elles appartiennent toujours à la catégorie des interventions très efficaces. Ces mesures pourraient avoir un impact considérable sur la santé de la population. De brefs conseils, par exemple, pourraient permettre de gagner chaque année, en Suisse, plus de 13 000 années de vie en bonne santé.

Encadré 2.3. **Interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les principaux facteurs de risque en Suisse** *(suite)*

Dépistage des cancers

Le dépistage du cancer n'est pas, à strictement parler, une intervention préventive. Toutefois, un dépistage précoce, en particulier dans les phases asymptomatiques de la maladie, et un traitement approprié permettent de prévenir ou d'atténuer la morbidité et la mortalité. Pour être efficaces, les programmes de dépistage doivent veiller à ce que les recommandations du dépistage soient largement observées. Le dépistage du cancer du sein, qui prévoit une mammographie tous les deux ans pour les femmes âgées de 40 à 60 ans, a un très bon rapport coût-efficacité et pourrait, sous réserve d'être intégralement appliqué, sauver 39 400 années de vie en bonne santé supplémentaires. D'autres programmes de dépistage, tels qu'une coloscopie ponctuelle à 50 ans ou une coloscopie tous les dix ans ou encore une sigmoïdoscopie tous les cinq ans associée à des recherches annuelles de sang occulte dans les selles, semblent également des mesures très efficaces pour améliorer la santé de la population (Groot *et al.*, à paraître; Ginsberg *et al.*, 2004) même s'ils sont rarement appliqués intégralement.

Les tentatives de recours à des formes plus modernes d'autorégulation comme les mécanismes formalisés[21], l'audit des pratiques ou le contrôle externe[22] ont été timides, ce qui donne à penser que l'adoption d'une approche globale de pointe pour l'assurance qualité et son amélioration devrait être une priorité. En Suisse comme dans d'autres pays, les institutions médicales et les sociétés professionnelles ont élaboré des chemins cliniques et des « guidelines » médicales mais ils ne sont pas parvenus à s'entendre sur l'adoption et l'application de chemins cliniques et de « guidelines » médicales au niveau national. En outre, les praticiens se sont montrés réticents à l'utilisation de critères standardisés de pratiques médicales et l'on a observé une absence d'incitations à l'encouragement d'une telle utilisation. En conséquence, les chemins cliniques et les « guidelines » médicales ne sont pas utilisés de façon systématique. En Suisse, comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, les pratiques médicales varient[23] et une utilisation plus systématique d'une médecine fondée sur l'expérience clinique est nécessaire. En théorie, les cantons peuvent intervenir pour annuler l'autorisation d'exercice de la médecine si les professionnels de santé négligent leurs obligations professionnelles mais, en pratique, ils ne le font guère.

2.4.2. Émergence au niveau local d'un grand nombre d'initiatives de gestion de la qualité conduites par les prestataires

Au niveau local et, dans certains cas, cantonal ou intercantonal, on a assisté à l'émergence d'un grand nombre d'initiatives isolées d'évaluation et de gestion de la qualité (encadré 2.4). Ces initiatives ont été généralement prises par des prestataires individuels, parfois avec le concours financier limité des établissements de soins. Mais elles ne s'appuient pas sur un cadre de performance national. Les programmes sont hétérogènes; ils reposent sur des méthodologies différentes et ne sont ni appliqués ni coordonnés de manière systématique. Il se peut donc qu'ils n'aient pas l'envergure et le soutien institutionnel requis pour devenir des programmes cohérents au niveau national. En outre, les données collectées dans le contexte de ces activités ne sont bien souvent pas accessibles au public et peuvent ne pas être pleinement comparables, ce qui rend extrêmement difficile la diffusion de bonnes pratiques.

Encadré 2.4. **Gestion et amélioration de la qualité en Suisse : sélection d'initiatives**

En Suisse, plusieurs initiatives conduites par des prestataires ou des cantons sont en cours.

Quatre cantons (Zurich, Berne, Soleure et Argovie) participent à l'initiative *Verein Outcome*. Cette initiative mesure depuis 2003 les résultats obtenus dans tous les hôpitaux publics et privés des cantons qui y participent. La communication de données se fait sur la base d'un cadre standardisé, ce qui permet une analyse comparative (benchmarking) intercantonale. Toutefois, ces données ne sont pas publiées.

Swiss Noso est un système volontaire de communication et de contrôle des données sur les infections nosocomiales contractées à l'hôpital, qui a démarré en 1994 à l'initiative de l'Office fédéral de la santé publique. Il s'agit à la base d'un groupe d'épidémiologistes hospitaliers qui conseillent et élaborent des « guidelines » concernant la prévention et le traitement des infections nosocomiales. Le groupe publie des bulletins trimestriels sur des sujets qui vont du bioterrorisme à des « guidelines » pour le traitement de patients souffrant de fièvre hémorragique et autres sujets d'intérêt, et s'appuient sur des données scientifiques nationales et internationales. Il procède à des enquêtes régulières sur la prévalence des infections contractées à l'hôpital; en 2004, 49 hôpitaux ont été évalués. Le groupe organise également des cours sur la prévention et la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des infirmières et autres praticiens du monde médical. Ces cours reposent sur la promotion de pratiques fondées sur des éléments probants (« evidence-based practice »).

L'Association suisse des pharmaciens hospitaliers participe activement à l'élaboration de mesures visant à lutter contre les erreurs médicamenteuses. Depuis 2004, un système de références pour l'assurance qualité des pharmaciens hospitaliers a été établi. Sur cette base, trois hôpitaux ont déjà obtenu leur certification (et cinq en ont fait la demande). L'association travaille également à la rédaction d'un guide pour la gestion des risques dans les pharmacies hospitalières et débat en permanence des problèmes de qualité sur son site web.

Le canton de St. Gall utilise un programme de gestion de la qualité qui conduit à des procédures de certification des hôpitaux. L'hôpital universitaire de Berne exploite un programme de gestion de la qualité des soins cardiovasculaires, reposant sur la certification des soins de santé, les cercles de qualité et l'utilisation de « gold standard ». Le programme a contribué à l'amélioration des soins dispensés aux patients et à une plus grande satisfaction de ces derniers. Le personnel infirmier a également élaboré une stratégie pour le développement de la pratique clinique et de la recherche, qui veille à surveiller et améliorer les résultats en termes de qualité des soins. En collaboration avec l'initiative *Outcome*, le canton de Berne gère depuis 2000 un projet sur la qualité des soins aigus, qui vise à introduire, dans tous les hôpitaux, des systèmes pour mesurer les résultats obtenus dans le canton. Un contrat entre prestataires, assureurs et associations de patients a été signé en 2002; il couvre des questions telles que le choix des établissements pilotes, le contenu des données et leur utilisation, les procédures communes et le financement des projets.

Des programmes de gestion de la qualité sont également appliqués par plusieurs organisations professionnelles, par exemple par des laboratoires publics et privés (Commission suisse pour l'assurance qualité dans les laboratoires médicaux – QuaLab). L'association des hôpitaux et l'association de l'assurance LAMal ont également mis en place un programme de coordination (KIQ).

Encadré 2.4. **Gestion et amélioration de la qualité en Suisse : sélection d'initiatives** *(suite)*

En dépit de toutes ces activités, de nombreux hôpitaux n'ont aucune politique globale de qualité des soins mais traitent les problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent. Certains hôpitaux ont créé des commissions sur les infections nosocomiales après la survenue d'incidents. D'autres ont établi des systèmes de rapports sur les événements critiques ou mis en œuvre des mécanismes de gestion des risques. Il n'existe pas non plus de mécanismes standardisés de contrôle de la qualité comme les procédures d'accréditation pour les hôpitaux. Certains systèmes d'accréditation (par exemple, Sanacert/VQG) fonctionnent mais ne sont ni répandus ni encouragés par le gouvernement suisse.

2.4.3. La nécessité d'une plus grande implication du gouvernement fédéral

La LAMal habilite le gouvernement fédéral à garantir la qualité et l'adéquation des prestations remboursées aux termes de cette loi. Mais les autorités n'ont pas fait usage de ce pouvoir et jusqu'à une époque récente, elles déléguaient intégralement cette tâche aux assureurs et prestataires. Toutefois, depuis le début de l'année 2005, les autorités suisses ont reconnu la nécessité d'une plus grande implication du gouvernement fédéral dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients, en partie du fait de l'insuffisance des progrès accomplis par les associations professionnelles et les assureurs et en partie du fait que l'augmentation des dépenses de santé a poussé à s'intéresser davantage aux questions de qualité et d'optimisation des ressources. Il y a actuellement un débat au niveau fédéral sur la nécessité d'un cadre systématique d'évaluation de la qualité et de production de rapports à ce sujet mais aussi de l'établissement de standards nationaux minimums. Les efforts en ce sens sont encore à l'état embryonnaire.

Par exemple, de nouvelles exigences en matière de sécurité des patients sont actuellement discutées[24] et l'Office fédéral de la santé publique examine des mesures visant à améliorer la sécurité des patients. Ces mesures vont de l'introduction d'une exigence minimum de charge de travail pour certaines interventions complexes à l'obligation pour les hôpitaux d'adopter des systèmes de rapports sur les incidents critiques dont les données seront compilées dans une base de données nationale. Les hôpitaux seront également tenus d'évaluer régulièrement la manière dont le personnel gère les incidents critiques. Des enquêtes anonymes sur le vécu des patients en matière de sécurité et sur leur satisfaction devraient être effectuées et des politiques d'information transparente devraient être élaborées. Le succès de ces initiatives dépendra, en partie, de l'utilisation d'une méthodologie standardisée pour l'intégration des résultats des rapports dans un système de suivi national.

Les indicateurs de qualité font apparaître des résultats mitigés pour la Suisse

L'insuffisance d'indicateurs concernant les résultats médicaux a conduit le gouvernement suisse à commencer à travailler à l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins qui pourraient être utilisés pour une analyse comparative de la performance au niveau national et infranational. Actuellement, la Suisse n'a pas de système national d'information lui permettant de produire de tels indicateurs. Néanmoins, un certain nombre d'enquêtes ou d'études *ad hoc* ont été effectuées à différents moments. Les indications ainsi recueillies apportent un certain éclairage sur les performances de la Suisse par rapport à d'autres pays de l'OCDE[25] dans un certain nombre de domaines clés du processus de soins. La Suisse

semble bien faire dans certains domaines clés tels que la mortalité due à l'asthme et à l'infarctus aigu du myocarde. Mais les résultats ne sont pas uniformément bons; ils sont médiocres, par exemple, pour ce qui est des mammographies (graphique 2.6).

L'évolution vers des procédures plus standardisées de suivi et de reporting pour la qualité des soins de santé est un processus lent et difficile. Il apparaît que toutes les parties prenantes ne sont pas prêtes à adhérer à une culture de la qualité et de la valeur. Par exemple, les patients et les consommateurs se sont fortement opposés, pour des raisons de confidentialité, à la proposition d'adopter une carte par patient alors que cette mesure a aidé d'autres pays de l'OCDE à mieux coordonner les soins entre les différents prestataires. Plusieurs prestataires considèrent avec suspicion l'utilisation de principes standardisés de pratiques professionnelles et de supervision externe de la qualité des professionnels. Jusqu'ici, les assureurs se sont focalisés exclusivement sur les prix dans leurs négociations avec les prestataires. Les systèmes de paiement ne sont pas établis en vue de récompenser les améliorations de la qualité; de plus, il n'y pas non plus d'incitation à une concurrence sur la base de la qualité. En fait, le débat sur les politiques reste dominé par le souci de réduire les coûts, ce qui donne à penser qu'il y a encore des efforts à faire pour instiller une approche basée sur la qualité et la valeur.

Notes

1. L'espérance de vie en bonne santé, mesure de l'espérance de vie à la naissance qui inclut également une correction pour le temps passé en mauvaise santé, est également élevée comparée aux autres pays de l'OCDE. En Suisse, le nombre attendu d'années de vie en parfaite santé est estimé à 73.2 ans contre 70.2 ans pour la moyenne de l'OCDE.
2. Cela est particulièrement vrai pour les maladies cérébrovasculaires et, dans une moindre mesure, pour les cardiopathies ischémiques.
3. En fait, des données récentes concernant les hommes suggèrent une diminution de la mortalité liée au cancer du poumon (Office fédéral de la statistique, 2005k).
4. Le taux de mortalité est plus élevé dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Fribourg, du Jura, de Glaris, de Bâle-Ville, de Neuchâtel et du Valais; il est moins élevé dans les cantons de Bâle-Campagne, de Genève, de Nidwald et du Tessin.
5. Pneumonie, cancer de l'utérus, tuberculose, maladie d'Hodgkin, appendicite, hypertension, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies chroniques du foie et cirrhose.
6. Les programmes de dépistage systématique n'ont été mis en place qu'à partir de 1999 dans les cantons de Vaud, Genève, Fribourg, du Valais et du Jura et ne sont guère susceptibles d'avoir affecté les résultats.
7. La charge de maladie est exprimée en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (DALY) Cette mesure résumée du résultat en termes de santé combine les résultats en termes de mortalité et de morbidité et corrige le nombre d'années de vie des effets de la maladie sur l'incapacité. Pour plus de détails sur la manière dont on construit cet indicateur, voir Murray (1994).
8. Un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m^2 définit une situation de surpoids; un IMC supérieur à 30 kg/m^2 définit une situation d'obésité.
9. Risque modéré : 20 à 40 g (femmes) ou 40 à 60 g (hommes); risqué élevé > 40 g (femmes) ou > 60 g (hommes).
10. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac impose aux pays d'assortir de certaines restrictions la publicité, le parrainage et la promotion du tabac, d'établir de nouvelles règles en matière de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac, d'instituer des mesures claires de contrôle de l'air ambiant et de renforcer leur législation pour adopter une attitude répressive à l'encontre de la contrebande (OMS, 2003).
11. Quelques grandes compagnies internationales de production de tabac ont leur siège international en Suisse.
12. La vente d'alcools forts aux mineurs de moins de 18 ans est illégale, de même que la vente de bière et de vin aux mineurs de moins de 16 ans.

13. Si la consommation « d'alcopops » a augmenté entre 2000 et 2002, passant de 2 à 40 millions de bouteilles, elle est retombée à 16 millions de bouteilles après l'adoption, en 2004, d'une taxe spéciale (Département fédéral des finances, 2005).

14. En Suisse, les maladies mentales représentent actuellement quatre attributions de prestations pour incapacité sur dix attributions nouvelles. En outre, la proportion de personnes hospitalisées pour cause de problèmes mentaux est bien supérieure chez les jeunes (OCDE, 2006b).

15. Les cantons de Zoug et de Berne ont mis en place un programme baptisé Alliance contre la dépression qui est également à l'étude dans d'autres cantons. Les quatre axes de ces programme sont : *i)* une meilleure formation des généralistes pour permettre une détection plus précoce de la dépression; *ii)* un élargissement de l'offre de soins; *iii)* un renforcement de la collaboration entre les différents acteurs; et *iv)* une sensibilisation du public aux campagnes d'information. L'Office fédéral suisse de santé publique étudie actuellement d'autres programmes.

16. Promotion Santé Suisse a déclaré récemment que la santé mentale était l'une de ses grandes priorités.

17. À l'exception de la taxe sur la valeur ajoutée.

18. Dans le domaine de la prévention secondaire, le manque de programmes coordonnés au niveau national de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du colon, et de suivi des traitements individuels et de l'éducation au contrôle de l'hypertension artérielle et des soins aux patients diabétiques est notoire.

19. Ces normes et exigences suivent les réglementations énoncées dans la loi fédérale concernant la pratique professionnelle de la pharmacie et de la médecine humaine et vétérinaire (LEPM). La LEPM a été révisée en 2002 et sera remplacée en 2007 par la loi sur les professions médicales sanctionnées par un diplôme universitaire (LEPMed).

20. Dans le cas de médecins, dentistes, infirmières, sages-femmes, physiothérapeutes et d'une dizaine d'autres catégories de professionnels de santé formés à l'étranger, l'accord bilatéral signé entre les États membres de l'UE et l'Union européenne leur garantit la liberté d'accès au marché de travail en tant que salariés s'ils possèdent un diplôme équivalent délivré ou reconnu par une autorité nationale de santé (selon la directive SLIM de l'UE). La reconnaissance mutuelle des diplômes est une procédure formelle pour les citoyens de l'UE. Pour s'installer en tant que travailleurs indépendants, les médecins et dentistes immigrés en provenance d'un État membre de l'UE doivent avoir obtenu une qualification postdoctorale reconnue par une autorité nationale de santé. Les professionnels de santé originaires d'États non membres de l'UE ne peuvent exercer leur profession qu'en tant que salariés.

21. Les mécanismes formalisés d'autorégulation incluent les outils qui institutionnalisent les échanges collégiaux et y incorporent une composante évaluation comme l'examen par les pairs et l'audit médical, l'audit des pratiques, la re-certification, l'utilisation confidentielle d'indicateurs de qualité et d'analyses comparatives (benchmarking), les examens confidentiels d'incidents. Pour une analyse des instruments permettant de contrôler et d'améliorer la qualité des soins, voir Mattke (2004).

22. Du fait de l'introduction en 2005 de l'exigence d'accréditation de l'enseignement postdoctoral, la FMH a dû réviser ses méthodes d'évaluation de la formation théorique et pratique, de revalidation et de re-certification. Par ailleurs, elle examine également s'il est souhaitable d'introduire des examens des performances individuelles. La Fédération encourage l'audit et l'évaluation des erreurs médicales, les plaintes locales et la création de systèmes de rapports d'incidents mais aussi de benchmarking des schémas de prescription. Dans le cadre de la révision de la LEPM et de l'élaboration de la LPMed, la formation médicale continue a été rendue obligatoire, à compter de 2002, pour tous les médecins exerçant en Suisse (Hesse *et al.*, 2005).

23. Voir, à titre d'exemple, Seematter-Bagnoud *et al.* (1999) pour une discussion de la sous-utilisation et de la sur-utilisation, en Suisse, de l'endoscopie gastro-intestinale haute dans différentes conditions cliniques. Les indications sur la diversité des pratiques dans les pays de l'OCDE a été étudiée, entre autres, par Capocaccia *et al.* (2003); Mehta *et al.* (2002); Lindsay *et al.* (2005) et Nordly *et al.* (2003).

24. Un programme national de sécurité des patients a été annoncé en 2000 et une Fondation nationale pour la sécurité des patients a été créée en 2003.

25. Ces données ont été fournies à l'OCDE par les autorités suisses dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. L'objectif de ce projet auquel ont participé 23 pays (dont la Suisse) était d'élaborer un ensemble d'indicateurs basés sur des données comparables qui pourraient être utilisés pour s'interroger sur les différences de qualité entre les pays.

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 3

La performance du système de santé suisse : accès aux soins et réactivité aux attentes des usagers

Ce chapitre examine les forces et les faiblesses du système de santé suisse au regard de deux principaux objectifs de la performance des systèmes de santé : offrir une couverture et un accès équitables aux soins de santé et répondre aux besoins des patients. Le chapitre expose les principaux enjeux et les principales réalisations. Il examine les raisons susceptibles d'expliquer les performances actuelles. Il discute également de certaines politiques clés que les autorités ont mises en œuvre pour les améliorer.

Le système de santé suisse a remarquablement réussi à assurer à sa population une couverture et un accès équitables aux services de santé, mais aussi à répondre aux attentes des patients. L'ensemble de la population résidente a accès à la couverture maladie et le champ de cette couverture est complet. Apparemment, le système de santé offre un large éventail de services géographiquement accessibles et sa réactivité par rapport aux attentes des patients en termes de choix et de rapidité est grande. Toutefois, si le système ne rationne pas l'accès aux services de santé du fait des contraintes de l'offre, il utilise le facteur prix pour rationner la demande et le montant relativement élevé des paiements directs peut poser des problèmes d'équité dans l'accès aux soins pour les personnes à revenus moyens et les familles nombreuses, ceci en dépit des mécanismes mis en place pour protéger les groupes de population vulnérables.

3.1. Les soins de santé : accès et couverture

3.1.1. Globalité de la couverture

En Suisse, l'accès à l'assurance-maladie est parfaitement adéquat du point de vue de deux dimensions clés.

Premièrement, depuis la mise en œuvre de la LAMal en 1996, la souscription d'une couverture maladie est *obligatoire* pour l'ensemble de la population résidente. Les cantons affilient d'office tous les résidents qui ont omis de souscrire une assurance et l'application de cette obligation ne semble pas poser de difficultés particulières. Les autorités fédérales ne font pas état de l'existence de personnes ou de groupes de personnes non assurés[1].

Deuxièmement, le *champ des services de santé couverts* est vaste comparé à d'autres pays de l'OCDE (Polikowski et Santos-Eggimann, 2002). Tous les diagnostics et traitements curatifs nécessaires en cas de maladie, d'accident et de maternité sont couverts, avec quelques modifications annuelles minimes, à l'exception d'un petit nombre de services qui sont explicitement exclus car ils ne sont pas jugés efficaces. Les produits pharmaceutiques et les traitements non médicaux inscrits sur une liste positive sont également remboursés. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, la couverture des soins dentaires se limite aux traitements associés à des maladies graves.

Un indicateur indirect de l'adéquation de la couverture obligatoire est le rétrécissement du marché de l'assurance-maladie complémentaire. Entre 1996 et 2003, le financement des dépenses de santé par l'assurance-maladie complémentaire (exprimé en prix constant à l'aide du déflateur du PIB 2000) a baissé d'environ 12 %, passant de 4 947 à 4 337 millions de CHF (OCDE, 2005a). Selon l'enquête suisse sur la santé de 2002[2], la proportion de la population hospitalisée en division privée ou semi-privée est passée de 52 % en 1992 à 38 % en 1997 et à 32 % en 2002 (Office fédéral de la statistique, 2004g). Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer cette tendance, on peut citer le nombre limité de prestations supplémentaires que peut offrir une assurance complémentaire (compte tenu de la couverture globale offerte par le régime obligatoire) et leur abordabilité au vu du montant de plus en plus élevé des primes de l'assurance obligatoire.

En dépit de cette large couverture, le contenu du paquet de prestations et le degré de la couverture pour les différents types de services suscitent quelques inquiétudes. Par exemple, les psychothérapies et autres traitements des maladies mentales, domaine dans lequel la charge de la maladie s'est progressivement accrue, en Suisse comme ailleurs (Rüesch et Manzoni, 2003), ne sont pas inclus ou que partiellement dans le paquet. Ensuite, si le catalogue des prestations couvertes pour les soins curatifs est illimité, les activités de prévention remboursées selon la LAMal doivent figurer sur une liste « positive ». Cette liste se limite actuellement aux vaccinations, aux substituts du tabac et autres actions de prévention « médicalisée ». En outre, la part des dépenses supportées via des sources collectives varie selon le type de soins. Plus des trois quarts du coût des soins aux patients hospitalisés (y compris les traitements administrés en hospitalisation de jour) sont payés selon une formule associant l'État et l'assurance sociale (LAMal, AA, AI, AM) (tableau 3.1). Ce pourcentage tombe à 48 % pour les services de soins curatifs et de réadaptation aux patients externes et à 41 % pour les soins de longue durée. La part des dépenses sociales et des dépenses gouvernementales est généralement plus faible que dans les autres pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données pour les différents types de services, sauf pour les produits pharmaceutiques (graphique 3.1), pour lesquels la part des paiements obligatoires (63 %) est relativement importante. Si l'on considère la ventilation des dépenses totales des ménages privés par type de soins, environ un tiers concernent des soins infirmiers de longue durée, près d'un cinquième des soins dentaires et un huitième seulement des produits pharmaceutiques (Rossel et Gerber, 2004).

Les décisions portant sur les services à inclure dans le paquet des prestations LAMal ont des implications budgétaires évidentes et un nouvel élargissement d'un paquet de prestations déjà vaste n'est pas nécessairement souhaitable. En fait, certaines exclusions pourraient même se justifier. En théorie, tous les produits et services remboursés selon la LAMal doivent satisfaire aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. En pratique, la plupart des procédures ou services médicaux n'ont pas été formellement évalués car on ne procède à une évaluation qu'en cas de désaccord sur un remboursement (encadré 3.1). Les professionnels de santé jouissent d'un pouvoir discrétionnaire considérable. Bien souvent, les nouvelles technologies sont couvertes simplement parce qu'elles sont prescrites par des médecins et fournies par des prestataires autorisés à exercer dans le contexte de la LAMal. En outre, les procédures et les critères de détermination du remboursement en cas de controverse manquent de transparence et de hiérarchisation explicite (Sprumont *et al.*, 2005; Gress *et al.*, 2005). Cela conduit à s'interroger sur la pertinence des procédures d'inclusion de nouvelles prestations, même s'il est juste de dire que d'autres pays de l'OCDE n'appliquent pas non plus de manière cohérente les analyses coût-efficacité lorsqu'ils prennent ce type de décisions.

3.1.2. Financement équitable des dépenses de santé

En Suisse, la couverture maladie est à la fois universelle et complète. La structure régressive du financement de la santé est, dans une certaine mesure, atténuée par les mécanismes de protection sociale incorporés au système, bien que ceux-ci ne soient probablement pas aussi efficaces dans tous les cantons et pour tous les groupes de population.

Tableau 3.1. **Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement, Suisse, 2003**

Pourcentage

	État et assurances obligatoires	État (à l'exclusion de l'assurance-maladie obligatoire)	Assurance-maladie obligatoire, autres régimes d'assurance sociale[1]	*Secteur privé*	Assurance-maladie privée	Paiements « Out-of-pocket »	Institutions à but non lucratif	*Dépenses totales de santé*
Services de soins curatifs, de réadaptation	**63**	**23**	**40**	***37***	**11**	**25**		*100*
Soins aux patients hospitalisés	77	45	32	*23*	16	7		*100*
Soins ambulatoires et patients externes	48		48	*52*	6	45		*100*
Services de soins de longue durée	**41**	**14**	**27**	***59***		**57**	**2**	***100***
Soins aux patients hospitalisés	36	11	25	*64*		62	2	*100*
Soins à domicile	82	37	45	*18*	4	11	4	*100*
Services auxiliaires de soins de santé	**56**	**15**	**41**	***44***	**8**	**34**	**2**	***100***
Laboratoire clinique	67		67	*33*		33		*100*
Imagerie diagnostique	64		64	*36*		36		*100*
Transport des patients et services d'urgences	44	30	14	*56*	17	34	5	*100*
Produits médicaux administrés à des patients externes	**63**		**63**	***37***	**5**	**32**		***100***
Produits pharmaceutiques et médicaments non durables	66		66	*34*	3	31		*100*
Thérap. appl. et méd. durables	50		50	*50*	17	33		*100*
Produits et services médicaux aux personnes	**58**	**18**	**40**	***42***	**8**	**33**	**1**	***100***
Services de prévention et santé publique	64	39	26	*36*		16	20	*100*
Administration de la santé et assurance	63	13	50	*37*	31	5		*100*
Total des dépenses courantes de santé	**59**	**18**	**40**	***41***	**9**	**32**	**1**	***100***

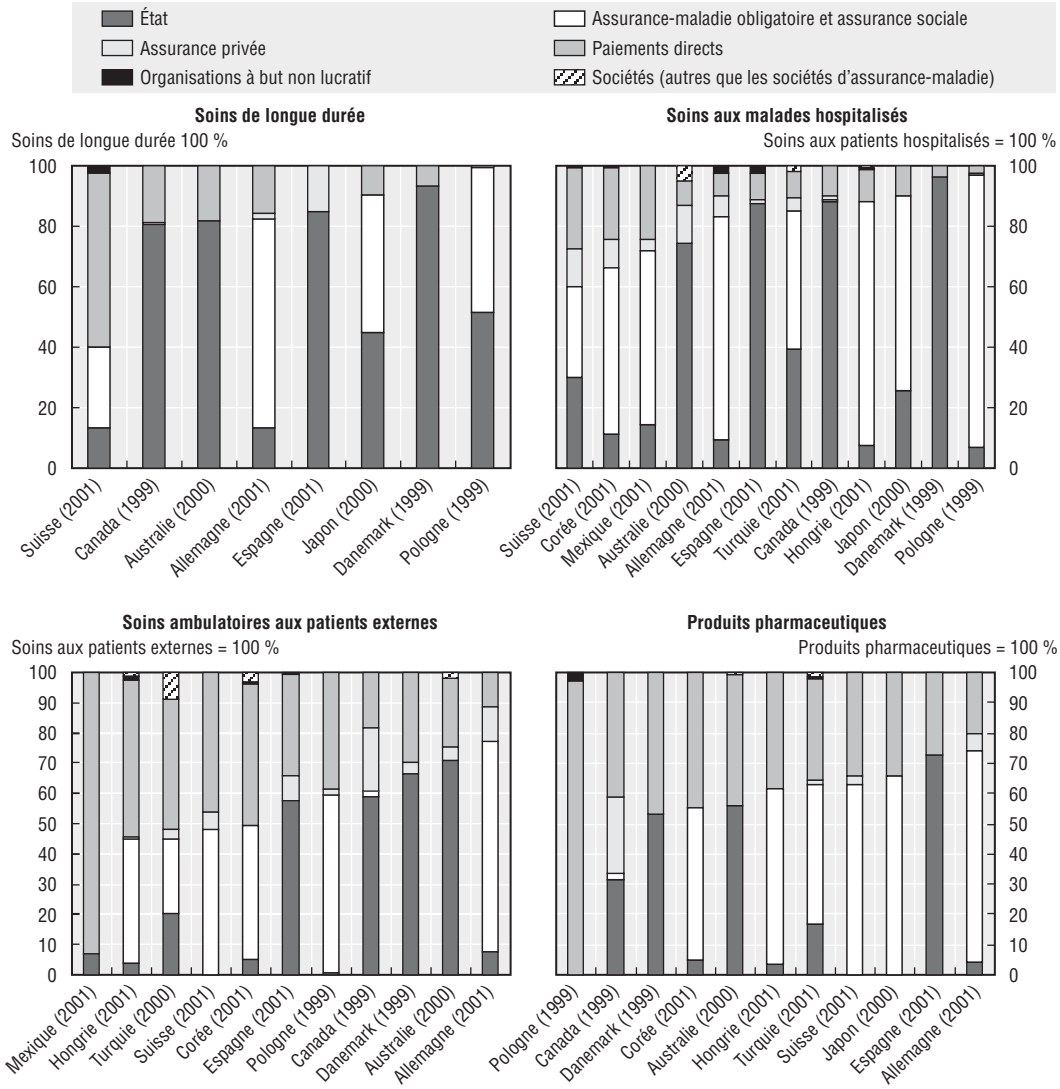
Note : Données provisoires.

1. Assurance-maladie obligatoire (LAMal), assurance-accident (AA), assurance-invalidité (AVS-AI) et assurance militaire (AM).

Source : Orosz, E. et D. Morgan (2004), « SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 16, OCDE, Paris.

Graphique 3.1. **Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000**

Parts en pourcentage



Note : Les chiffres de l'Espagne pour le secteur de l'État incluent les caisses de sécurité sociale.
Les pays sont classés par ordre croissant de la part de l'assurance d'État et de l'assurance sociale obligatoire.

Source : Orosz, E. et D. Morgan (2004), « SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 16, OCDE, Paris.

Les mécanismes de protection sociale réduisent l'impact d'un financement régressif de la santé…

Globalement, les dépenses de santé sont constituées pour près des deux tiers de paiements effectués par les particuliers, sous la forme de primes d'assurance ou de paiements directs (tableau 3.2). À cela s'ajoutent environ 24 % de dépenses de santé qui passent par le canal de l'État; il s'agit pour les trois quarts de versements de subventions destinés aux prestataires et à la santé publique, le quart restant représentant les subventions pour la réduction des primes en faveur des personnes à faibles revenus[3].

Encadré 3.1. **Procédures d'inclusion ou d'exclusion de biens et de services dans le paquet de prestations de la LAMal**

Les procédures d'inclusion de biens ou de services médicaux dans le paquet de prestations LAMal diffèrent selon qu'il s'agit de biens et de services curatifs ou de médicaments et de traitements médicaux préventifs.

Sauf à être spécifiquement exclus, la plupart des procédures ou services curatifs sont couverts. Les prestataires de soins de santé, caisses maladie, autorités de santé, ou organisations de patients peuvent, s'ils ont des doutes sur l'efficacité, l'adéquation et l'économicité d'un service couvert, demander à l'Office fédéral de la santé publique d'initier une procédure d'évaluation (Sprumont *et al.*, 2000). L'évaluation est conduite par la Commission fédérale des prestations générales, qui prend ses décisions sur la base d'un examen des éléments probants présentés par les parties, mais ne procède pas elle-même à sa propre évaluation. Une liste des produits ou services qui ont été contestés et des décisions correspondantes figure dans l'OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins).

Des évaluations sont effectuées systématiquement pour les soins préventifs, les médicaments et les analyses de laboratoire; elles conduisent à l'établissement d'une liste positive. C'est l'organisme demandant le remboursement par la LAMal (par exemple le laboratoire pharmaceutique) qui doit fournir des preuves de l'efficacité, de l'efficience et de l'innocuité du produit.

Dans les évaluations examinées par la Commission fédérale des prestations générales, les informations sur les coûts sont souvent incomplètes ou manquantes, ce qui rend difficiles les analyses coût-efficacité. On observe quelques différences par rapport à d'autres pays de l'OCDE dans la manière dont les procédures d'évaluation sont effectuées. Contrairement aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, à l'Espagne, à la France et à l'Allemagne, la Suisse n'a mis en place aucun organisme ou programme d'évaluation des technologies de santé (HTA). Dans les pays en question, l'examen d'un service est directement commandité par l'institution à laquelle incombe la responsabilité des décisions relatives aux prestations. En Suisse, au contraire, c'est au demandeur (secteur médical, sociétés médicales) qu'il incombe de soumettre un rapport d'évaluation à la Commission (Gress *et al.*, 2005). Des rapports HTA ou similaires ne sont commandités que de manière occasionnelle (Sprumont *et al.*, 2005).

Globalement, il n'y a pas en Suisse d'application cohérente des analyses coût-efficacité. Dans le contexte actuel, la mise en œuvre d'un processus d'évaluation systématique des nouvelles procédures pourrait représenter un enjeu majeur car les autorités fédérales qui définissent les services devant être couverts par la LAMal ne disposent que de moyens limités pour effectuer leur propre examen et compléter l'information fournie par les demandeurs.

La forte proportion de paiements « out-of-pocket » est atypique pour un pays de l'OCDE dans lequel les dépenses de santé représentent une part importante du PIB[4]. Par rapport à la part des paiements « out-of-pocket » dans les dépenses totales de santé, deux autres pays ayant un niveau élevé de dépenses de santé, les États-Unis et l'Allemagne, arrivent en bas de classement, tandis que la Suisse arrive pratiquement en tête avec le Mexique, la Grèce et la Corée (graphique 1.12). Hormis la Corée et la Grèce, cette forte proportion est également atypique de la majorité des pays ayant une couverture universelle ou quasi universelle (tableau 3.3). Les paiements « out-of-pocket » représentent 6.2 % de la

Tableau 3.2. **Financement des dépenses de santé en Suisse par l'État, l'assurance sociale et les ménages, 2003**

Agent de financement	Pourcentage du coût total
Total	**100**
État	***23.9***
Aides aux prestataires de soins de santé[1]	*16.4*
Cantons	14.0
Communes	2.4
Santé publique, administration et prévention	*1.6*
Confédération	0.3
Cantons	0.9
Communes	0.4
Réduction des primes LAMal	*5.9*
Confédération	4.0
Cantons	1.9
Assurance sociale	***7.9***
LAA = Assurance-accident	3.0
AVS-AI = Assurance-vieillesse et survie/assurance-invalidité	4.7
Assurance militaire	0.1
Autres régimes de protection sociale	***2.6***
Prestations complémentaires de vieillesse et d'invalidité (AVS et AI)	0.8
Assurance sociale vieillesse	0.7
Allocations pour personnes handicapées	1.1
Ménages privés	***64.7***
Primes d'assurance-maladie	*35.7*
Assurance-maladie obligatoire (LAMal)	26.8
Assurance volontaire (LCA) (assureurs LAMal)	3.3
Assurance volontaire (LCA) (assureurs commerciaux)	5.7
Participation aux coûts	*5.3*
Assurance-maladie obligatoire (LAMal)	5.2
Assurance volontaire (LCA)	0.1
Paiements directs	*23.7*
Autres caisses privées	***1.0***

Note : LCA = Loi sur le contrat d'assurance.
La somme des dépenses au titre des assureurs sociaux (LAA, AVS-AI, militaire), les primes d'assurance-maladie obligatoire et les aides publiques pour réduire les primes LAMal correspondent aux données sur les dépenses totales par régime d'assurance sociale présentées au tableau 1.6 (40.5 % des dépenses totales de santé).
1. Aides aux hôpitaux, centres médicalisés de long séjour et services de soins à domicile.
2. Net des aides aux personnes à faibles revenus.
Source : Adapté de Office fédéral de la statistique (2004), *Coût et financement du système de santé en 2003*, Neuchâtel.

consommation totale des ménages ; cette proportion classe la Suisse en deuxième position des pays de l'OCDE derrière la Grèce (graphique 3.2).

La souscription d'une assurance sur la base de primes qui ne sont pas liées au revenu et la proportion importante des paiements « out-of-pocket » signifient que le financement des dépenses de santé est, en principe, régressif[5], ce qui suscite des inquiétudes quant au partage équitable de la charge de financement. Pour atténuer les conséquences en terme d'équité de cette structure de financement de la santé, les autorités suisses ont mis en place des mécanismes de protection sociale ciblés sur les groupes de population les plus pauvres.

Tableau 3.3. **Couverture de l'assurance-maladie et proportion des paiements « out-of-pocket » dans les pays de l'OCDE, 2003**

	Couverture par l'assurance-maladie d'État ou sociale[1]	Part des dépenses « out-of-pocket » dans les dépenses totales de santé
Australie	100[2]	21
Autriche	98.0	19.2
Belgique	99.0	
Canada	100	14.9
République tchèque	100	8.4
Danemark	100	15.8
Finlande	100	19
France	99.9	10
Allemagne	90.1	10.4
Grèce	100	46.5
Hongrie	100	24.6 (est.)
Islande	100	16.5
Irlande	100	13.4
Italie	100[3]	20.7
Japon	100[4]	17.3[4]
Corée	100	41.9
Luxembourg	99.0	7
Mexique	51[4]	50.5
Pays-Bas	76.4	7.8
Nouvelle-Zélande	100	15.7
Norvège	100	15.5 (est.)
Pologne		26.4
Portugal	100	
République slovaque	96.9	11.7
Espagne	98.9	23.7
Suède	100	
Suisse	**100**	**31.5**
Turquie	64.0	20.4 (est.)
Royaume-Uni	100	11[5]
États-Unis	26.6	14.1
Moyenne OCDE	93.1	19.8
Médiane OCDE	100	16.5

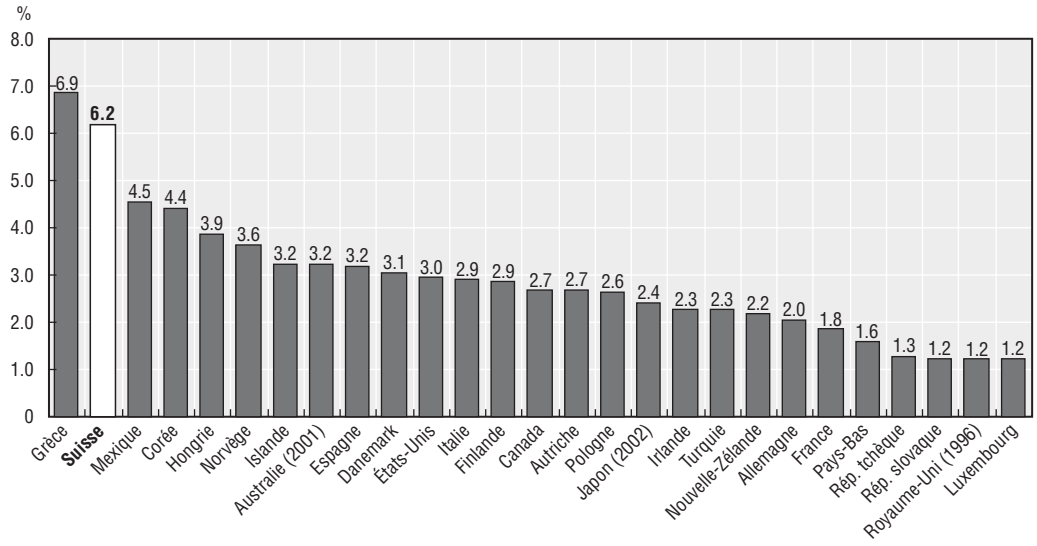
Est. = estimation.

1. Les données sur la couverture renvoient à la part de la population ayant accès à l'assurance d'État ou sociale. Elles ne reflètent pas l'importance de la couverture, qui peut être plus ou moins globale selon les services couverts et le taux de participation.
2. 2001.
3. 1997.
4. 2002.
5. 1996.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005* Paris.

Dans un premier temps, les aides à la souscription d'une assurance-maladie contribuent à améliorer l'équité verticale (Chancellerie fédérale, 2004e; Balthasar, 1998, 2001 et 2003; Balthasar *et al*., 2005; Office fédéral des assurances sociales, 2001). En 2003, des aides ont été versées à un tiers de la population suisse (ou 41 % des ménages) et plus de 40 % des résidents de cinq cantons (tableau 3.4), s'agissant pour la plupart (58 %) de familles monoparentales (Office fédéral de la santé publique, 2004d). Les aides ont pratiquement réduit de moitié le montant de la prime pour les ménages en bénéficiant. Suite aux révisions de la LAMal en 2005, une réduction de la prime minimum par canton de 50 % pour les enfants et les

Graphique 3.2. **Proportion des paiements « out-of-pocket » dans la consommation totale des ménages, 2003 ou dernière année disponible**



Note : Paiements supportés directement par un patient sans recours à une assurance. Incluent la participation aux coûts et les paiements informels aux prestataires de soins de santé. OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Paris. Les données pour la Hongrie, la Norvège et la Turquie sont des estimations.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

jeunes en formation vivant dans des familles à revenus faibles et moyens a été introduite (tableau 3.4).

Des mécanismes ont été également mis en place pour atténuer les effets de paiements « out-of-pocket » élevés. Les familles nombreuses, les femmes enceintes, les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que les titulaires de prestations complémentaires de vieillesse et d'invalidité sont exemptés de toute participation aux coûts. Un plafond annuel pour les franchises et les frais de coassurance limite le montant maximum de paiements « out-of-pocket » à supporter au titre des services couverts.

Il se peut que les aides cantonales aux personnes à faibles revenus ne soient pas efficaces de manière similaire pour tous les types de ménages. Selon des critères suggérés par le Conseil fédéral dans son message du 6 novembre 1991, les montants de primes acquittés par les ménages, sans les aides reçues, ne devraient pas excéder 8 % du revenu *imposable*, ce qui équivaut environ à 6 % du revenu *disponible* (Balthasar *et al.*, 2005). Toutefois, il ne s'agit pas d'une norme nationale obligatoire. En dépit d'une augmentation régulière de l'importance du subventionnement des primes (qui est passé de 3.5 % du revenu disponible des ménages en 1998 à 5.9 % en 2004), le montant net acquitté par les familles au titre de la souscription d'une assurance a augmenté régulièrement, atteignant 7.8 % du revenu disponible en 2004 (Balthasar, 1998, 2001 et 2003; Balthasar *et al.*, 2005). Les aides semblent inappropriées pour atteindre le seuil indicatif suggéré par le Conseil fédéral pour les retraités de tous les cantons et pour les familles à revenus intermédiaires dans quatre cinquième des cantons. Des difficultés subsistent également pour les familles nombreuses dans environ la moitié des cantons et pour les familles monoparentales dans un quart des cantons (Balthasar *et al.*, *ibid.*). Ces données sont confirmées par les conclusions d'une enquête effectuée auprès d'individus représentatifs, selon laquelle un tiers des répondants jugent excessif le montant des primes LAMal (4 % ne peuvent se permettre de

Tableau 3.4. **Aides aux personnes à faibles revenus pour la souscription d'une assurance-maladie**[1]

Canton		Pourcentage de résidents recevant des aides		Aide moyenne en pourcentage de la prime moyenne par habitant	Aides cantonales en pourcentage des aides fédérales
		Individus[2]	Ménages[3]		
CH	Suisse	32	40	55	50
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures	46	40	45	30
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures	24	21	92	27
AG	Argovie	28	26	43	58
BL	Bâle-Campagne	38	41	40	67
BS	Bâle-Ville	27	33	67	115
BE	Berne	30	36	66	25
FR	Fribourg	36	40	56	17
GE	Genève	35	58	46	104
GL	Glaris	35	46	64	38
GR	Grisons	32	38	51	28
JU	Jura	36	49	51	10
LU	Lucerne	40	44	52	28
NE	Neuchâtel	32	41	53	24
NW	Nidwald	32	41	44	79
OW	Obwald	56	67	50	9
SH	Schaffhouse	32	38	57	53
SZ	Schwyz	35	43	57	68
SO	Soleure	23	24	62	37
SG	St.Gall	35	37	42	40
TG	Thurgovie	44	63	49	40
TI	Tessin	30	45	69	43
UR	Uri	43	46	48	21
VS	Valais	32	47	70	9
VD	Vaud	24	29	69	51
ZG	Zoug	33	43	52	193
ZH	Zurich	30	45	51	106

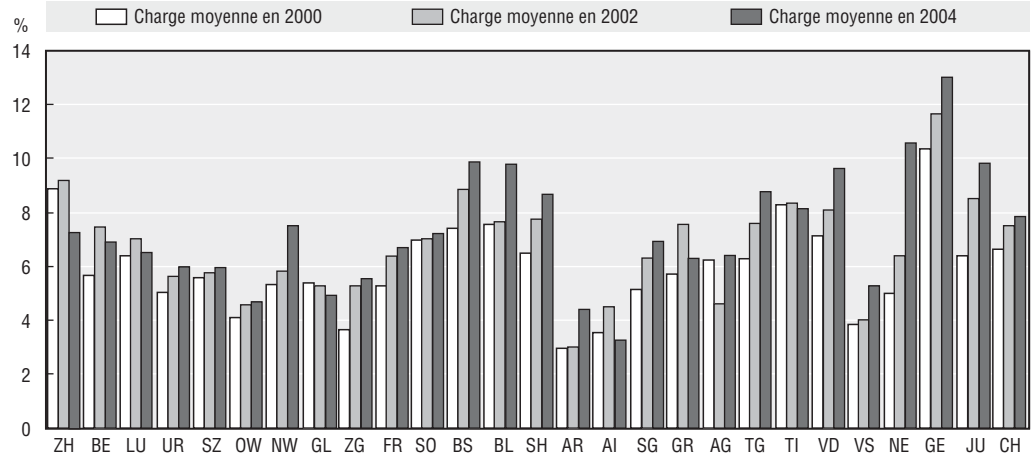
1. Toutes les données concernent 2004.
2. Nombre d'individus recevant des aides, en pourcentage de la population résidente pour 2004
3. Nombre de ménages recevant des aides en pourcentage du total des ménages, sur la base du dernier recensement de population de 2000.

Source : Office fédéral de la santé publique (2005), *Statistique de l'assurance-maladie 2004*, Berne.

payer aucune autre prime) (Eisler, 2005). Ces personnes sont principalement des jeunes vivant dans des familles à revenus intermédiaires et ayant des enfants.

L'impact des réductions de primes varie également d'un canton à l'autre. En 2004, le seuil indicatif de 6 % du revenu disponible n'a pas été atteint dans 17 cantons et dans huit cantons les paiements nets de primes ont excédé 8 % du revenu disponible (graphique 3.3) (Balthasar *et al.*, *ibid.*). L'aide moyenne reçue par les personnes n'est que faiblement corrélée au niveau des primes d'assurances dans le canton et elle diminue lorsque le nombre des bénéficiaires augmente dans chaque canton. Par ailleurs, il n'y a pas nécessairement plus de bénéficiaires dans les cantons où les primes sont plus élevées et l'aide cantonale moyenne n'est pas liée aux revenus des cantons (graphique 3.4). La variation d'un canton à l'autre est due, pour une large part, à des différences dans la manière dont les aides sont administrées (Chancellerie fédérale, 2004e) (encadré 3.2).

Graphique 3.3. **Primes LAMal en pourcentage du revenu disponible après versement des aides à la réduction des primes**



Note : L'ordre des cantons suit celui adopté par les autorités suisses pour la présentation des données cantonales.

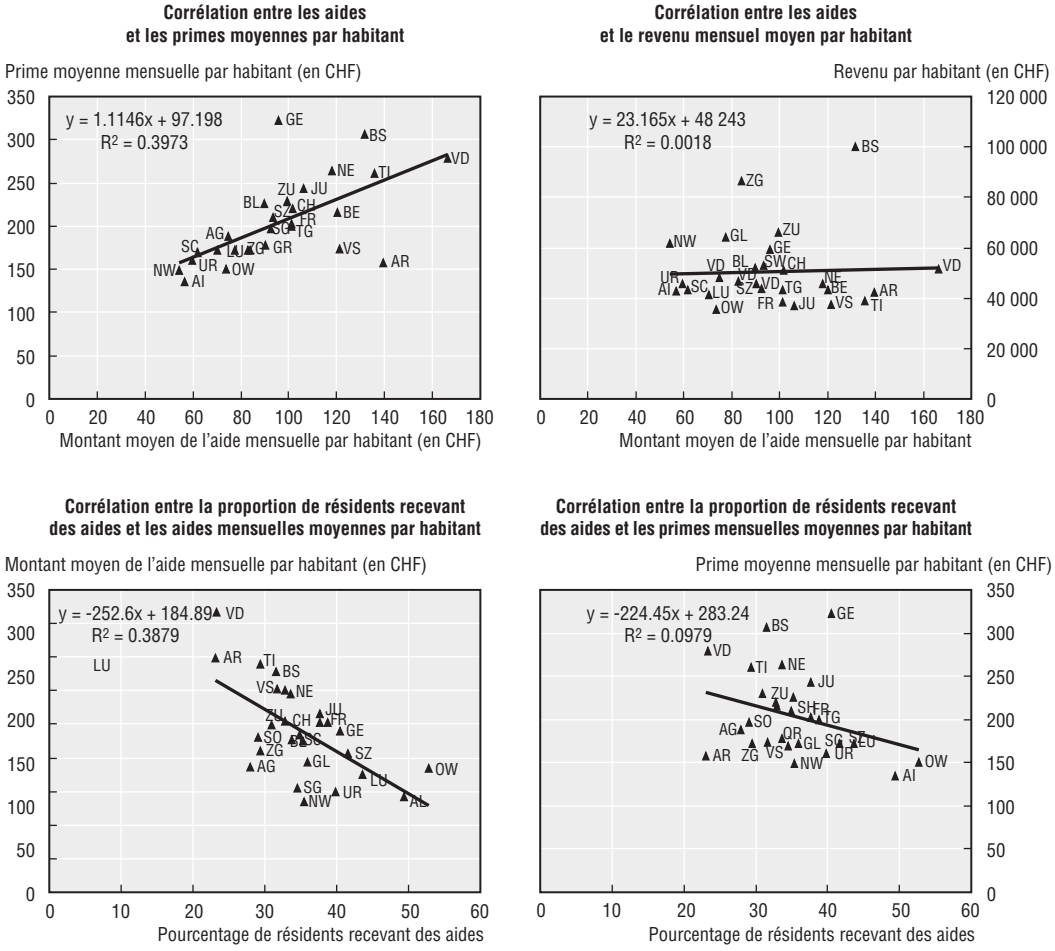
Source : Balthasar, A. *et al.* (2005), *Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2004*, Berne.

Enfin, les déductions fiscales accordées pour la souscription d'une assurance-maladie privée (assurances complémentaires) sont susceptibles d'avoir un effet régressif sur le financement de la santé, dans la mesure où cette couverture volontaire est essentiellement souscrite par des groupes à hauts revenus et que les déductions fiscales diminuent la progressivité de l'impôt sur le revenu. De plus, la déductibilité fiscale conduit à une perte d'impôts.

Aucune étude n'évalue l'adéquation des exemptions de participation aux coûts[6]. Toutefois, les exigences de copaiements et de coassurance dans le régime de l'assurance-maladie obligatoire ne sont pas plus grandes que dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2004b, tableau 3.2). En fait, la proportion de la participation aux coûts dans les paiements « out-of-pocket » ne semble pas particulièrement élevée. À l'inverse, 83 % du montant des paiements « out-of-pocket » correspond à des paiements directs effectués par les ménages et à l'automédication (Office fédéral de la statistique, 2004e)[7]. L'utilisation de plus en plus fréquente de produits d'assurance LAMal à franchise élevée (la moitié des polices globales LAMal en 2003, voir tableau 3.5) pose néanmoins des problèmes en termes de politique de santé. Bien qu'une assurance à franchise élevée permette aux personnes de réduire leur montant de primes, elle conduit également à s'éloigner d'un modèle de mise en commun des ressources et peut poser des problèmes aux personnes à revenus faibles ou intermédiaires.

Globalement, si le financement du système de santé suisse demeure régressif, l'impact de cette régressivité sur la capacité financière des assurés a été atténué, dans une certaine mesure, par des mécanismes de protection sociale. À l'avenir, la persistance de primes à des niveaux supérieurs à la progression des revenus (voir chapitre 4) fera nécessairement tomber en dessous des objectifs indicatifs de la Confédération un plus grand nombre de ménages à revenus intermédiaires, qui actuellement ne sont pas éligibles au subventionnement des primes, ainsi que d'autres groupes de population vulnérables. Cela pourrait conduire les cantons à accroître le nombre des familles éligibles et le montant des subventions, comme ils ont eu tendance à le faire au fil des ans (tableau 3.6), ce qui conduirait à s'inquiéter pour la viabilité financière des mécanismes de subventionnnement. Mais cela

Graphique 3.4. **Corrélations entre le revenu par tête, les primes, les aides et le nombre de bénéficiaires**



Source : Calculs effectués à l'aide de données de l'Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003 ;* Office fédéral de la santé publique (2004), *Primes de l'assurance de base, délais de résiliation, primes plus avantageuses*, Berne.

pourrait également encourager les cantons à introduire des seuils d'éligibilité plus stricts pour faire en sorte que leurs aides n'augmentent pas ce qui aggraverait encore les difficultés des ménages à revenus faibles et intermédiaires. Mais, quels que soient les résultats en termes de financement, les inégalités horizontales entre cantons pour les ménages ayant des niveaux de revenus et une structure familiale analogues vont probablement persister, du fait du manque de cohérence intercantonal des règles régissant les systèmes d'aides cantonaux.

3.1.3. Mise en commun (pooling) équitable des groupes de risques

Par le biais d'une tarification uniforme, le régime obligatoire d'assurance-maladie garantit un subventionnement croisé entre des personnes dont la situation au regard du risque est différente. Ce type de tarification promeut une mise en commun des risques entre personnes en bonne santé et personnes malades, hommes et femmes et cohortes d'âge différentes, ce qui représente une nette amélioration par rapport au système précédent. Toutefois, en dépit d'une tarification uniforme au sein de chaque assureur, on observe dans le système de santé suisse une grande variété de produits et de différenciation des primes selon l'âge (enfants, jeunes adultes et adultes), la région géographique et le

Encadré 3.2. **Différences entre les cantons dans la gestion des aides à la réduction des primes**

Les systèmes d'aide à la réduction des primes sont une responsabilité cantonale. Bien que les autorités fédérales surveillent la manière dont les cantons allouent leurs ressources afin de s'assurer que les aides fédérales soient effectivement utilisées pour réduire les primes, le niveau des aides cantonales à la réduction des primes n'est pas harmonisé entre les cantons. Ainsi, la révision de la LAMal qui imposera, à compter de l'exercice 2006-2007, une réduction des primes pour les enfants et les jeunes en formation vivant dans des familles à revenus faibles et intermédiaires, ne définit pas un seuil de revenu, lequel sera fixé par les autorités cantonales.

On note une grande disparité dans la manière dont les cantons gèrent leur système d'aides. La capacité de dépenses, qui est mesurée par la différence entre les budgets disponibles et les fonds effectivement versés, varie d'un canton à l'autre. Plus de la moitié des cantons utilisent la clause de la LAMal qui les autorise à limiter le montant dépensé au titre des aides (voir chapitre 1), ce qui conduit à une réduction correspondante de l'allocation fédérale. Il existe également des différences dans les seuils d'éligibilité et la sévérité des critères d'évaluation du patrimoine. Les cantons ont leurs propres lois fiscales; ils ne suivent donc pas la même méthode pour calculer le revenu imposable. En conséquence, la taille de la population des bénéficiaires varie d'un canton à l'autre. Des familles ayant le même revenu et le même patrimoine peuvent être éligibles aux aides dans un canton et dépasser le seuil dans un autre. Le montant de l'aide diffère également. Environ la moitié des cantons fixe un pourcentage maximum des revenus à affecter au paiement des primes et subventionnent les montants supplémentaires. Une autre moitié accorde des aides au prorata des primes versées par les familles ou les personnes éligibles. Enfin, les procédures de demande d'aides varient. Le calendrier et les délais à respecter ne sont pas uniformes. Dans certains cantons, les ménages sont automatiquement informés de leurs droits à recevoir ou non des aides. Dans d'autres, il incombe à chaque personne de se renseigner sur les critères d'éligibilité et les conditions à réunir pour obtenir une aide.

Tableau 3.5. **Importance des différents produits d'assurance-maladie obligatoire, 1996-2003**

	Franchise ordinaire		Franchise supérieure		Assurance avec bonus		Choix limité de prestataires (soins gérés)	
	% nombre total d'assurés	Progression d'une année sur l'autre	% nombre total d'assurés	Progression d'une année sur l'autre	% nombre total d'assurés	Progression d'une année sur l'autre	% nombre total d'assurés	Progression d'une année sur l'autre
1996	65.9		32.0		0.4		1.7	
1997	56.6	–13.8 %	37.9	18.7 %	0.2	–58.7 %	5.3	215.0 %
1998	55.4	–1.7 %	37.6	–0.4 %	0.2	2.9 %	6.8	29.0 %
1999	55.0	–0.4 %	37.4	–0.4 %	0.1	–13.3 %	7.5	9.7 %
2000	54.0	–1.9 %	38.0	1.6 %	0.1	–4.4 %	8.0	6.6 %
2001	53.0	–1.0 %	38.7	2.7 %	0.1	–4.8 %	8.1	3.1 %
2002	51.8	–1.8 %	40.5	5.2 %	0.1	–5.4 %	7.6	–6.5 %
2003	49.7	–3.6 %	42.0	4.2 %	0.1	–5.9 %	8.2	8.3 %

Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

produit d'assurance (avec franchise élevée, avec produits de soins intégrés, avec bonus)[8]. Certains ont également proposé d'introduire une nouvelle différenciation des primes pour les personnes de plus de 65 ans. Si de telles différenciations reflètent des disparités de

Tableau 3.6. **Évolution des aides aux personnes à faibles revenus et nombre de bénéficiaires, 1996-2003**

	Aides LAMal (fédérales et cantonales) en millions de CHF	Taux de progression d'une année sur l'autre	Nombre de bénéficiaires	Taux de progression d'une année sur l'autre
1996	1 493	–	1 656 431	–
1997	1 994	33.5 %	1 955 994	18.1 %
1998	2 446	22.7 %	2 240 522	14.5 %
1999	2 690	9.9 %	2 334 267	4.2 %
2000	2 545	–5.4 %	2 337 717	0.1 %
2001	2 657	4.4 %	2 376 421	1.7 %
2002	2 892	8.8 %	2 433 822	2.4 %
2003	3 066	6.0 %	2 427 518	–0.3 %

Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Neuchâtel.

coûts et d'utilisation entre différents groupes de population, elles diminuent également l'efficacité du système de tarification uniforme en créant des groupements partiels et fragmentés. En particulier, la possibilité pour les personnes de choisir entre différents produits d'assurance offrant différents niveaux de couverture permet aux personnes de choisir librement celui qui correspond le mieux à l'utilisation qu'elles comptent faire des soins de santé et aux assureurs de lier le montant des primes aux coûts de santé d'un sous-groupe plus petit, ce qui favorise la différenciation des primes par rapport au risque. Ces différences de coût et de risque ne sont qu'imparfaitement prises en compte et regroupées dans le mécanisme de compensation des risques (voir chapitre 4).

3.1.4. Accès aux soins et répartition géographique

Des niveaux élevés d'offre de soins par rapport à d'autres pays de l'OCDE (tableau 1.7), mais également un financement généreux du système de santé permettent à la population suisse d'avoir largement et rapidement accès aux services de santé dont elle a besoin.

Tout d'abord, la distance par rapport aux établissements de soins n'est pas une entrave, même en milieu rural. Les transports sont de qualité et les établissements hospitaliers ont un vaste rayon d'action. Rien ne s'oppose à ce que les personnes passent d'un canton à l'autre en cas de nécessité ou lorsque les services dont elles ont besoin n'existent pas dans le canton d'origine. En 2001, 13 % des patients hospitalisés étaient d'un canton différent de leur canton de résidence (Klauss *et al.,* 2005a). Cinq centres hospitaliers universitaires, ce qui est considérable compte tenu de la petite taille du pays, pratiquent une médecine de pointe. Par ailleurs, en Suisse comme dans quelques autres pays ayant des niveaux élevés de dépenses de santé et un grand nombre de lits de soins aigus, il n'y a pas de temps d'attente pour la chirurgie élective[9] (Siciliani et Hurst, 2003). En dépit d'une certaine attente pour l'admission en centres médicalisés de long séjour des personnes âgées, la proportion de personnes âgées vivant en milieu institutionnel est élevée par rapport à un grand nombre de pays de l'OCDE. Elle avoisine les niveaux rencontrés dans les pays nordiques, alors que la proportion de personnes recevant des soins à domicile est relativement faible (OCDE, 2000).

On peut néanmoins observer des disparités entre les différents cantons dans la répartition des ressources du système de santé (Crivelli et Filippini, 2003). Les cantons de Genève, Vaud, Bâle, Zurich et Tessin sont relativement mieux desservis que ceux de Schwyz, Obwald et Nidwald. La densité médicale varie dans un rapport de un à trois et le nombre de lits pour 1 000 habitants dans un rapport de un à cinq entre le canton de

Tableau 3.7. **Moyens, par canton, en termes de soins de santé**

Canton		Lits d'hôpitaux[1]	Densité de médecins[2]	Pharmacies[3]	Lits de centres médicalisés de long séjour[4]	Dépenses de santé mensuelles selon la LAMal par habitant[5]
CH	Suisse	5.8	2.0	2.2	11.6	202
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures	7.6	1.3	0.7	8.4	138
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures	10.8	1.7	0.9	19.4	153
AG	Argovie	6.1	1.5	1.9	9.7	176
BL	Bâle-Campagne	5.2	1.9	1.4	8.9	212
BS	Bâle-Ville	12.7	3.6	3.6	14.4	277
BE	Berne	5.6	2.1	1.8	14	201
FR	Fribourg	3.7	1.5	2.7	10.4	189
GE	Genève	6.8	3.3	3.9	7.9	277
GL	Glaris	3.3	1.4	0.5	21.5	168
GR	Grisons	7.9	1.7	1.9	14.1	168
JU	Jura	6.4	1.7	2.8	10	209
LU	Lucerne	4.2	1.5	0.9	13.3	162
NE	Neuchâtel	5.4	2.1	3.3	12.7	242
NW	Nidwald	2.5	1.2	0.5	11.7	147
OW	Obwald	2.4	1.1	0.9	14.1	151
SH	Schaffhouse	6.4	1.9	1.8	17.4	192
SZ	Schwyz	2.2	1.2	0.8	11.1	163
SO	Soleure	3.8	1.6	1.1	9	193
SG	St.Gall	5.0	1.6	1.0	13	167
TG	Thurgovie	6.1	1.3	0.9	12.8	179
TI	Tessin	6.6	2.0	5.4	12.5	252
UR	Uri	4.1	1.3	0.6	13.1	154
VS	Valais	5.6	1.7	3.8	8.1	182
VD	Vaud	6.1	2.4	3.7	8.3	245
ZG	Zoug	4.7	1.7	1.2	10.1	165
ZH	Zurich	6.0	2.3	1.7	12.6	197

1. Inclut le nombre total de lits d'hôpitaux (privés, publics et subventionnés) pour 1 000 habitants en Suisse. Le chiffre est différent de celui indiqué au tableau 1.7 car il inclut les soins aigus, psychiatriques, gériatriques aigus et tous les soins spécialisés.
2. Nombre de médecins libéraux pratiquant dans le secteur privé (généralistes et spécialistes) pour 1 000 habitants. Le total est inférieur au chiffre indiqué au tableau 1.7, qui englobe les médecins travaillant à l'hôpital.
3. Nombre de pharmacies publiques pour 10 000 habitants.
4. Pour 1 000 habitants (à l'exclusion des institutions pour personnes handicapées et « autres institutions »).
5. Coûts mensuels par assuré, en francs suisses. Inclut les dépenses des assureurs et la participation aux coûts.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Neuchâtel; Office fédéral de la statistique (2005), *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2003*, Neuchâtel; Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

Bâle-Ville (le mieux loti) et celui d'Obwald (le moins bien loti), tandis que le canton du Tessin a dix fois plus de pharmacies que les cantons de Nidwald et de Glaris (tableau 3.7). Il existe des corrélations positives entre les ressources du système de santé au niveau cantonal, les dépenses LAMal et le revenu par habitant des cantons, ce qui donne à penser que les coûts de santé tendent à être plus élevés lorsque la capacité d'offre est plus grande et que les disparités de moyens pourraient être liées aux différences de capacité économique des cantons (tableau 3.8).

Les moyens en matière de santé tendent également à être moindres lorsque la proportion de la population vivant en milieu rural est plus grande. En fait, la tendance grandissante à la spécialisation et à l'urbanisation des médecins est préoccupante pour la disponibilité de généralistes en milieu rural, d'autant que les jeunes médecins jugent probablement plus

Tableau 3.8. **Ressources du système de santé au niveau cantonal, dépenses LAMal et capacité économique des cantons**

	Densité de lits de soins aigus[1]	Densité de médecins[1]	Dépenses de santé LAMal mensuelles par habitant	Revenu cantonal par habitant	Proportion de la population vivant en milieu rural
Densité de lits de soins aigus[1]	1				
Densité de médecins[1]	0.63	1			
Dépenses de santé LAMal mensuelles par habitant	0.42	0.88	1		
Revenu cantonal par habitant	0.32	0.56	0.31	1	
Proportion de la population vivant en milieu rural	–0.20	–0.60	–0.57	–0.46	1

1. Pour 1 000 personnes.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003* Neuchâtel; Office fédéral de la statistique (2005), *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2003*, Neuchâtel; Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

attractif de s'installer dans les centres urbains. Le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux ne semble pas avoir réduit ou désorganisé l'offre de services de soins ambulatoires mais il n'a pas accru la flexibilité, cette dernière étant nécessaire pour répondre aux déséquilibres du point de vue de la répartition (géographique et par spécialité) des médecins (voir tableau 4.2). L'analyse des besoins est également limitée par le manque d'indicateurs appropriés (Office fédéral des assurances sociales, 2004). Ainsi, on ne connaît pas avec certitude le nombre de praticiens exerçant en Suisse et leur niveau d'activité[10].

Inégalités dans l'utilisation des services de soins de santé

Il est clair que la répartition des moyens et de la capacité est un indicateur imparfait des inégalités d'accès. L'un des principaux objectifs des responsables de l'élaboration des politiques est de parvenir à une égalité d'accès pour des personnes ayant les mêmes besoins. Une étude des inégalités dans l'utilisation des services de soins de santé dans 21 pays de l'OCDE a révélé, après ajustement par les besoins perçus, que les riches en Suisse n'ont pas davantage accès aux soins hospitaliers et aux généralistes que les pauvres. En revanche, ils semblent avantagés pour ce qui est des soins dentaires et des visites de spécialistes, ce qui est cohérent avec les résultats obtenus dans d'autres pays de l'OCDE (van Doorslaer *et al*., 2004). Ces résultats sont confirmés par une analyse similaire appliquant la même méthodologie aux données des enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002 (Leu et Schellhorn, 2004). Le système de santé semble donc fournir les traitements sur la base des besoins individuels plutôt que sur la base de la capacité à payer, du moins pour ce qui est des soins hospitaliers et des soins primaires. Des groupes de population spécifiques, comme les émigrés et les groupes de résidents en situation irrégulière, sont confrontés à des problèmes d'accès dus aux barrières institutionnelles, culturelles et au manque d'informations.

Outre les problèmes de l'accès égal à besoin égal, les pays s'inquiètent également des résultats des soins de santé en termes d'égalité. Certains indices témoignent de l'existence de différences importantes en termes de résultats pour la santé selon la classe sociale. À titre d'exemple, dans le canton de Genève les taux de mortalité par cancer du sein sont pratiquement 2.5 fois plus élevés pour les classes défavorisées que pour les classes aisées. Il s'agit là d'une différence beaucoup plus importante que dans la plupart des autres pays européens où l'on estime que l'écart se situe entre 1.75 et 1.5 fois (Bouchardy *et al*., 2006).

Bien que les populations marginales connaissent probablement des difficultés dans l'accès aux soins, les autorités fédérales et les organisations non gouvernementales ont mis en place plusieurs initiatives visant à minimiser ces risques. L'Office fédéral de la santé publique a élaboré une stratégie visant à supprimer les barrières culturelles, linguistiques et informationnelles à un accès effectif aux soins pour les immigrés mais aussi à donner aux prestataires de soins une formation appropriée leur permettant de répondre aux besoins en termes de santé des immigrés ayant subi des traumatismes particuliers (violence, guerre, torture, etc.) (Office fédéral de la santé publique, 2003b)[11]. Plusieurs programmes de la Croix-Rouge suisse sont également ciblés sur les groupes de réfugiés ayant besoin d'assistance et visent notamment à renforcer la promotion de la santé, à faciliter l'accès au système de santé et à apporter une assistance particulière et des conseils d'ordre social aux personnes victimes de tortures et de violences.

3.2. Réactivité du système de santé suisse

En dépit de l'anxiété grandissante des consommateurs concernant l'explosion des coûts de santé, les patients paraissent dans l'ensemble satisfaits du processus de soins en Suisse. La majorité de la population se dit satisfaite du système de santé et de la qualité perçue des soins, de la grande liberté de choix des prestataires, des possibilités de soins et des délais d'intervention. Toutefois, compte tenu du manque de données adéquates sur la réactivité du système et les soins centrés sur le patient, il est difficile de tirer des conclusions définitives. Par exemple, l'enquête suisse sur la santé ne cherche pas les raisons de l'insatisfaction à l'égard des services médicaux et elle ne rend pas compte du degré de satisfaction concernant des aspects ou des fonctions spécifiques des soins. En outre, l'information sur la satisfaction des consommateurs est difficile à comparer d'un pays à l'autre et ne constitue pas un bon indicateur de la réactivité du système[12]. Le rôle des consommateurs est généralement minime et peu de mécanismes ont été mis en place pour traiter les plaintes des patients et remédier aux préjudices. Et, en dépit de la liberté de choix sur le marché de l'assurance et de grandes disparités entre les assureurs en termes de primes, les personnes profitant des options à leur disposition sont relativement peu nombreuses.

3.2.1. Satisfaction des consommateurs

Selon une enquête du Picker Institute sur les services hospitaliers, effectuée sur un échantillon non représentatif de neuf grands hôpitaux suisses, le degré de satisfaction est élevé et généralement supérieur à celui observé dans les hôpitaux de quatre autres pays de l'OCDE (Allemagne, Suède, États-Unis et Royaume-Uni) (Coulter, 2001)[13]. Plus de la moitié de la population étudiée dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé considère que les services médicaux sont adéquats, même si par ailleurs un tiers considère qu'ils ne répondent pas à leurs attentes. Cette perception s'est améliorée au fil du temps pour toutes les cohortes d'âge et pour les hommes comme pour les femmes. En 2002, les germanophones se déclaraient plus satisfaits des services médicaux que les francophones et les italophones. Le degré de satisfaction est aussi élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Toutefois, ces niveaux élevés ne correspondent pas aux perceptions des régimes d'assurances. En Suisse, près d'un résident sur deux attend davantage des assureurs et le degré de satisfaction est généralement moindre parmi les jeunes et les groupes francophones et italophones (tableau 3.9). Ces résultats sont confirmés par une autre enquête qui montre qu'en 2002 plus des deux tiers de la population suisse, et en particulier les personnes utilisant le plus le système, étaient satisfaits de la manière dont fonctionne le système de santé. Mais l'acceptabilité du coût grandissant du

Tableau 3.9. **Adéquation perçue des services médicaux suisses et des payeurs, 1992-2002**

Pourcentage

	Services médicaux				Assureurs		Cantons			
	Adéquats		Attendent davantage		Adéquats	Attendent davantage	Adéquats		Attendent davantage	
	1992	2002	1992	2002	2002	2002	1992	2002	1992	2002
Total	**45**	**54**	**35**	**23**	**24**	**45**	**17**	**23**	**43**	**39**
Par groupe d'âges										
15-24 ans	56	62	24	18	23	41	15	22	43	31
25-34 ans	44	55	37	27	21	56	14	21	49	42
35-44 ans	42	54	39	26	24	50	17	22	46	45
45-54 ans	40	53	38	25	26	46	20	26	41	41
55-64 ans	43	51	34	25	25	44	21	25	38	37
65-74 ans	41	52	34	18	24	35	19	23	34	33
Plus de 75 ans	n.d	51	n.d	16	24	28	n.d	21	n.d	28
Par sexe										
Hommes	47	55	33	23	26	46	21	27	44	39
Femmes	42	54	37	24	21	45	13	19	43	38
Par langue parlée										
Allemand	44	59	35	19	26	41	17	24	42	35
Français	47	44	34	34	17	57	16	19	46	48
Italien	40	42	40	38	19	55	27	20	49	54

Note : On ne dispose pas de données sur l'adéquation des assureurs pour 1992.
n.d. = non disponible.
Source : Office fédéral de la statistique (2003), *Enquête suisse sur la santé 1992 et 2002*, Neuchâtel.

système est faible, les trois quarts de la population jugeant élevé voire trop élevé le poids des primes LAMal (Bolgiani *et al.*, 2003). Le coût constitue la principale cause d'insatisfaction des consommateurs à l'égard du système de santé.

Si la satisfaction à l'égard du système de santé est globalement grande, les informations disponibles sur la réactivité du système sont inadéquates et pas toujours rendues publiques. Quatre cantons participent à l'initiative « Outcome » (encadré 2.3) d'évaluation de la satisfaction des patients des hôpitaux mais les résultats ne sont pas rendus publics. De même, alors que les hôpitaux sont tenus, depuis 2002, de procéder à des enquêtes de satisfaction, les données obtenues ne sont pas publiées. De manière plus générale, les résultats des enquêtes ne sont pas intégrés dans des cadres plus larges d'évaluation de la performance.

3.2.2. Droits des patients et des assurés

En Suisse, on s'intéresse relativement peu aux droits des patients même si l'Association médicale suisse et les cantons ont élaboré des procédures de traitement des plaintes des patients. En dépit d'initiatives importantes de certains acteurs (encadré 3.3), le rôle des associations de consommateurs et de patients par rapport aux autorités, aux prestataires et au Parlement est faible. Chaque canton a sa propre législation sur les droits des patients mais, selon certains commentateurs, leur mise en œuvre est limitée et il n'existe pas de cadre juridique au niveau fédéral. Des codes d'éthique professionnelle sont en cours d'élaboration[14]; ils portent essentiellement sur des problèmes spécifiques comme le suicide assisté, la recherche sur les cellules souches et la définition de la mort cérébrale. Il semble y avoir un manque général de transparence à l'égard des patients, par exemple en terme de fourniture d'informations sur les traitements et d'accès au dossier médical des

Encadré 3.3. **Mécanismes de protection des consommateurs en Suisse**

La Suisse utilise principalement des mécanismes juridiques pour régler les litiges des consommateurs avec le système de santé. Pour les plaintes concernant les assurances, un médiateur indépendant a été nommé en 1993. Les organisations de consommateurs sont également des acteurs importants.

Les litiges entre patients et prestataires ne peuvent se régler que devant les tribunaux. La réparation du préjudice diffère selon que l'erreur médicale concerne un hôpital public ou un hôpital privé. Dans le premier cas, la loi cantonale s'applique et la faute est considérée relever d'une responsabilité collective (autrement dit, de la responsabilité du canton); dans le second, la responsabilité incombe aux médecins concernés conformément au code pénal.

Pour les litiges portant sur l'application de la LAMal, on a le choix entre deux systèmes : une procédure légale et la médiation par l'intermédiaire du médiateur. Habituellement, les assurés commencent par faire une déclaration à titre gratuit directement à l'assureur, qui est tenu de renvoyer une réponse écrite motivant sa décision. Si le consommateur n'est pas satisfait de la décision, il/elle peut faire appel devant le tribunal cantonal des assurances et ultérieurement devant le tribunal fédéral des assurances. Les consommateurs peuvent également s'adresser au médiateur pour les questions d'assurances. L'appel au médiateur ne génère aucun frais pour les consommateurs. Le système est volontaire et n'interdit pas aux assurés d'intenter une action en justice. La plupart des litiges que traite le médiateur concernent des décisions de remboursement et le catalogue des prestations. Quatre-vingt pour cent des cas sont initiés par des assurés germanophones (Ombudsman de l'assurance-maladie sociale, 2004), qui représentent 65 % de la population.

Un certain nombre d'associations de consommateurs, d'assurés et de patients opèrent actuellement en Suisse. Citons, par exemple, l'Organisation suisse des patients et assurés, la Fédération suisse des services aux patients, la Fédération pour la protection des consommateurs et la Fédération romande des consommateurs. Leur rôle consiste principalement à conseiller leurs membres, à diffuser des informations, à assurer la défense des consommateurs/des patients et à faire du lobbying. La Fédération romande des consommateurs, par exemple, joue un rôle clé d'information pour ce qui est des augmentations de primes et des aides aux personnes à faibles revenus. L'organisation édite également un magazine (« J'achète mieux ») qui contient des articles visant à mieux informer et à faciliter le choix des consommateurs dans différents domaines dont la santé. L'association prend également des positions publiques sur les questions débattues au Parlement et participe aux commissions parlementaires de défense des droits des consommateurs.

patients. En cas d'erreur médicale, aucun système n'a été mis en place pour régler les différends sur la base d'un processus de conciliation et d'arbitrage, ce qui constitue une façon moins onéreuse de régler les litiges entre prestataires et patients que le recours au système judiciaire. Par ailleurs, le système de nomination d'un médiateur (Ombudsman) pour le règlement des litiges avec les assureurs semble relativement bien fonctionner. Le gouvernement fédéral a également pris des mesures pour améliorer l'accès aux soins des populations immigrées.

3.2.3. Choix des consommateurs

Le système de santé suisse offre un très large choix. Les patients jouissent d'une liberté quasi totale pour consulter le médecin de leur choix et être traité dans l'hôpital de leur choix. Ils peuvent obtenir un deuxième avis; il leur suffit de prendre conseil auprès

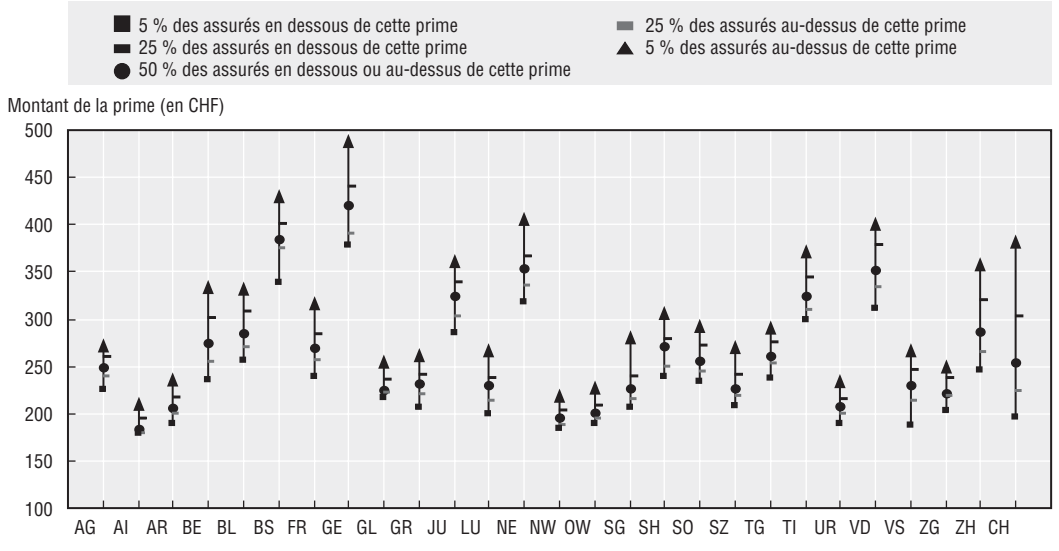
d'un autre prestataire. A l'exception des polices d'assurances impliquant un choix limité de prestataires, il n'y a pas de système de médecin référent et les patients ont un accès direct aux spécialistes[15].

L'attachement au choix sans restrictions des prestataires est grand. Ainsi, 44.6 % de la population considère comme très importante la liberté de choix du spécialiste et 27.4 % la juge plutôt importante; les pourcentages sont plus élevés parmi la population francophone et italophone (Office fédéral de la statistique, 2003c). Toutefois, on n'a pas de données confirmant dans quelle mesure les personnes utilisent effectivement les options de soins disponibles et l'absence d'informations sur la performance des prestataires hospitaliers ou ambulatoires laisse à penser que le choix individuel ne repose peut-être pas sur des mesures « objectives », par exemple sur la qualité des soins.

En dépit de grandes disparités entre les niveaux de primes des différents assureurs dans chaque canton (graphique 3.5) et d'une diffusion très large des informations sur les procédures à suivre, seul un petit nombre de personnes profitent de la possibilité de changer d'assureur. Selon les résultats d'une enquête effectuée sur un échantillon représentatif de résidents suisses[16], les taux de changement sont tombés de 5.4 % en 1998 à 2.1 % en 2000 (Colombo, 2001). Le changement d'assureur-maladie a été plus important dans les cantons de langue française et de langue italienne et parmi les jeunes ou les personnes en bonne ou très bonne santé. D'autres études ont confirmé la mobilité asymétrique des personnes et le petit nombre d'assurés ayant changé d'assureurs s'est concentré parmi ceux dont les dépenses de santé avaient été sensiblement inférieures au cours de l'exercice ayant précédé leur décision de changer d'assureur (Beck, 2000; Beck *et al.*, 2003) ainsi que parmi les jeunes ayant entre 20 et 29 ans (Eisler, 2005).

Graphique 3.5. **Disparité des primes au sein d'un même canton et d'un canton à l'autre, 2004**

Répartition des primes pour les adultes (26 ans et plus) en francs suisses



Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

Si certaines données récentes indiquent que la proportion de personnes changeant d'assureur est remontée à 4 % en 2002 (Laske-Aldershof *et al.*, 2004), les freins au changement d'assureur subsistent. Les raisons avancées pour expliquer ce degré limité de changement

vont de la faible sensibilité au prix au coût élevé de l'opération pour l'assuré, en passant par la satisfaction de ce dernier et sa fidélité institutionnelle sur le long terme. Une compensation des risques inadéquate, qui dédommage insuffisamment les assureurs acceptant les souscripteurs à haut risque, les encourage à attirer uniquement les bons risques plus mobiles[17]. Les liens entre l'assurance obligatoire et l'assurance-maladie complémentaire peuvent limiter la mobilité des consommateurs dans la couverture LAMal. Même si les mécanismes de vente liée des deux produits sont interdits par la loi, il n'est souvent pas possible pour les consommateurs de garder les deux produits assurés auprès d'assureurs différents[18] (Colombo, 2001; Beck *et al.*, 2003). Les personnes à haut risque peuvent également être réticentes à changer d'assureur car la mobilité de la couverture volontaire n'est pas garantie et elles peuvent se retrouver avec un montant de primes plus élevé. De fait, des éléments indiquent l'existence d'une relation négative entre le fait d'avoir une assurance-maladie complémentaire et la propension des consommateurs à changer d'assureur (Beck, 2004a). Enfin, bien que l'on puisse aller chercher librement sur Internet des informations comparatives sur les niveaux de primes[19], le large éventail des options disponibles (entre les différents niveaux de franchise et les différents types d'assurances) donne aux personnes suffisamment de souplesse pour aligner leur besoins en assurances sur leur budget sans nécessairement changer d'assureur. En fait, un nombre croissant d'assurés semble opter pour des franchises plus élevées (tableau 3.9)[20, 21].

Notes

1. Toutefois, les immigrés sans titres de séjour demeurent un groupe n'ayant bien souvent aucune couverture.
2. L'enquête suisse sur la santé, réalisée par l'Office fédéral de la statistique, couvre l'état sanitaire de la population suisse âgée de plus de 15 ans.
3. Ces données ne sont pas censées fournir une analyse pleinement étayée du degré de régressivité du système de santé suisse.
4. Une surestimation des dépenses au titre des soins de longue durée, dont une large part est payée directement par les personnes, peut expliquer la proportion élevée des paiements directs en Suisse.
5. Selon des études antérieures effectuées par van Doorslaer *et al.* (1999), Wagstaff et van Doorslaer (1992) et Wagstaff *et al.* (1999), en Suisse la structure du financement de la santé est moins progressive que dans d'autres pays de l'OCDE, lorsqu'on considère chaque source de financement individuellement mais aussi l'ensemble des différentes sources de financement.
6. Ainsi, on ne dispose d'aucune donnée d'enquêtes effectuées auprès des ménages pour évaluer la fréquence, l'importance et la répartition des dépenses de santé entre les différents groupes de revenus et donc d'aucune donnée sur l'efficacité de la protection contre un montant catastrophique de paiements directs.
7. Les paiements « out-of-pocket » englobent les paiements directs (automédication) et la participation aux coûts au moment où les services de soins sont reçus. Ces dernières dépenses englobent principalement les paiements au titre des soins dentaires, des soins de longue durée dans des centres médicalisés de long séjour, des lunettes et des médicaments en vente libre.
8. On observe, en particulier, une grande disparité entre les cantons. Les cantons dans lesquels les primes sont les plus élevées payent jusqu'à deux fois le montant payé par les cantons dans lesquels les primes sont les plus faibles.
9. Sauf pour la transplantation d'organes (où le problème est bien souvent le manque de donneurs).
10. La Fédération des médecins (FMH) collecte des données sur les médecins inscrits. Toutefois, ces données englobent les médecins ayant cessé d'exercer ou pris leur retraite et elles ne sont pas corrigées pour prendre en compte les médecins travaillant à temps partiel. Par ailleurs, l'association

des assureurs LAMal (Santé Suisse) possède une base de données administratives constituée à partir des demandes d'indemnisation pour des services couverts par la LAMal. Les données relatives au nombre de consultations par habitant, qui se fondent sur les résultats de l'enquête suisse sur la santé, ne sont pas jugées totalement fiables. L'Observatoire suisse de la santé et l'Office fédéral de la statistique considèrent que l'une des grandes priorités de l'élaboration de données est l'amélioration des statistiques sur les soins ambulatoires.

11. La stratégie repose sur cinq grands domaines d'intervention : *i)* l'éducation, *ii)* l'information du public, *iii)* l'offre de soins de santé, *iv)* les thérapies pour demandeurs d'asile traumatisés et *v)* la recherche. La population résidente suisse est composée pour environ 20 % d'immigrés d'origines de plus en plus diverses (bien que nombre d'entre eux résident en Suisse depuis relativement longtemps).

12. La réactivité se définit comme une mesure de la réponse du système de santé aux attentes légitimes de la population quant aux aspects non sanitaires des services de santé (OMS, 2000).

13. L'étude repose sur les résultats d'une enquête portant sur les expériences de soins des patients. Elle a examiné des aspects tels que l'information et la communication, la coordination des soins, le respect des préférences des patients, le soutien affectif, le confort physique et l'implication de la famille et des amis.

14. Des lignes directrices sont élaborées, par exemple, par l'Académie suisse des sciences médicales et la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine.

15. Selon Telser *et al*. (2004), le système de santé suisse offre une série d'avantages résultant de son coût élevé (notamment la liberté de choisis son fournisseur de soins) et de son offre généreuse.

16. L'enquête, qui a examiné l'impact de la LAMal sur la population suisse, a été commanditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Des données ont été recueillies au cours de l'année 2000 sur un échantillon statistiquement représentatif de ménages et de personnes seules.

17. Voir également le chapitre 4 pour une discussion du mécanisme de péréquation des risques. En outre, lorsqu'une personne change d'assureur, elle n'emporte pas avec elle les réserves correspondantes que détient l'assureur d'origine. Et comme il est probable que la nécessité de réserves sera plus grande pour les personnes âgées, cela risque d'encourager les assureurs à pratiquer une sélection des risques.

18. La plupart des assureurs LAMal offrent une couverture volontaire, souvent *via* une compagnie d'assurances affiliée commercialisant ses produits sous le même nom commercial.

19. Sur le site *www.comparis.ch/comparis/default.aspx*.

20. Colombo (2001) a constaté qu'un plus grand nombre d'assurés décident de modifier le niveau de leur franchise ou de changer de type d'assurance plutôt que de changer d'assureur.

21. Les facteurs expliquant la mobilité des souscripteurs à d'autres régimes d'assurances sociales sont analogues à ceux observés en Suisse. Aux Pays-Bas, la mobilité observée au sein du régime de l'assurance-maladie (avant la réforme de 2006) était bien inférieure à celle observée en Suisse. Bien que le mécanisme d'ajustement au risque soit hautement complexe, les mécanismes de vente liée avec l'assurance-maladie complémentaire sont forts et le profit généré par le changement est faible car seule une petite partie de la prime est fixée à un niveau concurrentiel par les assureurs (Schut *et al*., 2003). En Allemagne, jusqu'en 2004, seuls les assureurs privés proposaient une assurance complémentaire. Désormais, les caisses maladie sont autorisées à jouer le rôle d'agents des compagnies privées d'assurance-maladie (Laske-Aldershof *et al*. 2004). Mais particuliers et employeurs peuvent enregistrer des gains financiers importants en changeant d'assureur, ce qui conduit à des niveaux de mobilité sensiblement plus élevés (Schut *et al*., *ibid*.), en particulier chez les jeunes et les personnes en bonne santé. Il en est résulté des différences de structure des coûts de plus en plus grandes entre les caisses d'assurance-maladie ; en conséquence, un pourcentage croissant des ressources totales des caisses d'assurance-maladie est actuellement redistribué dans le cadre du schéma d'ajustement en fonction des risques (Busse et Riesberg, 2004).

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 4

La performance du système de santé suisse : efficience et viabilité financière

Ce chapitre examine, dans un premier temps, les facteurs qui sous-tendent l'augmentation rapide des dépenses et les tendances futures possibles si les mécanismes actuels en matière d'offre, de demande et de gouvernance demeurent inchangées. La section 4.1 examine également quelques-unes des raisons du niveau relativement élevé des dépenses de santé en Suisse. L'identification de ces facteurs peut suggérer des domaines dans lesquels des gains d'efficience et une meilleure optimisation des ressources (« value for money ») pourraient être obtenus (section 4.2). Ces améliorations pourraient compenser les effets sur les coûts du système de santé d'une augmentation de la demande de santé.

Pour la part du PIB consacrée aux dépenses de santé, la Suisse arrive en deuxième position des pays de l'OCDE et l'augmentation des dépenses continue à être largement supérieure à la croissance du PIB. Le vieillissement des populations, conjugué au changement technologique et à d'autres facteurs institutionnels, donne à penser que sous la pression de la demande, les dépenses de santé vont continuer à augmenter, ce qui conduit à s'inquiéter de la viabilité financière du système sur le long terme.

Non seulement le système de santé semble largement libre de contraintes côté demande mais il y a aussi une offre importante. Les prestataires sont fortement incités à répondre à une demande accrue et à la stimuler. Ces incitations seront probablement présentes dans le futur. La maîtrise des coûts repose sur une certaine planification, sur un contrôle exercé par l'État dans le secteur hospitalier et sur la concurrence sur les marchés de l'assurance. Mais aucun de ces mécanismes, dans sa forme actuelle, ne semble suffisant pour contrôler l'offre et modérer la demande ce qui, globalement, n'incite guère à l'efficience.

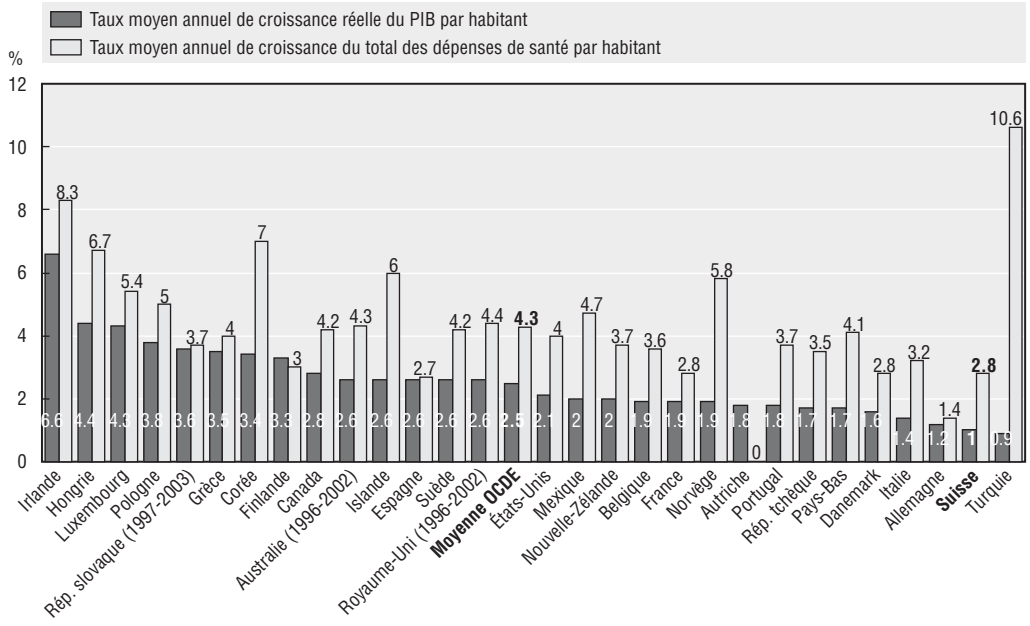
4.1. La viabilité financière des dépenses de santé

4.1.1. *La croissance des dépenses*

La part des dépenses totales de santé dans le PIB a enregistré une tendance à la hausse; elle représente désormais plus de 11 % du PIB. Depuis l'adoption de la LAMal en 1996, le montant total des dépenses réelles de santé par habitant a progressé en moyenne d'un peu moins de 3 % par an (graphique 4.1). Si cette progression est en gros inférieure de 1.5 point à la moyenne de l'OCDE sur la période, elle reste très supérieure au taux de croissance du PIB par habitant de la Suisse qui a été, en moyenne, de 1 % sur la même période[1]. Cela s'est traduit, sur la période 1996-2003, par une augmentation de la part du PIB consacrée aux dépenses de santé de 1.4 point, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 4.2). Le système de santé suisse comportant intrinsèquement de fortes incitations à la croissance des dépenses (section 4.1.3), les augmentations récentes du coût de la santé vont probablement se poursuivre et risquent de devenir « insoutenables » sur le long terme si la faible croissance des revenus et de l'assiette fiscale perdurent.

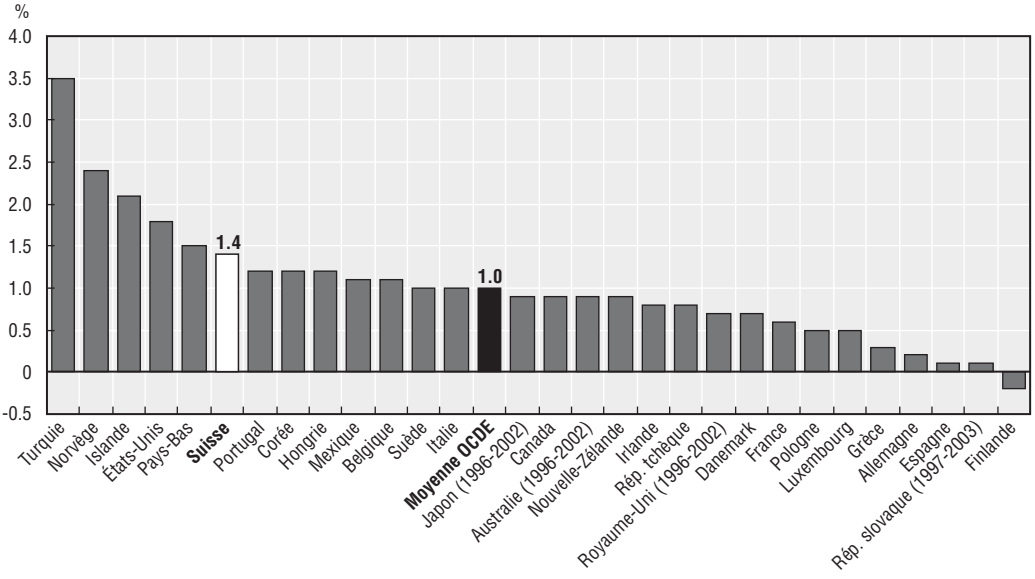
L'évolution des dépenses dans le régime d'assurance-maladie obligatoire mérite une attention particulière des responsables de l'élaboration des politiques. Au cours des cinq dernières années, ces dépenses ont eu tendance à être supérieures de près de 1.4 point aux dépenses totales de santé (Sturny, 2004). Les demandes de paiements au titre de soins administrés à des patients hospitalisés et de prestations des médecins représentent les principaux postes de dépenses LAMal (graphique 4.3). C'est entre 1999 et 2002 que les dépenses pour les soins ambulatoires ont connu l'augmentation la plus rapide mais depuis, les demandes de paiements pour des soins administrés à des patients hospitalisés ont été supérieures à celles pour les prestations des médecins (Sturdy, *ibid.*). En 2004, les demandes de paiements pour les soins administrés à des patients hospitalisés ont représenté près d'un quart des dépenses totales de santé LAMal, et l'augmentation par

Graphique 4.1. **Taux moyens annuels de croissance réelle du PIB par habitant et des dépenses de santé dans la zone OCDE, 1996-2003**



Note : Prix PIB pour 2000.
Les pays sont classés par ordre décroissant du taux moyen annuel de croissance réelle du PIB par habitant.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

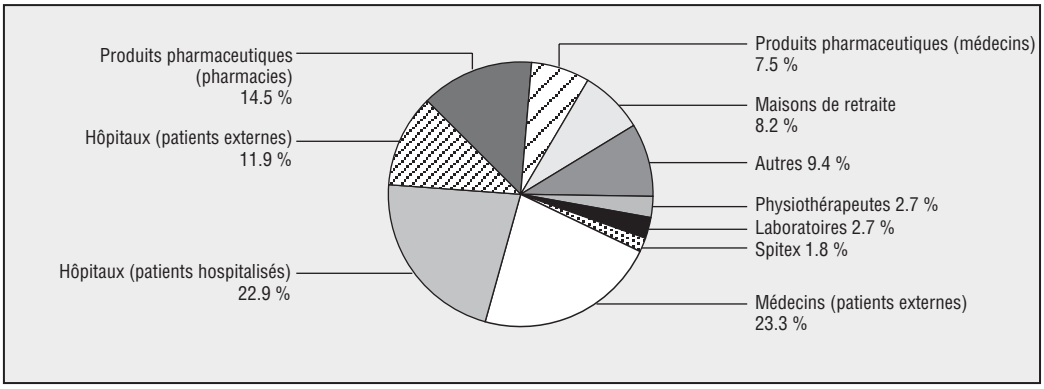
Graphique 4.2. **Variation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 1996 et 2003**



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

rapport à l'année précédente (11 %) a été bien supérieure à la moyenne des autres postes des dépenses de santé (Office fédéral de la santé publique, 2005e). En Suisse, l'évolution du coût des patients hospitalisés est supérieure à la moyenne de l'OCDE sur cette période (OCDE, 2004a). Les soins de longue durée dans les centres médicalisés de long séjour et le

Graphique 4.3. **Dépenses de santé selon la LAMal, 2003**



Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

Spitex représentent des proportions bien inférieures aux demandes totales de paiements auprès de la LAMal, car ces prestations ne sont que partiellement remboursées.

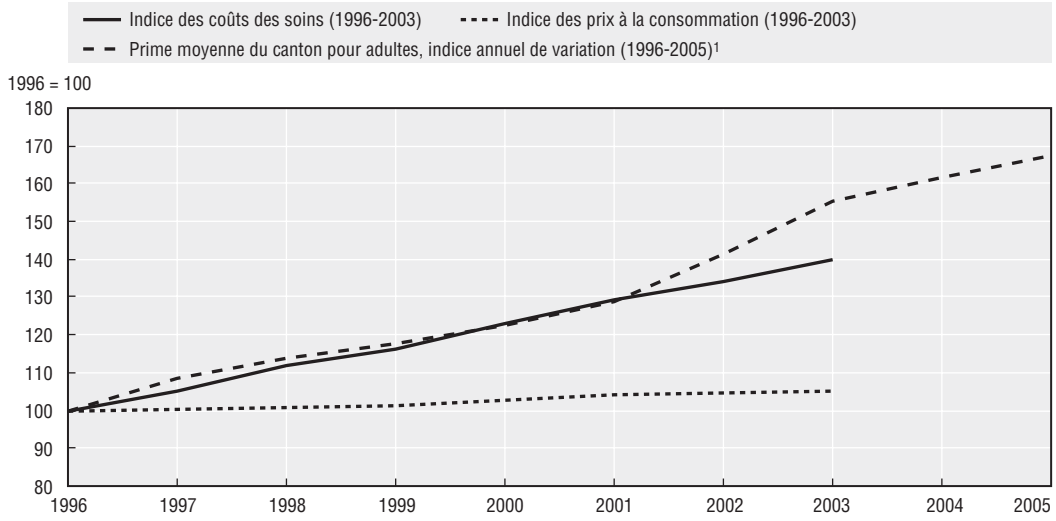
Ces évolutions ont des conséquences importantes pour la viabilité financière du système de santé suisse. La croissance par habitant des dépenses LAMal a abouti à une hausse des primes de l'assurance-maladie pour les ménages, à une augmentation des dépenses publiques en faveur des hôpitaux et à un accroissement des transferts ciblés sur les ménages à faibles revenus. Les primes pour les produits d'assurance ordinaire ont augmenté en moyenne de 5.5 % par an pour les adultes entre 1996 et 2005 et de 5.6 % en 2006, soit un rythme bien supérieur à l'augmentation générale des prix à la consommation; c'est un peu ce qui s'est produit dans plusieurs autres pays de l'OCDE (graphique 4.4). Cette augmentation est intervenue dans un contexte de pression grandissante sur les finances publiques. Une croissance économique faible a eu un impact négatif sur les ressources fiscales cantonales et fédérales tandis que les aides aux prestataires institutionnels ont augmenté de 49 % entre 1996 et 2003 et que les aides aux ménages à faibles revenus ont doublé.

4.1.2. L'impact du vieillissement et des facteurs démographiques sur les coûts futurs de la santé et des soins de longue durée

La population suisse a augmenté lentement ces dernières années, ce qui n'a généré qu'une augmentation marginale du nombre des assurés LAMal entre 1996 et 2003. Toutefois, la population assurée connaît un processus continu de vieillissement (chapitre 1). On dispose de plusieurs projections récentes de l'effet probable du vieillissement sur les coûts de la santé et des soins de longue durée.

Les estimations suisses de l'impact du vieillissement sur les coûts des soins de longue durée (à l'aide de la structure de la population et du coût par groupe d'âges) donnent à penser que les coûts pourraient augmenter de 31 % jusqu'en 2020 puis de 77 % sur la période 2000-2040 du fait du seul vieillissement[2]. Cela correspondrait à une augmentation de la croissance annuelle réelle des dépenses de santé de 1.4 % (Office fédéral des assurances sociales, 2003c). Cette estimation se fonde sur l'impact au niveau des coûts de l'accroissement de la proportion de personnes âgées (plus de 80 ans) dans la population, en supposant que les coûts actuels par groupe d'âges demeurent inchangés. Toutefois, elle ne prend pas en compte la possibilité que la demande de soins augmente plus lentement si les personnes âgées vivent plus longtemps en meilleure santé.

Graphique 4.4. **Augmentation des primes LAMal et de l'indice des prix à la consommation**



1. Estimation sur la base des primes mensuelles moyennes (franchise ordinaire et risque accident inclus).
Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

Des travaux plus récents de l'OCDE sur le vieillissement donnent à penser qu'il faut s'attendre à de fortes augmentations du coût public de la santé et des soins de longue durée sur les cinquante prochaines années (Bjørnerud *et al.*, 2006) (encadré 4.1). En l'absence d'efforts soutenus de maîtrise des coûts, les dépenses publiques de santé dans la zone de l'OCDE pourraient augmenter en moyenne d'environ 4 points de PIB sur la période et la contribution des coûts des soins de longue durée pourrait être de 2 points supplémentaires. Pour les soins de santé, l'impact des facteurs de coûts non liés au vieillissement devrait être sensiblement supérieur à celui des effets liés au vieillissement. Les projections pour la Suisse montrent des augmentations légèrement inférieures à la moyenne de l'OCDE. Mais elles montrent toujours une forte augmentation estimée à 3.3 points de PIB pour les soins de santé et à 2.2 points de PIB pour les soins de longue durée jusqu'à l'horizon 2050. Si ces projections sont à très long terme et reposent sur un ensemble spécifique d'hypothèses, elles donnent à penser que les dépenses de soins de santé vont probablement générer une pression continue pour les finances publiques et le coût global du système de santé dans les décennies à venir.

4.1.3. Déterminants de volume et de prix du coût élevé de la santé

De manière générale, la Suisse a un niveau élevé d'intrants (tableau 1.7), manque de mécanismes efficaces à maîtriser leur croissance et se caractérise par la faiblesse du contrôle des prix et des volumes de consommation des soins de santé.

Structure des dépenses

La structure des dépenses de soins de santé et des soins de longue durée en Suisse fournit une première indication des postes pour lesquels le coût des soins de santé peut ne pas s'aligner sur les évolutions observées dans d'autres pays. En Suisse, les soins aux patients hospitalisés représentent un peu moins de la moitié des dépenses totales de santé, proportion qui est bien supérieure à la moyenne de l'OCDE (tableau 1.11). En valeur réelle par habitant, les soins aux patients hospitalisés ont augmenté légèrement plus

Encadré 4.1. **Projections à long terme des dépenses au titre de la santé et des soins de longue durée**

Récemment, l'OCDE s'est penchée à nouveau sur le problème de l'évolution probable des coûts des soins de santé et des soins de longue durée financés par l'État (publics), sur la période 2000-2050 (Bjørnerud *et al*. 2006). Par rapport à une étude antérieure (Dang *et al*., 2001), cette étude prend en compte des hypothèses plus fines concernant l'impact du vieillissement et celui des facteurs non liés à l'âge.

Concernant les projections des dépenses publiques au titre des soins de santé, l'étude a identifié le vieillissement et l'accroissement des revenus comme des facteurs clés expliquant l'augmentation des dépenses. Toutefois, le montant des dépenses passées est supérieur au montant explicable par des hypothèses plausibles concernant ces deux variables et le montant résiduel est important. On peut penser qu'il reflète toute une série de facteurs englobant principalement le changement technologique et l'évolution du prix des soins de santé par rapport au reste de l'économie. La modélisation des soins de santé et des soins de longue durée diffère et, pour ces derniers, le degré de dépendance physique et mentale constitue le facteur le plus critique. Les hypothèses fondamentales retenues dans les projections centrales sont les suivantes :

Coût public des soins de santé

- L'impact du vieillissement de la population prend en compte l'hypothèse d'un « vieillissement en bonne santé » de sorte que les coûts à l'époque du décès, qui représentent une part importante des dépenses globales de santé, se déplacent dans le temps au fur et à mesure que la durée de vie est présumée s'allonger. On suppose donc qu'un allongement de la vie signifie que l'on vit plus longtemps en meilleure santé.
- La demande de soins de santé continue à augmenter parallèlement à l'augmentation du revenu par habitant (élasticité-revenu de 1).
- Dans un scénario de base, on suppose que la composante résiduelle pour la Suisse augmente au taux de 1 % par an (scénario de pression sur les coûts), ce qui est conforme à la moyenne de l'OCDE pour la composante résiduelle calculée sur la période 1981-2002. Dans un deuxième scénario, on suppose que les États adoptent des politiques de compression des coûts pour ramener progressivement à zéro à l'horizon 2050 l'accroissement de la composante résiduelle (scénario de compression des coûts).
- Sur cette période initiale, la croissance de la composante résiduelle a été, en Suisse, de 2.9 % par an, ce qui est nettement supérieur à la moyenne de l'OCDE. Si l'on avait appliqué les tendances spécifiques suisses, l'augmentation des dépenses sur la période aurait été nettement supérieure pour la Suisse. Mais il est probable que, dans l'avenir, tous les pays de l'OCDE seront confrontés à des rythmes semblables de changement technologique. Il est donc probable qu'en Suisse cette croissance se ralentira; cela dépendra, bien entendu, du rythme de développement de nouveaux produits médicaux. L'importance de la composante résiduelle en Suisse montre que, sur les dernières décennies, les facteurs spécifiques, y compris le milieu institutionnel et le cadre réglementaire du système, ont été moins efficaces que dans d'autres pays à juguler la progression du coût des soins de santé. En l'absence de réforme, la pression des coûts pourrait bien rester plus élevée en Suisse que dans d'autres pays.

Coût public des soins de longue durée

La dépendance augmentera parallèlement au vieillissement des populations. Les taux de dépendance par groupe d'âges ont été établis sur la base d'une moyenne de quatre pays pour lesquels on disposait de données (Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni). On suppose également que la moitié seulement des gains de longévité présumés pour la période de projection se traduiront par une diminution du taux de dépendance.

Encadré 4.1. **Projections à long terme des dépenses au titre de la santé et des soins de longue durée** *(suite)*

Le niveau global du coût des soins de longue durée pour la Suisse a été établi sur la base de ceux de l'Allemagne. Les coûts par personne dépendante ont été modélisés sur la base d'une série temporelle internationale comprenant la structure des âges et des mesures indirectes pour le champ d'intervention des soins non professionnels et pour l'impact du revenu moyen ou des prix relatifs.

Les projections supposent que les effets en termes de prix relatifs entre le secteur des soins de longue durée et le reste de l'économie se reflèteront intégralement dans le coût des soins de longue durée (scénario de pression sur les coûts) ou à 50 % seulement (scénario de compression des coûts)*.

Croissance réelle du PIB

Les projections du PIB et du PIB par habitant sont construites sur la base des données nationales et des hypothèses de l'OCDE. Les estimations du PIB se fondent sur des projections de la population active (utilisant des estimations de l'OCDE pour les taux d'activité par âge et par sexe) et sur une croissance de la productivité qui converge à 1.75 % par an à l'horizon 2030 et demeure constante ensuite.

Augmentation des dépenses publiques au titre des soins de santé et des soins de longue durée, 2005-2050

Variation en points de pourcentage du PIB

	Scénario de pression des des coûts			Scénario de compression des coûts		
	Soins de santé	Soins de longue durée	**Total**	Soins de santé	Soins de longue durée	**Total**
Moyenne OCDE	3.9	2.2	**6.1**	2	1.3	**3.4**
Suisse	3.5	1.4	**4.9**	1.8	0.7	**2.3**

Source : Bjørnerud, S., C. de la Maisonneuve et J. Oliveira Martins (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: what are the main drivers? », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 477, OCDE, Paris.

* Cela suppose implicitement que la progression des salaires dans le secteur des soins de longue durée est plus lente que dans le reste de l'économie, ce qui est une hypothèse plutôt prudente.

rapidement que les coûts totaux de santé depuis 1985 (tableau 4.1). Le niveau élevé, par rapport à la moyenne de l'OCDE, des dépenses de soins aux patients hospitalisés, reflète dans une large mesure l'évolution des soins de longue durée. Bien que de nombreux pays aient quelques difficultés à distinguer les soins aigus des soins de longue durée, en Suisse, cette composante des dépenses a augmenté beaucoup plus rapidement que d'autres postes de dépenses. Dans le même temps, la part des dépenses de soins aigus aux patients hospitalisés a diminué. Mais, suite à l'augmentation du coût des soins de longue durée, la part globale des dépenses pour les patients hospitalisés dans les dépenses totales de santé est demeurée largement inchangée depuis le milieu des années 80. Un peu moins d'un tiers des dépenses concernent le secteur des soins ambulatoires, ce qui est à peu près conforme à la moyenne de l'OCDE. Si la part de ce type de dépenses dans les dépenses totales de santé est demeurée inchangée, la croissance de ces dépenses a été l'une des plus rapides après celle des dépenses de soins de longue durée. Les dépenses concernant les produits médicaux, dont les médicaments, ne représentent que 13 % du total, ce qui est nettement inférieur aux chiffres

Tableau 4.1. **Dépenses au titre des patients hospitalisés, des patients externes et des médicaments en Suisse, 1985-2003**

	1985	1990	1995	2000	2003	Taux annuel moyen de progression (1985-2003)
Pourcentage des dépenses totales de santé						
Total des soins à des patients hospitalisés	*46.7*	*47.9*	*47.9*	*46.8*	*47.9*	
Soins curatifs/de réadaptation à des patients hospitalisés	36	34.7	31.3	29.4	29.9	
Soins infirmiers de longue durée à des patients hospitalisés	10.7	13.2	16.7	17.4	18	
Total des soins à des patients externes	*27.3*	*26.6*	*27*	*27.8*	*27.3*	
Dont prestations des médecins	14.2	14.3	14.2	14.3	13.5	
Total produits médicaux pour patients externes	*13.4*	*12.2*	*11.9*	*12.6*	*12.7*	
Dont produits pharmaceutiques	11.3	10.2	10	10.7	10.5	
Dont autres produits	2.1	2.0	1.9	1.9	2.2	
Par habitant, CHF aux prix du PIB 2000						
Total des soins à des patients hospitalisés	*1 834*	*2 209*	*2 486*	*2 827*	*3 159*	*3.1*
Soins curatifs/de réadaptation à des patients hospitalisés	1 414	1 600	1 622	1 774	1 972	1.9
Soins infirmiers de longue durée à des patients hospitalisés	420	609	865	1 053	1 186	5.9
Total des soins à des patients externes	*1 074*	*1 227*	*1 402*	*1 675*	*1 801*	*2.9*
Dont prestations des médecins	559	659	734	861	890	2.6
Total produits médicaux pour patients externes	*527*	*564*	*617*	*762*	*836*	*2.6*
Dont produits pharmaceutiques	442	473	518	646	694	2.5
Dont autres produits	85	91	99	116	142	2.9
TOTAL dépenses de santé sans soins de longue durée	3.508	4.005	4 322	4 983	5 405	*2.4*
TOTAL dépenses de santé	***3 928***	***4 614***	***5 187***	***6 036***	***6 591***	***2.9***

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

relevés dans d'autres pays de l'OCDE, bien que cette composante n'ait eu tendance à augmenter qu'un peu moins vite que les dépenses en soins des patients externes.

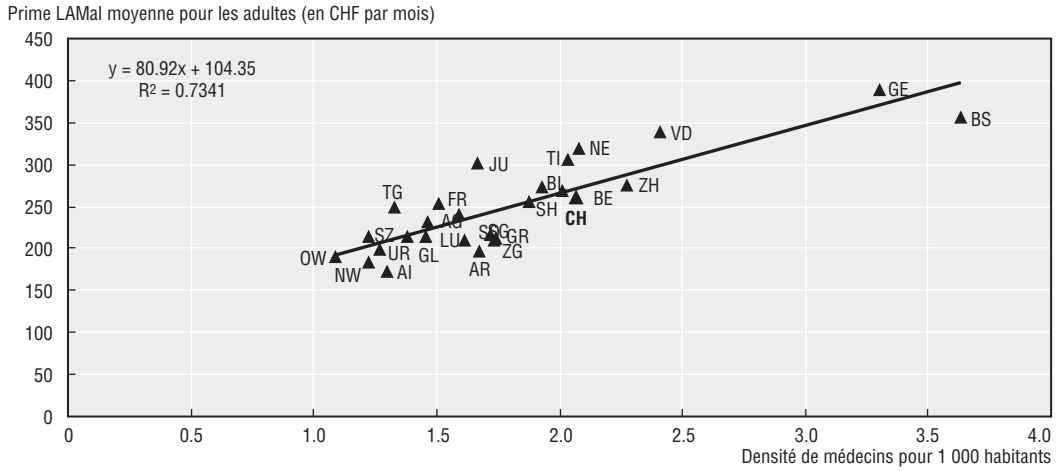
Offre de soins ambulatoires

Il a été constaté que le nombre de médecins praticiens a un impact sur les dépenses de santé dans les pays où il y a un remboursement à l'acte (Gerdtham *et al.*, 1998). La Suisse ne fait pas exception. On observe en effet une corrélation positive entre la densité de médecins et la prime moyenne payée dans les différents cantons (graphique 4.5). Selon d'autres études disponibles, la densité de médecins et le nombre de lits de soins aigus sont, avec la pyramide des âges, les facteurs déterminants expliquant les différences de dépenses de santé d'un canton à l'autre (Crivelli, Filippini et Mosca, 2003 et 2006).

À l'heure actuelle, la densité de médecins exerçant en Suisse (et, plus largement, la densité des ressources humaines dans le domaine de la santé) est élevée par rapport aux standards des pays de l'OCDE : 3.6 pour 1 000 habitants contre 2.9 pour la moyenne de l'OCDE. Cette offre plus importante pourrait créer les conditions d'une demande induite par les prestataires (Domenighetti et Pipitone, 2002 ; Domenighetti *et al.*, 1984; Crivelli, Filippinini et Mosca, 2006; Domenighetti *et al.*, 1988; Domenighetti *et al.*, 1993)[3].

La Suisse n'a pas de politique clairement définie à l'égard de la croissance des ressources humaines dans le domaine de la santé. En raison des craintes de hausse des coûts et d'offre excédentaire, en particulier dans le contexte de réformes des programmes d'études des

Graphique 4.5. **Densité de médecins et prime moyenne selon la LAMal dans les cantons suisse**



Note : La densité de médecins englobe à la fois les généralistes et les spécialistes. Les primes LAMal mensuelles moyennes se réfèrent uniquement à la population adulte.

Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

écoles de médecine[4] et de la reconnaissance mutuelle des diplômes avec les pays de l'UE, des politiques plus strictes à l'entrée (*numerus clausus*) ont été adoptées dans certaines écoles de médecine mais elles ne se sont pas accompagnées de plans explicites sur la manière de répondre aux besoins sanitaires de la population tout en maîtrisant les coûts. Le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, mis en œuvre en 2002 dans le but de freiner les dépenses de santé, a suscité une vaste controverse parmi les parties prenantes et n'a eu jusqu'ici guère d'incidence sur le coût des soins ambulatoires (Office fédéral des assurances sociales, 2004) (encadré 4.2).

La planification dans le secteur ambulatoire est-elle le meilleur instrument pour éviter une offre excédentaire ou, au contraire, pour créer des pénuries dans le domaine des ressources humaines pour la santé : la question fait débat dans plusieurs pays (Spycher, 2004a). La Suisse semble pencher du côté de ceux qui préfèrent laisser au marché le soin de réguler l'offre de soins ambulatoires en s'en remettant davantage au libre jeu de la concurrence. Le gel est en fait une mesure temporaire qui devrait être levée dès lors qu'une autre mesure sera adoptée, à savoir, la suppression de l'obligation pour les assurances de passer contrat avec tous les prestataires. Toutefois, il est peu probable que ces deux mesures et l'évolution vers une plus grande concurrence apportent une solution appropriée à quelques-uns des grands enjeux auxquels est confronté le secteur des soins ambulatoires, comme le vieillissement des personnels de santé et l'évolution des modalités de travail, qui peuvent, à plus long terme, transformer l'offre excédentaire actuelle de médecins en pénurie (encadré 4.3).

Offre de services aux patients hospitalisés

Concernant les hôpitaux, la Suisse a considérablement réduit le nombre de lits de soins aigus, qui a baissé de 10.8 % entre 1997 et 2002 (Rüefli *et al.*, 2005). Mais le nombre de lits de soins de longue durée reste deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE. Étant donné l'opposition du public à toute réduction des services hospitaliers, il a été difficile pour les cantons de fermer des unités. Dans le secteur des soins aigus, la diffusion des technologies médicales, qui est l'un des principaux moteurs de la croissance des dépenses de santé

Encadré 4.2. **Gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux**

Le 3 juillet 2002, le Conseil fédéral a adopté une mesure visant à limiter les autorisations accordées à de nouveaux médecins pour la dispensation de soins ambulatoires dans le contexte de la LAMal. Initialement limitée à trois ans, la mesure a été reconduite en 2004 pour une nouvelle durée de trois ans. Selon cette disposition, l'autorisation d'ouvrir un nouveau cabinet de soins ambulatoires ne sera accordée que si l'on peut faire la preuve de sa nécessité; par exemple, les cantons peuvent décider d'autoriser l'installation de nouveaux médecins si la densité de médecins est insuffisante ou si un médecin cède un cabinet existant. Une fois accordée, l'autorisation d'exercer expire au bout d'un certain délai, si elle n'est pas utilisée. La responsabilité de la mise en œuvre de cette mesure incombe aux cantons. Ceux-ci ont également une certaine liberté d'appliquer la mesure à certaines catégories de prestataires ou à certaines régions. Les médecins qui ne reçoivent pas l'autorisation d'ouvrir un nouveau cabinet peuvent travailler en hôpital ou exercer en dehors du cadre de la LAMal.

À fin 2003, tous les cantons appliquaient ce gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Environ la moitié d'entre eux ont adopté leurs propres critères internes en plus de ceux établis par le Conseil fédéral (densité, nombre), pour réguler l'installation de nouveaux cabinets médicaux. Depuis l'annonce de cette mesure, les demandes d'ouvertures de nouveaux cabinets ont été 3.5 fois supérieures à leur nombre habituel.

Selon une évaluation récente, cette mesure n'a pas eu pour effet de réduire l'offre de services de soins ambulatoires (Office fédéral des assurances sociales, 2004) mais la pratique médicale en milieu hospitalier est devenue plus attractive. La mesure ne semble pas avoir eu un impact significatif sur les coûts. Mais, compte tenu du manque de recul et du grand nombre de médecins qui ont présenté une demande d'autorisation avant l'adoption de la mesure, on ne sait pas très bien si, à moyen terme, cette mesure permettra de maîtriser les coûts.

dans les pays de l'OCDE, est généralement grande. Le graphique 4.6 montre, par exemple, que pour quatre appareils médicaux d'usage courant, le nombre d'appareils par habitant en Suisse est proche du chiffre maximum enregistré dans les pays de l'OCDE.

Contraintes au niveau de la demande

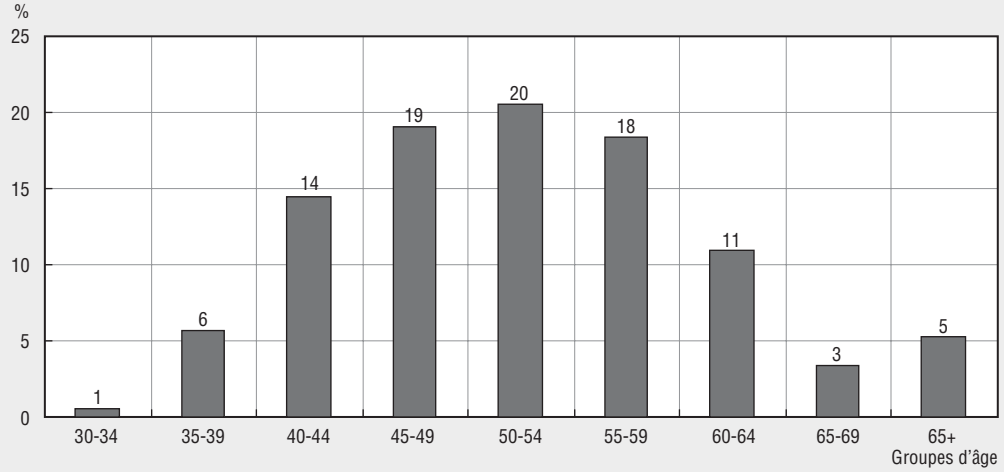
Côté demande, les incitations à la maîtrise des coûts sont faibles. Si cinq méthodes de médecine complémentaire ont été récemment rayées de la liste des thérapies remboursées par la LAMal, le caractère exhaustif du paquet de prestations encourage l'utilisation médicale. La totale liberté de choix des prestataires, la quasi-absence de systèmes de contrôle d'accès et la pratique généralisée du remboursement à l'acte des prestataires dans le secteur ambulatoire sont pour les médecins et les patients de puissantes incitations financières à offrir (pour les premiers) et à consommer (pour les seconds) un plus grand nombre de services d'un coût plus élevé. Étant donné l'attachement du public à la liberté de choix, les polices d'assurances qui limitent le choix du prestataire ne sont guère populaires (voir section 4.2.7 ci-dessous).

L'impact sur le coût et la demande globale des exigences de participation aux coûts pourrait bien être inférieur à ce qui est attendu compte tenu de la proportion élevée des paiements directs. Premièrement, les paiements directs sont constitués essentiellement par l'automédication ou les prestations non couvertes par la LAMal, tandis que la participation

Encadré 4.3. **Vieillissement de la population active et autres tendances émergentes en Suisse**

En Suisse, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, les personnels de santé vieillissent. Les médecins de 55 ans et plus représentent environ 34 % des médecins libéraux (voir graphique ci-dessous). Cette proportion est de 16 % pour les médecins de 60 ans et plus. On peut donc s'attendre à un nombre important de départs en retraite dans les 15 prochaines années. Cette tendance devrait être renforcée par la féminisation grandissante des professions médicales car les femmes tendent à partir à la retraite plus tôt que leurs homologues masculins. Si des études ont montré, à maintes reprises, que les femmes ont une approche plus humaine et personnalisée des soins aux patients (Notzer et Brown, 1995), la féminisation des professions médicales modifie également les modalités de travail car les femmes médecins tendent à se concentrer dans les soins primaires (médecine familiale, pédiatrie et psychiatrie) et ont davantage tendance à travailler à temps partiel que leurs homologues masculins (Danon-Hersch et Paccaud, 2004). Plus généralement, les modalités de travail ont changé ces dernières années. Dans les pays riches en particulier, on observe une évolution grandissante vers des valeurs sociales qui visent à établir un juste équilibre entre le travail, les loisirs et la vie de famille. Des indications donnent à penser qu'un grand nombre de médecins travaillent moins d'heures, en particulier les jeunes médecins qui tendent à mettre davantage l'accent sur le temps personnel (Schroeder, 2004; Buske, 2004).

Structure par âge des médecins libéraux en Suisse, 2004



Source : Fédération des médecins suisses – FMH (2005), *Statistiques médicales*, Berne.

En outre, il est probable que le vieillissement de la population va également accroître la demande de travailleurs de santé, en particulier de personnes travaillant dans le secteur des soins de longue durée comme les assistants de soins à domicile, les infirmières auxiliaires et les aides-soignantes. Mais, à l'avenir, attirer ces travailleurs risque d'être plus difficile car ils auront davantage de débouchés dans d'autres parties du secteur de la santé qui auront probablement davantage besoin de personnel de santé.

Un autre problème concerne la répartition géographique des personnels de santé. Pratiquement tous les pays connaissent ce type de problèmes et le premier sujet de préoccupation est généralement le personnel médical. Presque invariablement, la concentration de médecins est sensiblement plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural. En Suisse, excepté dans le Tessin, c'est dans les cantons où l'on trouve de grandes agglomérations ou un hôpital universitaire que la densité de médecins est la plus grande. Dans le secteur ambulatoire, la densité de médecins varie entre 1.1 pour 1 000 dans le canton d'Uri et 3.8 pour 1 000 dans le canton de Bâle-Ville (Fédération des médecins suisses, 2005). Il est peu probable que ces écarts diminuent dans un proche avenir car certains indices donnent à penser qu'attirer les jeunes médecins dans les zones rurales et reculées va devenir de plus en plus difficile.

Encadré 4.3. **Vieillissement de la population active et autres tendances émergentes en Suisse** *(suite)*

Densité de médecins dans le secteur ambulatoire dans les cantons suisses, 2004

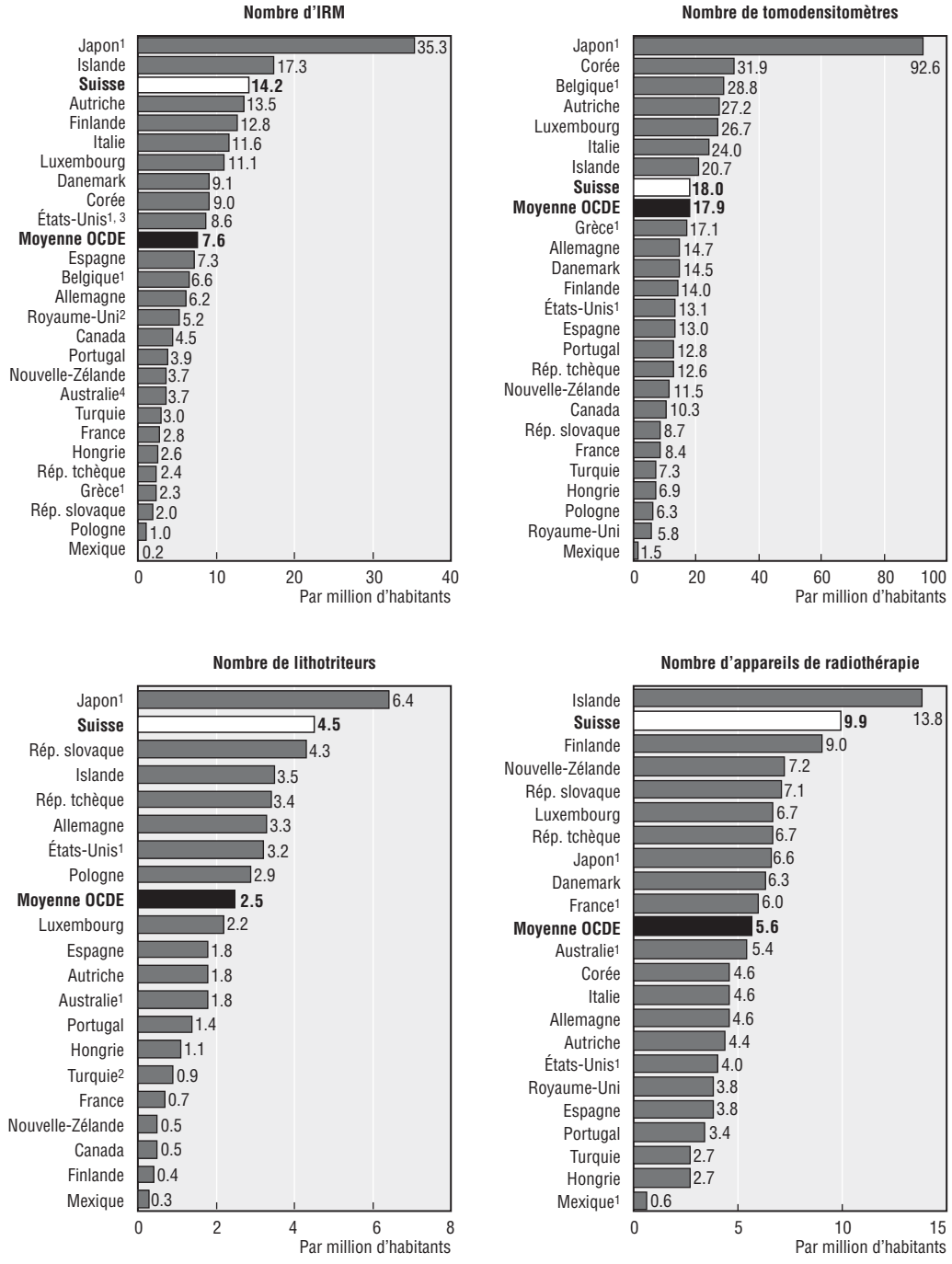
		Population[1]	Nombre total de médecins dans le secteur ambulatoire	Nombre de médecins pour 1 000 habitants
CH	Suisse	7 364	15 199	2.1
ZH	Zurich	1 250	2 971	2.4
BE	Berne	952	2 026	2.1
LU	Lucerne	353	537	1.5
UR	Uri	35	44	1.3
SZ	Schwyz	135	175	1.3
OW	Obwald	33	38	1.1
NW	Nidwald	39	47	1.2
GL	Glaris	39	55	1.4
ZG	Zoug	104	187	1.8
FR	Fribourg	247	388	1.6
SO	Soleure	247	394	1.6
BS	Bâle-Ville	187	718	3.8
BL	Bâle-Campagne	264	516	2.0
SH	Schaffhouse	74	138	1.9
AR	Appenzell Rhodes-Intérieures	53	91	1.7
AI	Appenzell Rhodes-Extérieures	15	18	1.2
SG	St. Gall	457	742	1.6
GR	Grisons	187	335	1.8
AG	Argovie	561	846	1.5
TG	Thurgovie	232	309	1.3
TI	Tessin	317	646	2.0
VD	Vaud	639	1 583	2.5
VS	Valais	285	498	1.7
NE	Neuchâtel	167	354	2.1
GE	Genève	424	1 430	3.4
JU	Jura	69	113	1.6

1. Milliers de personnes au 31 décembre 2003.
Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Encyclopédie statistique de la Suisse*, Neuchâtel; Fédération des médecins suisses (2005), *Statistiques médicales*, Berne.

Tous ces facteurs contribuent à une modification du paysage dans le domaine des personnels de santé et doivent être traités de manière appropriée. Mais l'élaboration de politiques pour les personnels de santé est entravée par le manque relatif d'informations à ce sujet pour la Suisse. Cela est particulièrement vrai pour les professions infirmières et paramédicales pour lesquelles on dispose d'informations très limitées, notamment par rapport aux réformes actuelles de l'enseignement visant ces professions.

aux coûts ne représente qu'un cinquième du total. Deuxièmement, la même coassurance uniforme de 10 % s'applique à des services ayant des élasticités-prix différentes. Par exemple, la décision d'engager des soins hospitaliers d'un coût élevé n'est probablement guère déterminée par des considérations de participation aux coûts contrairement à ce qui se passe pour les visites de soins ambulatoires. Troisièmement, les franchises n'ont probablement guère d'impact sur les patients pour lesquels les coûts sont voisins des seuils des franchises.

Graphique 4.6. **Technologies médicales en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003**



1. 2002.
2. 2001.
3. Les chiffres des États-Unis sous-estiment considérablement le nombre réel d'appareils dans ce pays car ils font référence au nombre d'hôpitaux déclarant posséder au moins un appareil de ce type et non pas au nombre total d'appareils dans les hôpitaux et autres établissements (cliniques spécialisées, par exemple).
4. Pour l'Australie, les données sur le nombre d'IRM ne concernent que ceux éligibles au programme Medicare (60 % du total en 1999).

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Du fait que le gros des coûts de santé se concentrent sur une petite partie des patients souffrant d'une maladie grave, les seuils des franchises et de la participation aux coûts n'auront à la marge qu'un impact limité[5].

Cela ne signifie pas que des niveaux plus élevés de participation aux coûts soient nécessairement souhaitables. En fait, la population suisse finance déjà de sa poche une part importante des coûts. Mais cela peut donner à penser qu'il faudrait revoir la structure de la participation aux coûts dans le but de réduire l'utilisation de services de santé inutiles sans décourager pour autant celle des services cliniquement nécessaires.

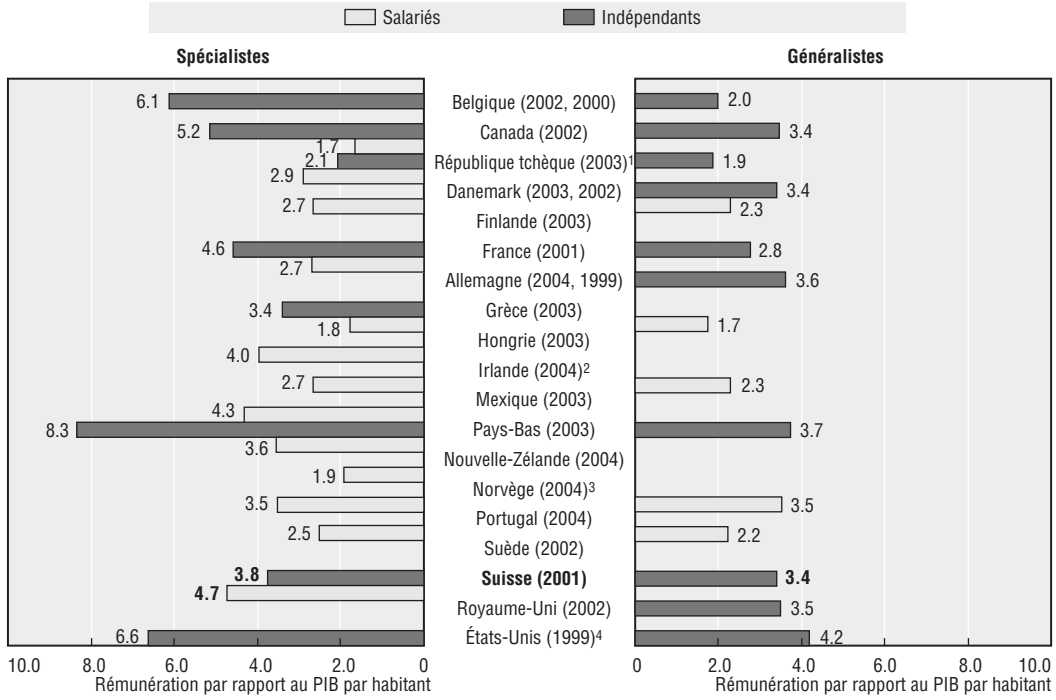
Prix des services de santé

Si l'information est rare[6], les données disponibles suggèrent que la maîtrise des prix des services de santé se heurte dans l'ensemble de la Suisse à quelques difficultés. Les différences de prix et de coûts de la santé d'un canton à l'autre demeurent importantes, même si les assureurs sont parvenus à négocier des réductions de prix dans certains des cantons où les coûts sont plus élevés[7]. Des données comparables sur la rémunération des médecins dans une sélection de pays de l'OCDE donnent à penser que les médecins suisses ont des niveaux de revenus, exprimés en prix internationaux courants, relativement supérieurs à ceux de leurs homologues d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2005a). L'écart est moindre lorsqu'on analyse leurs revenus par rapport au PIB par habitant (graphique 4.7). En Suisse, les spécialistes salariés ont une rémunération supérieure à celle des médecins salariés d'autres pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données mais les médecins libéraux ont une rémunération inférieure à celle observée dans d'autres pays de l'OCDE, en particulier s'agissant des spécialistes. Cela pourrait être la conséquence de taux de consultation légèrement inférieurs en Suisse par rapport aux standards de l'OCDE (section 4.2.3).

Bien que les comparaisons de prix dans le domaine pharmaceutique soient notoirement difficiles, en partie en raison de la spécification du produit, plusieurs études donnent à penser qu'en Suisse les prix à la production ont été élevés par rapport à de nombreux pays européens pendant l'essentiel de la dernière décennie et dans les premières années de la décennie actuelle (INFRA BASYS; 2002; Ess *et al.*; 2003; IMS Consulting, 2003). Les comparaisons de prix avec l'Allemagne effectuées par l'Autorité suisse de surveillance des prix, sur la base des données pour décembre 2005, indiquent que les différences de prix demeurent supérieures de 20.6 % pour les médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS) et de 41.7 % pour les médicaments non inscrits (Surveillant des prix, 2005, tableau 1). Une nouvelle décomposition des prix entre les médicaments mis sur le marché avant 1996 et ceux mis sur le marché après 1996 donne à penser que ces derniers tendent à être sensiblement inférieurs à ceux des médicaments mis sur le marché avant 1996 comparés aux prix allemands[8]. Cela conduit à penser que les nouvelles politiques mises en œuvre en 1996, et introduisant des comparaisons internationales de prix dans le processus de fixation des prix, semblent avoir réduit les écarts de prix pour les nouveaux médicaments, du moins comparé à l'Allemagne.

Graphique 4.7. **Revenus des médecins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, dernière année disponible**

Ratio revenus/PIB par habitant



1. En République tchèque, les spécialistes salariés englobent également les praticiens généralistes travaillant comme salariés (environ 15 % des généralistes).
2. Étant donné qu'en Irlande le PIB par habitant surestime le revenu moyen, le ratio sous-estime les revenus relatifs des médecins.
3. En Norvège, les spécialistes salariés englobent également les médecins assistants.
4. Les données englobent à la fois les médecins indépendants et les médecins salariés; ces derniers représentent environ un tiers de tous les médecins.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

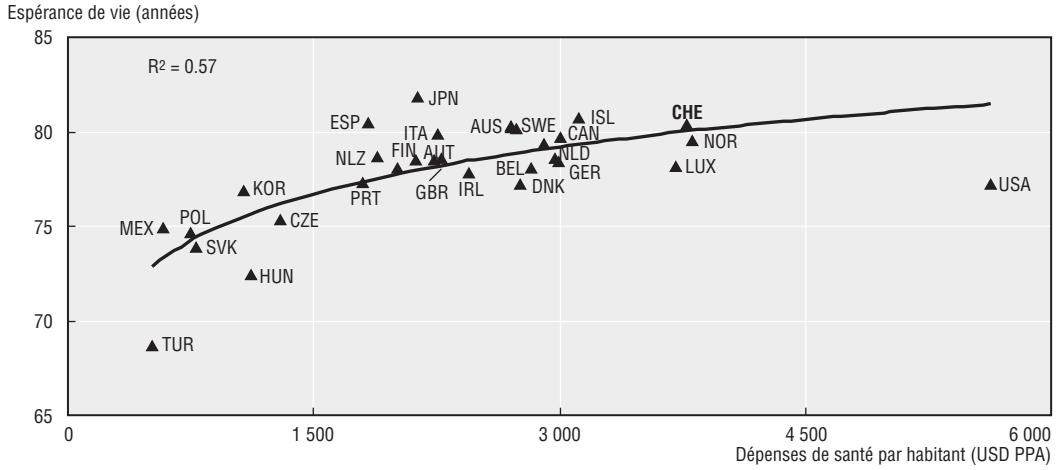
4.2. L'efficience du système de santé suisse

Les paragraphes qui précèdent suggèrent, quoique sur la base de données limitées, que les niveaux élevés de dépenses de santé observés en Suisse reflètent probablement une offre généreuse et sous-utilisée associée à des coûts unitaires plus élevés et à un nombre limité de contraintes du côté de la demande. Le système ne comporte pas une contrainte budgétaire macroéconomique active imposant un plafond à la croissance des dépenses de santé. La présence de multiples agents de financement ou de tiers-payant peut encourager les transferts de coûts sur d'autres agents au lieu de focaliser l'attention sur la maîtrise ou la gestion des coûts. En outre, le contexte d'acheteurs multiples qui prévaut pour les services hospitaliers et le fait que les hôpitaux ne sont soumis qu'à des contraintes budgétaires douces faussent les incitations à l'efficience. Il apparaît donc que le rapport coût-efficacité du système de santé suisse pourrait être largement amélioré. Prestataires, assureurs et patients ne sont guère incités à le faire. On observe parmi les nombreuses parties prenantes une demande grandissante en vue d'une optimisation des dépenses, du fait en particulier que les coûts continuent d'augmenter à un rythme élevé. Cette section examine l'efficience du système de santé suisse et les domaines dans lesquels des améliorations pourraient être nécessaires.

4.2.1. Optimisation des ressources (« value for money »)

Si, de manière générale, les indicateurs témoignent du bon état de santé de la population suisse, le coût élevé du système de santé soulève la question de sa performance en termes d'utilisation des ressources. L'espérance de vie de la population est à peu près conforme à ce que l'on est en droit d'attendre d'un pays dont le niveau de dépenses de santé par habitant est aussi élevé mais plusieurs pays de l'OCDE ayant un niveau de dépenses moindre font aussi bien, sinon mieux (graphique 4.8). Comparée à d'autres pays de l'OCDE, la Suisse semble avoir des performances mitigées au regard d'un certain nombre d'indicateurs; par exemple, ses performances sont bonnes en termes de mortalité due à des causes diverses (maladies cérébrovasculaires et tous les cancers) mais elles ne le sont pas autant en termes de mortalité par cancers du sein et de la prostate, et de mortalité infantile et maternelle (chapitre 2). Le niveau élevé et l'augmentation du coût de la santé en Suisse ne correspondent pas aux performances du système (Domenighetti et Quaglia, 2001).

Graphique 4.8. **Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2003**



Note : La ligne de régression est log-linéaire pour montrer que l'espérance de vie peut être plafonnée.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Les modalités de dépenses diffèrent sensiblement d'un canton à l'autre mais elles ne semblent pas être corrélées avec des mesures de résultats ou de d'efficacité. La variation de la densité de médecins et de lits d'hôpitaux mais aussi les différences entre les dépenses de santé d'un canton à l'autre ne sont pas étroitement liées à la mortalité évitable, ce qui laisse penser qu'un niveau plus élevé de médecins ou de dépenses de santé par habitant ne donne pas nécessairement de meilleurs résultats en termes de santé (Crivelli, 2004 ;Crivelli et Domenighetti, 2003). En outre, le niveau moyen de satisfaction suscité par le système de santé suisse est uniformément élevé et ceci pour des niveaux de dépenses de santé et de capacité de production qui diffèrent d'un canton à l'autre. Ces deux indications donnent à penser que tous les cantons n'ont pas une utilisation optimale de leurs ressources (Crivelli, Domenighetti et Filippini, 2005).

4.2.2. Impact des méthodes actuelles de paiement des prestataires sur l'efficacité

En dépit d'initiatives récentes, les mécanismes actuels de paiement dans le secteur ambulatoire et dans le secteur hospitalier ne constituent pas de fortes incitations à l'amélioration de l'efficience clinique et du rapport coût-efficacité.

Le paiement à l'acte des prestataires de soins ambulatoires constitue bien souvent une incitation à une offre excessive car il récompense les prestataires qui font davantage d'actes même si cela n'est pas nécessairement au mieux des intérêts (financier et clinique) des patients (Enthoven et Tollen, 2005)[9].

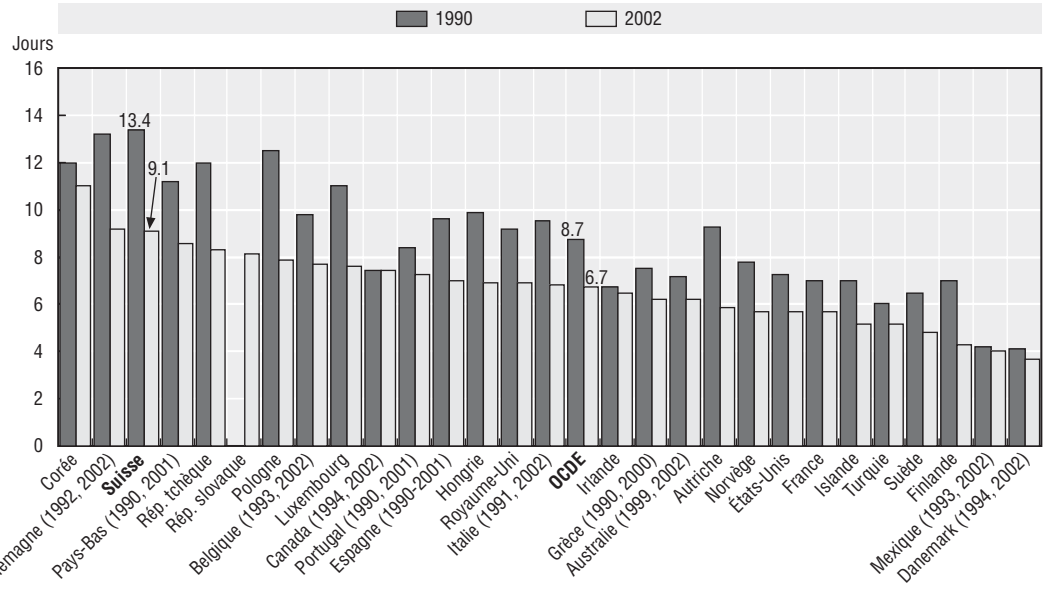
La création de TARMED, le 1er janvier 2004, est une mesure positive dans la direction d'une plus grande efficacité. Cette structure tarifaire, applicable aux soins externes dans toute la Suisse et à tous les organismes payeurs de l'assurance sociale (maladie, accident, invalidité et assurance militaire) établit un système d'honoraires relativement unifié, dans lequel une composante du paiement, les points établis sur la base des ressources, est standardisée dans l'ensemble du pays. L'objectif de TARMED était d'améliorer la maîtrise des coûts, la transparence et l'efficacité de l'allocation des ressources. Comparée aux dispositifs antérieurs, la structure tarifaire de TARMED donne plus de poids aux services non techniques (consultations) et en donne moins aux services techniques (radiologie, tests spéciaux), décourageant un recours excessif à ce type de soins. La réévaluation de l'échelle de points relative des services intellectuels et techniques visait également à réduire les disparités de revenus entre spécialités. De plus, la mise en place du système TARMED devait être neutre en termes de coûts sur les 18 premiers mois, la valeur du « point » étant ajustée pour maintenir les coûts globaux inchangés[10].

Toutefois, l'adoption du système TARMED ne s'est pas faite sans mal. Selon des informations anecdotiques, la perte de revenus de certains spécialistes a réduit l'offre de services dans plusieurs domaines imposant aux assureurs de verser des compléments forfaitaires à certains prestataires. Le maintien de la neutralité des coûts pendant les 18 mois suivant l'adoption du système tarifaire (il n'y a pas d'objectifs explicites concernant l'impact de TARMED sur les coûts au-delà de cette période de mise en place) pose d'énormes difficultés pour les services ambulatoires en hôpital, car certains hôpitaux ont eu des problèmes de facturation[11]. L'objectif de mettre davantage l'accent sur les services de consultation que sur les services techniques en réévaluant l'échelle de points des services intellectuels et techniques n'est probablement que partiellement atteint[12]. Et, en dépit du fait que l'on dispose de plus d'informations comparatives sur les services fournis, ces informations n'ont pas été utilisées jusqu'ici par les autorités ou par le public pour faciliter un choix informé des prestataires et analyser le rapport coût-efficacité des différents traitements médicaux (Office fédéral de la santé publique, 2004i); il faut dire toutefois qu'il est probablement trop tôt pour que cela se produise maintenant.

Dans le secteur hospitalier, le fait que les paiements se font essentiellement sur la base d'un paiement à la journée encourage les longs séjours. Si la durée moyenne de séjour (DMS) est tombée de 13.4 jours en 1990 à 9.1 jours en 2002, elle reste néanmoins bien supérieure à la moyenne de l'OCDE qui est de 6.7 jours (graphique 4.9). L'évolution vers une rémunération par cas déterminée de manière prospective est certes souhaitable mais elle doit s'accompagner d'efforts de réduction de la capacité hospitalière. Un modèle DRG doit être établi en Suisse, ce qui constituera une nette amélioration par rapport aux systèmes de paiement à la journée. Dans les cantons où le système des DRG est déjà en place depuis 2000, une réduction importante de la durée moyenne des séjours a été obtenue,

apparemment sans incidence négative sur les résultats[13]. Toutefois, en l'absence de réductions réelles de la capacité hospitalière, il est possible que l'économie de coût à la marge générée par une diminution de la DMS d'une journée soit compensée par un accroissement de l'intensité des services par jour. En fait, des éléments émanant de plusieurs pays européens donnent à penser que l'adoption de systèmes de financement de type DRG a été associée à une diminution de la durée d'hospitalisation mais aussi à un nombre croissant de cas, à une augmentation de la lourdeur des cas (souvent appelée *DRG creep*) et à des coûts moindres par maladie (Rochell *et al*., 2000; Hofmarcher et Riedel, 2003)[14].

Graphique 4.9. **Durée moyenne de séjour pour les soins aigus dans les pays de l'OCDE, 1990 et 2002**



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant pour l'année 2002.
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005* Paris.

4.2.3. Productivité et utilisation des services de soins de santé

En Suisse, en dépit d'un niveau relativement élevé d'intrants par rapport à de nombreux autres pays de l'OCDE et de mécanismes de paiement qui encouragent l'offre, les indicateurs de l'intensité d'utilisation des ressources et de la productivité sont faibles selon les standards de l'OCDE pour les soins ambulatoires. Ils se situent autour de la moyenne de l'OCDE pour les soins hospitaliers (tableaux 4.2 et 4.3). Cela semble refléter, du moins pour partie, une demande de services de soins de santé relativement faible comparée à celle d'autres pays de l'OCDE. Cela peut indiquer un état de santé de la population relativement bon et des habitudes culturelles limitant l'utilisation des services de santé. Mais surtout, cela donne à penser que les mêmes niveaux d'extrants (et vraisemblablement de résultats) pourraient être obtenus avec des ressources moindres, améliorant ainsi l'efficacité d'emploi des ressources disponibles et réduisant les dépenses.

En Suisse, le nombre des consultations médicales (3.4 par habitant en 2002) est inférieur à la moyenne de l'OCDE qui s'établit à 9.7 (tableau 4.2), cependant, ces estimations sont probablement en dessous de la réalité. Étant donné le nombre relativement élevé de médecins, cela peut résulter d'un nombre de consultations par médecin et par an inférieur à la

Tableau 4.2. **Indicateurs de l'intensité d'utilisation des ressources en soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

	Consultations de médecins par habitant	Hospitalisations toutes causes pour 1 000 habitants	Total procédures chirurgicales pour 1 000 habitants	Journées de lits de soins aigus par habitant
Australie	6.0	156.6[1]	91.4[1]	1[1]
Autriche	6.7	302.0[1]	n.d.	1.7
Belgique	7.8[1]	159.9[1]	100.6[2]	1.3[3]
Canada	6.2[2]	88.2[1]	120[1]	1[1]
République tchèque	13.0	227.6	n.d	1.8
Danemark	7.3	197.4	207.4	1[4]
Finlande	4.2	249.8	92.0	0.8
France	6.9[1]	251.1[1]	n.d.	1.0
Allemagne	7.3[5]	201.6[1]	n.d.	1.9
Grèce	n.d	160.9[5]	n.d.	1[4]
Hongrie	12.2	257.5	217.0	1.7
Islande	5.6[2]	181.2[1]	79.7[6]	1.1[7]
Irlande	n.d	124.1	208.3	0.9
Italie	6.1[4]	140.5	78.3	1[4]
Japon	14.1[1]	101.9[1]	n.d	2.1
Corée	10.6[1]	110.6[1]	n.d	n.d
Luxembourg	6.3	175.2	216.6	1.4
Mexique	2.5	42.0	33.2	0.2
Pays-Bas	5.6[1]	97.1	73.3	0.8[2]
Nouvelle-Zélande	3.2	203.9	44.6	0.3[6]
Norvège	n.d.	170.9	n.d	0.9
Pologne	6.1	n.d.	n.d	1.4[1]
Portugal	3.7	78.2	59.7	0.9
République slovaque	12.4	187.9	n.d.	1.4
Espagne	9.5	108.9[1]	69.8[2]	0.8[2]
Suède	2.9[2]	160.0[1]	n.d	0.8[8]
Suisse	**3.4**[1, 9]	**154.9**	**122.7**	**1.2**
Turquie	2.6[1]	81.0	n.d	0.4[1]
Royaume-Uni	5.2	236.6	134.7	1.1
États-Unis	8.9	117.1[1]	n.d	0.7
Moyenne OCDE	**9.7**	**162.9**	**116.9**	**1.1**

1. 2002.
2. 2001.
3. 1997.
4. 1999.
5. 2000.
6. 1998.
7. 1995.
8. 1996.
9. Les données sur les consultations de médecins par habitant en Suisse s'appuient sur des résultats d'enquêtes qui donnent généralement un nombre de consultations inférieur à celui obtenu à l'aide de données administratives.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

moyenne, ce qui renforce le sentiment d'offre excédentaire et de faible efficacité du secteur des soins ambulatoires.

Concernant l'activité hospitalière, la plupart des indicateurs se situent autour de la moyenne de l'OCDE (tableaux 4.2 et 4.3). Pour l'utilisation des procédures cardiovasculaires, la Suisse se situe en dessous de la moyenne (graphique 4.10), grâce en partie à la faible incidence des maladies cardiovasculaires. Pour la plupart des groupes de diagnostics, les taux d'hospitalisaton sont faibles selon les standards de l'OCDE. Des

Tableau 4.3. **Productivité et taux d'utilisation des lits d'hôpitaux dans les pays de l'OCDE, 1993 et 2003**

	Taux d'utilisation des lits de soins aigus (% lits disponibles)		Taux de rotation des lits de soins aigus (malades par lit disponible)		DMS : soins aigus (jours)[1]		Sorties par lit de soins aigus[2]	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003
Australie	71.2	73.9[3]	40.0	44[3]	6.4	6.2[3]	38.7	43.3[3]
Autriche	76.5	76.2	34.0	48.0	8.2	5.8[3]	34.5	49.7[3]
Belgique	81.1		25.5		9.8	7.7	32.8	40.1[3]
Canada	78.5	86.6[3]	23.9	32.1[3]	9.8	7.4[3]	32.9	27.9
République tchèque	71.6	73.9	24.6	34.4	11.2	8.3	22.9	34.9
Danemark	82.2	84[4]	49.5	54[4]	6	3.6	49.5[5]	55.6[5]
Finlande	70.1		28.2		5.7	4.3	51.5	109.4
France	76	74.8	43.0	48.7	6.4	5.6	48.0	63.8[3]
Allemagne	83.1	77.6	24.2	31.9	12.5	8.9	23.3[5]	30.4[3]
Gèce	62.1		34.0		6.6	6.2[6]		
Hongrie	67.6	77.2	27.5	42.6	9.8[5]	6.7	37.5[7]	43.4
Islande					6.4	5.2[3]	45.3	
Irlande	83.7	84.7	45.5	47.5	6.7	6.5	36.4[8]	42.0
Italie	70.8	76.9[3]	28.1	40.1[3]	9.2	6.8[3]	27.4[8]	37.9[3]
Japon	81.0[5]	79.5	8.6[5]	14.0	34.4	20.7	7.9	11.3[3]
Corée	76.8	71.6	25.9	23.2	11	10.6	27.7[5]	19.6
Luxembourg	75	68.8	39.4[7]	41.5	10.2	7.4	31.4[7]	30.6
Mexique	68.1	73.7	55.7	64.9	4.2	3.9	38.4[7]	41.8
Pays-Bas	72	66[4]	25.2	28.3[4]	10.4	8.6[4]	25.1	29.2[3]
Nouvelle-Zélande								
Norvège	79.9	88.5	42.6	55.1	6.8	5.4	42.6	54.9
Pologne	67.4	77[3]	21.0	35[5]	11.4	7.9[3]	22.9	
Portugal	67.6	70.5	32.0	38.1	7.7	7.3[4]	26.05[5]	25.2
République slovaque	80.3[8]	65.4	27.2[8]	30.3	10.8[8]	7.9	27.8[8]	31.7
Espagne	74.7	77.2[4]	31.7	40.4[4]	9.1	7	29.4	34.6[3]
Suède	76.2		32.0		5.5	4.8[3]	53.8	67.2[3]
Suisse	**78.4**	**85.2**	**31.4**[7]	**34.5**	**12.1**	**9**		**39.8**
Turquie	55.6	61.9	31.2	39.2	5.9	5.2[3]	28.6	35.2
Royaume-Uni	74.2	84.5	38.9	47.5	7.3	6.7	52.6[8]	64.0
États-Unis	64.4	66.2	33.4	42.7	7	5.7	33.5	41.0[3]
Moyenne OCDE	**73.3**	**75.9**	**33.2**	**39.9**	**8.2**	**7.1**	**30.6**	**37.4**

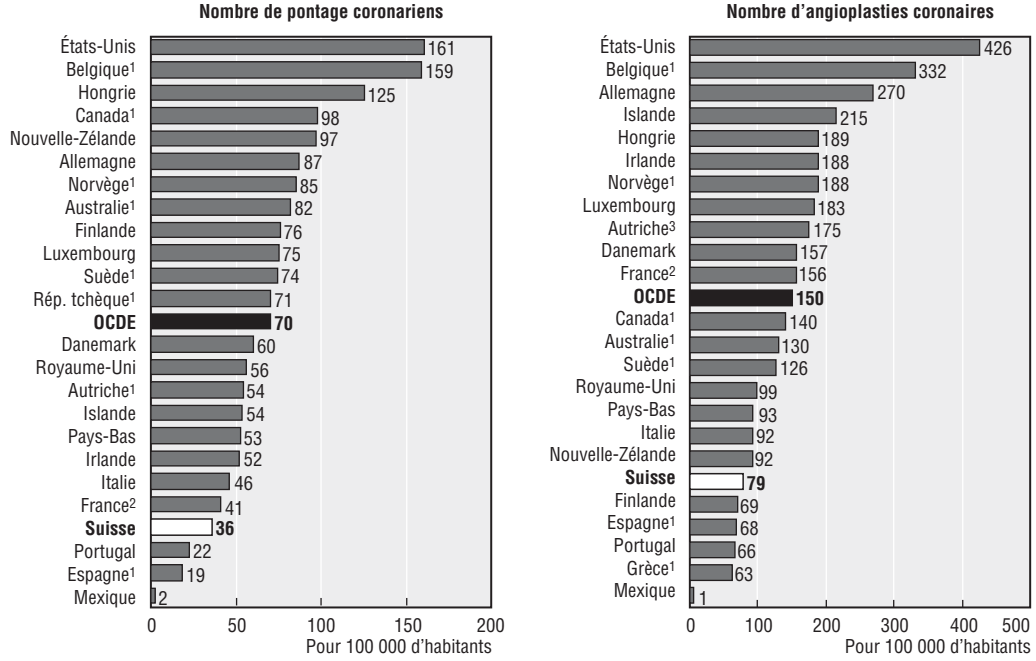
1. DMS : durée moyenne du séjour.
2. L'Australie, la République tchèque, la France, la Hongrie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis incluent les sorties se faisant le jour de l'admission tandis que d'autres pays les excluent.
3. 2002.
4. 2001.
5. 1994.
6. 2000.
7. 1999.
8. 1996.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005* Paris.

réductions de la capacité hospitalière et de la durée moyenne du séjour pour toutes les procédures pourraient encourager de nouvelles améliorations de la productivité.

On observe une grande disparité d'utilisation des services de santé *entre des cantons* ayant des niveaux d'offre similaires (graphique 4.11). En dépit de changements structurels dans le secteur hospitalier[15], les hôpitaux suisses montrent une grande variabilité du niveau d'efficience et de productivité par type d'hôpital et de complexité de la lourdeur des

Graphique 4.10. **Procédures cardiovasculaires, Suisse et pays de l'OCDE, 2003**



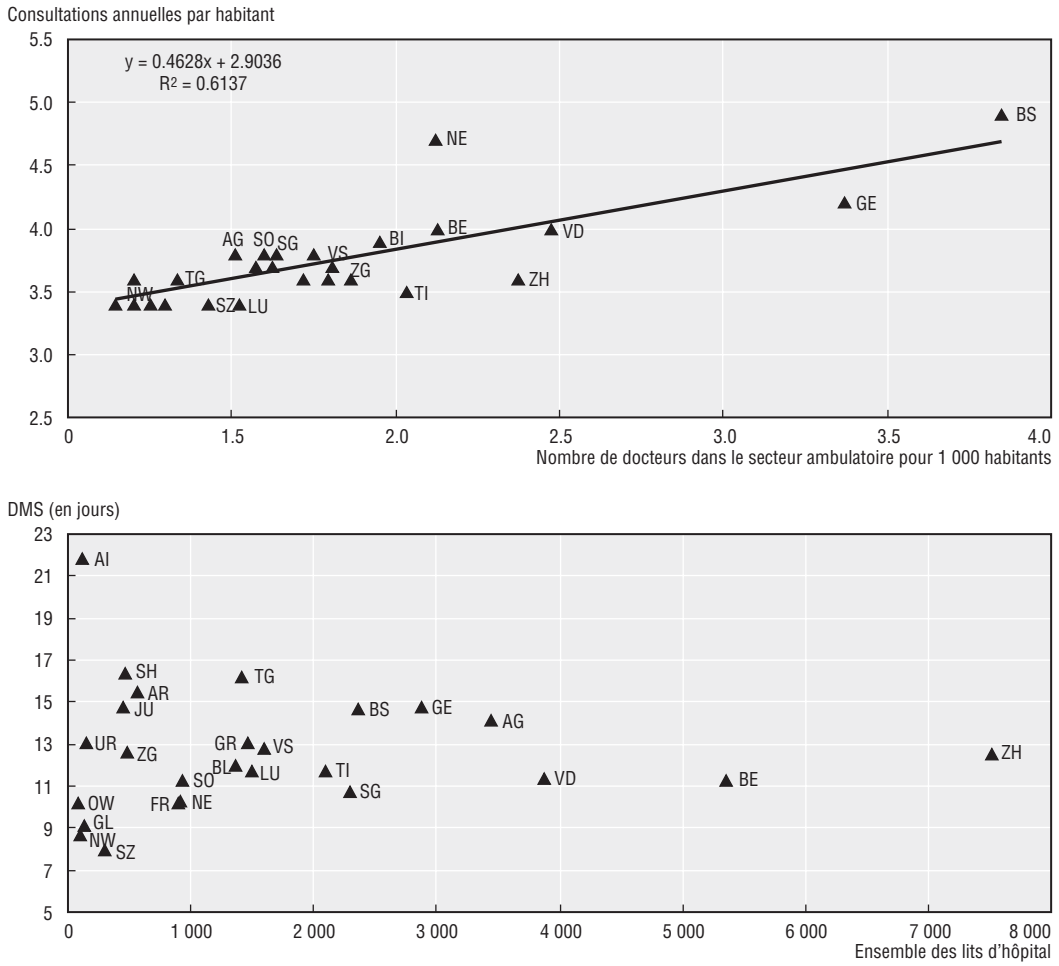
1. 2002.
2. 2001.
3. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*,, Paris.

cas ou *case-mix* (Filippini et Farsi, 2005)[16]. Cela montre que l'utilisation des ressources n'est pas optimale. Toutefois, les éléments permettant de relier cette disparité d'utilisation aux besoins sont peu nombreux. En outre, il existe apparemment une relation positive entre le nombre de consultations par habitant et le nombre de médecins par habitant.

Enfin, la variété des intrants et des services pourrait ne pas être optimum. Comme indiqué, les paiements au titre des soins aux patients hospitalisés dans des hôpitaux publics ou bénéficiant d'aides publiques sont établis sur la base d'un système de financement parallèle avec, en moyenne, la moitié au moins du coût qui est prise en charge par le canton, le solde l'étant par l'assurance-maladie obligatoire (tableau 4.4). Ce qui rend le financement des soins aux patients hospitalisés moins cher pour les assureurs par rapport aux soins ambulatoires. Cela a des effets pervers concernant le choix du type de traitements et limite les coûts associés à une utilisation excessive de soins par des patients hospitalisés. En fait, en Suisse, la proportion des opérations de la cataracte et des amygdales effectuées en chirurgie de jour est inférieure à celle observée dans bon nombre d'autres pays de l'OCDE (graphique 4.12). De meilleures conditions de travail dans les hôpitaux, suite entre autres choses à une réduction des horaires de travail depuis janvier 2005 et, comme indiqué, au gel de l'ouverture de nouvelles unités ambulatoires, ont conduit à une progression de l'emploi des médecins dans le secteur hospitalier. Ce qui pourrait, à long terme et avec l'introduction de paiements hospitaliers sur la base des DRG, aboutir à une augmentation du volume des services hospitaliers.

Graphique 4.11. **Ressources et utilisation des soins de santé dans les cantons suisses**



Note : DMS = durée moyenne du séjour.

Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne; Office fédéral de la statistique (2005), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Neuchâtel; Observatoire suisse de la santé (2005), *Nombre de consultations médicales par habitant et par an* (sur la base de l'Enquête suisse sur la santé, 2002). *www.obsan.ch/monitoring/statistiken/6_5_3_2/2002/f/6532.pdf*; Fédération des médecins suisses – FMH (2005), *Statistiques médicales*, Berne. *www.fmh.ch/www/fr/pub/fmh/statistique_medicale_2002.htm*.

4.2.4. Coordination des soins

Le remboursement à l'acte, la totale liberté de choix des prestataires et l'absence de contrôle d'accès découragent la coordination et la continuité des soins entre les différents prestataires, ce qui risque de nuire à l'efficacité du système de soins de santé. Les services reçus par les patients selon la LAMal ne sont souvent pas intégrés d'un secteur et d'un cadre de soins à l'autre, par exemple, d'une part, entre les soins aux patients externes et aux patients hospitalisés et, d'autre part, entre les soins aigus, les soins de réadaptation et les soins de longue durée. En fait, les patients tendent à avoir de multiples contacts avec différents prestataires de soins de santé et les ressources sont fragmentées entre différents payeurs, même si l'on observe une collaboration de fait entre les secteurs. Assurément, l'insuffisance des politiques nationales (ou, en l'occurrence, cantonales) et des systèmes de collecte et de gestion des données pour la qualité des soins ne favorisent pas une

Tableau 4.4. **Le financement parallèle des hôpitaux en Suisse, 2002**

Coût des patients hospitalisés pour les services remboursés selon la LAMal

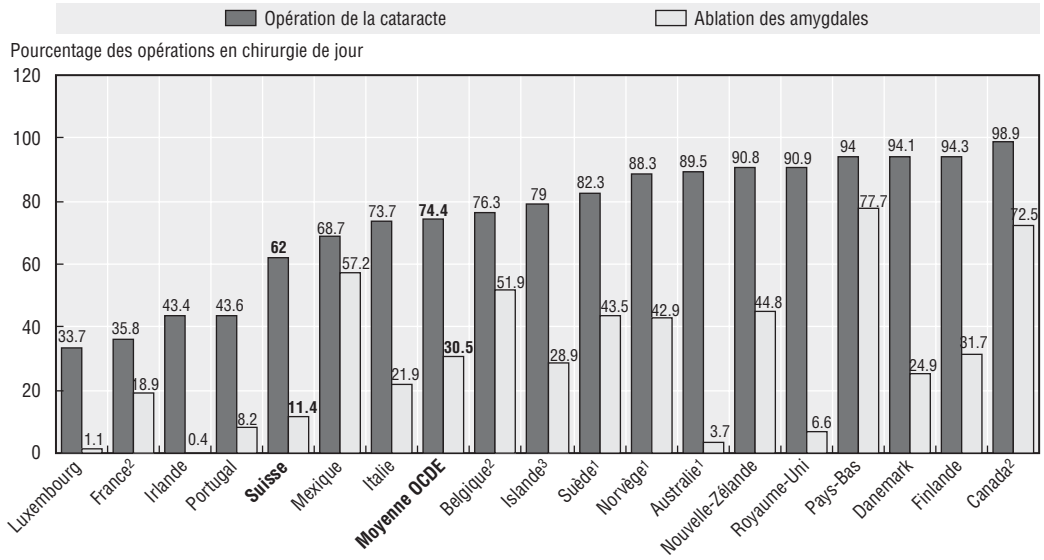
Cantons	Investissement non compris			Cantons	Investissement compris		
	Cantons	Assureurs LAMal	Total		Cantons	Assureurs LAMal	Total
Argovie	43 %	57 %	480	Aargau	48 %	52 %	527
Appenzell Rh. Ext.	55 %	45 %	54	Appenzell Rh Ext.	57 %	43 %	57
Appenzell Rh. Int.	35 %	65 %	11	Appenzell Rh Int.	40 %	60 %	12
Bâle-Campagne	55 %	45 %	334	Bâle-Campagne	58 %	42 %	360
Bâle-Ville	64 %	36 %	355	Bâle-Ville	70 %	30 %	423
Berne	68 %	32 %	1 397	Berne	71 %	29 %	1 542
Fribourg	52 %	48 %	259	Fribourg	57 %	43 %	290
Genève	74 %	26 %	1 011	Genève	75 %	25 %	1 066
Glaris	54 %	46 %	41	Glaris	62 %	38 %	50
Grisons	58 %	42 %	213	Graubünden	63 %	37 %	239
Jura	55 %	45 %	103	Jura	55 %	45 %	103
Lucerne	54 %	46 %	305	Lucerne	61 %	39 %	356
Neuchâtel	57 %	43 %	260	Neuchâtel	61 %	39 %	286
Nidwald	60 %	40 %	34	Nidwald	62 %	38 %	36
Obwald	52 %	48 %	25	Obwald	54 %	46 %	26
Schaffhouse	57 %	43 %	91	Schaffhause	64 %	36 %	107
Schwyz	64 %	37 %	143	Schwyz	64 %	37 %	143
Soleure	60 %	40 %	291	Soleure	62 %	38 %	309
St.Gall	60 %	40 %	520	St.Gall	61 %	40 %	531
Thurgovie	38 %	62 %	234	Thurgovie	38 %	62 %	236
Tessin	41 %	59 %	419	Tessin	44 %	56 %	439
Uri	58 %	42 %	34	Uri	65 %	35 %	40
Valais	58 %	42 %	301	Valais	63 %	37 %	343
Vaud	54 %	46 %	779	Vaud	58 %	42 %	862
Zoug	50 %	50 %	95	Zoug	54 %	46 %	104
Zürich	59 %	42 %	1 536	Zürich	63 %	37 %	1 732
Total Suisse							
%	59 %	41 %	100 %		62 %	38 %	100 %
Millions de CHF	5 483	3 838	9 322		6 379	3 838	10 218

Source : Estimation de l'Office fédéral de la statistique et de l'Office fédéral de la santé publique.

coordination plus efficace. La coordination des soins est plus grande dans les réseaux de soins intégrés (section 4.2.7).

Le manque d'informations et les difficultés de communication dans le système suisse se sont révélés difficiles à surmonter. Le partage d'informations cliniques entre professionnels travaillant en milieu hospitalier et professionnels travaillant dans des cadres de soins ambulatoires mais aussi entre différents établissements est limité. En fait, aucun système informatisé permettant de surveiller les flux de patients à travers le système n'a été mis en place en Suisse, en particulier pour les patients souffrant d'affections chroniques. Les parties prenantes ne sont pas d'accord sur le point de savoir qui devrait être en possession de ces données. La proposition de création d'une carte d'assuré d'ici à 2008 approuvée en 2005 par le Conseil fédéral, constitue certes un progrès. Toutefois, les inquiétudes relatives à la divulgation d'informations concernant les patients ont limité son utilisation aux données d'ordre administratif. La carte sera essentiellement utilisée pour faciliter la facturation, ce qui réduira la possibilité de l'utiliser en tant qu'outil destiné à encourager la coordination des soins et la mise en commun d'informations sur

Graphique 4.12. **Proportion des opérations de la cataracte et des amygdales effectuées en chirurgie de jour dans les pays de l'OCDE, 2003**



1. 2002.
2. 2001.
3. 1998.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

les diagnostics. Mais elle donnera accès à des données médicales de base (par exemple, le groupe sanguin, les allergies), si l'intéressé le souhaite[17].

4.2.5. Politique pharmaceutique

Les éléments dont nous disposons donnent à penser que, globalement, les prix des médicaments en Suisse sont élevés par rapport aux standards de nombreux pays européens (section 4.1.3). Plusieurs raisons plausibles ont été suggérées pour expliquer ce fait. Premièrement, l'adoption en 1996 d'une politique de comparaisons des prix n'a pratiquement pas modifié les prix des médicaments existant à cette date. Deuxièmement, lorsqu'elles prennent des décisions relatives au prix des médicaments remboursés, les autorités suisses, depuis 1996, font référence à un panel de systèmes européens comprenant des pays dans lesquels les prix des produits pharmaceutiques sont, dans l'ensemble, relativement élevés (OCDE, 2006a)[18]. Troisièmement, les produits confrontés à la concurrence étrangère sont peu nombreux car l'importation parallèle de produits brevetés est interdite[19]. Enfin, la concurrence des bioéquivalents génériques demeure limitée. Environ 3 % seulement des produits admis à entrer sur le marché suisse sont des génériques (Conseil fédéral suisse, 2004) et 10 % seulement des produits pharmaceutiques dont le brevet est arrivé à expiration sont confrontés à la concurrence des génériques, même si 37 % des produits remboursés sont tombés dans le domaine public (Conseil fédéral suisse, *ibid.*).

Les mesures prises récemment par les autorités suisses pour réduire les coûts de l'assurance-maladie obligatoire envisagent des révisions plus fréquentes des prix des médicaments et un plus large recours à des produits de remplacement bioéquivalents. Une mesure prise en septembre 2005 (qui a pris effet en avril et juillet 2006) devrait stimuler une réduction des prix des médicaments remboursés de 20 à 30 % en imposant une révision supplémentaire des prix des médicaments anciens[20]. Les prix des génériques sont censés

être inférieurs d'au moins 30 % aux prix des produits originaux et faire l'objet d'une nouvelle réduction de 15 % après une réévaluation intervenant deux ans après leur inclusion sur la liste positive. Les autorités suisses attendent de ces mesures une réduction annuelle des dépenses LAMal de 1 %. Pour encourager le recours aux génériques, la participation aux coûts dans le cas de produits pharmaceutiques pour lesquels il existe un produit de remplacement bioéquivalent dont le prix est inférieur de 20 % à celui du produit d'origine, est passée de 10 à 20 % depuis le 1er janvier 2006. Les pharmaciens ont été également autorisés, depuis 2001, à remplacer un produit de marque par un générique. Cette mesure, associée à la réforme de 2001 qui vise à rémunérer les pharmaciens et les médecins propharmaciens sur la base d'un montant uniforme par exécution d'ordonnance et non plus par une marge sur le prix des médicaments, encourage une plus grande diffusion des génériques et a dissocié les coûts de distribution du prix des médicaments.

En dépit de ces mesures, la politique pharmaceutique n'exploite peut-être pas tout son potentiel pour améliorer le rapport coût-efficacité des médicaments prescrits et utilisés en Suisse. Si l'on peut s'attendre à ce que les prix des médicaments plus anciens soient réévalués plus souvent, le marché suisse des produits pharmaceutiques demeure néanmoins à l'abri des pressions de la concurrence. À plusieurs reprises, le Conseil fédéral a rejeté des propositions d'autorisation d'importations parallèles au motif que cela ferait courir un risque en termes de santé et aurait un effet dissuasif pour la recherche tandis que l'impact sur les coûts serait faible (OCDE, 2006a). Toutefois, ce n'est là qu'une partie du marché et les barrières à l'entrée et à l'utilisation des génériques subsistent. En général, la procédure d'autorisation de mise sur le marché est rapide comparée à d'autres pays et il existe une procédure simplifiée pour l'entrée sur le marché de génériques bioéquivalents. Néanmoins, des barrières importantes à l'entrée sur le marché semblent subsister[21].

En outre, les pharmaciens peuvent se montrer réticents à remplacer un produit de marque par un générique car ils sont tenus d'informer le médecin à chaque fois qu'ils le proposent et les médecins ne sont guère incités à prescrire des génériques. Enfin, un quart des médecins libéraux délivrent des médicaments (cette pratique est autorisée dans treize cantons et admises avec quelques restrictions dans quatre autres cantons). Il n'est pas évident de savoir si cela peut se justifier par des considérations[22] d'accès ou de santé publique. La plupart des pays de l'OCDE ont interdit la délivrance et la vente de médicaments par les médecins, qui ont pour effet pervers d'encourager la surconsommation de produits pharmaceutiques[23].

4.2.6. Le système de gouvernance décentralisée et la planification cantonale

Les mécanismes actuels de gouvernance conduisent à des inefficiences sur le marché de l'offre de services de santé, en particulier des services hospitaliers, et sur le marché de l'assurance.

Par la taille de son territoire et de sa population, la Suisse est un petit pays ; elle compte néanmoins 26 systèmes de santé décentralisés, régis par des lois cantonales différentes et présentant différents niveaux de capacité de production et de modèles de dépenses de santé. Les 26 cantons sont responsables de la définition et de l'offre de services de santé. Si l'assurance-maladie obligatoire est régie par une loi fédérale, la LAMal a elle-même créé ou renforcé les frontières entre les cantons en conditionnant le remboursement des assurés à l'utilisation de services de santé dans leur canton de résidence, à quelques exceptions près. La concurrence entre les assureurs, et la liberté individuelle de choix de l'assureur, est également limitée au canton.

Ces mécanismes de gouvernance reflètent des facteurs historiques et l'attachement très fort des cantons et des résidents à un contrôle local du secteur de la santé. Mais ils constituent un frein supplémentaire au libre jeu de la concurrence sur le marché de l'assurance. En outre, ils ont créé des zones hospitalières étroites et conduit à une duplication des services de soins entre les cantons, ce qui a eu pour résultat une organisation inefficace de l'offre hospitalière qui n'optimise pas l'utilisation des moyens humains et financiers disponibles. Certains cantons ont développé des unités hospitalières pour des traitements spécialisés, ceci dans le but de réduire les frais générés par l'hospitalisation extra-cantonale de leur population.

En dépit de certains efforts, la planification au niveau régional s'est révélée ni facile ni efficace. Les cantons ont élaboré conjointement des recommandations et des principes de planification hospitalière (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2002 et 2005). De nombreux arrangements particuliers entre les hôpitaux et les cantons ont permis d'assurer une offre de soins adéquate aux personnes vivant dans les zones frontalières entre deux cantons mais seul un petit nombre de cantons ont mis en place des accords intercantonaux (Rüefli *et al.*, 2005; Rothenbühler, 1999)[24]. Toutefois, la planification demeure essentiellement une activité cantonale et l'organisation de l'offre hospitalière ne s'opère pas au niveau régional tant pour des raisons de choix politiques que d'absence d'obligation d'établir une planification intercantonale. La médecine hautement spécialisée est un exemple évident de la manière dont l'organisation de l'offre sur une base cantonale peut engendrer des inefficiences. Dans ce domaine, une planification au niveau national est nécessaire pour assurer l'efficience, la qualité et une couverture effective des besoins sanitaires de la population. Mais jusqu'ici les cantons ne sont pas parvenus à s'entendre sur une coordination de l'offre[25].

En outre, le potentiel de la planification hospitalière comme mécanisme pour optimiser l'affectation des ressources dans le secteur hospitalier a été sous-utilisé (Rüefli *et al.*, 2005). La planification cantonale ne semble pas avoir déclenché, ni au mieux légèrement accéléré, des changements structurels du système hospitalier qui étaient à l'œuvre depuis le milieu des années 80. La planification n'a pas été utilisée comme mécanisme de sélection des hôpitaux à inclure dans la liste des hôpitaux sur la base de leur performance. Des exigences de capacité et de mandats de performance sont incluses dans moins de la moitié des cantons. La planification hospitalière est souvent élaborée en dehors des analyses du système de soins ambulatoires, ce qui limite son potentiel en tant qu'instrument de coordination des soins et de planification des besoins sanitaires de l'ensemble de la population (Rothenbühler, 1999).

Les pressions financières et politiques auxquelles sont confrontés les cantons ont probablement ralenti les décisions de rationalisation dans le secteur hospitalier et la capacité à utiliser la planification hospitalière comme un outil de limitation des coûts et de contrôle de la capacité. Les cantons jouent différents rôles, ce qui peut générer des conflits d'intérêts, par exemple, entre leur rôle politique et de gouvernance d'une part et leur responsabilité en matière de planification, de financement et d'offre de services hospitaliers, d'autre part. Le fait que les cantons sont directement propriétaires de nombreux hôpitaux rend l'objectivité difficile dans le choix des hôpitaux les plus performants à inscrire sur les listes cantonales d'hôpitaux et oblige les cantons à couvrir les déficits de leurs hôpitaux. Il est souvent difficile pour les cantons d'appliquer les décisions résultant de leurs obligations de planification, même lorsque cette application améliorerait l'efficience et la qualité du système d'offre. La vive résistance à laquelle se heurtent les cantons lorsqu'ils veulent fermer un hôpital ou redéfinir ses fonctions peut avoir un impact sur l'issue de la prochaine

échéance électorale. Ce qui signifie que les décisions affectant le paysage hospitalier sont influencées par les dynamiques et les cycles politiques et non pas simplement par les décisions économiques relatives à l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière et à l'affectation optimale des ressources.

4.2.7. L'impact en terme d'efficience de la concurrence sur les marchés de l'assurance

Dans le secteur de l'assurance, la concurrence est faible et elle n'a guère incité les prestataires à une plus grande efficience.

Tout d'abord, en dépit de l'existence au sein de chaque canton d'un grand nombre d'assureurs (encadré 4.4) et de disparités considérables des niveaux de primes, la mobilité des assurés demeure faible et se limite aux personnes jeunes et en bonne santé bien que les informations sur les niveaux de primes soient aisément accessibles (chapitre 3). Une mobilité réduite affaiblit les signaux de la demande et favorise la stabilité sur le marché de l'assurance-maladie, ce qui encourage aussi bien la survie des assureurs performants que des moins performants et ralentit le processus en cours de concentration du marché.

La concurrence s'est développée dans le domaine de la sélection des risques plutôt que celui des mérites respectifs et de la qualité. Encouragés par un système de compensation des risques qui n'est pas pleinement efficace pour compenser les différences de risque entre les caisses, les assureurs trouvent plus commode de baser la concurrence sur le choix des risques. La compensation des risques est jugée nécessaire pour que les assureurs ne soient pas incités à choisir les « bons » risques (encadré 4.5), compte tenu, en particulier, des exigences de tarification uniformes et des grandes disparités de structure du risque des assureurs dans chaque canton. Le système actuel, qui utilise comme base de calcul de la compensation l'âge et le sexe, deux critères connus pour être de mauvais prédicteurs du coût des assurés, compense de manière inappropriée les différences de structure des risques des assureurs. Il prévoit également une compensation rétrospective des coûts encourus par les assureurs plutôt qu'une compensation des risques, supprimant ainsi toute incitation pour les assureurs à rechercher des gains d'efficience auprès des prestataires. Plusieurs études concordent sur les faiblesses du mécanisme actuel de compensation des risques (Beck, 2004b; Beck et Zweifel, 1998; Beck *et al.*, 2003; Holly *et al.*, 2004; Spycher, 1999, 2000, 2002 et 2004b) et proposent des solutions pour y remédier, notamment :

- faire du système de compensation des risques un élément définitif de la LAMal; actuellement, le système est censé ne fonctionner qu'à titre temporaire bien que son mandat initial de dix ans ait été récemment reconduit pour cinq ans[26] ;
- affiner et améliorer la formule de compensation en lui incorporant des indicateurs de santé basés sur les informations liées aux diagnostics, en plus des indicateurs d'ajustement démographique ;
- si ce qui précède n'est pas possible à court terme, adopter à titre provisoire, une formule établie sur la base des hospitalisations de l'année précédente ;
- constituer, comme mesure à court terme, un pool de hauts risques.

En outre, la concurrence entre les assurances se répercute peu ou pas du tout au niveau du marché des prestataires. Les assureurs ne disposent guère d'outils pour influencer les prestataires. Ceci, ajouté à un système de compensation imparfait, encourage la concurrence sur la base de la sélection des risques plutôt que sur la base des mérites respectifs.

Encadré 4.4. **Nombre et taille des assureurs LAMal**

Le marché suisse de l'assurance-maladie est fragmenté entre les cantons et, à l'intérieur de chaque canton, entre un grand nombre d'assureurs. Si le marché a connu un processus de concentration progressive, la faible dynamique de marché a conduit à la survie d'un très grand nombre d'assureurs, dont beaucoup de petite taille. En 2003, 13 % des assureurs avaient moins de 1 000 assurés et ne couvraient, à eux tous, que 0.1 % de la population suisse. Près de la moitié des assureurs avaient moins de 10 000 adhérents et ne couvraient globalement que 1.6 % de la population suisse. En 2003, une moyenne de près de 50 assureurs opéraient dans chacun des cantons (voir tableau ci-dessous).

Taille des assureurs LAMal

Taille de l'assureur (nombre d'assurés)	% d'assureurs LAMal par taille			% de personnes assurées par taille d'assureur LAMal		
	1996	2000	2003	1996	2000	2003
> 1 000 001	1.4	2		28	30.5	
100 001-1 000 000	9	11.8	17.2	56.2	51.7	80.1
10 001-100 000	17.9	27.5	37.6	12.4	15.5	18.3
1 001-10 000	45.5	39.2	32.3	3.1	2.2	1.5
< 1 000	26.2	18.6	12.9	0.3	0.1	0.1
TOTAL (%)	100	100	100	100	100	100
TOTAL						
Nombre d'assureurs LAMal	145	101	93			
Nombre de personnes (milliers)				7 195	7 268	7 363

Source : Données fournies par l'Office fédéral de la santé publique.

Assureurs LAMal par canton, 2003

		Nombre de compagnies d'assurances	% d'assureurs proposant une prime avec bonus	% d'assureurs proposant un réseau de produits (assurance OSSI)	% d'assureurs proposant un réseau de produits (assurance avec accès protégé, etc.)	% d'assureurs proposant un autre type de produits de soins gérés
AG	Argovie	54	15	13	35	6
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures	40	15	3	25	8
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures	44	14	2	25	7
BE	Berne	53	15	25	42	8
BL	Bâle-Campagne	48	17	15	33	8
BS	Bâle-Ville	49	14	14	22	6
FR	Fribourg	48	15	2	19	8
GE	Genève	46	9	4	33	4
GL	Glaris	47	13	2	15	6
GR	Grisons	49	12	8	20	6
JU	Jura	40	10	3	10	5
LU	Lucerne	52	13	25	31	6
NE	Neuchâtel	42	10	2	7	5
NW	Nidwald	39	18	13	18	8
OW	Obwald	44	16	11	16	7
SG	St.Gall	51	14	4	31	8
SH	Schaffhouse	45	16	4	36	9
SO	Soleure	51	14	10	18	25
SZ	Schwyz	50	14	14	24	6
TG	Thurgovie	47	13	4	34	6
TI	Tessin	47	11	2	11	6
UR	Uri	41	17	12	17	7
VD	Vaud	48	10	2	29	6
VS	Valais	65	9	2	5	3
ZG	Zoug	49	14	16	18	6
ZH	Zurich	58	14	22	33	7
CH	**Moyenne par canton**	**48**	**13**	**9**	**23**	**7**

Source : Calculs effectués par l'Office fédéral de la santé publique (2005), *Aperçu des primes 2005,* Berne.

Encadré 4.5. **Améliorer les mécanismes de compensation des risques**

Dans les systèmes de santé où le marché de l'assurance-maladie est concurrentiel, en particulier lorsque le montant des primes ne peut être calculé sur la base des risques, les assureurs sont incités à exclure les « mauvais » risques. Même si les assureurs suisses ne sont pas autorisés par la loi à sélectionner les meilleurs risques, ils disposent de plusieurs moyens, certains légaux et d'autres illégaux, de le faire (Colombo, 2001; Beck, 2000; Beck *et al.*, 2003). Ils peuvent, par exemple, cibler certains groupes de risques en choisissant leur lieu d'implantation, donner aux personnes des conseils sélectifs, faire une publicité sélective et envoyer des mailings ciblés; ils peuvent offrir à des personnes à faible profil de risque des possibilités d'assurance complémentaire, moduler le service à la clientèle et pratiquer un marketing agressif. Enfin, les assureurs peuvent entrer et sortir à leur guise d'un canton dans le but d'attirer une clientèle de bons risques ou sortir d'un marché non rentable. En 1998, par exemple, l'un des plus gros assureurs, Visana, s'est retiré de huit cantons.

Les mécanismes de compensation entre assureurs ou entre les assureurs et le gouvernements/autorité de régulation peuvent aider au maintien de la solidarité. Leur principal objectif est de réduire les incitations pour les assureurs à se faire concurrence en sélectionnant les risques par la mise en place d'un système compensatoire permettant de dédommager les assureurs à structure de risques plus défavorable pour les coûts plus importants qu'ils risquent d'encourir. De tels mécanismes existent notamment dans le système suisse d'assurance-maladie obligatoire, les systèmes australien et irlandais d'assurance-maladie privée, le programme Medicare américain et les systèmes allemand, néerlandais et belge d'assurance-maladie sociale.

La compensation des risques peut prendre des formes diverses. La compensation peut être déterminée au niveau central sur la base d'une formule de capitation ajustée des variables de prévision des dépenses individuelles au titre des soins de santé. Il peut incomber aux assureurs de déterminer, en début de période, la proportion de leurs assurés dont les coûts seront regroupés. Le regroupement (pooling) peut s'appliquer à l'intégralité des coûts des assurés, à un niveau régulé de couverture des prestations, ou à un pourcentage des coûts des assurés au-delà d'un certain seuil. Enfin, la compensation des risques peut consister en des accords de partage des risques entre les assureurs et un fonds central dans lequel les assureurs ne supportent pas les risques liés aux déficits et ne profitent pas des excédents financiers. Chacun de ces mécanismes crée des incitations différentes pour la sélection des risques, l'efficience et la maîtrise des coûts.

Un bon mécanisme de compensation des risques ne doit pas compenser des différences de coûts résultant de l'inefficience des assureurs, car sinon il diminue l'incitation pour les assureurs à gérer efficacement les profils de coûts élevés. Des mécanismes établis sur la base d'une compensation rétrospective des différences de profils des assurés (âge, sexe et région d'origine), comme cela est actuellement le cas en Suisse, n'incitent pas les assureurs à rechercher des gains d'efficience. Par ailleurs, des formules de compensation prospective pourraient, injustement, rendre les assureurs responsables de différences de coûts indépendantes de leur volonté. Il faut donc trouver un juste équilibre entre compensation prospective et compensation rétrospective.

Les variables d'ajustement aux risques peuvent inclure des facteurs socio-démographiques, comme l'âge, le sexe, le revenu, la région, des informations sur l'utilisation antérieure et le diagnostic (par exemple, les diagnostics regroupés par groupe); le statut au regard de l'état de santé et des incapacités fonctionnelles [par exemple, incapacité grave mesurée par les indicateurs AVQ (activités de la vie quotidienne) ou AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne]; les indicateurs de pathologies chroniques (par exemple d'états plus

Encadré 4.5. **Améliorer les mécanismes de compensation des risques** *(suite)*

fréquemment associés à une forte consommation de services médicaux). Bien qu'elles soient faciles à appliquer, les variables socio-démographiques d'ajustement aux risques n'ont pas un pouvoir prédictif aussi grand que celui des autres indicateurs, par exemple les indicateurs fondés sur l'état de santé. L'inscription dans les programmes de gestion des maladies est une autre méthode nouvelle, désormais utilisée en Allemagne et qui permet de mieux saisir les différences de risques. De nombreux pays ont limité l'éventail des variables prédictives, souvent par souci de respecter la confidentialité des données sur les patients ou par manque de données adéquates.

Un mécanisme de compensation des risques est efficace s'il aboutit à un coût marginal de la sélection des risques qui est supérieur au bénéfice marginal que l'assureur en retire. Le mécanisme devrait calculer la compensation sur la base d'ajusteurs de risque suffisants pour qu'il en coûte cher aux assureurs de prévoir la probabilité de dépenses de santé individuelles mieux que ne le fait la formule de compensation. Si les assureurs peuvent en tirer aisément une prévision plus précise, ils seront en mesure d'identifier les individus dont le coût est élevé et pourront les exclure. Il faudrait également prendre en considération les préoccupations pratiques, en particulier les données et les coûts dont on dispose et la résistance que les assureurs risquent d'opposer s'ils ont le sentiment que les mécanismes de compensation les découragent de faire des efforts d'efficience.

Certes, il n'existe pas de mécanisme optimum de compensation des risques mais le système néerlandais est un bon exemple de système qui fonctionne bien. Le système utilise plusieurs variables d'ajustement du risque comme les variables démographiques (âge et sexe), la région, le statut au regard de l'emploi ou de la situation sociale, l'incapacité, les groupes de coûts des diagnostics et les groupes de coûts des produits pharmaceutiques. Il combine également une péréquation des risques *ex ante* avec une correction rétrospective pour prendre en compte le nombre effectif de clients, les écarts de coûts dus à des circonstances imprévisibles et à un nombre extrêmement élevé de plaintes (ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2006).

Source : Version révisée de OCDE (2004c).

Les négociations entre prestataires et assureurs se font dans un contexte de monopole bilatéral entre les associations professionnelles cantonales, les cantons intervenant parfois pour jouer un rôle d'arbitre lorsqu'un accord ne peut être trouvé. Les assureurs peuvent contracter de manière sélective avec les prestataires que dans le cas de produits de soins intégrés. Alors que certains cantons dont les coûts sont supérieurs à la moyenne déclarent que les assureurs ont sensiblement réduit les niveaux de rémunération de leurs prestataires, les contraignant à se restructurer, il n'est pas évident de savoir si ces pratiques collusives seront un mécanisme efficace pour encourager les gains d'efficience sur le long terme par le biais d'une concurrence accrue. Dans le cadre des révisions partielles de la LAMal actuellement en cours, le Conseil fédéral a proposé d'introduire la liberté contractuelle entre assureurs et prestataires. Cette mesure fait débat depuis l'adoption de la LAMal (voir chapitre 5).

Les systèmes de soins intégrés utilisées par les assureurs pour orienter la manière dont les soins de santé sont dispensés ne sont pas très répandus en Suisse. Seuls les assureurs LAMal offrant des produits pour lesquels le choix des prestataires est limité, utilisent ces pratiques, à des degrés très divers (encadré 4.6). Ces modèles d'assurance ne représentent toutefois que 7 à 8 % de l'ensemble du marché de l'assurance-maladie LAMal

et le taux de croissance de ces types d'assurance a été relativement faible (tableau 3.9). Cette lenteur peut être attribuée à toute une série de facteurs : de nombreux médecins s'opposent à une limitation de leur liberté clinique et la plupart ne sont pas d'accord sur une rémunération par capitation; les patients sont attachés au libre choix des prestataires et ne veulent pas de limitation de leurs options en matière de soins; enfin, ce type de couverture tend à générer pour les assureurs des coûts administratifs plus élevés (Beck *et al.*, 2003).

En Suisse, les soins intégrés semblent avoir eu quelques effets sur l'amélioration de la coordination des soins (encadré 4.6). Toutefois leur impact sur le coût de l'assurance obligatoire n'a pas été particulièrement encourageant[27]. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce résultat. Premièrement, dans un contexte de soins intégrés, les assureurs ne prennent dans l'ensemble guère de mesures pour influencer les soins et contrôler les coûts car ils craignent vraisemblablement une réaction défavorable des consommateurs. Deuxièmement, les incitations économiques pour les prestataires sont souvent peu nombreuses. De nombreux contrats de soins intégrés comportent, par exemple, une garantie de l'assureur en cas de déficit, éliminant ainsi le transfert de risque de l'assureur au prestataire (Beck, 2000). Troisièmement, les assureurs ne sont guère incités à coordonner les soins dans le secteur hospitalier car ils ne sont responsables que d'une partie des coûts des patients hospitalisés, le solde étant à la charge des cantons. Les techniques des soins intégrés semblent être appliquées essentiellement en ambulatoire et les assureurs n'influencent guère le continuum des soins. Enfin, la sélection des risques étant pour les assureurs un terrain sur lequel il est rentable de se faire concurrence, des plans de soins intégrés ont été utilisés pour attirer les bons risques plutôt que pour maîtriser le coût des soins de santé. Les trois quarts des économies réalisées grâce au système des soins intégrés peuvent s'expliquer par une sélection favorable de ces produits par des personnes à profil de risque faible dont on peut penser qu'elles feront une utilisation moindre des services de santé (Beck, *ibid. ;* Gardiol *et al.*, 2005).

L'expérience de la SUVA, l'assureur-accidents en situation de quasi-monopole en Suisse, présente un tableau légèrement différent. La SUVA a su plus efficacement réaliser des économies en imposant certaines contraintes à la demande et en accordant aux prestataires un pouvoir de négociation accru, mais aussi en investissant lourdement dans la gestion individualisée des cas pour les victimes d'accidents. Les incitations à une approche plus pratique résultent du fait que la SUVA assure les pertes de salaires liées à l'accident mais aussi les coûts médicaux associés. Un retour au travail rapide et une baisse des taux d'invalidité peuvent donc réduire sensiblement le coût global d'une assurance. L'utilisation de techniques de gestion des soins et des malades semble avoir grandement contribué à la stabilité des primes des assurances accidents ces dernières années. L'expérience de la SUVA et les résultats médiocres obtenus jusqu'ici par les assureurs pour promouvoir un meilleur rapport coût-efficacité ont contribué à la proposition d'un système d'assureur unique dans le contexte de la LAMal. Cette propositon sera soumise au suffrage populaire dans le cadre d'un référendum, courant 2007 (Comité national mouvement populaire des familles, 2006). Si cette proposition de réforme, comme d'autres, fait largement débat dans le contexte des révisions partielles de la LAMal en cours (chapitre 5), les expériences de la SUVA et des assureurs LAMal donnent à penser que les techniques de soins gérés peuvent améliorer la coordination des soins et avoir un impact sur les coûts sous réserve de mieux aligner les incitations des assureurs sur celles des prestataires.

Encadré 4.6. **Mesures prises par les assureurs pour influencer l'offre de soins et la maîtrise des coûts**

On entend par soins intégrés un ensemble de techniques permettant d'orienter le mode de prestation des soins de santé, comme l'approbation/les exigences préalables à l'utilisation, les audits d'utilisation, les « guidelines » médicales, les restrictions imposées aux traitements, différentes méthodes de paiement des prestataires en plus du paiement à l'acte, la facturation d'honoraires plus élevés aux assurés consultant des médecins qui ne sont pas agréés par l'assurance des soins gérés.

Selon la LAMal, les contrats passés entre assureurs et prestataires devraient inclure des mesures de maîtrise des coûts. En pratique, les assureurs ne font pas grand chose dans ce sens. De nombreux assureurs effectuent des analyses statistiques et comparatives (benchmarking) des coûts moyens par patient, des coûts moyens pour les prescriptions et des coûts moyens pour certains clients dirigés. Les prestataires dépassant un certain pourcentage verront leur cas examiné et, dans certains cas extrêmes, les assureurs pourront demander le remboursement de paiements effectués antérieurement. Les assureurs pourront également demander l'approbation préalable de certains traitements.

Les produits de soins intégrés adoptés par les assureurs suisses incluent des modèles très différents, impliquant diverses systèmes de soins intégrés. Le type de police le plus répandu (système de médecin référent et facturation à l'acte) qui représente les deux tiers du marché et existe dans 16 cantons (Bauer, 2004) impose aux personnes de consulter au préalable un médecin de famille qui les orientera vers un niveau de soins supérieur. Ce modèle d'assurance n'utilise pas ou pratiquement pas d'autre technique de soins intégrés.

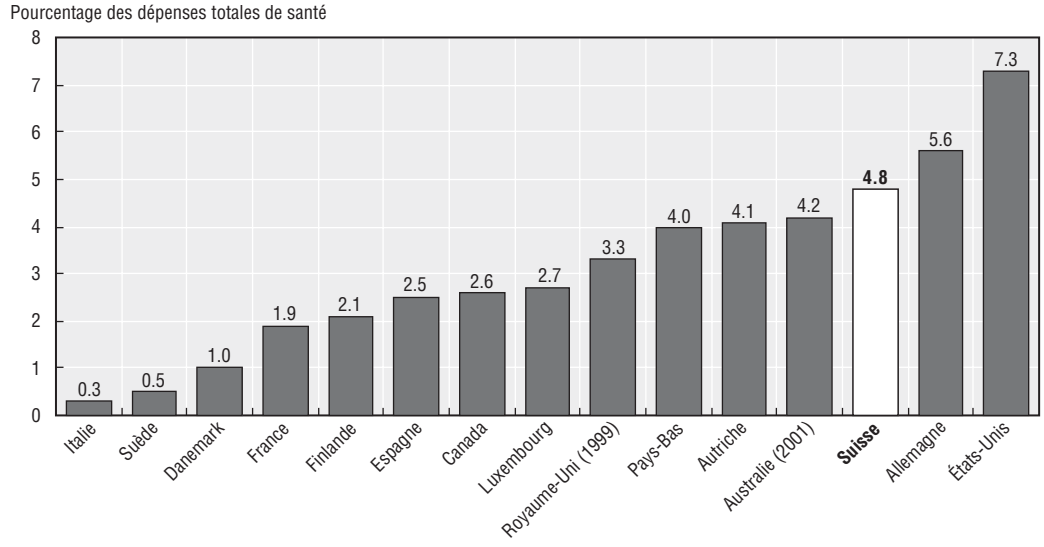
Les HMO et les organisations de type IPA (comme les cabinets de groupes disposant d'un budget à gérer) cherchent plus activement à influer notamment sur les traitements en ambulatoire. Les budgets de ces organisations peuvent également englober les coûts d'hôpitaux mais pas les coûts des procédures les plus onéreuses. Ces modèles d'assurance mettent en place des autorisations préalables d'utilisation, des audits d'utilisation et élaborent des « guidelines » médicales ou adaptent celles existantes. Certains contrats peuvent inclure l'obligation pour les réseaux d'établir des cercles de qualité et pour les généralistes d'assister aux réunions de ces cercles. Ces types d'assurances ne représentent qu'une petite partie du marché des soins gérés (environ 15 % du marché pour les HMO, et une très petite part du marché pour les cabinets de groupe gérant un budget).

La coordination des soins paraît plus grande dans un contexte de soins intégrés que dans une assurance LAMal ordinaire, en particulier dans les HMO et les réseaux de prestataires disposant d'un budget à gérer. Ce genre d'organisation tend à regrouper un nombre adéquat de professionnels et de spécialistes ayant les qualifications requises pour assurer le traitement en ambulatoire des patients. Lorsque le groupe ne dispense pas de soins en hôpital, les médecins peuvent orienter les patients dans le choix d'un hôpital et travailler en étroite liaison avec les hôpitaux pendant la durée du traitement de manière à réduire les risques d'une interruption du processus de soins et à accroître les chances d'un prompt rétablissement. Les médecins intervenant dans des pratiques de soins intégrés s'appuient souvent sur l'utilisation d'outils (tels que la surveillance, la pression des pairs et les mementos) pour limiter les variations de pratiques et les problèmes de qualité insuffisante. Ils sont également encouragés à adopter des « guidelines » médicales et une médecine fondée sur des résultats cliniques et scientifiques, et ont l'opportunité de bénéficier d'une formation continue. Les professionnels travaillant en équipe partagent les informations sur les pratiques et l'historique médical des patients.

4.2.8. Coûts administratifs

Comme dans d'autres systèmes de santé à payeurs multiples, les coûts administratifs et de gestion du système de santé suisse sont élevés par rapport aux standards internationaux, même si les différences de définition d'un pays à l'autre rendent les comparaisons difficiles. En 2003, les coûts administratifs ont représenté 4.8 % des dépenses totales de santé, plaçant la Suisse à la troisième position des pays de l'OCDE derrière les États-Unis et l'Allemagne (graphique 4.13). Des coûts administratifs élevés reflètent la structure plus décentralisée du système de santé suisse dans lequel un très grand nombre de responsabilités sont assumées par les cantons. Il serait très surprenant que cela ne conduise pas à des structures administratives faisant double emploi et à des opportunités moindres d'économies d'échelle. Les flux financiers entre de multiples assureurs sociaux peuvent contribuer à la complexité des paiements des services de santé (maladie, accident, invalidité et assurance militaire). L'absence de bonne coordination à travers l'éventail de soins et la mauvaise intégration du système sont également des facteurs de renchérissement des coûts de gestion du système.

Graphique 4.13. **Part des dépenses administratives dans les dépenses totales de santé dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000**



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Bien que l'efficacité administrative au niveau du système puisse être améliorée, il est également juste de dire que la part des coûts administratifs dans les dépenses totales de santé n'est pas plus élevée en Suisse que dans d'autres pays fédéraux, excepté les États-Unis, ce qui donne à penser que l'administration du système ne génère peut-être pas autant de gaspillage que l'on pourrait s'y attendre au vu de son mode de fonctionnement.

Bien que les dépenses administratives des assureurs dans le système d'assurance-maladie obligatoire aient diminué, passant de 8.2 % en 1996 à 5.7 % en 2003, le ratio « demandes de remboursement/primes » s'est amélioré sur la période, passant de 97 % à 91 %, ce qui montre qu'une proportion moindre des primes d'assurance-maladie est absorbée par le coût des services de soins de santé (tableau 4.5). Le niveau élevé des réserves accumulées par les assureurs LAMal et leur récente augmentation (14.2 % des primes encaissées en 2003 contre 12.8 % en 2002) leur ont également valu dernièrement de

Tableau 4.5. **Coûts administratifs, ratios sinistres-primes et réserves des assureurs LAMal, 1996-2003**

Pourcentage

	1996	1998	2000	2002	2003
Coûts administratifs (% de l'assurance totale et des coûts de fonctionnement)[1]	8.2	6.6	6.1	5.9	5.7
Ratio sinistres-primes (prestations versées en % des primes encaissées)	96.9	93.9	98.1	95.0	91.2
Taux des réserves (% de primes encaissées)	25.7	23.5	21.1	12.8	14.2

1. Les coûts administratifs incluent l'amortissement des immobilisations.
Source : Office fédéral de la santé publique (2004), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Berne.

vives critiques. Les assureurs ne pouvant faire de profits, ces montants sont utilisés pour réduire les primes ou accroître les réserves. Une réduction des taux de réserves pourrait donc être utilisée pour réduire les pressions en faveur d'un relèvement des primes. S'il est possible d'envisager une réduction du taux de réserve légal pour les assureurs LAMal, la part des primes représentée par les réserves financières a affiché une tendance à la baisse depuis l'adoption de la LAMal en 1996 (tableau 4.5). Une réduction du taux des réserves pourrait certes réduire, à court terme, les pressions à la hausse des primes mais elle n'aurait qu'un effet ponctuel et ne résoudrait pas le problème sous-jacent de l'inflation par les coûts dans le système de santé suisse.

Notes

1. Depuis 1996, la Suisse a enregistré le troisième plus faible taux de croissance réelle du PIB de la zone OCDE (OCDE, 2006a).
2. En 2000, le coût des soins de longue durée a représenté 1.5 % du PIB; 85 % de ce coût était attribuable aux centres médicalisés de long séjour et le reste au Spitex.
3. Plusieurs études discutent de la manière dont une augmentation de l'offre peut aboutir directement à une augmentation de la demande. Fuchs (1978) analyse les différences observées dans l'offre de chirurgiens et la demande d'opérations dans différentes régions des États-Unis. Il montre comment l'offre de chirurgiens joue sur la demande d'opérations. Domenighetti et Pipitone (2002) ont estimé le coût de la demande induite par l'offre à 17 % des dépenses totales au titre de la LAMal pour l'année 2000. Une autre étude de Domineghetti *et al.* (1993) montre comment des patients mieux informés, comme les médecins, ont une consommation de procédures chirurgicales courantes sensiblement inférieure à celle de patients ordinaires, moins bien informés. Domineghetti *et al.* (1984) montrent également que dans le canton du Tessin le taux élevé d'hystérectomies s'explique essentiellement par la forte densité de gynécologues. À l'aide de séries chronologiques et de données transversales pour 26 cantons sur la période 1996-2002, Crivelli, Filippinini et Mosca (2006) analysent la manière dont le paiement à l'acte des médecins gonfle les dépenses, soulignant un phénomène possible de demande induite par l'offre. Enfin, Domineghetti *et al.* (1988) montrent comment une meilleure information des patients, par le biais d'une campagne d'information dans les médias par exemple, pourrait limiter la demande induite.
4. Les cantons de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich ont mis en place un système de restrictions à l'entrée dans les écoles de médecine. Cette mesure reflète en partie les conséquences du changement de méthodes d'enseignement (apprentissage basé sur la résolution de problèmes, tutorat et enseignement de groupe).

5. Berk et Monheit (2001), par exemple, constatent qu'aux États-Unis 10 % seulement de la population représente 70 % du coût total des soins de santé. (Voir également Sommer et Biersack, 2005.)
6. On dispose de peu d'information concernant le niveau des coûts unitaires en Suisse comparés aux modèles existants dans les autres pays de l'OCDE, ce qui rend difficile la comparaison entre niveaux des prix de la santé.
7. Malheureusement, il n'existe pas de données fiables permettant de comparer le niveau des honoraires en Suisse à ceux d'autres pays de l'OCDE.
8. Les prix des produits mis sur le marché après 1996 demeurent supérieurs de 8.9 % aux prix allemands.
9. Des indications émanant notamment du Japon, du Canada et de Belgique montrent que l'utilisation simultanée de la rémunération à l'acte et de budgets contraignants ne génère pas nécessairement des coûts plus élevés même si elle peut conduire à une offre excessive.
10. Ce qui est analogue à la situation observée en Allemagne.
11. Comme pour les praticiens indépendants, plusieurs séries d'ajustements de la valeur du point tarifaire ont été opérées et l'on peut penser que la neutralité des coûts sera maintenue. Toutefois, le volume des prestations médicales a considérablement augmenté depuis l'adoption du système TARMED. Des modifications ont été apportées à la valeur des points alloués à chaque élément afin de corriger les coûts à la baisse et de maintenir la neutralité des coûts prévue. Toutefois, on manque de recul pour pouvoir en tirer des conclusions pour l'avenir.
12. Sur la base des données relatives aux demandes de paiements. En outre, TARMED n'a pas été conçu pour renforcer les incitations financières à un accroissement des services en milieu rural où l'offre est actuellement déficitaire car en Suisse la valeur des points ne prend pas en compte les différences de densité de prestataires.
13. Selon une estimation, une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation d'une journée, ce qui tend à être particulièrement faible dans les petits hôpitaux de soins de base, peut réduire les coûts hospitaliers d'environ 4 % (Filippini et Farsi, 2005).
14. Voir également Docteur et Oxley (2003) pour une analyse des réformes des systèmes hospitaliers de passation des contrats et de paiement afin d'améliorer le rapport coût-efficacité dans les pays de l'OCDE.
15. Depuis le milieu des années 80, les pressions financières ont poussé de nombreux cantons à mettre en œuvre des pratiques de gestion d'entreprise et à opérer des changements structurels dans le secteur hospitalier tels que des regroupements, reconversions, fusions et fermetures d'hôpitaux, réductions du nombre de lits et de la durée moyenne d'hospitalisation (Rüefli *et al.*, 2005). Les domaines les plus communément affectés ont été la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la médecine interne et les soins de longue durée/la gériatrie. Ces changements structurels ont affecté les cantons de différentes façons. Des réductions du nombre de lits ont été opérées dans 13 cantons, dont la moitié environ dans les cantons de Zurich et de Berne.
16. Selon l'étude, plusieurs petits hôpitaux n'ont pas la taille nécessaire pour profiter d'économies d'échelle et de normes de qualité, alors que les grands hôpitaux universitaires pourraient améliorer considérablement leur efficience, même après neutralisation des différences de case-mix (Filippini et Farsi, 2005).
17. Un rapport intermédiaire sur l'introduction de la carte d'assuré est disponible à l'adresse. *www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/00306/index.html?lang=de*. Deux cantons ont lancé des projets pilotes, le premier (Tessin) pour la mise en place d'une carte de santé électronique et le second (canton de Genève) pour la mise en place d'un réseau médical électronique.
18. Voir chapitre 1. Les autorités suisses n'utilisent les prix des produits pharmaceutiques en France, en Italie et en Autriche qu'au titre d'informations complémentaires. Ces pays ont, dans l'ensemble, des prix inférieurs à ceux des principaux pays de comparaison (Allemagne, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni).
19. L'importation parallèle de médicaments non brevetés est autorisée, sous certaines conditions, depuis janvier 2002. Les importations parallèles doivent être autorisées par Swissmedic; les médicaments doivent se conformer aux exigences suisses de qualité et de conditionnement et provenir de certaines régions (comme l'Espace économique européen, les États-Unis, le Canada ou le Japon).

20. À compter du 1er avril 2006, les prix de tous les médicaments de marque non protégés par un brevet figurant sur la liste des produits remboursés depuis 1990 seront réexaminés. À compter du 1er juillet, les prix des médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS) avant 1990 seront réexaminés. Les prix des médicaments seront régulièrement réexaminés sept ans après leur inscription sur la liste des produits remboursés (lorsque l'utilisation du médicament n'a pas été étendue au traitement de pathologies supplémentaires). Cela permettra de réduire les prix supérieurs des médicaments anciens, comme indiqué à la section 4.1.3. Enfin, les prix des médicaments brevetés devront être révisés dès l'arrivée à expiration du brevet et deux ans après.

21. L'environnement réglementaire actuel semble avoir sensiblement restreint l'autorisation et l'importation de médicaments, qu'il s'agisse de génériques ou de médicaments dont le brevet est arrivé à expiration, Ainsi, après plus de trois années d'administration de la loi sur les produits thérapeutiques, trois médicaments seulement ont obtenu l'autorisation permettant leur importation parallèle mais ces médicaments ont été confrontés, dans un premier temps, à d'autres obstacles bureaucratiques (Surveillant des prix, 2005).

22. Le manque de pharmaciens dans certaines régions est un argument en faveur de l'autorisation de délivrer des médicaments accordée aux médecins.

23. Voir, par exemple, l'expérience récente de la Corée. En 2000, la Corée a mis en place une réforme visant à séparer la fonction de prescription de médicaments, attribuée aux seuls médecins, de la fonction de délivrance, attribuée aux seuls pharmaciens. Si la réforme a entraîné une série de grèves des médecins et si les pouvoirs publics ont dû intervenir pour compenser partiellement la perte de revenus de ces derniers, elle a également conduit à une réduction de la surconsommation de produits pharmaceutiques (en particulier d'antibiotiques), à une plus grande sensibilisation des patients à l'utilisation des produits pharmaceutiques et à une amélioration de la qualité des prescriptions (OCDE, 2003b).

24. À titre d'exemple, un hôpital intercantonal a été créé entre le canton de Vaud et delui du Valais mais également entre le canton de Fribourg et le canton de Vaud. En outre, des conventions ont été signées pour la libre circulation des patients entre les régions frontalières des cantons d'Argovie et de Lucerne et entre les cantons du Tessin et des Grisons (Unternäher, 2005). Enfin, la planification intercantonale n'existe jusqu'ici que dans deux cas : Bâle-Ville et Bâle-Campagne et Lucerne/Obwald/Nidwald.

25. En novembre 2004, la CDS a adopté un accord intercantonal relatif à la coordination d'une médecine hautement spécialisée, qui établissait un cadre juridique pour la planification intercantonale. Pour que cet accord entre en vigueur, une ratification cantonale était nécessaire et les cantons signataires devaient renoncer à une partie de leur autorité sur la planification hospitalière. Mais l'accord n'est jamais entré en vigueur, un canton ayant refusé de le signer (une approbation par 17 cantons englobant tous les cantons ayant des hôpitaux universitaires, était nécessaire). Pour plus de détails, voir : *www.gdk-cds.ch/117+M52087573ab0.0.html*.

26. Lorsque la LAMal a été votée en 1994, le législateur s'attendait à ce que les personnes ayant un bon profil de risque comme celles ayant un mauvais profil de risque changent d'assureur pour obtenir le meilleur prix. Au bout d'un certain temps, il y aurait eu égalisation des structures de risque des différentes caisses. C'est la raison pour laquelle la loi limitait le fonctionnement du système d'ajustement aux risques (mis en place depuis 1993) à une période prenant fin en 2005. Mais ces attentes ne se sont pas confirmées. Quelques personnes, pour la plupart des personnes à bon profil de risque, ont changé d'assureur mais les différences de structure des risques sont demeurées largement inchangées. Le montant net payé *via* le système de péréquation a augmenté au taux moyen de 10 % par an depuis 1996. Les transferts sont concentrés sur un petit nombre d'assureurs, ce qui indique une répartition inégale du risque sur le marché (Beck *et al.*, 2003).

27. Des éléments observés aux États-Unis montrent que les *managed care* n'ont eu sur le coût global que des effets de courte durée tandis que les indications globales de leur impact sur la qualité sont mitigées (OCDE, 2004c).

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 5

Réformes récentes et propositions de réforme du régime suisse d'assurance-maladie

Si les objectifs d'accès et de couverture de la LAMal ont été globalement atteints, les coûts du système de santé continuent à progresser plus rapidement que le PIB, ce qui limite la capacité du système à financer cet accroissement des dépenses. Cela a conduit les autorités suisses à envisager de nouvelles façons d'améliorer la performance financière du système, là encore dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Depuis 1996, plusieurs propositions de révision de la LAMal ont été discutées par le Parlement; la dernière l'est encore actuellement. Ce chapitre décrit ces révisions et leur statut législatif actuel.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les autorités suisses et les différentes parties prenantes n'ont cessé de discuter de la manière de réformer le système pour améliorer sa performance. Après une première révision en 2001, qui a comporté la mise en œuvre de plusieurs mesures individuelles sans lien les unes avec les autres, les autorités ont cherché à procéder à des révisions plus importantes pour promouvoir, en particulier, des objectifs d'amélioration de l'efficience et de réduction des coûts. Toutefois, le processus de réforme a été retardé par les difficultés des parties à se mettre d'accord sur les orientations appropriées à donner au changement.

5.1. La première révision de la LAMal

Une première proposition de révision de la LAMal a été présentée en 2000 par le gouvernement suisse et adoptée le 1er janvier 2001. Cette version révisée comportait les mesures suivantes :

- suppression de l'obligation de souscrire une assurance obligatoire pour les personnes ayant souscrit une assurance militaire pour une durée supérieure à 60 jours consécutifs ;
- standardisation des trois régions dans chaque canton où les assureurs peuvent appliquer des primes différentes (reflétant les disparités des coûts de la santé d'une région à l'autre au sein d'un canton). Auparavant, ces régions étaient définies par assureur et donc variaient d'un assureur à l'autre ;
- introduction d'un nouveau mode de rémunération des pharmaciens et des médecins prescripteurs, sur la base d'une rémunération à l'acte et non plus d'une marge sur le prix de vente au détail des médicaments délivrés (RBP, voir chapitre 1) ;
- droit pour les pharmaciens de remplacer un produit de marque par un générique bioéquivalent (à la condition que le médecin prescripteur en soit informé et qu'il n'ait pas exigé la délivrance d'un produit de marque) ;
- gel pendant trois ans (de 2002 à 2005) de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux ;
- quelques améliorations apportées au système d'aides pour les personnes à faibles revenus et les familles (par exemple, en imposant aux cantons de verser les aides au moment où les personnes doivent acquitter les primes et non pas longtemps après) ;
- modifications du système de participation aux coûts : *i*) suppression de la franchise pour le coût des mammographies effectuées dans le cadre de programmes de prévention organisés par les cantons et *ii*) interdiction de couverture par une assurance complémentaire de la participation à des frais encourus selon la LAMal ;
- adoption de mesures visant à faciliter le passage d'un assureur LAMal à un autre assureur LAMal (par exemple, les assureurs ne sont plus autorisés à résilier des contrats d'assurance-maladie complémentaire lorsqu'une personne change d'assureur pour sa couverture de base) ;
- renforcement des pouvoirs de surveillance sur les assureurs LAMal (par exemple, droit pour l'Office fédéral d'effectuer des audits non annoncés des activités des assureurs et

d'avoir accès à toutes les données pertinentes et droit d'infliger des sanctions monétaires en cas d'irrégularités).

Toutefois, ces réformes ne se sont guère attaquées aux principales causes des faibles performances du système en matière de coûts de sorte qu'elles ont été bientôt suivies de propositions de réformes complémentaires.

5.2. Deuxième révision de la LAMal

En 2002, le gouvernement a fait des propositions au Parlement en vue d'une deuxième révision de la LAMal. Ces réformes s'inspiraient d'un modèle de régulation de la concurrence entre assureurs LAMal. Elles visaient à s'attaquer à quelques-unes des entraves à une concurrence plus efficace, en abolissant l'obligation pour les assureurs de passer contrat avec tous les prestataires et à réformer le système de financement dual des hôpitaux (Leu, 2005)[1]. Les propositions ont été présentées au Parlement sous la forme d'un paquet unique mais le consensus requis n'ayant pu être trouvé, elles ont été rejetées dans le courant de l'hiver 2003.

Après le rejet de la deuxième révision, le Conseil fédéral a tenté de faire passer le même ensemble de mesures dans une autre révision de la LAMal. Cette révision a été présentée sous la forme de deux paquets législatifs, contenant chacun une révision de différents aspects du système, à discuter séparément. Les dernières révisions s'attachent principalement à maîtriser les coûts grâce à une amélioration des incitations économiques auxquelles sont confrontés les différents acteurs des systèmes de santé. (Le tableau 5.1 présente un résumé des mesures.)

Mais l'absence de consensus politique concernant plusieurs des mesures proposées risque, une fois encore, de compromettre l'adoption des réformes. On observe, en particulier, de grandes divergences de vues sur la meilleure façon d'associer le recours croissant à une concurrence réglementée entre assureurs et prestataires (que les réformes de la LAMal envisagent de pousser en avant), au rôle de planification et de financement des cantons. On n'a donc pas l'assurance que ces mesures seront acceptées ni sous quelle forme elles le seront.

5.2.1. Accès et équité : révisions du système de subventionnement des primes

Comme indiqué, la LAMal a globalement atteint ses objectifs d'amélioration de l'accès aux soins pour tous. Les discussions sur la manière d'améliorer encore le système se sont donc limitées aux façons d'améliorer le système de subventionnement des primes pour les personnes à faibles revenus de manière à assurer une plus grande équité du financement, tant sur le plan horizontal que vertical. Ces discussions ont duré plusieurs années. Au cours de l'hiver 2001, le Parlement a étudié une proposition selon laquelle les aides accordées aux familles à faibles revenus devaient être suffisantes pour que le montant des primes n'excède pas 8 % des revenus des ménages. Aucun accord n'ayant pu être trouvé, une nouvelle proposition a été présentée dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal. Dans cette proposition, il était demandé aux cantons de définir quatre groupes de revenus différents dont chacun était associé à un seuil différent d'adéquation sociale. Les primes payées par ces groupes ne devaient pas excéder 2 % à 10 % des revenus des personnes (selon le groupe) et 4 % à 12 % des revenus des ménages. Si les cantons étaient d'accord sur le principe, ils n'ont pas réussi à s'entendre sur les problèmes de mise en œuvre pratique et la proposition a été rejetée ultérieurement par le Parlement dans le cadre

Tableau 5.1. **Propositions du Conseil fédéral au Parlement pour la révision la plus récente de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal)**

1er PAQUET LÉGISLATIF (A)		2e PAQUET LÉGISLATIF (B)	
Propositions de révisions de la LAMal préparées par le Conseil fédéral	**État d'avancement de l'approbation par le Parlement (à fin mai 2006)**	**Propositions de révisions de la LAMal préparées par le Conseil fédéral**	**État d'avancement de l'approbation par le Parlement (à fin mai 2006)**
Proposition 1A *Mesures stratégiques et urgentes* • Mise en place d'une carte d'assuré. • Extension du mécanisme de compensation des risques au-delà de 2004 (le mandat initial venait à expiration en 2005). • Mesures transitoires sur le financement des services de soins de longue durée. • Loi fédérale sur l'adaptation des aides cantonales au coût des traitements hospitaliers.	*Adoptée par le Parlement à l'automne 2004 et finalement adoptée sans référendum le 1er janvier 2005.* • La carte d'assuré sera mise en place en 2008. • Le mécanisme de compensation des risques a été prolongé de cinq ans sans aucune modification de la formule. • Gel des tarifs des services de soins de longue durée jusqu'à l'adoption d'une réforme du financement des soins de longue durée. • Prolongation de la loi fédérale sur les aides cantonales pour les coûts hospitaliers jusqu'à l'adoption d'un nouveau système de financement des hôpitaux. Le Parlement a également prolongé de trois années supplémentaires le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux (voté initialement, en 2002, pour une durée de trois ans).	***Proposition 2A*** Financement des hôpitaux. Le financement des hôpitaux reposerait sur les prestations effectivement fournies au lieu d'être calculé sur la base du coût de journée moyen ou sous la forme d'une subvention globale pour l'ensemble de l'établissement. Le coût (y compris l'investissement) des services assurés par les hôpitaux publics et privés apparaissant dans le système de planification cantonale serait financé pour moitié par les cantons et pour moitié par les assureurs LAMal (« financement dual-fixe »). Le Conseil fédéral s'est également engagé à proposer un système de financement dans lequel il y aurait un payeur unique en remplacement du système actuel de financement parallèle, qui repose sur deux flux distincts de paiements, l'un en provenance des cantons et l'autre en provenance des assureurs LAMal.	Le Conseil des États a commencé à examiner cette proposition.
Proposition 1B *Liberté contractuelle.* L'obligation pour les assureurs LAMal de passer contrat avec tous les prestataires serait supprimée dans le secteur ambulatoire. Cette proposition constitue une alternative au gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux.	Aucune des chambres du Parlement n'a commencé à examiner cette proposition. Le Conseil des États sera la première chambre à discuter de cette question dans le courant de l'été 2006.	***Proposition 2B*** Soins intégrés. Les modèles d'assurance proposant des soins intégrés seraient explicitement adoptés par le législateur comme un produit spécial d'assurance-maladie dans la LAMal (qui se réfère actuellement à une assurance assortie d'un « choix limité de prestataires »), dans le but d'encourager la diffusion de ce modèle.	Le projet sera examiné, en premier lieu, par le Conseil des États dans le courant de l'été 2006.
Projposition 1C *Réductions des primes.* Un seuil national serait établi. Sur la base de ce seuil, les montants de primes à la charge des ménages, nets des aides reçues, ne devraient pas excéder un certain pourcentage du revenu disponible.	*Adopté par le Parlement au printemps 2005 et prenant effet au 1er janvier 2006.* Aucun seuil national de revenu n'est établi et les critères d'éligibilité demeurent fixés par les cantons. Chaque canton est tenu d'accorder des réductions de primes d'au minimum 50 % pour les enfants et les étudiants des familles à faibles revenus. Les cantons définissent les critères d'éligibilité. En 2006 et 2007, l'aide fédérale sera majorée de 100 millions CHF.	***Proposition législative distincte*** *Financement du coût des soins de longue durée.* La LAMal couvrirait tous les coûts liés aux traitements médicaux et financerait un montant fixe du coût des services de base (tels que l'aide aux personnes âgées pour se laver, s'habiller ou manger) en cas d'invalidité grave. Le système AVS (assurance-vieillesse et survivants) verserait une allocation pour financer les services de soins à domicile. La distinction entre invalidité légère et invalidité lourde est identique à celle utilisée dans le système AVS. Enfin, le plafond annuel des prestations complémentaires de l'AVS serait relevé.	En février 2005, le Conseil fédéral a adopté un projet de révision de la LAMal, qui a été envoyé au Parlement pour discussion. Deux variantes différentes du modèle sont proposées. Le projet sera examiné, en premier lieu, par le Conseil des États dans le courant de l'été 2006.
Proposition 1D *Participation aux coûts.* Le taux de coassurance serait porté de 10 % actuellement à 20 % pour les adultes. Le plafond global de 700 CHF par an ne serait pas modifié.	*Le Conseil des États a adopté le projet à l'automne 2004.* À la même époque, une commission du Conseil national a adopté une motion selon laquelle la proposition relative à la participation aux coûts et celle relative à la liberté de contracter devraient être débattues simultanément.		

Source : Informations émanant de l'Office fédéral suisse de la santé publique, disponibles à l'adresse: *www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/index.html?lang=de.*

de la deuxième révision de la LAMal. Parmi les dernières mesures proposées, le Parlement a finalement accepté une mesure alternative par laquelle les cantons se sont engagés à réduire les primes d'au minimum 50 % pour les enfants et les jeunes en formation issus de familles à revenus intermédiaires et modestes. Le coût de cette réforme sera partiellement financé par une augmentation des aides fédérales de 100 millions de CHF en 2006 et 2007.

5.2.2. Mesures ciblées sur des objectifs de maîtrise des coûts et d'efficience

Comme indiqué, la plupart des changements proposés par le Conseil fédéral visent à mettre en œuvre des mécanismes plus performants de maîtrise des coûts et à améliorer les incitations liées à l'efficience sur le marché de l'assurance et sur celui des prestataires. Les autorités suisses envisagent d'atteindre ces objectifs en responsabilisant davantage les personnes par une plus grande participation aux coûts en matière de dépenses de santé. Les changements proposés visent également à renforcer le rôle des assureurs maladie dans la maîtrise des coûts par des pressions concurrentielles accrues sur les marchés des prestataires.

Participation accrue aux frais

Une proposition visant à introduire des taux plus élevés de co-assurance (20 % du coût des médicaments et des services) a été discutée et rejetée dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal. Le Conseil des États a néanmoins décidé d'augmenter la participation aux coûts en portant la quote-part à 20 %, tout en déléguant au gouvernement (Conseil fédéral) la possibilité de différencier cette quote-part pour certaines prestations. Dans le cadre d'une révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a proposé d'institutionnaliser un taux de coassurance de 20 %, le gouvernement étant libre de fixer un taux inférieur (ou supérieur) pour des services spécifiques. Le plafond annuel du montant global de coassurance payé par une personne sera maintenu à 700 CHF. Ce qui, ajouté aux 300 CHF de la franchise ordinaire donne un montant maximum de 1 000 CHF de participation aux coûts à la charge d'une personne couverte par une police d'assurance ordinaire. Le Conseil des États a adopté la proposition à l'automne 2004. À la même époque, une commission de la chambre basse a adopté une motion selon laquelle la proposition relative à une participation accrue aux coûts et celle relative à la liberté contractuelle entre assureurs et prestataires devaient être débattues simultanément[2].

Mesures visant à accroître la concurrence entre assureurs et entre prestataires

À l'automne 2004, le Parlement a adopté une série de mesures à caractère unique que les autorités estimaient ne pouvoir différer. Ces mesures comportaient les changements suivants :

- prolongation pour cinq années supplémentaires du mécanisme de compensation des risques, sans aucune modification de la formule[3]. L'affinement de la formule de compensation des risques, à l'aide de mesures plus performantes d'ajustement aux risques entre les assureurs LAMal, a été remis à plus tard ;
- prolongation pour trois années supplémentaires du gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Le gouvernement a souligné le caractère provisoire de cette mesure qui devrait être remplacée, à moyen terme, par la liberté contractuelle entre assureurs et prestataires.

Liberté contractuelle. Depuis l'adoption de la LAMal, on discute de l'opportunité de supprimer l'obligation faite aux assureurs LAMal de contracter avec tous les prestataires. Le système des contrats sélectifs vise à donner aux assureurs les outils nécessaires pour faire davantage pression sur les prestataires afin qu'ils améliorent la qualité et l'efficacité de leurs prestations. Rejetée lors des discussions portant sur la deuxième révision de la LAMal, cette mesure a été proposée, une fois encore, par le Conseil fédéral.

Mais, dans les propositions actuelles, la liberté contractuelle apparaîtra comme s'appliquant uniquement au secteur ambulatoire et au secteur hospitalier ambulatoire (out-patients) dans lesquels les prestataires individuels négocieront avec des assureurs individuels. Dans le secteur ambulatoire, les négociations pourraient porter par exemple, sur la valeur du point dans la convention-cadre TARMED mais elles pourraient également inclure d'autres formes de paiement (par exemple à l'heure ou par patient). En revanche, dans le secteur des soins aux patients hospitalisés, les prix continueraient d'être fixés par le biais de négociations bilatérales entre les assureurs et les prestataires en tant que groupe, du moins dans l'état actuel des discussions.

Financement des hôpitaux. Le gouvernement a fait une proposition de réforme du financement des hôpitaux qui visait à supprimer quelques-unes des distorsions du système actuel du financement dual par les cantons et les assureurs. Les principaux éléments de la proposition sont les suivants :

- abandon d'un système de financement des hôpitaux (par les cantons, en particulier) reposant sur des budgets globaux ou des transferts de subventions globales à un système de financement des services effectivement fournis ;
- évolution vers un système de financement dit dual-fixe : tous les coûts d'exploitation et les coûts d'investissement, des prestations fournies en division commune et en division privée[4] des hôpitaux publics et des hôpitaux privés apparaissant dans le système de planification cantonale (listes cantonales) seront financés à 50-50 par les cantons et les assureurs LAMal ;
- à moyen terme, le Conseil fédéral envisage de faire une proposition visant à remplacer par un mécanisme de payeur unique le système actuel de financement dual par les assureurs LAMal et les cantons. Dans le nouveau système, les assureurs seront les seuls acheteurs des services hospitaliers et les cantons verseront leur contribution aux assureurs plutôt qu'aux hôpitaux.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États a soumis à la chambre haute une proposition différente aux termes de laquelle les assureurs payeraient pour tous les services couverts par la LAMal et les cantons canaliseraient vers les assureurs 30 % des coûts combinés des soins hospitaliers et des soins ambulatoires. Les cantons ayant fait part de leur profond désaccord, cette proposition a été rejetée par le Conseil des États qui a fait, en mars 2006, une nouvelle proposition aux termes de laquelle les cantons payeraient au moins 60 % des coûts des soins hospitaliers[5] (mais pas des coûts des soins ambulatoires), le solde étant financé par les assureurs. Ce nouveau modèle est analogue à la proposition initiale faite par le Conseil fédéral d'un partage des coûts hospitaliers à 50/50 entre les cantons et les assureurs, mais il ne comporte pas d'évolution vers un système d'acheteur unique[6].

Soins intégrés (« managed care »). Le gouvernement envisage également d'encourager les modèles d'assurance proposant des soins intégrés. Ces modèles ont la faculté d'améliorer

la qualité et l'efficacité des services de soins de santé par un contrôle plus strict de la manière dont les soins sont prodigués et en imposant aux patients quelques contraintes en matière de choix des prestataires. Selon la proposition gouvernementale, les modèles d'assurances proposant des soins intégrés seraient institutionnalisés comme un produit spécial d'assurance-maladie dans la LAMal (actuellement, ces modèles sont en général proposés sous la forme d'une assurance offrant un choix limité de prestataires) et comme une alternative à l'assurance ordinaire. Les assureurs ne seraient pas tenus de proposer ce type de produit d'assurance. De même, les prestataires pourraient décliner l'offre de participer à ces modèles. Le Conseil fédéral propose plutôt d'atteindre son objectif de diffusion plus large de ce type d'assurance en s'appuyant sur des incitations financières[7] et des mesures visant à accroître la confiance des consommateurs dans ces produits. À l'époque de la rédaction de ce rapport, cette proposition n'avait été discutée par aucune des chambres du Parlement.

Si les révisions proposées ont déjà fait l'objet de plusieurs années de discussion, la plupart n'ont pas encore été approuvées ou attendent encore d'être discutées devant le Parlement. Le programme des réformes est plutôt global et ambitieux. Toutefois, les divergences de vues entre les parties prenantes augmentent le risque de voir la plupart des mesures proposées à nouveau rejetées par le Parlement ou adoptées sans modifications substantielles par rapport aux mécanismes existants, ce qui reviendrait dans les faits au maintien des mécanismes existants. En outre, le programme des réformes ne semble pas s'attaquer à plusieurs conditions clés indispensables pour qu'un système réformé se conforme aux objectifs des autorités. Ces conditions sont, par exemple, le manque de transparence et l'absence de bases d'informations adéquates; l'importance de meilleurs mécanismes pour mesurer et assurer la qualité des soins et, dans ce contexte, la nécessité d'établir des standards de soins et des mécanismes de surveillance des effets du marché; et l'examen de la nécessité d'une concurrence sur des zones géographiques plus vastes.

5.3. Réformes ultérieures dans le domaine des soins de longue durée

Il est un dernier domaine dans lequel une réforme est proposée, c'est celui du financement des soins de longue durée. Selon la LAMal, les assureurs devraient couvrir l'intégralité du coût des services des soins de longue durée lorsqu'une maladie ou une pathologie rend ces soins nécessaires. Dans ce cas, les assureurs LAMal sont tenus de couvrir tous les coûts médicaux mais aussi les coûts de l'offre au patient d'une assistance de base. En pratique, toutefois, il est difficile de distinguer les coûts liés à la maladie des coûts liés à d'autres facteurs tels que l'âge. Depuis son adoption en 1996, la LAMal a couvert progressivement une proportion plus importante du coût des soins de longue durée (même si ceux-ci restent, pour une large part, financés par les ménages) ce qui a généré une pression sur les coûts du système. Pour mieux maîtriser les coûts, des rémunérations types pour les prestations de soins de longue durée ont été adoptées le 1er janvier 1998. Ces rémunérations devraient être abolies dès lors qu'une nouvelle réforme du financement des soins de longue durée aura été approuvée. L'objectif de la réforme sera de préciser les responsabilités des différents régimes d'assurances (LAMal, assurance-invalidité et assurance-vieillesse et survivants, assistance sociale, etc.) pour le financement des soins de longue durée. Selon le modèle proposé par le gouvernement, et qui sera discuté par le Parlement au cours de l'été 2006, la LAMal devrait couvrir tous les coûts liés aux traitements médicaux (traitement, réadaptation, soins palliatifs) mais elle ne devrait financer qu'un montant fixe du coût des services de base (tels que l'aide aux personnes âgées pour se laver, s'habiller ou manger).

Notes

1. Leu (2005) discute des conditions nécessaires à l'exploitation avec succès d'un modèle de concurrence gérée et se focalise, en particulier, sur les propositions de changement du système actuel de financement des hôpitaux.
2. Une initiative visant à réduire la prime de l'assurance-maladie de base en réduisant le paquet de prestations sera votée courant 2006 ou 2007.
3. À l'époque de la rédaction de ce rapport, le Conseil des États a inclus le risque de séjour dans un hôpital ou un centre médicalisé de long séjour dans les critères supplémentaires d'ajustement des risques.
4. Actuellement, la LAMal couvre le coût des prestations reçues en division privée, jusqu'à hauteur du montant effectivement payé pour des prestations en division commune.
5. Comme le montre le tableau 4.4, cela correspond au montant actuellement financé par les cantons pour les coûts d'exploitation et les coûts d'investissement.
6. Une nouvelle proposition de la CDS, qui regroupe actuellement les administrateurs des services de santé de chaque canton, limiterait le financement cantonal aux salles communes des hôpitaux avec lesquels le canton a signé des accords de prestations. La CDS s'oppose à l'évolution vers un modèle de financement unique par lequel les assureurs administreraient les aides reçues des cantons.
7. Si aucune proposition spécifique n'a été faite à cet égard, des groupes d'experts ont appelé à l'adoption des mesures incitatives suivantes : *i)* autoriser les assureurs à offrir des réductions de primes et des remises de fin d'année ; *ii)* réduire les taux de coassurance sur ces produits par rapport aux 10 % applicables à l'assurance ordinaire ; et *iii)* accorder aux assureurs une plus grande liberté pour fixer la portée géographique de ces produits (par exemple, une prime unique couvrant différents cantons et différentes régions au sein d'un même canton).

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Chapitre 6

Les défis de la politique de santé et les pistes possibles pour les réformes

Ce chapitre procède à une évaluation de la performance du système de santé suisse, qui s'appuie sur l'analyse présentée dans les chapitres précédents. Il souligne les principaux enjeux pour les responsables de l'élaboration des politiques mais aussi les contraintes auxquelles est confrontée la mise en œuvre de ces changements. Il formule également des recommandations pour l'amélioration du système de santé suisse, à court et à plus long terme.

L'état de santé de la population suisse est l'un des plus élevés des pays de l'OCDE et les inégalités de santé sont relativement faibles…

La population suisse vit plus longtemps et en meilleure santé. À cet égard, la performance du système de santé suisse est bonne, comparée à celle d'autres pays. L'espérance de vie, qui était déjà élevée dans les années 60 par rapport aux standards de l'OCDE, a progressé encore plus que dans d'autres pays de l'OCDE au cours des quarante dernières années. Les différences entre groupes socio-économiques concernant l'état de santé sont également plus faibles que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

… l'accès aux soins est universel et la couverture généreuse…

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, la Suisse a mis en place un système de couverture maladie universelle. La LAMal promeut l'accès à un large éventail de services de soins de santé et assure un degré élevé de protection financière contre le coût médical de la maladie, de la maternité et de certaines activités de prévention.

… et les consommateurs sont très satisfaits de leur système de santé.

Les patients sont globalement satisfaits des services de santé qu'ils reçoivent. Ils ont une liberté de choix du prestataire à l'intérieur du système quasi illimitée. Les personnes peuvent aussi aisément satisfaire leurs préférences en matière de soins. La disponibilité des services médicaux est grande; il n'y a pratiquement pas de listes d'attente et l'accès aux nouvelles technologies est rapide. La perception par les consommateurs de la qualité des soins et de leurs relations avec les professionnels de santé est également bonne.

Mais la Suisse dépense beaucoup plus au titre de la santé que la plupart des autres pays de l'OCDE…

Mais ces succès ont un prix, et ce prix est élevé. En Suisse, la part des dépenses de santé dans le PIB (ou le PNB) est l'une des plus élevées de la zone OCDE. Le financement du système représente donc une charge importante pour les familles comme pour les finances publiques. Ce coût élevé peut refléter, pour partie, un choix de société, autrement dit une volonté de payer pour un choix illimité et une offre généreuse. Mais il n'est nullement garanti qu'à l'avenir ce consensus social résistera aux augmentations incessantes des coûts et des primes d'assurances.

… et l'efficience du système pourrait être améliorée.

Cette pression sur les coûts accroît la demande pour une meilleure utilisation des ressources (« value for money »). Si la Suisse peut être fière, à juste titre, des excellents résultats de son système de santé, d'autres pays de l'OCDE font tout aussi bien, sinon mieux, avec des niveaux de dépenses et une capacité de production moindre. Les incitations ne sont pas alignées de manière à maximiser l'efficience et à encourager la modération des coûts. Une offre généreuse, associée non seulement à des coûts unitaires élevés, mais aussi à une demande qui n'est guère limitée et à des mécanismes de rémunération des prestataires qui encouragent un niveau élevé de prestations, crée un climat propice à une offre de services supplémentaires qui ne donnera peut-être que peu, voire aucun résultat bénéfique en termes de santé. La concurrence que se livrent les multiples tiers-payant encourage les transferts de coûts tandis que les efforts de gestion des coûts sur le marché de l'assurance-maladie sont entravés par le manque d'outils permettant d'ajuster l'offre et par la persistance d'incitations à choisir les personnes à faible risque en termes de santé. À plus long terme, les pressions à la hausse des dépenses de santé vont probablement persister car elles sont la conséquence du progrès technologique, du vieillissement de la population et vraisemblablement des augmentations de salaires qui seront probablement nécessaires pour attirer dans ce secteur davantage de travailleurs.

Mais la mise en œuvre des réformes nécessaires n'est pas chose facile pour le système de santé suisse, du fait de la complexité de sa structure de gouvernance…

La capacité de relever nombre de ces défis est compliquée par les mécanismes particuliers de gouvernance du système de santé suisse. Premièrement, le système est fragmenté entre différents acteurs, dont aucun n'est responsable de la fixation et de la réalisation d'objectifs nationaux. La structure fédérale de la Suisse permet la mise en œuvre de politiques cantonales pour répondre plus aisément aux préférences et aux priorités locales, et facilite l'expérimentation de solutions innovantes au niveau local. La population suisse y est très attachée. Cependant, la plupart des cantons n'ont pas la taille et la capacité minimales requises pour organiser une offre efficace dans le domaine de la santé. En dépit de sa nécessité, l'établissement d'accords intercantonaux pour la prise d'initiatives conjointes et la mise en commun des moyens s'est fait extrêmement lentement. En outre, les cantons ont différentes fonctions dans le système de santé (propriétaires, prestataires, bailleurs de fonds et régulateurs des services de soins de santé), ce qui est une source potentielle de conflits d'intérêts et ne donne que de faibles incitations à la maîtrise des coûts et à la réduction d'une offre excédentaire.

Deuxièmement, il n'existe pas en Suisse de cadre fédéral de gouvernance du secteur de la santé, la Constitution assignant aux cantons les principales responsabilités en matière de santé. Ceci rend très difficile l'élaboration de politiques nationales cohérentes et l'adoption au niveau national de normes de soins minimums. Au fil des ans, la Confédération a élargi son rôle dans certains domaines clés. Mais cet élargissement a eu tendance à se faire en réponse à des situations d'urgence ou dans des domaines où la

capacité des cantons à coordonner leurs actions s'est révélée inadéquate et où la Confédération est intervenue pour combler les manques.

… et du manque de données adéquates.

Troisièmement, le débat sur les réformes nécessaires pour pallier les insuffisances du système de santé se déroule dans un contexte où les données sont le plus souvent inadéquates pour contribuer à une prise de décision basée sur les faits (« evidence-based decision »). Les statistiques publiques disponibles sont souvent limitées par l'absence d'exigences nationales et globales en matière de reporting. La collecte des données par les cantons est souvent inadéquate et elle n'est pas toujours standardisée au niveau national. Les statistiques collectées par des organismes privés dont elles sont la propriété (par exemple, les bases de données des assureurs) ne sont pas publiées ou mises à la disposition des autorités statistiques.

Et les discussions plus larges sur les changements systémiques nécessaires à l'amélioration de la performance ne sont pas engagées.

Ces difficultés, conjuguées au rejet des réformes globales de la LAMal proposées en 2003 et à l'absence de consensus des parties prenantes sur l'orientation à donner au changement, empêchent une discussion plus large sur la nécessité d'une loi-cadre sur la politique de santé qui engloberait le système d'assurance et le rôle planificateur de l'État. Elles limitent également la possibilité, pour les autorités fédérales, d'agir dans des domaines tels que les programmes nationaux pour améliorer l'information, établir des normes et initier de vastes politiques de prévention.

6.1. Efficacité et qualité du système de santé suisse

Un cadre juridique plus large pour la promotion de la santé et la prévention des maladies est toujours en attente.

Le manque de clarté concernant les responsabilités et les rôles des différents acteurs est particulièrement évident dans le déséquilibre entre les soins préventifs et curatifs. La fragmentation du cadre juridique existant pour la prévention et la promotion de la santé a favorisé des activités dispersées et généralement peu coordonnées. Compte tenu de l'importance grandissante des questions de santé publique, l'élaboration d'un nouveau cadre juridique permettant la mise en place de politiques nationales de santé publique devrait être une priorité. Cette loi-cadre fixerait les objectifs généraux de prévention et de promotion de la santé en Suisse, assignerait des responsabilités claires à la Confédération, aux cantons et autres acteurs, et préciserait les modes de financement. Ces questions ont été traitées dans le rapport préliminaire de la Commission spéciale sur la prévention des maladies et la promotion de la santé (PPS2010). Mais il faudrait mettre davantage l'accent sur les critères de performance, notamment sur les principes d'identification des activités de promotion et de prévention ayant un bon rapport coût-efficacité et encourager le financement de ces activités par un large éventail de parties prenantes.

Il faudrait s'intéresser davantage à l'utilisation de mesures ayant fait la preuve de leur bon rapport coût-efficacité pour réduire la prévalence des problèmes de santé publique…

Il faudrait donner une priorité plus grande à l'utilisation de mesures ayant fait la preuve de leur bon rapport coût-efficacité, par exemple dans les domaines de la consommation de tabac, d'alcool et de sel, de l'activité physique et de la consommation de légumes et de fruits, dont le potentiel ne semble pas avoir été pleinement exploité en Suisse. Les raisons plausibles de cette utilisation actuellement limitée sont une faible attention accordée à ce sujet, le manque de formation et d'informations adéquates, des politiques de prix qui ne reflètent pas les externalités et l'absence d'incitations adéquates pour les différents acteurs du système.

… une augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool serait une mesure utile…

Il serait souhaitable d'adopter une politique fiscale plus globale pour s'attaquer aux problèmes de santé publique et pour promouvoir une approche intersectorielle de la santé publique. Si les taxes sur l'alcool et le tabac constituent des mesures dissuasives d'un bon rapport coût-efficacité, elles sont essentiellement perçues, pour l'instant, comme une source de recettes pour l'État ou comme un outil de la politique industrielle suisse. Des discussions plus approfondies entre l'Office fédéral suisse de la santé publique et d'autres offices fédéraux, en particulier avec les Départements fédéraux des Finances et de l'Économie, pourraient conduire à des politiques fiscales valorisant davantage une réduction de la consommation de tabac et d'alcool. D'autres politiques de réduction de la consommation de tabac et d'alcool d'un bon rapport coût-efficacité pourraient englober, entre autres mesures, une interdiction globale de toute publicité sur le tabac et l'alcool, un durcissement de la législation relative à l'alcool au volant, l'élaboration et l'application de lois sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Après une augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool, le risque de remplacer ces produits par des produits moins chers peut être réduit en adoptant des règles et réglementations appropriées et évenutellement des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire. Bien que n'ayant pas un impact direct sur la consommation, la suppression des aides aux producteurs locaux de tabac et d'alcool contribuerait également à la cohérence globale des politiques et à la réduction des dépenses publiques.

… de même qu'un programme national de dépistage du cancer du sein.

Le développement des programmes de dépistage de certains cancers, en particulier du cancer du sein, devrait également être envisagé. Les taux de mortalité par cancer du sein tendent à être plus faibles dans les cantons où les taux de dépistage sont plus élevés. En dépit des discussions incessantes dans la littérature scientifique sur la périodicité et l'âge optimums du dépistage, le dépistage du cancer du sein par des mammographies régulières est une méthode de détection précoce d'un bon rapport coût-efficacité qui permet d'obtenir de meilleurs résultats. Dans l'immense majorité des pays de l'OCDE, des recommandations et des programmes nationaux de dépistage du cancer du sein ont été mis en place pour les femmes.

Face aux nouveaux enjeux que sont les maladies mentales et l'obésité…

Les problèmes de santé mentale, qui représentent désormais en Suisse la principale charge de maladie, doivent faire l'objet d'une attention plus approfondie. En dépit de tentatives récentes, la Suisse ne s'est toujours pas dotée d'une politique nationale cohérente en la matière et les efforts en ce sens demeurent une priorité. La prévention du suicide mais aussi la prévention et le traitement de la dépression et des maladies mentales affectant les personnes âgées méritent une attention particulière.

L'augmentation des cas d'obésité parmi la population a incité les autorités suisses à prendre des mesures pour promouvoir des habitudes alimentaires plus saines et encourager l'activité physique. Il s'agit là d'initiatives positives mais des mesures supplémentaires s'imposent, en particulier des mesures ciblées sur les jeunes. L'école doit jouer un rôle central dans ce domaine. L'organisation de campagnes d'information dans les écoles, l'offre de repas plus diététiques dans les cafétérias, le renforcement de l'activité physique dans les programmes scolaires et l'interdiction de vente de sodas et de bonbons dans les écoles sont autant de mesures qu'il convient d'envisager. Des méthodes visant à réduire la consommation de sel (par exemple une réduction de la teneur en sel des aliments tout préparés) pourraient également être adoptées.

… les incitations à investir dans la promotion de la santé et la prévention des maladies devraient être renforcées.

Des mesures additionnelles pourraient être ciblées sur la faiblesse des incitations, pour les différents acteurs du système, à investir dans la prévention et la promotion de la santé. Ces mesures pourraient inclure des mécanismes permettant aux assureurs de récolter les fruits de leurs investissements dans la prévention *via* la création d'une cotisation obligatoire à un fonds commun devant servir au financement des activités de prévention, l'obligation faite aux assureurs d'affecter une certaine part de leur budget à la prévention, ou des aides pour les encourager à développer des programmes de prévention. Quant aux prestataires, des incitations spécifiques telles que des incitations liées au remboursement ou au paiement pourraient être examinées. Ces politiques seraient facilitées par une modification du modèle de soins ambulatoires, avec une évolution vers des systèmes de soins intégrés ou de médecin référent et l'adoption de protocoles de pratiques médicales. Enfin, les incitations à l'intention des ménages et des particuliers pourraient se baser davantage sur les informations relayées par les médias et l'éducation sanitaire sur les conséquences de modes de vie préjudiciables pour la santé, ainsi que sur l'adoption ou l'extension du dépistage gratuit, éventuellement en collaboration avec les entreprises. La couverture vaccinale des enfants étant faible par rapport aux standards internationaux, un accroissement du nombre d'enfants vaccinés améliorerait également la santé de la population pour un coût minime.

Des mesures permettant d'accroître les investissements d'un bon rapport coût-efficacité dans les programmes existants de prévention et de promotion de la santé des maladies devraient également être envisagées. À titre d'exemple, les activités de Promotion Santé Suisse pourraient être développées et renforcées par le biais d'une

augmentation de la cotisation annuelle obligatoire, laquelle peut être décidée par le Département fédéral de l'Intérieur, de toutes les personnes assurées dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Les responsables de l'élaboration des politiques commencent à s'intéresser aux questions de qualité…

Les indicateurs de la qualité des soins dont on dispose pour la Suisse sont, dans certains domaines cliniques, meilleurs que ceux dont on dispose pour de nombreux pays de l'OCDE. Mais, dans d'autres domaines, la performance semble faible. L'autorégulation, qui a été jusqu'ici le mécanisme traditionnel par lequel la Suisse a assuré la qualité clinique des soins, n'est peut-être pas suffisante pour garantir un niveau et un champ d'intervention des soins conformes aux standards des meilleures pratiques. Mais surtout les efforts d'amélioration de la qualité reposent, dans une large mesure, sur des initiatives locales non coordonnées, prises par des prestataires individuels. Il n'y a pas de collecte systématique d'indicateurs nationaux de la qualité des soins et aucun programme fixant des normes de qualité des soins n'a été établi au niveau national. Le nouvel intérêt porté par les autorités fédérales à l'évaluation et à l'amélioration des performances cliniques, par exemple par le biais d'initiatives orientées sur la sécurité des patients, constitue donc un phénomène récent et bienvenu. Mais ces efforts représentent des initiatives très prudentes dans le sens d'une amélioration du suivi et de la régulation des résultats cliniques.

… mais de nouvelles mesures s'imposent, en particulier au niveau fédéral.

Les initiatives d'évaluation et d'amélioration de la performance externe devraient donc être renforcées. Premièrement, il est possible d'instaurer un mécanisme plus performant de responsabilité professionnelle. Cela supposerait de moderniser le rôle de l'autorégulation au niveau de la profession en encourageant la profession médicale : *i)* à élaborer des « guidelines » médicales concernant les meilleures pratiques; *ii)* à améliorer la fourniture d'informations sur les erreurs médicales et les variations de pratiques; et *iii)* à lier les objectifs de performance à un système interne de récompenses et de sanctions. Deuxièmement, un cadre pour la collecte d'indicateurs nationaux de la qualité des soins est nécessaire. Celui adopté par le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé pourrait être le point de départ d'un cadre d'évaluation de la qualité et d'un débat sur les normes. Cela permettrait un suivi systématique des résultats et encouragerait les initiatives en faveur de l'achat et du paiement des services de soins de santé fondés sur la performance. Troisièmement, les programmes nationaux visant à améliorer la qualité des soins dans les domaines clés devraient être encouragés. Cela permettrait de coordonner les initiatives locales et de soutenir l'adoption de normes de soins uniformes. Enfin, il serait souhaitable de mettre en place des mécanismes de surveillance du comportement des prestataires afin d'identifier les cas extrêmes, par exemple, les prestataires prescrivant trop de médicaments, faisant trop d'interventions ou dont les résultats sont plus mauvais que prévu.

6.2. Accès aux soins et protection financière

Le système de subventionnement des primes pour les personnes à faibles revenus est largement inadéquat…

Avec un niveau élevé de paiements « out-of-pocket » et des primes d'assurance-maladie qui ne sont pas liées aux revenus, la structure de financement du système de santé suisse est régressive. Toutefois, le système suisse de subventionnement des primes pour les personnes à faibles revenus, associé à des exemptions de participation aux coûts pour certains groupes vulnérables et à un plafonnement annuel du niveau global des franchises, a nettement amélioré la protection financière contre des coûts de santé élevés. Cela a réduit l'effet redistributif potentiellement défavorable du système régressif de financement de la santé pour les personnes à faibles revenus et, du moins dans une certaine mesure, pour les personnes à revenus intermédiaires (un tiers de la population suisse et 41 % des ménages perçoivent des aides). Ce constat, combiné à la couverture maladie universelle, permet également d'expliquer pourquoi on n'observe guère d'iniquités dans l'accès aux généralistes et aux services hospitaliers par niveau de revenu dans le système de santé suisse, après ajustement selon l'état de santé perçu.

… mais l'absence de normes nationales réduit l'équité horizontale du financement de la santé…

Il existe des arguments forts en faveur du maintien du système cantonal actuel de subventionnement des primes car ces mécanismes peuvent mieux refléter les contraintes, les possibilités et les préférences locales en termes de politiques. L'administration décentralisée du système de subventionnement des primes peut également réduire les incitations à la fraude grâce à une administration plus rigoureuse. Toutefois, l'absence de critères uniformes d'éligibilité et d'adéquation pour le subventionnement des primes conduit à s'interroger sur l'équité horizontale du financement de la santé d'un canton à l'autre. La mesure récente de réduction des primes pour les enfants et les jeunes en formation des familles à revenus intermédiaires et faibles allègera encore la charge financière des ménages les plus susceptibles de se trouver en situation de détresse financière en cas de primes élevées d'assurance-maladie. Mais elle ne s'attaque pas aux différences de niveau de subventionnement ou de conditions d'éligibilité d'un canton à l'autre. Les cantons diffèrent également quant à leur capacité à administrer, surveiller et évaluer l'adéquation des mécanismes de subventions. Le rôle clé joué par les cantons dans l'administration d'un système d'aides décentralisé devrait donc s'accompagner d'un accroissement des pouvoirs fédéraux pour l'application de normes convenues d'adéquation sociale auxquelles tous les cantons devraient se conformer. Ces normes devraient spécifier à la fois un seuil de revenu minimum national requis pour recevoir une aide (de sorte que les primes n'excèdent pas un pourcentage donné du revenu imposable) et un niveau minimum d'aide en rapport avec le niveau des primes. Ces normes minimales pourraient être fixées dans le contexte du cadre juridique général recommandé ci-dessous pour la politique de santé.

… et, dans l'avenir, l'augmentation continue des primes d'assurance-maladie constituera un véritable défi pour les responsables de l'élaboration des politiques.

À l'avenir, le niveau élevé et la croissance rapide des primes d'assurance-maladie constitueront de nouveaux enjeux, en particulier au niveau des cantons et des ménages. Si les primes continuent à augmenter beaucoup plus vite que les revenus, il en résultera une pression grandissante sur les budgets des ménages et les mécanismes de protection sociale seront probablement moins efficaces, en particulier pour les familles nombreuses, les retraités et les personnes dont les revenus sont tout juste supérieurs au seuil fixé par les cantons pour recevoir des aides. L'inflation des primes pourrait également accélérer la tendance actuelle à recourir davantage aux polices d'assurance proposant un niveau de franchise élevé. Si ces produits permettent aux personnes de réduire le montant de leurs primes, ils conduisent également à un abandon de la responsabilité collective au profit de la responsabilité individuelle pour le financement des soins, affaiblissant nécessairement le degré de tarification uniforme. On risque d'aboutir ainsi à une augmentation plus rapide des primes d'assurance ordinaire, de sorte que toute augmentation frappera plus lourdement les personnes à faible niveau de franchise qui sont susceptibles d'être des personnes en moins bonne santé. Si les polices d'assurance avec bonus ne représentent actuellement qu'une part très infime du marché, tout accroissement de leur d'utilisation suite aux pressions exercées sur les ménages pour qu'ils paient des primes plus élevées réduirait les incitations, déjà faibles, à la prévention. S'ils veulent préserver l'adéquation sociale et l'accès aux soins, les cantons seront tenus in fine d'augmenter les subventions (soit en augmentant le montant d'aide accordé à chaque personne soit en augmentant le nombre de personnes admises à en bénéficier).

Les procédures de définition des services couverts doivent être améliorées…

Au vu de ces tendances, de nouveaux efforts seront nécessaires pour améliorer l'efficience du système de santé suisse. Concernant les questions de l'accès et de la couverture, le principal élément à considérer sur le moyen et le long terme est le besoin de procédures plus transparentes et fondées sur des éléments factuels pour déterminer le paquet de prestations.

… même si cela peut être difficile.

Bien que la liste des prestations couvertes par l'assurance-maladie obligatoire soit exhaustive, on ne procède pas de façon systématique à des évaluations des bénéfices médicaux et des coûts des services. Il existe clairement des limites à la capacité d'évaluer, de manière scientifique, les services actuellement remboursés selon la LAMal, du fait que l'on ne dispose ni d'une liste positive des procédures couvertes ni d'informations adéquates pour évaluer le rapport coût-efficacité des différentes procédures médicales. En fait, d'autres pays de l'OCDE ont aussi adopté des procédures analogues à celles utilisées en Suisse, aux termes desquelles une évaluation complète n'est effectuée que pour une sélection de procédures.

Mais il serait bien de commencer par évaluer les nouvelles technologies médicales.

Pour s'attaquer à ce problème, la Suisse pourrait adopter quelques pratiques utiles qui ont été mises en œuvre dans d'autres pays de l'OCDE concernant l'évaluation de nouvelles technologies ou des technologies dont l'efficacité est controversée. Premièrement, la recherche sur les services de santé doit être renforcée afin d'identifier où on a le plus besoin d'une évaluation des technologies médicales (ETM). Deuxièmement, il faudrait mettre en place un programme d'évaluation des technologies médicales qui serait responsable de l'évaluation des technologies selon des critères scientifiques d'efficacité, de sécurité et d'efficience. Ce programme devrait également chercher à coopérer avec des organismes analogues dans d'autres pays afin d'éviter une duplication de la recherche des éléments factuels lors des procédures d'évaluation. Troisièmement, l'évaluation des technologies devrait être commanditée ou réalisée par un programme ETM indépendant, par opposition à ce qui se passe dans le système actuel où une évaluation n'est effectuée qu'en cas de divergence de vues entre les parties sur les prestations couvertes (ou non couvertes) et où les éléments factuels étayant un cas sont fournis par les parties concernées. Enfin, les rapports d'analyse et d'évaluation aboutissant à des recommandations sur la couverture des prestations devraient être publiés, ce qui augmenterait la légitimité du processus.

Le système actuel de financement des soins de longue durée semble approprié.

Financer la demande croissante de services de soins de longue durée sera pour la Suisse, comme pour bon nombre d'autres pays de l'OCDE, un enjeu considérable. Le système suisse de couverture des soins de longue durée combine différentes approches que l'on retrouve dans d'autres pays de l'OCDE. Comme dans les systèmes universels accessibles à l'ensemble de la population, la LAMal offre la couverture du coût des soins de longue durée à tous les résidents mais uniquement pour la *composante médicale* des dépenses globales liées à ces soins. Comme dans d'autres pays où l'aide publique n'est ciblée que sur les personnes à faibles revenus ou sur les personnes dont les incapacités sont les plus lourdes, le système n'offre qu'un financement sélectif des *composantes non médicales* du coût des soins de longue durée, lequel est disponible à travers différents régimes sociaux sous réserve de critères de ressources et de patrimoine. Cette approche semble appropriée pour éviter que le coût de ces services pour les personnes ne soit astronomique tout en imposant une contribution personnelle à celles qui le peuvent. Comme il est probable qu'à l'avenir le coût des soins de longue durée va continuer à augmenter, les autorités suisses devraient veiller à l'efficacité des mécanismes de protection sociale pour la couverture des frais non médicaux. Dans ce contexte, des programmes visant à différer ou à prévenir la nécessité de soins de longue durée pour les personnes âgées devraient être développés.

6.3. Efficience et viabilité financière

S'attaquer aux inefficiences du système de santé permettrait d'améliorer la performance financière du système de santé suisse.

Au cours de la dernière décennie, la croissance du PIB suisse a été faible et bien que la progression des dépenses de santé ait été inférieure à la moyenne de l'OCDE, le coût des soins de santé a été largement supérieur à la croissance du revenu national nécessaire à son financement. En conséquence, les pressions en faveur d'une meilleure maîtrise des coûts et d'une plus grande efficience de l'offre sont fortes. La mise en œuvre d'une panoplie d'instruments, décrits ci-dessous, pourrait contribuer à l'amélioration de la performance financière du système de santé suisse dans ces domaines.

6.3.1. Mécanismes de paiement

Les mécanismes de paiement du secteur des soins ambulatoires pourraient renforcer les incitations à une amélioration de la performance…

Les incitations à une utilisation efficace des ressources en matière de soins de santé pourraient être renforcées. Dans le secteur des soins ambulatoires, le remboursement à l'acte encourage les prestataires à effectuer des traitements inutiles et à prodiguer des soins à un niveau supérieur de spécialisation et de coût. Il contribue également à la fragmentation et potentiellement à une mauvaise coordination des soins, en particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques et pour ceux nécessitant de multiples contacts avec le système de santé. Le système TARMED adopté récemment, qui aligne davantage le paiement des traitements administrés en ambulatoire sur le coût des ressources associées à ces traitements et attribue un poids moindre aux actes « techniques », a accru la transparence des prix et constitue, à ce titre, un pas dans la bonne direction. Il serait souhaitable de s'efforcer d'affiner encore cet outil de fixation des prix afin de garantir la neutralité des coûts au-delà des 18 mois prévus initialement et d'éviter une réduction des services dans certaines spécialités. Sous réserve de s'appuyer sur des informations adéquates, des mécanismes de ce type pourraient permettre un suivi plus étroit du comportement des prestataires, et ceci dans un contexte où le paiement à l'acte a tendance à favoriser une offre de soins excédentaire.

Mais le TARMED n'est que l'un des nombreux mécanismes alternatifs de paiement qui pourraient englober la capitation, le salaire ou des paiements uniformes. On pourrait réduire encore les incitations à une offre excédentaire en associant le paiement à l'acte à des éléments de paiement prospectif (comme la capitation), sans perdre de vue qu'aucun mécanisme de paiement pur n'est optimum au regard de tous les objectifs du système de santé. Pour que ces systèmes de paiement deviennent plus importants, il faudrait, dans un premier temps, développer le système du médecin référent ou les produits d'assurance de type soins intégrés que peuvent proposer les assureurs (mais qui ne sont guère utilisés en raison de leur impopularité auprès des assurés). Les autorités pourraient accélérer le processus en introduisant des réglementations et des incitations qui rendraient ces systèmes plus attractifs, par exemple en réduisant les taux de participation aux coûts pour

ces produits et services. Elles pourraient également imposer à tous les assurés de choisir un médecin traitant qui contrôlerait l'accès aux services spécialisés et y associer des taux de coassurance plus élevés pour les personnes court-circuitant le système du médecin référent (récemment introduit en France). Certes, cela réduirait dans une certaine mesure la totale liberté de choix des patients mais cela permettrait d'améliorer la qualité grâce à une meilleure coordination et un plus grand continuum de soins, et découragerait le recours inutile à des services spécialisés coûteux. Des systèmes mixtes de paiement pourraient également être utilisés pour améliorer l'offre de soins ambulatoires en milieu rural et dans les régions reculées.

… et les modes de fixation des prix et de financement du secteur hospitalier devraient être réformés.

Pour ce qui est du secteur hospitalier, l'évolution vers un système de paiement prospectif par pathologie comme le système des DRG, encouragera les prestataires à dispenser les soins avec une efficacité et une efficience plus grandes et, sous réserve d'être associé à des mesures de réduction de l'offre excédentaire, ce processus devrait être accéléré. Toutefois, la mise en place d'un mécanisme de financement/payeur unique pour les hôpitaux et la prise en compte des coûts d'investissement et d'exploitation dans la valeur des points DRG constituent un préalable à la recherche de gains d'efficience. Actuellement, les coûts d'exploitation des hôpitaux sont financés, pratiquement à parts égales, par les cantons et par les assureurs LAMal. Cette méthode de financement dual des hôpitaux réduit l'incitation à limiter les coûts hospitaliers et encourage une mauvaise affectation des ressources entre soins ambulatoires et soins hospitaliers. Le système instaure en outre des règles de jeu qui ne sont pas uniformes entre les hôpitaux qui reçoivent des aides cantonales et ceux qui ne sont pas éligibles à ces aides, faisant apparaître les premiers comme ayant un rapport coût-efficacité bien supérieur à ce qu'il est dans les faits. Il engendre également d'autres distorsions de coûts et de prix car, pour l'essentiel, les coûts contractuels n'incluent pas les coûts d'investissement qui restent à la charge des cantons.

Il serait plus approprié que les assureurs assument pleinement le rôle d'acheteurs de services hospitaliers et que les subventions cantonales soient canalisées, à quelques exceptions près décrites ci-dessous, vers des systèmes de payeur unique. Cela pourrait se faire de diverses façons. Par exemple, des subventions cantonales pourraient être allouées aux assurés pour alléger le poids des primes LAMal, soit sous la forme de chèques d'un montant uniforme attribués à chaque assuré, soit sous la forme d'allocations sous critères de ressources versées aux seuls assurés éligibles. Les frais hospitaliers réglés par les assureurs reflèteraient donc le coût total, ce qui les encouragerait à faire pression sur les hôpitaux pour qu'ils améliorent leur efficacité et qu'ils affectent plus efficacement les ressources entre les services hospitaliers et les services de soins ambulatoires dont le coût est moindre. Des primes d'assurances plus élevées inciteraient également les assurés à se tourner vers des assureurs moins chers. Les aides cantonales pourraient également être versées directement aux assureurs LAMal (afin de réduire le coût net de la LAMal pour l'assureur), évitant ainsi des fortes augmentations de primes. L'une ou l'autre de ces options, mais aussi toute autre formule visant à renforcer le rôle des assureurs, devrait être compensée par des obligations contractuelles explicites pour les assureurs de garantir aux assurés et aux patients l'accès au système et une plus grande responsabilisation vis-à-vis de ces derniers.

6.3.2. Politique pharmaceutique

La politique pharmaceutique pourrait être plus orientée vers la notion de coût-efficacité.

Il serait souhaitable d'adopter des réformes encourageant un usage plus efficace des produits pharmaceutiques. De nouvelles initiatives allant au-delà de celles prises récemment par le gouvernement pourraient impliquer un mélange de réglementations et d'incitations orientées tant vers l'offre que vers la demande.

Il serait souhaitable de continuer à encourager l'utilisation de génériques bioéquivalents meilleur marché…

Les mesures au niveau de la demande devraient continuer à imposer des niveaux accrus de participation aux coûts pour les médicaments remboursés pour lesquels on dispose d'une molécule bioéquivalente meilleur marché. En outre, les médicaments pourraient être classés en catégories selon leur intérêt thérapeutique. À cette classification devraient être attachés des taux de remboursement différents comme cela se fait dans de nombreux autres pays de l'OCDE. On devrait également s'intéresser aux mesures relatives à la délivrance de produits pharmaceutiques. Par exemple, la suppression de l'obligation pour les pharmaciens d'informer le médecin prescripteur à chaque fois qu'ils remplacent un produit de marque par un générique meilleur marché diminuerait la désincitation des pharmaciens à délivrer un générique en lieu et place d'un produit de marque.

… mais aussi de supprimer les mesures autorisant les médecins à délivrer des produits pharmaceutiques…

Les politiques cantonales qui autorisent les médecins à délivrer des médicaments ne peuvent se justifier par des raisons d'accès aux soins et de santé publique. En fait, ces politiques incitent les médecins à faire des prescriptions excessives et elles ne sont pas un encouragement à délivrer des génériques bioéquivalents meilleur marché. À cet égard, la Suisse est un cas unique comparée aux autres pays de l'OCDE où les médecins ont interdiction de délivrer des produits pharmaceutiques, excepté dans un très petit nombre de régions où l'accès à une pharmacie est extrêmement difficile, ce qui permet de faire des économies et n'a aucune conséquence préjudiciable pour les patients. Une alternative possible à l'interdiction faite aux médecins de délivrer des médicaments pourrait être la modification des systèmes de paiement pour faire en sorte que les médecins ne tirent aucun profit de la délivrance de produits pharmaceutiques.

… et les politiques encourageant la concurrence par les prix.

Bien que les comparaisons internationales des prix des médicaments soient difficiles et qu'elles se limitent bien souvent à l'Allemagne, il apparaît qu'en Suisse les médicaments, en particulier ceux mis sur le marché avant 1996, coûtent relativement

chers. Ce constat a conduit à critiquer les politiques de fixation des prix et de remboursement pratiquées dans le système d'assurance-maladie obligatoire. Il s'agit d'un domaine dans lequel les réformes sont à la fois souhaitables et complexes à imaginer. Les politiques de prix des produits pharmaceutiques doivent trouver un juste équilibre entre la nécessité d'encourager les compagnies pharmaceutiques à faire de la recherche et du développement (or, en Suisse l'industrie pharmaceutique est l'une des plus importantes industries d'exportation) et celle d'assurer l'accès pour un prix abordable à des traitements ayant un bon rapport coût-efficacité. Les autorités fédérales ont déjà pris des mesures en la matière, par exemple en décidant en 2006 de réduire le prix des médicaments existants et en imposant des révisions plus régulières des prix des médicaments remboursés.

Une autre mesure souhaitable serait une ouverture accrue du marché à la concurrence internationale pour les médicaments remboursés et les médicaments non remboursés dont le brevet est tombé dans le domaine public. Certes, il existe des procédures simplifiées de mise sur le marché des génériques mais les substituts bioéquivalents ne représentent toujours qu'une faible part du marché. Pour ces médicaments, les assureurs devraient être obligés de rembourser les médicaments inscrits sur la liste des spécialités (LS) achetés à l'étranger et les pharmaciens et autres prestataires devraient pouvoir importer directement ces produits dès lors qu'ils ont été autorisés. Dans le même esprit, l'admission et l'importation de médicaments autorisés devraient être facilités par la suppression de toute réglementation inutile empêchant l'accès au marché.

Pour les médicaments couverts par un brevet, le groupe des pays de référence utilisé pour les comparaisons internationales devrait être élargi. La transparence du processus de fixation des prix pour les nouveaux produits innovants couverts par la LAMal pourrait également être accrue par la publication des décisions et des raisons motivant ces décisions.

6.3.3. Mesures de participation aux coûts

Inciter les consommateurs à être plus efficaces.

Une révision du schéma actuel de participation aux coûts est tout à fait justifiée. En effet, les assurés ne sont guère incités à être des consommateurs de soins avisés dès lors qu'ils se rapprochent ou dépassent le montant de la franchise. En outre, la structure de participation aux coûts est uniforme alors que l'élasticité-prix des services, le rapport coût-efficacité et les besoins cliniques sont différents.

Toutefois, les politiques dans ce domaine ne devraient pas se focaliser uniquement sur la maîtrise des coûts ou la réduction de la consommation des services les plus sujets à une consommation discrétionnaire. La part des paiements « out-of-pocket » dans les dépenses totales de santé et dans la consommation des ménages est déjà élevée selon les standards internationaux et une participation aux coûts plus importante peut poser des problèmes d'accès. Des données internationales donnent également à penser que les patients réagissent à une participation accrue aux frais en réduisant leur utilisation des services de santé nécessaires aussi bien que de services non nécessaires d'un point de vue médical.

Les politiques de participation aux coûts devraient plutôt chercher à orienter la consommation de soins de santé vers des soins plus appropriés (par exemple, les services de prévention d'une efficacité clinique prouvée) et à la détourner des interventions

cliniques moins souhaitables ou plus onéreuses et pas toujours nécessaires (par exemple, en décourageant l'utilisation de produits de marque lorsqu'il existe des génériques meilleur marché et tout aussi efficaces).

6.3.4. De nouveaux mécanismes contractuels et de régulation de l'offre

Une régulation plus efficace de l'offre est nécessaire mais politiquement impopulaire…

Bien que la comparabilité internationale des données sur l'offre de services de soins de santé ne soit pas très bonne, les informations disponibles laissent à penser qu'en Suisse l'offre actuelle en matière de personnel médical et de matériel de haute technologie est généreuse par rapport à la moyenne de l'OCDE. Ceci même si dans le secteur hospitalier, le nombre de lits de soins aigus est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE. On pourrait toutefois dégager une capacité supplémentaire en réduisant les hospitalisations de longue durée, par exemple en passant à un système de paiements de type DRG, en recourant plus largement à la chirurgie de jour et en modifiant le système de financement dual des hôpitaux de manière à réduire les incitations à l'hospitalisation. Les grandes disparités de l'offre hospitalière et des services de soins ambulatoires entre cantons, associées à de faibles écarts en termes de résultats, donnent également à penser que les mêmes performances pourraient être obtenues à des niveaux moindres d'intrants, ce qui contribuerait à une plus grande productivité du système et à une réduction des coûts. Le recours accru au système des DRG améliorera également la transparence en facilitant les comparaisons de prix intercantonales.

Toutefois, réduire la capacité n'est pas une chose facile. La Suisse s'appuie sur un mélange d'incitations émanant du marché de l'assurance et d'incitations de l'autorité de planification des cantons pour réguler l'offre dans le secteur hospitalier et dans le secteur des soins ambulatoires, dont aucun n'a été très efficace. Face à des prix globaux plus élevés, les cantons ont été contraints d'améliorer le rapport coût-efficacité des hôpitaux. Mais les efforts déployés par les cantons pour rationaliser l'offre ont soulevé de vives protestations du public qui ont souvent conduit à une annulation des réformes. Par une action concertée de refus de couvrir des coûts supérieurs à la moyenne, les assureurs sont parvenus à encourager un petit nombre de cantons à réduire les coûts des hôpitaux. Mais la marge de manœuvre des assureurs est étroite du fait des restrictions actuelles frappant les contrats sélectifs. Dans le secteur des soins ambulatoires, le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux a probablement limité l'arrivée de médecins sur le marché du travail médical mais ne pousse pas les prestataires existants à améliorer la qualité et l'efficacité de leurs prestations et n'est peut-être pas un outil adéquat pour relever les défis du vieillissement du personnel médical et de la difficulté de trouver un nombre suffisant de médecins désireux de s'implanter en milieu rural.

… et les frontières cantonales dans l'organisation de l'offre de soins et des marchés de l'assurance devraient être supprimées.

L'une des caractéristiques spécifiques du système suisse qui conditionne fortement le succès potentiel de toute réforme est l'approche qui consiste actuellement à réguler, au

niveau cantonal, l'offre de soins de santé et aussi le marché de l'assurance. En dépit de sa petite taille et de sa faible population, la Suisse a un système de santé constitué de 26 sous-systèmes largement autonomes. La LAMal, qui impose aux assureurs maladie d'intervenir *à l'intérieur* des frontières des cantons et encourage les patients à chercher à se faire soigner dans leur canton de résidence, a renforcé ces divisions. Cela conduit à limiter le choix des consommateurs et met les assureurs et les prestataires peu performants à l'abri des pressions du marché qui les contraindraient à mieux faire. Si la LAMal autorise une planification hospitalière intercantonale, elle ne fait pas grand-chose pour l'encourager et, à quelques exceptions près, celle-ci s'opère au niveau du canton. Il en résulte une duplication des efforts et une organisation inefficace de l'offre (en particulier pour les procédures complexes et inhabituelles) entre les cantons. Cela réduit également les possibilités de concurrence active au niveau des assureurs et des prestataires du fait du petit nombre d'unités prestataires. Quel que soit le modèle adopté pour remédier aux insuffisances actuelles du système, l'approche fondée sur le marché et celle fondée sur la planification devraient s'appliquer à des zones hospitalières plus vastes. Cela est particulièrement important pour les procédures dans lesquelles il existe une relation entre le nombre de cas qu'un médecin traite par an et le taux de mortalité (ou d'autres types de résultats en termes de santé) enregistré au cours de la procédure. Des mécanismes visant à organiser l'activité autour de régions géographiques plus vastes que le canton ont été introduits dans d'autres domaines relevant de la responsabilité cantonale comme la recherche et l'innovation médicales; il ne semble donc pas y avoir de bonne raison de ne pas appliquer plus largement des approches similaires en matière de soins de santé.

Différents modèles de réformes sont possibles.

Il n'y a pas unanimité concernant la meilleure façon de structurer et de combiner les réformes des marchés de l'assurance et de la planification d'État pour améliorer la capacité à réguler l'offre de soins de santé. Les points de vue divergent sur le fait de savoir si une révision drastique du système s'impose avec une évolution vers un modèle à assureur unique ou si, à l'inverse, une plus grande concurrence s'impose sur les marchés de l'assurance pour réduire le nombre d'assureurs au niveau national et accentuer les pressions exercées sur les prestataires pour une meilleure maîtrise des coûts. Chaque modèle comporte ses opportunités et ses défis dont, en particulier, la nécessité d'éviter les effets négatifs sur la qualité et l'accès aux soins. Cela suppose également de juger s'il est possible de changer les structures et les dispositifs institutionnels existants.

Il y a des arguments pour et des arguments contre le système à assureur unique…

Un groupe de population important argue qu'il faut abandonner le système des payeurs multiples au profit d'un assureur unique. Une proposition en faveur d'un assureur unique dans le secteur de la santé, qui s'appuie sur l'exemple du principal assureur accident public, la SUVA, sera soumise au suffrage populaire dans le cadre d'un référendum organisé en 2007. Le modèle de l'assureur unique présente à la fois des avantages et des inconvénients. Dans les mécanismes proposés, les primes devraient être liées aux revenus. Ce modèle peut être plus efficace pour la maîtrise des coûts car il peut utiliser sa position de force pour faire pression sur les prestataires afin qu'ils abaissent

leurs coûts. Ses coûts administratifs seraient également moins élevés que dans un système à payeurs multiples, comme le montre l'expérience d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2003b; OCDE, 2004c; Hussay et Anderson, 2003). Dans un système d'assureur unique, les incitations à investir dans la prévention et dans une meilleure coordination des soins pour les cas à haut risque sont également plus grandes et habituellement ce système repose sur une base de données unique pour le suivi de la qualité des prestataires et des hôpitaux. En revanche, un assureur unique élimine la possibilité pour le consommateur de choisir entre des caisses d'assurances et peut avoir pour effet d'inhiber l'innovation en matière de pratiques et de produits d'assurances. Si la position de force vis-à-vis des prestataires permet de maintenir les prix à un niveau bas, il y a un risque d'offre insuffisante et de rationnement des soins. L'absence de concurrence sur le marché de l'assurance peut engendrer une organisation monolithique ouverte aux pressions politiques et ayant un style de gestion bureaucratique avec peu d'incitations à innover. On n'a pas non plus l'assurance que ces systèmes pourront soutenir une croissance plus lente des coûts de l'offre de soins de santé sur le long terme. Dans ce contexte, il convient également de noter que d'autres modèles d'assurances pourraient être envisagés. La Belgique, par exemple, combine dans son financement des dépenses de santé, un système de fonds unique et une mise en concurrence des assureurs. Le fonds effectue des transferts, basés sur un système de capitation, aux assureurs à but non lucratif mis en concurrence qui assurent la couverture des dépenses de santé et règlent les prestataires.

… mais l'évolution vers un système d'assureur unique poserait un certain nombre de difficultés de mise en œuvre.

Si les deux systèmes (payeur unique et payeurs multiples) ont chacun leurs propres points forts et points faibles, il est également juste de dire que l'évolution vers un système reposant sur un assureur unique posera, à l'instar de toute réforme importante, un certain nombre de difficultés pratiques. Tout d'abord, il est difficile de savoir comment gérer le problème des assureurs maladie actuels cessant leur activité. Ensuite, de grands changements peuvent être plus difficiles à opérer qu'un changement progressif s'appuyant sur les traditions et les structures existantes. Ce peut être le cas en Suisse, où la tradition du consensus et le fonctionnement d'une démocratie directe ralentissent le processus de réformes.

Le renforcement de la concurrence dans un système à payeurs multiples suppose l'existence de plusieurs conditions…

Plutôt que de changer radicalement le système, le gouvernement a proposé de réformer la Loi sur l'assurance-maladie en renforçant les mécanismes de maîtrise des coûts fondés sur le marché. Ce modèle de concurrence régulée augmenterait la concurrence entre les prestataires et la capacité du marché à réguler l'offre. Les réformes expérimentées dans d'autres pays de l'OCDE donnent toutefois à penser que cette voie n'est pas facile non plus. En outre, il n'y a pas d'indication internationale qu'une concurrence accrue entre assureurs améliorerait la qualité ou l'efficacité des soins. Sauf à mettre en place un certain nombre de dispositifs clés, il est peu probable que cette concurrence accrue permette de répondre aux attentes du gouvernement concernant l'impact de la réforme proposée sur le rapport coût-efficacité.

… des instruments pour accroître la concurrence sur les marchés de l'assurance…

Pour optimiser la probabilité de succès de cette approche, il faut avant tout aligner la concurrence sur les marchés de l'assurance avec incitations visant à améliorer la qualité et l'efficience. Cela suppose de prendre des mesures à la fois pour décourager la concurrence fondée sur la sélection de risques et d'encourager les assurés à se comporter en acheteurs avisés d'assurances maladie.

Dans ce contexte, les mécanismes de compensation des risques devraient être institutionnalisés comme étant une caractéristique permanente de la LAMal. La compensation des risques est nécessaire pour garantir une concurrence effective dans des régimes d'assurance-maladie caractérisés par une tarification uniforme. Comme l'idéal serait que la concurrence s'étende au-delà des frontières cantonales, les mécanismes de compensation devraient regrouper les risques au niveau national. L'utilisation de méthodes améliorées d'ajustement des risques est également souhaitable. Des indications concernant la Suisse et d'autres pays de l'OCDE donnent à penser que les assureurs jugent opportun de recourir à la sélection des risques pour réduire les dépenses en attirant les clients à faible profil de risque. Il est difficile de lutter contre de telles incitations même si une réglementation interdit l'écrémage. Néanmoins, l'adoption d'un système plus efficace de compensation des risques pourrait être une première mesure pour stimuler une concurrence fondée sur les mérites respectifs en rendant la sélection des risques moins rentable ou moins aisée. Bien qu'il soit difficile de trouver des indicateurs acceptables et efficaces de risques individuels, l'utilisation d'informations diagnostiques représenterait une nette amélioration par rapport à l'utilisation actuelle d'ajusteurs de risque démographiques. En outre, les systèmes existants, qui reposent sur une compensation *a posteriori* des coûts entre assureurs devraient être remplacés par une approche prospective, les transferts sur la base des structures à risque s'opérant en début de période. L'expérience d'autres pays de l'OCDE, comme les Pays-Bas, ayant mis en place des systèmes perfectionnés de compensation des risques pourrait servir de modèle.

Tant que les assureurs seront à l'abri des pressions de la concurrence générée par la demande du fait, par exemple, que les assurés ne vont pas vers les assureurs les plus performants, ces derniers ne seront guère incités à abaisser leurs coûts et à améliorer la qualité de leurs produits, et ceci notamment parce que les caisses d'assurances n'ont pas le droit de faire des profits. Pour réduire les coûts de transaction des individus qui changent d'assureur, on pourrait envisager d'interdire aux assureurs LAMal de proposer une couverture complémentaire et imposer une facturation détaillée des prestations couvertes par l'assurance-maladie de base et l'assurance complémentaire. Les autorités suisses ont déjà pris des mesures pour dissocier l'assurance de base de l'assurance complémentaire en interdisant la vente liée de telles couvertures. En outre, l'information comparative sur les primes d'assurance-maladie est suffisamment transparente et semble somme toute adéquate pour encourager les consommateurs à faire des choix tenant compte du prix. Ainsi, les assurés pourraient bien choisir délibérément de ne pas quitter un assureur à l'égard duquel ils ont un sentiment particulier d'allégeance en dépit des grandes disparités de primes. Cela montre qu'une faible sensibilité au prix peut ralentir l'établissement de pressions concurrentielles sur le marché suisse.

… des incitations accrues pour les prestataires…

Deuxièmement, en Suisse les établissements de soins devraient être soumis à des contraintes budgétaires plus fortes. Actuellement, de nombreux hôpitaux publics appartenant aux cantons n'ont pas une indépendance de gestion et une responsabilité budgétaire suffisantes, ceci dans un contexte où les cantons interveniennent souvent pour les renflouer financièrement. À moins que les hôpitaux ne deviennent des organisations (à but lucratif ou non lucratif) indépendantes et autonomes, pleinement responsables vis-à-vis des payeurs, les autorités pourront intervenir et mettre un terme à des conséquences impopulaires de la concurrence, même lorsque ces changements sont bénéfiques en termes d'efficacité.

… et de nouveaux mécanismes contractuels opérant au niveau national ou au niveau de grandes régions regroupant plusieurs cantons.

Troisièmement, les contrats sélectifs entre assureurs et prestataires devraient être autorisés. Les assureurs sont actuellement tenus de passer contrat avec tous les établissements de soins de santé et tout le personnel médical, sauf dans le cas de réseaux de soins intégrés (*managed care*). La pratique des contrats sélectifs permettrait aux assureurs de négocier avec des prestataires individuels, les poussant ainsi à être plus performants. Les propositions actuelles visant à limiter les contrats sélectifs au secteur ambulatoire et au secteur ambulatoire hospitalier doivent être élargies de manière à englober les soins aux patients hospitalisés dans lesquels les gains d'efficience potentiels, par le biais notamment de réductions de l'offre, sont plus grands.

Il faudrait également créer des conditions assurant l'application au système de santé de la loi sur les cartels, en particulier les règles interdisant aux associations professionnelles de négocier collectivement les tarifs. Mais la pratique des contrats sélectifs sera plus complexe car elle impose de passer des contrats individuels avec les prestataires alors que dans l'approche actuelle les assureurs et prestataires négocient en tant que groupe. Elle pourrait également être plus coûteuse d'un point de vue administratif que les mécanismes actuels. Cela dépendra du degré d'asymétrie d'information en faveur des prestataires (caractéristique que l'on retrouve dans la plupart des systèmes de soins de santé) mais aussi du degré et de l'intensité de la surveillance nécessaire à l'obtention des économies souhaitées et à l'évaluation de la qualité. Il n'existe pas d'indication internationale forte que les gains d'efficience générés par ces contrats seront supérieurs à leurs coûts de transaction plus élevés.

En outre, pour être efficace, la concurrence doit jouer au niveau national (ou englober des groupes de cantons importants) afin que la menace des assureurs de refuser de conclure le contrat soit crédible. Actuellement, cette condition n'est susceptible d'être remplie que dans un petit nombre de grands centres urbains où les concurrents potentiels sont nombreux. En outre, la mise en œuvre de contrats sélectifs peut se heurter à l'opposition des prestataires (qui sont réticents à toute influence extérieure exercée sur leur liberté clinique), et des consommateurs (qui ne sont pas disposés à accepter de limitations au libre choix du médecin et de l'hôpital). Pour les assurances, ces facteurs peuvent réduire leurs incitations et leur capacité à s'engager dans ces nouveaux mécanismes contractuels.

De nouveaux dispositifs réglementaires sont également nécessaires pour garantir…

Enfin, de nouveaux dispositifs réglementaires devront être imaginés pour garantir :

- une meilleure information sur la performance du système de soins de santé qui permette aux assureurs et aux prestataires de faire des choix avisés sur des marchés concurrentiels ;
- de meilleures normes de qualité et de réactivité aux besoins des patients ;
- une offre adéquate de composantes de service public, comme les services accidents et urgences, dans les soins de santé ;
- la planification à long terme de l'offre pour le capital physique comme pour le capital humain.

… une meilleure information sur la performance du système de soins de santé…

Actuellement, la capacité des assureurs à jouer le rôle d'agents au mieux des intérêts financiers et médicaux des assurés est largement contestée. Aussi longtemps que le public s'opposera à toute limitation de son choix de prestataires ou qu'il ne fera pas confiance aux assureurs pour opérer pour leur compte des choix optimums, les assureurs eux-mêmes ne seront guère incités à s'engager dans un système de contrats sélectifs de crainte de perdre des parts de marché. Une information accrue sur la performance en matière de soins de santé sera nécessaire pour gagner la confiance des assurés dans les nouveaux dispositifs mais aussi pour fournir aux assureurs des informations adéquates, sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour motiver leurs points de vue lors des négociations et permettre la conclusion de contrats fondés sur les mérites respectifs. En outre, les efforts en vue d'introduire la concurrence dans d'autres pays de l'OCDE se sont heurtés à des problèmes d'asymétrie de l'information, les assureurs ne pouvant superviser de manière adéquate les activités des prestataires et les demandes de remboursement. À cet égard, de meilleurs systèmes d'information organisés au niveau national seraient bien utiles. La fourniture d'informations sur la qualité des soins, mentionnée un peu plus haut, en est une bonne illustration.

… des normes améliorées de qualité, d'accès aux soins et de réactivité aux besoins des patients…

Des normes minimales d'accès aux soins (en particulier en milieu rural), de qualité et de réponse aux besoins des patients sont nécessaires. Ces normes doivent s'accompagner d'un cadre de responsabilités clairement établi pour les assureurs et de la publication d'informations pour démontrer que ces objectifs sont atteints. La mise en place d'un système de surveillance des résultats et d'utilisation des services fournirait une garantie supplémentaire pour la dispensation de soins de grande qualité. Ces normes devraient être fixées au niveau national et les autorités, cantonales et fédérales, devraient assumer ensemble la responsabilité de la surveillance (et éventuellement des sanctions) des performances indésirables des prestataires et des assureurs.

… la garantie de composantes de service public dans les soins de santé…

À titre de corollaire, les autorités devront également faire en sorte que les obligations de service public, telles que l'offre de services Accidents et Urgences, de services de recherche médicale, de formation du personnel médical et de prévention, soient organisées et budgétées. Ce sont là des domaines dans lesquels les marchés concurrentiels tendent à être défaillants car les assureurs n'ont aucune incitation financière à investir dans ces activités et qu'il leur est facile de resquiller (« free-riding »). Une manière de surmonter ces défaillances du marché serait de spécifier aux assureurs des obligations contractuelles pour garantir des normes minimales de service public. Si cela se révèle difficile voire impossible, les autorités publiques devraient continuer à assurer aux prestataires des aides directes pour garantir un niveau d'offre souhaitable. Là encore, une organisation au niveau national ou régional serait préférable.

… et une planification à plus long terme de l'offre.

Enfin, la nécessité d'avoir une vision à plus long terme des besoins et donc de l'offre imposera une planification collective, même dans un contexte de marché concurrentiel de l'assurance-maladie. D'ores et déjà le vieillissement des populations modifie les schémas de la demande et les besoins en termes de types de soins. Le système hospitalier devra progressivement être réorganisé car la spécialisation s'accroît et le contenu des soins change. À l'instar d'autres pays de l'OCDE, la Suisse sera bientôt confrontée au déclin de l'offre de personnel de santé avec le départ à la retraite de la génération du baby-boom. Il est préférable de discuter au niveau national des politiques concernant les effectifs du secteur de la santé tandis qu'il serait mieux d'organiser au niveau de plusieurs cantons les changements à opérer dans le secteur hospitalier.

À la lumière de ces développements futurs, les autorités pourraient devoir mettre en place, en temps opportun, des mesures incitatives et des dispositifs réglementaires appropriés pour assurer une offre adéquate des travailleurs de la santé mais aussi de dispositifs de valorisation continue du capital humain et des compétences des prestataires existants. Dans ce contexte, il faudra peut-être également s'attacher à encourager une augmentation du nombre de généralistes par habitant, lequel semble relativement faible comparé à la plupart des pays de l'OCDE. A plus court terme, il pourrait être nécessaire de se soucier davantage d'assurer une offre adéquate de services ambulatoires en milieu rural. Par exemple, un système mixte d'incitations financières et non financières pourrait être mis en place pour attirer les travailleurs de santé dans les zones rurales et plus reculées.

6.4. Problèmes systémiques à plus long terme

La gouvernance du système de santé suisse doit être renforcée.

Une conclusion évidente de ce rapport est que la capacité de maintenir durablement les gains concernant la performance du système dépend de la capacité des autorités

suisses à s'attaquer aux problèmes systémiques liés à la gouvernance du système de santé. Ces problèmes sont résumés ci-après.

L'objectif à plus long terme devrait être une loi-cadre pour la santé, délimitant clairement les responsabilités fédérales et cantonales et établissant des normes nationales…

La Suisse n'a pas de loi-cadre pour la santé et l'adoption d'un tel texte devrait être un objectif à plus long terme. Par le biais de cette loi-cadre, le gouvernement fédéral devrait faire en sorte que les cantons et les assureurs se conforment à certaines exigences ou à certains principes nationaux convenus. La loi spécifierait clairement les objectifs et les priorités, les responsabilités en matière de financement et traiterait du problème des pénalités. Elle établirait également des structures de gouvernance communes pour les niveaux institutionnels inférieurs et traiterait des tâches partagées entre les différents niveaux de gouvernement. Elle guiderait les cantons dans l'établissement de politiques locales dans tout le pays et orienterait les initiatives de coordination entre cantons. La loi fixerait également le cadre à l'intérieur duquel opèreraient d'autres lois fédérales, comme la LAMal et une possible loi future sur la prévention et la promotion de la santé.

Dans la mesure où un tel cadre supposerait de modifier les responsabilités respectives des autorités fédérales et des cantons, il faudrait modifier la Constitution mais ce ne devrait pas être un obstacle insurmontable. Les changements constitutionnels opérés récemment dans le domaine de l'éducation et visant à une plus grande harmonisation des politiques éducatives des cantons montrent que cela peut se faire également dans le secteur de la santé pour améliorer la cohérence des politiques en la matière.

… les systèmes d'information doivent être améliorés…

La faiblesse actuelle de l'information sur la performance des systèmes est un obstacle persistant à l'élaboration de politiques vigoureuses et objectives fondées sur des bases factuelles et sans lesquelles il sera difficile d'optimiser l'utilisation des ressources. L'opacité du système de santé suisse est évidente dans plusieurs domaines et à plusieurs niveaux; elle inclut, par exemple, le manque d'informations sur la qualité et la réactivité du système de santé, des données inadéquates sur les ressources humaines et sur leur utilisation, et le manque d'informations détaillées sur les schémas de dépenses à l'intérieur des cantons et d'un canton à l'autre. Le manque de transparence diminue la capacité de surveiller et d'anticiper les changements complexes que connaît le système de santé. Il rend difficile l'établissement de mandats de responsabilité et de performance. Il est également responsable de l'absence de confiance mutuelle entre les différents acteurs du système. Améliorer la collecte de données et établir des systèmes adéquats d'informations sanitaires doit donc être une priorité. L'élaboration d'un système d'information plus adéquat et harmonisé pour le système de santé suisse permettrait d'établir des comparaisons de performances d'un canton à l'autre. L'utilisation de fichiers électroniques de données sur les patients devrait également être développée et ces informations devraient alimenter le système à venir de cartes d'assurés. Cela pourrait contribuer à réduire le nombre de services faisant double emploi. Les cantons devraient

être tenus de fournir un ensemble minimum de données constitué sur la base de méthodes et de normes communes. Des exigences minimales de fourniture de données devraient s'appliquer à la profession médicale et à l'association des assureurs.

… et les barrières entre les cantons devraient être progressivement levées.

L'analyse contenue dans ce rapport conclut que l'une des grandes faiblesses du système de santé suisse est de devoir organiser la concurrence entre assureurs et gérer les prestataires à l'intérieur de régions géographiques étroites et pour une population restreinte. Il faudrait lever progressivement les barrières aux accords intercantonaux et réorienter les responsabilités des cantons vers une responsabilité accrue de suivi des résultats sanitaires locaux par rapport à l'offre directe de soins. Cela supposerait l'élaboration d'une nouvelle loi-cadre générale et la conclusion d'un accord entre autorités fédérales et cantonales pour la création d'une base d'informations plus perfomante de manière à améliorer le rapport coût-efficacité. La LAMal devrait être formulée en ayant à l'esprit ce recentrage sur les responsabilités locales et ceci serait indépendant du modèle spécifique de réforme adopté par la population et les autorités locales. Les cantons devraient également jouer un rôle de plus en plus important de surveillance du marché pour s'assurer que les normes minimales de soins sont respectées et qu'il n'y a pas de déséquilibres au niveau local. Cela serait conforme à l'accent mis par la Suisse sur la négociation et le consensus.

*
* *

Le système de santé suisse compte à son actif de grandes réalisations mais les défis qui se profilent à l'horizon lui interdisent de se reposer sur ses lauriers.

Avec des indicateurs de l'état de santé relativement bons, un accès aux soins sans restrictions, le libre choix du prestataire, des soins de qualité et un degré élevé de satisfaction des patients, le système de santé suisse semble avoir atteint toute une série d'objectifs importants. Mais ces succès ont un prix. Les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que la capacité de l'économie à les financer. La Suisse arrive désormais à la deuxième place des pays de l'OCDE pour la part des dépenses de santé dans le PIB. Jusqu'ici, les avantages du système semblent l'avoir emporté sur les coûts perçus, lui valant un large soutien public qui pourrait persister dans l'avenir. Mais si les coûts continuent d'augmenter, pesant toujours plus lourd sur l'économie et le niveau de vie, les pressions en vue d'une réforme du système vont s'accroître. Côté demande, cela peut signifier pour les patients une certaine perte de leur liberté de choix des prestataires. Cela supposera également de prendre des mesures pour remédier aux inefficiences actuelles de l'offre. Ces réformes impliqueront certains changements dans la manière dont le système opère, en particulier pour ce qui est de la gouvernance. Ce rapport a suggéré d'examiner toute une série de propositions. Si le débat public promet d'être long et animé, il faut espérer que ces propositions contribueront à l'établissement d'un large consensus sur la manière de préserver les acquis du système suisse par un système de santé plus efficace et plus efficient.

Encadré 6.1. **Recommandations pour une réforme du système de santé suisse**

1. Améliorer la **gouvernance** globale du système de santé en :
   - *a)* élaborant au niveau fédéral un cadre juridique global pour la santé ;
   - *b)* mettant en place des systèmes nationaux d'informations sur la santé concernant en particulier la qualité des soins médicaux, la réactivité du système, le personnel de santé et les services médicaux ;
   - *c)* investissant dans les nouvelles technologies de l'information, par exemple en adoptant un système de dossiers électroniques des patients et de cartes informatisées individuelles pour une meilleure coordination et administration des soins de santé ;
   - *d)* créant un nouveau cadre réglementaire pour la fourniture : *i)* d'informations comparatives sur les performances des assureurs et des prestataires ; *ii)* de garanties minimums de qualité et d'adéquation des soins ; *iii)* d'obligations adéquates de service public (services accidents et urgences, par exemple) et pour *iv)* une planification à long terme des besoins.
2. Réformer les **mécanismes de financement** pour stimuler l'efficience du système de santé suisse en :
   - *a)* encourageant l'adoption de mécanismes mixtes de paiement des médecins pour les soins ambulatoires et en soutenant la mise en place de systèmes de médecins référents (gate keeping) ;
   - *b)* durcissant les contraintes budgétaires pour les prestataires institutionnels ;
   - *c)* adoptant un système unique de financement pour les hôpitaux et en allouant les aides publiques directement aux assurés (ou aux assureurs) ;
   - *d)* repensant les mécanismes de participation aux coûts de manière à encourager un recours accru aux génériques et l'utilisation de produits et services médicaux ayant un bon rapport coût-efficacité (par exemple, des activités de prévention ayant fait la preuve de leur efficience) ;
   - *e)* mettant en œuvre des politiques destinées à surveiller et encourager la prescription et l'utilisation économiques des produits pharmaceutiques, par exemple en ouvrant le marché à la concurrence étrangère pour les médicaments non brevetés et en interdisant aux médecins de délivrer des médicaments.
3. Si l'on poursuit sur la voie d'un recours accru aux **mécanismes du marché** pour la régulation de l'offre, créer des conditions plus propices à une concurrence fondée sur les mérites respectifs dans le cadre des marchés de l'assurance-maladie et des prestataires en :
   - *a)* organisant l'offre et la concurrence entre prestataires et assureurs au niveau national ou au niveau de plusieurs cantons ;
   - *b)* modifiant les mécanismes de compensation des risques pour y inclure un ajustement des risques fondé sur des indicateurs de l'état de santé ;
   - *c)* autorisant les contrats sélectifs entre assureurs et prestataires et en s'assurant de l'application au système de santé de la loi sur les cartels ;
   - *d)* réduisant les obstacles et les coûts d'un changement d'assureur (par exemple, en instaurant une séparation totale entre l'offre d'une assurance LAMal et l'offre d'une assurance volontaire).

Encadré 6.1. **Recommandations pour une réforme du système de santé suisse** *(suite)*

4. Développer les **interventions de santé publique** et améliorer le rapport **coût-efficacité** des services couverts en :
   - *a)* élaborant une loi fédérale sur la santé publique et la prévention qui fixe des objectifs généraux, définisse clairement les responsabilités et spécifie les modes de financement ;
   - *b)* évaluant de manière systématique les programmes de prévention et de promotion de la santé, mis en œuvre tant au niveau national qu'au niveau cantonal ;
   - *c)* facilitant la mise en œuvre de mesures de prévention d'une efficience prouvée, par exemple en recourant davantage à l'augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool pour dissuader les consommateurs et en mettant en place un programme national de dépistage du cancer du sein ;
   - *d)* faisant en sorte que les prestations couvertes par la LAMal maximisent la valeur en introduisant de nouvelles procédures d'évaluation indépendante des services, en renforçant l'utilisation d'analyses du rapport coût-efficacité et en publiant les rapports d'évaluation.
5. Promouvoir une meilleure gestion de la qualité clinique en :
   - *a)* encourageant des mécanismes transparents d'autorégulation professionnelle ;
   - *b)* soutenant les initiatives nationales en matière de qualité des soins et en renforçant la collecte de données au niveau fédéral ;
   - *c)* élaborant un système national de surveillance et d'amélioration de la qualité des soins en termes de structure, de processus et de résultats cliniques.
6. Encourager **l'équité** horizontale et verticale du financement de la santé en :
   - *a)* spécifiant des critères nationaux minimums que devront remplir les cantons dans l'administration des aides aux familles et aux personnes à faibles revenus ;
   - *b)* surveillant l'efficacité des mécanismes de protection sociale (subventionnement des primes, exemption de la participation aux coûts) à atténuer les effets défavorables de la structure régressive du financement de la santé ;
   - *c)* veillant à ce que tous les coûts médicaux liés aux soins de longue durée soient couverts par les assureurs LAMal et que les mécanismes de protection sociale mis en place pour couvrir les coûts non médicaux supportés par les personnes à faibles revenus soient efficaces.

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Liste des sigles

AA	Assurance-accident
AELE	Association européenne de libre-échange
AM	Assurance militaire
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
AVS-AI	Assurance-vieillesse et survivants – assurance-invalidité
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOICE	Choosing Interventions that are Cost-Effective (Choisir des interventions d'un bon rapport coût-efficacité)
CIM	Classification internationale des maladies
DALY	Disability Adjusted-Life Years (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité)
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	Diagnosis-related Groups (groupes homogènes de maladies)
DSPH	Dépenses de santé des patients hospiralisés
FMH	Fédération des médecins suisses
GATT	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Independent Practice Association (Association des praticiens exerçant seuls)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accident
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
LEPM	Loi fédérale concernant la pratique professionnelle de la pharmacie et de la médecine humaine et vétérinaire
LS	Liste des spécialités
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OFAP	Office fédéral des assurances privées
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique

OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPAS	Ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins
OSSI	Organisation de soins de santé intégrés
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPO	Organisme dispensateur de services à tarifs préférentiels
PPPS 2010	Commission spécialisée Prévention Plus Promotion de la Santé 2010
SPITEX	Acronyme pour « Services d'aide et de soins à domicile »
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
SWISSMEDIC	Institut suisse des produits thérapeutiques
TARMED	Tarif médical unifié
UE	Union européenne

Abréviations des cantons

CH	Suisse
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures
AG	Argovie
BL	Bâle-Campagne
BS	Bâle-Ville
BE	Berne
FR	Fribourg
GE	Genève
GL	Glaris
GR	Grisons
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
NW	Nidwald
OW	Obwald
SH	Schaffhouse
SZ	Schwyz
SO	Soleure
SG	St.Gall
TG	Thurgovie
TI	Tessin
UR	Uri
VS	Valais
VD	Vaud
ZG	Zoug
ZH	Zurich

ISBN 92-64-01835-2
Examens de l'OCDE des systèmes de santé
Suisse
© OCDE 2006

Références

Abelin, T. (1993), « Rauchen », in W. Weiss (éd.), *Gesundheit in der Schweiz,* Seismo-Verlag, Zurich, pp. 219-233.

Abrahamsen, Y., J. Hartwig et B. Schips (2005), « Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz », Communiqué de presse, Zürich.

Achtermann, W. et C. Berset (2006), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale : vol. 1, Analyse et perspectives*, Office fédéral de la santé publique, Bern.

Allin, S. *et al.* (2004), *Making Decisions on Public Health: a review of eight countries*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague. *www.euro.who.int/observatory/publications/20041014_1*.

Balthasar, A. (1998), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 21/98, OFAS, Berne.

Balthasar, A. (2001), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2000 », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 2/01, OFAS, Berne.

Balthasar, A. (2003), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2002 », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 20/03, OFAS, Berne.

Balthasar, A., O. Bieri et F. Muller (2005), *Monitoring 2004 – Die sozialpolitische Wieksamkeit der Präminverbilligung in den Kanthonen*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Baur, R. (2004), *Managed Care-Modelle Bestandesaufnahme 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Beck, K. (2000), « Growing Importance of Capitation in Switzerland », *Health Care Management Science,* vol. 3, n° 2, pp. 111-119.

Beck, K. (2004a), *Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Haupt, Berne.

Beck, K. (dir. pub.) (2004b), *Enlisement de la réforme de la compensation des risques? Expériences internationales et solutions concrète pour la Suisse*, Risk Adjustment Network (RAN), Lucerne.

Beck, K. et P. Zweifel (1998), « Cream Skimming in Deregulated Social Health Insurance: evidence from Switzerland », in P. Zweifel (dir. pub.), *Developments in Health Economics and Public Policy series*, vol. 6, Dordrecht, Boston et Kluwer Academic, Londres, pp. 211-228.

Beck, K., L. Gardiol et S. Spycher (2003), « Risk Adjustment in Switzerland », *Health Policy*, vol. 65, n° 1, pp. 63-74.

Berk, M.L. et A.C. Monheit (2001), « The Concentration of Health Care Expenditures, Revisited », *Health Affairs*, vol. 20, n° 2, pp. 9-18.

Biersack, O. (2000), « Évaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'Article 39 LAMal – Les méthodes de planification des cantons », à l'intention du Secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Bâle.

Bjørnerud, S., C. de la Maisonneuve et J. Oliveira Martins (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: what are the main drivers?», Document de travail de l'OCDE du Département des affaires économiques, n° 477, OCDE, Paris.

Bolgiani, I., G. Domenighetti et J. Quaglia (2003), « Satisfaction des Suisses à l'égard des soins de santé et des primes de l'assurance-maladie », *Sécurité sociale CHSS*, n° 4, pp. 219-222.

Bolliger-Salzmann, H., B. Cloetta, G. Bähler, F. Müller et C. Hofmann C. (2000), *Programme global tabac 1996-1999 de l'Office fédéral de la santé publique : rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne, Berne.

Bopp, M. et C. Minder (2003), « Mortality by Education in German-speaking Switzerland, 1990-1997: results for the Swiss National Cohort », *International Journal of Epidemiology,* vol. 32, n° 3, pp. 346-354.

Bouchardy, C., H. Verkooijen et G. Fioretta (2006), « Social Class is an Important and Independent Prognostic Factor of Breast Cancer Mortality », *International Journal of Cancer* (article à paraître mais version préliminaire disponible en ligne sur *http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/112550793/ABSTRACT)*.

Britt, F., M. Brombacher Steiner et P. Streit (2005), « Assurance-maladie », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle,* Editions Hans Huber, Berne, pp. 36-56.

Bundesaerztekammer (2003), *Aerztestatistik*, Berlin. *www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztestatistik/100Archiv/01Stat2003/70Ausland.html.*

Bureau suisse de prévention des accidents (2005), « 509 morts sur les routes suisses », *Info média*, 11 février, Berne. *www.bpa.ch/medias/info_medias/infomedia_2005/2005_02_11.htm.*

Buske, L. (2004), « Younger Physicians Providing Less Direct Patient Care », *Canadian Medical Association Journa*l, vol. 170, n° 8, pp. 1217.

Busse, R. et A. Riesberg (2004), *Health Care System in Transition: Germany*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.

Camenzind-Frey, E. et U. Zybach (2005), « Five Servings of Fruit and Vegetables a Day Campaign », in M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey, A. Matzke, R. Amadò, P. Ballmer, M. Beer, R. Darioli K. Hasler, J. Lüthy, U. Moser, R. Sieber et C. Trabichet (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 897-904.

Capocaccia, R. G. Gatta, P. Roazzi, E. Carrani, M. Santaquilani, R. De Angelis, A. Tavilla et le Groupe de travail EUROCARE (2003), « The EUROCARE-3 Database: methodology of data collection, standardisation, quality control, and statistical analysis », *Annals of Oncology,* vol. 14 (supplément 5), pp. v14-v27.

Chaloupka, F. et W. Warner (2000), « The Economics of Smoking », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 1539-1627.

Chancellerie fédérale (2001), *Message concernant la révision de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMA)*, Chancellerie fédérale, 6 november 1991.

Chancellerie fédérale (2002), *Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004a), *The Swiss Federation – A Brief Guide*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004b), *Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004c), *Message concernant la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents)*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004d), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter)*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004e), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et à l'Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004f), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (participation aux coûts)*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004g), *Message concernant la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004h), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chancellerie fédérale (2004i), *Ordonnance sur le Fonds de prévention du tabagisme*, Chancellerie fédérale, Berne.

Chisholm, D. *et al.* (2004), « Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a comparative cost-effectiveness analysis », *Journal of Studies on Alcohol,* vol. 65, n° 6, pp. 782-793.

Colombo, F. (2001), « Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland », Document hors série Politique du marché du travail et politique sociale, n° 53, OCDE, Paris.

Commission européenne (2006a), « Excise Duty Table: Part I – Alcoholic beverages », Bruxelles. *http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_III_tobacco-en.pdf*.

Commission européenne (2006b), « Excise Duty Table: Part III – Manufactured tobacco », Bruxelles. *http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_III_tobacco-en.pdf*.

Comité national Mouvement populaire des familles (2006), *Argumentaire en faveur d'une caisse-maladie unique et sociale,* Initiative pour une caisse-maladie unique et sociale, février.

Comité stratégique (2005), *Projet SwissDRG: Sous-projet 1 – Règles pour le calcul des poids relatifs et recommandations pour le calcul du prix de base,* Version approuvée par le Comité stratégique (StA), 19 août 2005. Consultable sur : *www.swissdrg.org/assets/pdf/fr/SwissDRG_RGB_f.pdf*.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2002), *Recommandations révisées concernant la planification hospitalière, la planification des établissements médico-sociaux, la liste des hôpitaux et la liste des établissements médico-sociaux selon l'Article 39 LAMal,* 3 mai 2002.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)(2004), *Managed Care*, Fiche d'information et d'intervention, n° 6, Berne.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2005a), *Assemblée annuelle de la conférence des directeurs sanitaires du 19 mai à Fribourg*, communiqué.

Conférence suisse des Directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2005b), *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations*, Berne, juillet.

Conseil fédéral suisse (2004a), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Participation aux coûts)*, 26 mai.

Conseil fédéral suisse (2004b), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)*, 15 septembre.

Couffinhal, A. et J. Mousquès (2001), « Les médecins diplômés hors de France: statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé* n° 45, CREDES, Paris.

Coulter, A. (2001), « Quels patients sont les moins biens lotis? », *Observateur de l'OCDE*, OCDE, Paris, décembre. Consultable sur : *www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/560/Which_patients_get_the_worst_deal_.html*.

Courrier du médecin vaudois (2005), « Dossier: La planification hospitalière », *Revue de la Société vaudoise de médecine* n° 3, pp. 3-9.

Crivelli, L. (2004), « La Sanità in Svizzera: tra "devolution" di poteri allo Stato centrale e le riforme dell'assicurazione malattia », *Epistula ALASS*, vol. 55, mars, pp. 17-21.

Crivelli, L. et G. Domenighetti (2003), « Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 43, n° 3, pp. 397-426.

Crivelli, L. et M. Filippini (2003), « Federalismo e sistema sanitario svizzero », in N. Falcitelli, M. Trabucchi et F. Vanara (dir. pub.), *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari, tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Mulino, Bologne, pp. 87-119.

Crivelli, L., G. Domenighetti et M. Filippini (2006), « Federalism *versus* Social Citizenship: investigating the preference for equity in health care », à paraître dans P.L. Porta et L. Bruni (dir. pub.), *Handbook of Happiness in Economics*, Edward Elgar, Cheltenham, Università della Svizzera italiana, Instituto di microeconomia ed economia pubblica (MecoP), Lugano.

Crivelli, L., M. Filippini et I. Mosca (2003), « Federalismo e spesa sanitaria regionale: Analisi empirica per i cantoni svizzeri », in D. Franco et A. Zanardi (éd.), *Welfare State e decentramento fiscale*, Società italiana di economia pubblica, Franco Angeli, Milan.

Crivelli, L., M. Filippini et I. Mosca (2006), « Federalism and Regional Health Care Expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons », *Health Economics Letters*, vol. 10, n° 1.

Croix-Rouge suisse (2005), *Formation professionnelle : reconnaissance des titres professionnels étrangers*, Berne.

Cueni, T.B. (2005a), « Médicaments », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 202-209.

Cueni, T.B. (2005b), « Industrie pharmaceutique », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 157-163.

Dang, T.T. *et al.* (2001), « Fiscal Implications of Ageing: projections of age-related spending », Document de travail de l'OCDE du Département des affaires économiques, n° 305, OCDE, Paris.

Danon-Hersch, N. et F. Paccaud (2005), « Future Trends in Human Resources for Health Care: a scenario analysis », *Raisons de santé,* n° 110, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.

Département fédéral des finances (2005), Impôt spécial sur les alcopops, Berne. *www.efd.admin.ch/f/dok/faktenblaetter/efd-schwerpunkte/7_alcopops.htm*.

Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health Care Systems: lessons from the reform experience », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 9, OCDE, Paris.

Domenighetti, G. (2005), « Grandeur et misère des systèmes universels de santé », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 86, n° 4, pp. 221-226.

Domenighetti, G. et E. Pipitone (2002), « Induction de l'offre de prestations médicales par la demande », *Primary Care,* vol. 2, pp. 241-245.

Domenighetti, G. et J. Quaglia (2001), « Analyse comparative de la performance du système sanitaire suisse », *La Vie économique – Revue de politique économique*, n° 9, pp. 8-13.

Domenighetti, G., F. Gutzwiller et S. Martinoli (1993), « Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services », *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* vol. 9, n° 4, pp. 505-513.

Domenighetti, G., P. Luraschi, A. Casabianca, E. Pedrinis et A. Spinelli (1984), « Prévalence de l'hystérectomie et cancer de l'utérus dans la population du canton du Tessin », *Sozial und Praventivmedizin*, vol. 29, n° 4-5, pp. 178-179.

Domenighetti, G., P. *Luraschi*, A. *Casabianca*, F. *Gutzwiller*, A. *Spinelli*, E. *Pedrinis et F. Repetto* (1988), « Effect of Information Campaign by the Mass Media on Hysterectomy Rates », *Lancet*, vol. II, pp. 1470-1473.

Dubois-Arber, F. *et al.* (2003), *Évaluation de la stratégie de prévention du VIH/SIDA en Suisse : septième rapport de synthèse 1999-2003*, Hospices/CHUV, Département universitaire de médecine et de santé communautaires – Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.

Dumont, J-P. (1999), « Les réseaux de soins coordonnés en Suisse », *Notes et documents d'URCAM*, n° 12, URCAM, Bourgogne, juin.

Eichholzer, M., E. Camenzind-Feey, A. Matzke et *al.* (2005), *5e rapport sur la nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Eisler, R. (2005), *Krankenkassenprämien – Wer kann sie noch bezahlen?*, Comparis, Zürich, 18 octobre.

Enthoven, A.C. et L.A. Tollen (2005), « Competition in Health Care: It takes systems to pursue quality and efficiency », *Health Affairs* publié en ligne le 7 septembre 2005, *http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w5.420v1*.

Ess, S.M., S. Schneeweiss et T.D. Szucs (2003), « European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure », *Pharmacoeconomics*, vol. 21, n° 2, pp. 89-103.

Evans, D.B., D. Chisholm et T. Tan Torres Edejer (2006), « Generalized Cost-effectiveness Analysis », in A. Jones (dir. pub.), *The Elgar Companion to Health Economics,* Edward Elgar Press, Cheltenham, UK & Northampton, Mass., États-Unis.

Evans, D.B., S.S. Lim, T. Adam, T. Tan-Torres Edejer et The WHO-CHOICE MDG Team (2005), « Achieving the Millennium Development Goals for health: methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7525, pp. 1137-1140.

Fédération des médecins suisses (FMH) (2005), *Statistiques médicales*, Berne. *www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/statistique_medicale_2002.htm*.

Filippini, M. et M. Farsi (2005), *Analyse de l'efficience et de la productivité des hôpitaux suisses,* Rapport final à l'Office fédéral de la statistique et à l'Office fédéral des assurances sociales, juin.

Frei, A. (1998), « Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes fur Gesundheit », *Health Econ*, Bâle.

Fuchs, V. (1978), « The Supply of Surgeons and the Demand for Operations », *Journal of Human Resources*, vol. 13, supplément, pp. 35-56.

Gardiol, L., P.Y. Geoffard et C. Grandchamp (2005), « Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance », Document de travail Paris-Jourdan Sciences Économiques, n° 38.

Gebel, F. (2005), « Assurance militaire », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 57-59.

Gerdtham, U. *et al*. (1998), « The Determinants of Health Expenditures in the OECD Countries: a pooled, data analysis », *Development in Health Economics and Public Policy*, vol. 6, Dordrech, Boston et Kluwer Academic, Londres.

Gilliand, P. (1990), *assurance-maladie – Quelle révision?,* Editions Réalités sociales, Lausanne.

Gilliand, P. et S. Rossini (1997), *La protection sociale en Suisse,* Éditions réalités sociales, Lausanne.

Ginsberg G., S. Lim, J. Lauer, C. Sepulveda et T. Tantorres-Edeger (2004), *Prevention, Screening and Treatment of Colorectal Cancer – A Global and Regional Generalized Cost Effectiveness Analysis*, Organisation mondiale de la santé, Genève (non publié).

Gress, S., D. *Niebuhr, H. Rothgang et J.Wasem* (2005), « Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care. A comparative perspective », *Health Policy*, vol. 73, n° 1, pp. 78-91.

Groot M.T. *et al.* (à paraître), « Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically Different Regions of Africa, North America, and Asia », *Breast Journal.*

Hänggeli, C. *et al.* (2005), « Médecins libres praticiens », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Editions Hans Huber, Berne, pp. 191-201.

Hesse, S., P. Staeger et A. Pecoud (2005), « Mandatory Continuing Medical Education: did the doctors follow the rule? A survey in the state of Vaud », *Revue médicale suisse,* vol. 1, n° 38, pp. 2463-2466.

Höpflinger, F. et V. Hugentobler (2003), *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Prévisions et scénarios pour le XXIe siècle*, Huber Verlag, Berne.

Hofmarcher, M.M. et M. Riedel (2003), *Impact of Case-Mix Hospital Payment Reforms on Health Systems Case Study – Austria*, Rapport commandé par la Banque mondiale, Europe et Asie centrale (ECA) Unité sectorielle du développement humain, avril.

Holly, A. et M. Benkassmi (2003), « Health and Health Care Inequalities in Switzerland: a brief review of the literature », Rapport préparé pour le projet RUIG/UNRISD « mondialisation, égalité, santé ».

Holly, A., L. Gardiol et Y. Eggli (2004), *Health-based Risk Adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior hospitalisation*, Rapport final révisé, Institut d'économie et de management de la santé (IEMS), Université de Lausanne, Lausanne.

Hussey, P. et G.F. Anderson (2003), « A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform », *Health Policy*, n° 66, pp. 215-228.

IMS Consulting (2003), *A Comparison of Pharmaceutical Pricing in Switzerland with Selected Countries*, Bristol.

INFRA BASYS (2002), *Auswirkungen staatlicher Eingriffe auf das Preisniveau im Bereich Humanarzneimit*.

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2001), *Cause de mortalité : consommation d'alcool,* Lausanne. *www.presseportal.ch/fr/story.htx?nr=100013345&firmaid=100000980&lang=3*.

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004), *Tabac : chiffres et données*, Lausanne.

Interpharma (2005), *Le marché du médicament en Suisse*, Interpharma, Bâle.

Ippolito, P. et A. Mathios (1996), « Information and Advertising Policy: a study of fat and cholesterol consumption in the United States, 1977-1999 », Bureau of Economics Staff Report, Federal Trade Commission, Washington, DC.

Jordan, D. et M. Enderle (2005), « Pharmacies et drogueries », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 223-243.

Kägi, W., S. Siegrist et M. Schäfli (2004), *Influence de la LAMal sur les transferts entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire*, Rapport de recherche 2/04, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Kägi, W., B. Koller; E. Staehelin et M. Schäfli (2003), M*odifications induites par la LAMal dans le domaine de l'approbation des primes*, Rapport de recherche 23/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Kenkel, D. (2000), « Prevention », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 1539-1627.

Klauss, G., A. Busato et D. Zahnd (2005a), « Analyse des régions de desserte hospitalière en Suisse », *Sécurité sociale CHSS*, n° 2/2005, pp. 104-109.

Klauss, G., L. Staub, M. Widmer et A. Busato (2005b), « Hospital Service Areas – A new tool for health care planning in Switzerland », *BMC Health Services Research*, vol. 5, n° 33.

Kocher, G. et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne.

Kocher, G. (2005), « Confédération, cantons et communes: partage des compétences et des tâches », in G Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 90-96.

Künzi, K. et M. Schär-Moser (2002), *Situation professionnelle du personnel soignant dans le canton de Berne* Rapport de synthèse, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, Berne.

Lang P., U. Piller et R. Steffen (2005), *Swiss Vaccination Coverage Survey: vaccination coverage of children in Switzerland, 1999-2003*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Zürich, Zürich.

Laske-Aldershof, T. *et al.* (2004), « Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets: a five-country comparison », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 3, n° 4, pp. 229-241.

Lauenberger, R. et C. Demund (2005), «Assurance-invalidité», in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 30-35.

Lehmann, P. *et al.* (2004), *Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse*, Politique nationale suisse de la santé, Berne.

Leu, R.E. (2005), *Monistische Spitalfinanzierung*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Leu, R.E. et M. Schellhorn (2004), « The Evolution of Income-related in Equalities in Heatlh Care Utilization in Switzerland Over time », *Diskussionsschriften,* n° 04-13, Université de Berne, Berne, Berne.

Leuenberger, P. et C. Longchamp (1999), *Enquête auprès des membres de l'ASI,* Berne (non publié).

Lindsay, M.P. *et al.* (2005), « The Canadian Stroke Quality of Care Study: establishing indicators for optimal acute stroke care », *CMAJ*, vol. 172, n° 3, pp. 363-365.

Ludwig, C.A. et W. Morger (2005), « Assurance accidents », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 19-25.

Mackenbach, J.P. (2005), *Health Inequalities: Europe in profile*, Rapport indépendant commandé par, et publié sous les auspices, de la Présidence britannique de l'UE, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam.

Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhof, J.J. Geurts, O. Andersen *et al.* (1997), « Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health », *The Lancet*, vol. 349, n° 9066, pp. 1655-1659.

Mattke, S. (2004), « Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux : un nouveau défi pour les responsables politiques des pays de l'OCDE », *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, OCDE, Paris.

Mattke, S. *et al.* (2006), « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 22, OCDE, Paris.

Mehta, R.H. *et al.* (2002), « Improving the Quality of Care for Acute Myocardial Infarction: the guidelines applied in practice in the GAP initiative », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 13 mars, pp. 1269-1276.

Ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports (2006), *Health Insurance in the Netherlands. The new health-insurance system from 2006*, La Haye.

Mosle, H. (2005), « Établissements médico-sociaux et divisions de soins », in G. Kocher et W. Oggier (dit. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 123-133.

Muheim, D. (2003), « Caisses privées et assurances sociales: retour sur les premiers projets d'assurance-maladie (1893-1912) », in FEAS (dir. pub.), *Aspect de la sécurité sociale : Dossiers problèmes non résolus*, Lausanne.

Mullan, F. (2005), « The Metrics of the Physician Brain Drain », *New England Journal of Medicine* vol. 353, pp. 1810-1818.

Murray, C.J.L. (1994), « Quantifying the Burden of Disease: the technical basis for disability-adjusted life years », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, pp. 429-445.

Murray, C.J.L. *et al.* (2003), « Effectiveness and Costs of Interventions to Lower Systolic Blood Pressure and Cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk », *Lancet*, vol. 361, n° 9359, pp. 717-725.

Nations unies (2003), *World Population Prospects 1950-2050 (The 2002 Revision)*, New York.

Nordly, S., T. Jørgensen, A.H. Andreasen, N. Hermann et H.B. Mortensen (2003), « Danish Study Group on Childhood Diseases. Quality of diabetes management in children and adolescents in Denmark », *Diabet Med*, vol. 20, n° 7, pp. 568-574.

Notzer, N. et S. Brown (1995), « The Feminization of the Medical Profession in Israel », *Medical Education*, vol. 29, n° 5, pp. 377-381.

Observatoire européen des systèmes de santé (2000), *Health Care Systems in Transition – Switzerland*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.

Observatoire européen des systèmes de santé (2004), *Health Care Systems in Transition: Germany*. Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.

OCDE (1999), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale au Canada et en Suisse*, OCDE, Paris.

OCDE (2000), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.

OCDE (2002), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.

OCDE (2003a), *Rapport annuel sur les développements en matière de politique de la concurrence en Suisse*, OCDE, Paris.

OCDE (2003b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Corée*, OCDE, Paris.

OCDE (2004a), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.

OCDE (2004b), *Vers des systèmes de santé plus performants*, OCDE, Paris.

OCDE (2004c), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.

OCDE (2005a), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

OCDE (2005b), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, OCDE, Paris.

OCDE (2005c), *Découpages territoriaux des pays membres de l'OCDE*, Paris.

OCDE (2005d), *Examens de l'OCDE de la réforme de la réglementation Suisse : saisir les opportunités de croissance*, OCDE, Paris.

OCDE (2005e), *Systèmes de comptes de la santé*, OCDE, Paris.

OCDE (2005f), *Tendances des migrations internationales*, OCDE, Paris.

OCDE (2006a), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, Paris.

OCDE (2006b), *Maladie, incapacité et travail : améliorer les opportunités en Norvège, Pologne et Suisse*, Paris.

Office fédéral de la justice (2004), *Efficacité des mesures prises par la Confédération – Propositions de mise en œuvre de l'Article 170 de la Constitution fédérale dans le contexte des activités du Conseil fédéral et de l'administration fédérale*, rapport du Groupe de contact interdépartemental « Évaluations de l'efficacité » à la Conférence des secrétaires généraux de la Confédération suisse, Berne.

Office fédéral de la santé publique (1997), *Guidelines for Health Programme and Project – Évaluation planning*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2002), *Plan directeur de recherche – Santé 2004-2007*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2003a), *Prévention et promotion de la santé chez les enfants et les jeunes*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2003b), *Migration and Public Health: the Confederation's strategic orientation 2002-2006*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004a), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004b), *Primes 2005 : augmentation de 3.7 % en moyenne,* Communiqué de presse du 28 septembre 2004, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004c), *Révisions de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) – Réformes LAMal 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne. *www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/index.htm*.

Office fédéral de la santé publique (2004d), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004e), *Primes de l'assurance de base 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004f), *Primes de l'assurance de base UE/AELE 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004g), *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung – Managed Care-Modelle – Bestandesaufnahme 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004h), Office fédéral du sport (OFSPO), Swiss olympic association, développement et formation, Prévention dans le sport, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2004i), *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Tarmed*, Office fédéral de la santé publique, Institut für Politikwissenschaft, Université de Zürich, Zürich.

Office fédéral de la santé publique (2005a), *Primes de l'assurance de base 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2005b), *Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2005c), *Monitoring 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2005d), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »*, Version novembre 2005, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2005e), *Assurance obligatoire des soins, Augmentation des coûts de 6 8 % en 2004*, Office fédéral de la santé publique, Conférence de presse, 8 septembre 2005.

Office fédéral de la santé publique (2005f), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la santé publique (2006), *Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Rapport national*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Office fédéral de la statistique (2002), *Progression du français, meilleure intégration des étrangers,* Communiqué de presse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2003a), *Enquête suisse sur la santé 2002 – Stress et précarité dans le monde du travail affectent la santé*, communiqué de presse du 31 octobre 2003, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2003b), *Emplois dans le domaine de la santé : Résultats du recensement des entreprises de 1998* Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2003c), *Enquête suisse sur la santé 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2003d), *Emploi dans le domaine de la santé: Résultats du recensement des entreprises de 2001,* Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004a), *Structure et évolution de l'emploi dans le domaine de la santé: analyse des chiffres des recensements des entreprises de 1995, 1998 et 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004b), *Les Working Poor en Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004c), *Enquête sur les revenus et la consommation 2002 (ERC 2002)*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004d), *Résultats du recensement des entreprises de 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004e), *Coût et financement du système de santé en 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004f), *Estimation des coûts imputables LAMal, Art. 49 1er*, Office fédéral de la statistique, Section de la santé, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004g), *Enquête suisse sur la santé 2002*, Communiqué de presse, 28 mai 2004, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004h), *Enquête suisse sur la santé 2002 – Économiser sur les primes de l'assurance-maladie*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 28 mai 2004, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004i), *Santé et travail – Tensions psychosociales au travail : une menace pour la santé*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 23 novembre 2004, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004j), *StatSanté – Résultats des statistiques Suisse de la santé : Emploi dans le domaine de la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2004k), *Portrait démographique de la Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005a), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005b), *Coût et financement du système de santé*, Communiqué de presse, 31 mars 2005, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005c), *Statistical Data on Switzerland*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005d), *Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1992-2002 : Enquête suisse sur la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005e), *Les causes de décès en 2001-2002 : une évolution réjouissante avec des disparités régionales*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse n° 0351-0508-90, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005f), *Comptes nationaux*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. *www.bfs.admin.ch*.

Office fédéral de la statistique (2005g), *Encyclopédie statistique de la Suisse,* Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. *www.bfs.admin.ch*.

Office fédéral de la statistique (2005h), *Délinquance routière : les effets des récentes mesures*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse n° 0351-0509-60, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005i), *Coût et financement du système de santé en 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005j), *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2005k), *Statistique des causes de décès : Causes de mortalité en 2001 et 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Office fédéral des assurances sociales (1998), *Évaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 1/98, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2000), *Reform des Risikoausgleichs in der krankenversicherung?* Rapport de recherche n° 3/00, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2001), *Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse, Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 16/01, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2002), *assurance-maladie : Le Conseil fédéral veut réformer l'assurance-maladie en trois étapes*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 23 mai 2002, Berne. *www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/f/02052301.htm*.

Office fédéral des assurances sociales (2003a), « Ressources humaines dévolues aux soins de santé en Suisse », *Aspect de la sécurité sociale*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2003b), *Les institutions d'assurance privées en Suisse*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2003c), *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf : Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Rapport de recherche n° 22/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Office fédéral des assurances sociales (2004), *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer*, Büro Vatter Politikforschung&-beratung, Office fédéral des assurances sociales, Berne. *www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/3_04d_eBericht.pdf.*

Office fédéral des migrations (2001), *Erwerbstätige ausländische ärzte aus Staaten de EU und EFTA, Stand : Ende August 2001*, Office fédéral des migrations, Berne.

Ombudsman de l'assurance-maladie sociale (2004), *Rapport d'activité 2004*, Lucerne.

Or, Z. (2000a), « Déterminants de la performance dans les pays industrialisés », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, OCDE, Paris.

Or, Z. (2000b), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality across OECD Countries », Document hors série Politique du marché du travail et politique sociale, n° 46, OCDE, Paris.

Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2003), *La Convention-cadre pour la lutte anti-tabas*, OMS, Genève.

Organisation mondiale de la santé (2005), *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Facts*, WHO, Genève. *www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/*.

Organisation mondiale de la santé (2005), *WHO Sites, Mental Health, Suicide Prevention and Special Programmes*, WHO, Genève.

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe (2001), *Panorama de la santé, Suisse,* Copenhague.

Orosz, E et D. Morgan (2004), « SHA-based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 16, OCDE, Paris.

Paccaud, F. et D. Fäh (2005), « Evolution of Eating Habits and their Impact to Risk Factors and Incidence of Cardiovascular Diseases in Switzerland », in M. Eichholzer *et al.* (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 493-512.

Paris, V. et D. Polton (2006), *Targets in the French Health System* (à paraître).

Peters, M., C. Furrer et H. Bolliger-Salzmann (2002), *Programme alcool 1999-2002 « ça débouche sur quoi? »* Groupe de travail évaluation du programme alcool 1999-2002, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Polikowski, M. et B. Santos-Eggimann (2002), « How Comprehensive Are the Benefit Packages of Health Services? An international comparison of six health-insurance systems », *Journal of Health Services Research and Policy* vol. 7, n° 3, pp. 133-142.

Promotion santé suisse (2005), *Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene*, Berne.

Rochell, B. et N. Roeder (2000), « G-basierte Entgeltsysteme in Europa », in M. Arnold, M. Litsch and et H. Schellschmidt (dir. pub.), *Krankenhaus-Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs*, Schattauer.

Rossel, R. et Y.A. Gerber. (2004), « Switzerland – National Health Accounts, 2001 », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 12, OCDE, Paris.

Rossini, S. et Y.-L. Martignoni (2000), « L'importance des institutions privées sans but lucratif dans la protection sociale en Suisse », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Rüefli C., C. Andereggen et Y. Boggio (2005), *Wirkungsanalyse der kantonalen spitalplanungen*, Berne.

Rüesch, P. et P. Manzoni (2003), *La santé psychique en Suisse. Monitorage*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Rothenbühler, M. (1999), *Évaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'Article 39 LAMal,* Rapport au Secrétariat central de la conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Version 11 juillet 1999.

Sager, F. (2003), « Kompensationsmöglichkeiten federaler Vollzugsdefizite.Das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken », *Swiss Political Science Review* vol. 9, n° 1, pp. 309-333.

Sager, F. et A. Vatter (2000), *Strukture and Strategie der Kantone in der Alkoholpraventionpolitik: Eine kompartive Analyse unter besonderer Berucksichtingung der Verwendung des Alkoholzehntels*. Studie zur Hande der Stiftung fur Alkoholforschung, Berne.

Schroeder, S.A. (2004), « How Many Hours is Enough? An old profession meets a new generation », *Annals of Internal Medicine* vol. 140, n° 10, pp. 838-839.

Schut, F.T., S. Gress et J. Wasem (2003), « Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 3, pp. 117-138.

Secrétariat d'État à l'Économie (2005), *La situation sur le marché du travail en février 2005*, Document de presse, Berne.

Seematter-Bagnoud L. *et al.* (1999), « Overuse and Underuse of Diagnostic Upper Gastrointestinal Endoscopy in Various Clinical Settings », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 11, n° 4, pp. 301-308.

Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 7, OCDE, Paris.

Simoens, S., M. Villeneuve et J. Hurst (2005), « Tackling Nurse Shortages in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 19, OCDE, Paris.

Société suisse pour la politique de la santé (2003), « The Future Patient in Switzerland », *Cahiers d'études de la SSPS* n° 71, Berne.

Sommer, G. et O. Biersack (2005), *Hochkostenfälle in der Krankenversicherung*, OFSP, Berne.

Sprumont, D., F. Gutner et G. Roduit (2004), « Health Care Coverage Determinations in Switzerland », in T.S. Jost (dir. pub.), *Health Care Coverage Determinations: an international comparative study,* Open University Press, Londres.

Sprumont, D., F. Gurtner et G. Roduit (2005), « Health Coverage Determinations in Switzerland », in T.S. Jost (dir. pub.), *Health Care Coverage Determinations: an international comparative study,* Open University Press, Londres.

Spycher, S. (1999), *Analyse des effets de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (condensé)* Rapport de recherche n° 2/99, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Spycher, S. (2000), *Reform des Risikoausgleichs in der krankenversicherung?,* Rapport de recherche n° 3/00, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Spycher, S. (2002), *Compensation des risques et pools possible (pools de hauts risques) dans l'assurance-maladie obligatoire*, Rapport de recherche No. 19/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Spycher, S. (2004a), *Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires*, Document de travail n° 5, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.

Spycher, S. (2004b), *La compensation de risques dans le cadre de la 3e révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie*, sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, 6 janvier 2004.

Spycher, S. (2005), *Gesundheits- und Krankenversicherungs-politik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung*, BASS, Berne. *www.buerobass.ch/studienverz_d.html*.

StatSanté (2004), *Emploi dans le domaine de la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Stern, S., A. Vettori et T. von Stokar, (2004), *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*, Office fédéral de la santé public, Zürich.

Sturny, I. (2004), « Comparaison 1999-2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en suisse », Document de travail n° 10, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Surveillant des prix (2003), *Annexe au Communiqué de presse,* 27 novembre 2003.

Surveillant des prix (2005), *Communiqué de presse Surveillant des prix*, 2 mars 2005.

Suter, P. (2005), « Diet, Lifestyle and Obesity in Children and Adolescents in Switzerland », in M. Eichholzer (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 167-198.

Swiss Cigarette (2006), *Le tabac : fiscalité – Décomposition du prix de vente d'un paquet de cigarettes*, Fribourg. *www.swiss-cigarette.ch/F/tabac/fiscalite.html*.

Tan-Torres Edejer, T., R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D.B. Evans et C.J.L. Murray (2003), *Making Choices in Health: WHO guide to cost-effectiveness analysis,* Organisation mondiale de la santé, Genève.

Telser, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel et P. Eugster (2004), *Was leistet unser Gesundheitswesen?*, Verlag Rüegger, Zürich.

Townsend, J., P. Roderick et J. Cooper (1994), « Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex and Age, Effects of Price, Income and Health Publicity », *British Medical Journal*, vol. 309, pp. 923-927.

Undritz, N. (2005), « Hopital », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Editions Hans Huber, Berne, pp. 142-156.

Unternährer, R. (2005), « Interkantonale Zusammenarbeit: Sinnvoll? Zu lasten der Inividualität », *Competence,* , pp. 23-24.

van de Ven, W.P. et R.P. Ellis (2000), « Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets » in A.J. Cuyler et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Editions 1, vol. 1, chapitre 14, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 755-845.

van der Linde, F. (2005), « Gesundheitsförderung und Prävention stärken Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz », *Gesundheitsförderung Schweiz* Berne.

van Doorslaer, E. *et al*. (1997), « Socioeconomic Inequalities in Health, Some International Comparisons », *Journal of Health Economics* vol. 16, n° 1, pp. 93-112.

van Doorslaer, E. *et al*. (1999), « The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries » *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3, pp. 291-313.

van Doorslaer, E., C. Masseria et les membres du Groupe de recherché sur l'équité dans le domaine de la santé (2004), « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 14, OCDE, Paris.

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (1992), « Equity in the Finance of Health Care: some international comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 11, pp. 361-290.

Wagstaff, A. *et al.* (1999), « Equity in the Finance of Health Care: some further international comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, pp. 263-290.

Wälti, S. (2001), « Balance and Imbalance in the Swiss Federal System », Symposium international sur le déséquilibre fiscal organisé par la Commission sur le déséquilibre fiscal créée par le gouvernement québécois, Québec, 13-14 septembre.

Weyermann U. et M. Brechbühler (2005), « Soins infirmiers », in G. Kocher et W. Oggier (éd.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 301-313.

Zimmerman M., C. *Gubeli* C. *Puntener* et L. *Molinari* (à paraître), « Overweight and Obesity in 6-12 Year-old Children in Switzerland », *American Journal of Clinical Nutrition*.

Zobel, F. *et al.* (2003), *Évaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*, 4e rapport de synthèse 1999-2002, Institut universitaire de médicine sociale et préventive, Lausanne.

Zubler, V. (2006), « Les génériques cartonnent, la pharma passe à la caisse », *24 Heures*, 18 avril 2006.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2006 08 2 P) ISBN 92-64-01835-2 – n° 55240 2006

Examens de l'OCDE des systèmes de santé

Suisse

La population suisse jouit d'un bon état de santé, d'un large accès à une gamme complète de services de santé modernes et d'une très grande liberté de choix des prestataires. Les responsables de l'élaboration des politiques sont toutefois confrontés à d'immenses défis. Ils doivent notamment maîtriser des dépenses de santé en progression rapide et parvenir à une meilleure utilisation des ressources. S'ils s'accordent sur la nécessité de réformer le système de santé, leurs points de vue divergent largement quant à l'orientation la plus appropriée à donner à ce changement.

Ce document analyse les forces et les faiblesses du système de santé suisse. Il les examine au regard d'objectifs essentiels tels que l'efficacité et la réactivité, l'accès aux soins, l'équité du financement, l'efficience de l'offre de services et la viabilité financière. Le rapport évalue de nouvelles propositions de réforme du système de santé. Et il formule des recommandations pour répondre aux défis – présents et futurs – auxquels seront confrontées les autorités suisses.

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne à l'adresse suivante :
http://www.sourceocde.org/questionssociales/9264018352

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder via :
http://www.sourceocde.org/9264018352

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou **SourceOECD@oecd.org.**

www.oecd.org

9 789264 018358

ISBN 92-64-01835-2
81 2006 08 2 P

OCDE
ÉDITIONSOCDE