

## Contrôle des dépenses : domaine de la santé

Introduire la concurrence en faveur des patients - lutter contre les causes et non contre les symptômes

---

3 juillet 2006

Numéro 25

# dossierpolitique

---



## Carton jaune pour la période 1999-2003/04

### L'essentiel en bref

Les dépenses des pouvoirs publics pour le groupe de tâches « santé » ont fortement augmenté sur la période 1999 et 2003, de 5,6 % par an en moyenne. Cette évolution s'explique par plusieurs facteurs : des surcapacités dans le secteur hospitalier, une croissance de la consommation due tant aux fournisseurs de soins qu'aux patients, les nouvelles techniques médicales, les exigences élevées des assurés et le vieillissement de la population. Cette forte dynamique des dépenses ne peut être financée durablement, il faut donc la freiner.

### Position d'économiesuisse

L'économie s'engage pour un système de santé solide, innovant et efficient. Des réformes de grande ampleur s'imposent afin d'atténuer les coûts. Elles passent par le renforcement de la responsabilité individuelle et de la concurrence. Il convient en outre d'éliminer les interventions erronées de l'Etat, sans quoi la gestion du système de santé à la façon « économie planifiée » aboutira au rationnement, à la politisation de l'affectation des ressources et à une forte hausse des coûts à long terme. Dans ce cadre, la révision en cours de la LAMal doit viser à instaurer la transparence en matière de qualité et de coûts, de sorte que les instruments axés sur la concurrence — à l'exemple de l'attribution de contrats de prestations via un processus de soumission et la suppression (sélective) de l'obligation de contracter — puissent déployer leurs effets positifs.

Il faut se préoccuper non seulement du niveau inquiétant des prélèvements obligatoires (primes d'assurance maladie et impôts) dans le domaine de l'assurance obligatoires des soins (AOS), mais aussi de l'efficacité dans la fourniture des prestations. Les prélèvements obligatoires en matière de santé ne doivent pas, faute de transparence, être affectés à des fins de politique régionale ou d'emploi. C'est n'est qu'en évitant ces écueils et en améliorant la transparence que l'on pourra passer d'un système de santé « bon mais cher » à un système « (très) bon et à l'efficacité démontrée ». C'est ainsi aussi que l'on donnera sa chance au secteur de la santé, un domaine en forte expansion confronté à une concurrence internationale de plus en plus vive qui cherche à conquérir de nouveaux clients.

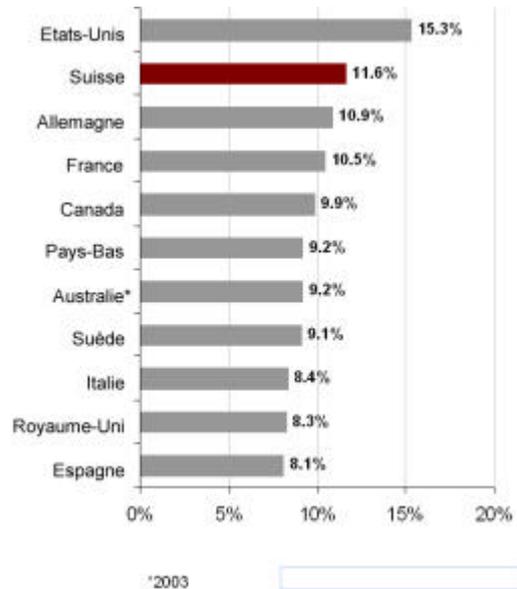
Le présent dossier politique fait partie d'un ensemble complet consacré au contrôle des dépenses de l'Etat. Il fait suite au Concept des dépenses publié en 2002 par Economiesuisse et met à jour l'évolution effective des dépenses dans chaque groupe de tâches. L'objectif consiste à examiner si les dépenses évoluent de manière acceptable sur la durée.

Entre 1999 et 2003, les dépenses totales consolidées des pouvoirs publics et des assurances sociales se sont accrues de 3,4 % par an en moyenne pour atteindre 172 mrd fr. Les dépenses de santé ont, quant à elles, enregistré une hausse supérieure à la moyenne, de 5,6 % par an. En 2003, ce groupe de tâches a coûté 22 mrd fr. au total à la Confédération, aux cantons et aux communes. Depuis le début des années 90, sa part à l'ensemble des dépenses est passée de 11,5 % à 12,7 %. Le Concept des dépenses posait comme objectif pour le domaine de la santé une croissance des dépenses de 2,2 % par an, un taux supérieur à l'objectif défini pour l'ensemble des dépenses (1,8 % par an). En l'absence de mesures de corrections, le Concept des dépenses craint que l'évolution annuelle des dépenses de santé ne s'élève à 5 %.

**Dépenses de santé : premiers rangs en comparaison internationale**

Les dépenses publiques dans le domaine de la santé ne représentent qu'une partie des dépenses du système de santé (en tant que secteur d'activité économique des services). Elles ne correspondent pas non plus aux

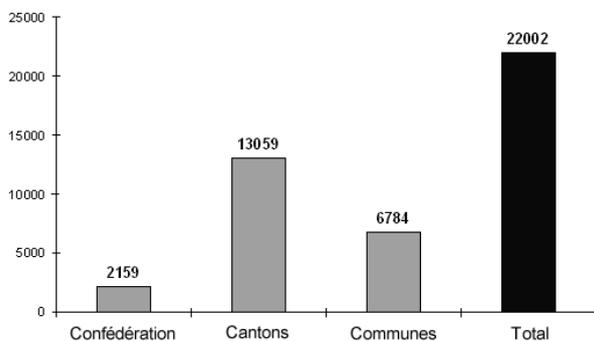
**Coûts de la santé en % du PIB, 2004**



Source : OCDE, données 2006 sur la santé

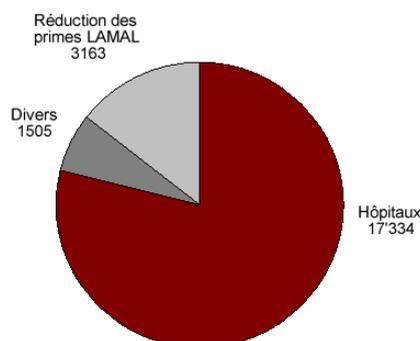
dépenses obligatoires dont le financement est prévu dans la loi sur l'assurance maladie (LAMal). La diversité des contributeurs impliqués (privés et publics) et les chevauchements dans la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, de même que les mécanismes de financement complexes, ne facilitent pas la vue d'ensemble du financement du système.

**Répartition des dépenses par niveau de l'Etat (2003, en mio. fr.)**



Source : AFF, Finances publiques en Suisse 2003

**Dépenses de la Confédération, des cantons et des communes pour la santé (2003, en mio. fr.)**



Source : AFF, Finances publiques en Suisse 2003

En comparaison internationale, la Suisse figure parmi les pays où le rapport coûts de la santé - PIB est le plus élevé. En 2004, il s'élevait à 11,6 %, occupant ainsi la deuxième place derrière les Etats-Unis, dont la part se montait à 15,3 % (cf. graphique page précédente). Si le rapport au PIB doit être relativisé en raison de la faible croissance économique de la Suisse jusqu'en 2003, on constate que la situation n'est pas meilleure du côté des dépenses de santé par personne : en fonction du pouvoir d'achat, la Suisse occupait le troisième rang avec 4077 dollars, loin derrière les Etats-Unis (6102 dollars) et le Luxembourg (5089 dollars) et juste devant la Norvège (3966 dollars)<sup>1</sup>.

Dans l'ensemble, les coûts du système de santé (y compris les médicaments en vente libre) se sont montés à 49,9 mrd de francs en 2003, les pouvoirs publics en ayant payé 22 mrd fr. (cf. graphique page précédente). En 2004, les coûts de la santé ont atteint 51,7 mrd fr. ou 11,6 % du PIB. Une autre partie des dépenses de santé est financée par les primes individuelles d'assurance maladie. Les institutions d'assurance, financées par les cotisations à l'assurance maladie obligatoire, sont considérées comme appartenant au secteur privé bien que le système ait un caractère redistributif. Les dépenses de ces institutions en 2003, 16,4 mrd fr., ne sont pas prises en considération dans la quote-part d'impôt.

Les contributions des pouvoirs publics aux établissements hospitaliers (hôpitaux, homes, centres et cliniques psychiatriques) se sont élevées à 17,3 mrd fr. en 2003. Elles sont assumées par les cantons et les communes et constituent la part du lion des dépenses de santé publique. Une partie du financement des hôpitaux est restituée aux cantons par les assureurs à titre de participation aux frais en vertu de la LAMal. Dans le système actuel, les cantons et les communes financent entièrement les investissements des hôpitaux publics. Le coût d'exploitation de ces derniers est en revanche couvert par les assureurs à concurrence de 50 % au maximum, tandis que les cantons et les communes assument le reste.

En 2003, l'Etat a versé 3,2 mrd fr. aux assurés à revenu modeste sous forme de réductions de prime d'assurance maladie. 2,4 millions de personnes en ont profité, soit près d'un tiers de la population. A l'heure

actuelle, la Confédération paie les deux tiers des réductions de prime et les cantons un tiers. La participation des cantons est pondérée en fonction de leur puissance financière. Les cantons peuvent en outre réduire leur contribution de 50 % au maximum, ce qui entraîne une réduction proportionnelle de la contribution fédérale. Pour obtenir l'intégralité de la contribution de la Confédération, les cantons doivent la relever de 50 %. Cette aide à la personne relève certes du groupe de tâches prévoyance sociale, selon la statistique officielle, mais, dans le présent dossier politique, elle est prise en considération dans la santé, comme la LPP, afin de saisir toutes les dépenses publiques pour ce secteur.

Sous le poste « autres », on regroupe en particulier les soins ambulatoires, la lutte contre les maladies (recherche et prévention) et le contrôle des denrées alimentaires. Les dépenses en question s'élèvent à 1,5 mrd fr. et sont principalement assumées par les cantons et les communes.

### **Evolution des dépenses : efficacité limitée des réformes**

#### ***Evolution à ce jour***

Les dépenses des pouvoirs publics pour la santé ont progressé de près de 50 % entre 1990 et 1999. Les coûts par assuré dans l'assurance obligatoire des soins ont presque doublé. Cette hausse des coûts se reflète dans la forte augmentation des primes d'assurance maladie. Plusieurs facteurs expliquent cette hausse massive :

- Premièrement, les patients consomment davantage de services et de produits. Cette hausse résulte de l'allongement de l'espérance de vie et de l'accroissement correspondant de la demande de soins, du progrès médical et technique et des exigences accrues des assurés.
- Deuxièmement, des surcapacités, notamment dans le domaine hospitalier et auprès des médecins spécialisés, ont entraîné un accroissement de la demande. Les fournisseurs de soin utilisent leur avantage en matière d'information par rapport aux assurances maladie et aux patients pour adapter la demande de prestations médicales à leur offre, c'est-à-dire pour accroître la consommation.

<sup>1</sup> Données de l'OCDE pour 2004

- Troisièmement, les prix des prestations médicales ont aussi augmenté : les hôpitaux ont enregistré les plus fortes hausses des prix, conséquence notamment de coûts du personnel en augmentation. A l'inverse, dans le domaine des soins médicaux ambulatoires, les prix stagnent depuis 1995, tandis que les prix des médicaments reculent depuis 1995 (cf. graphique ci-dessous), même si cet effet est limité par la modification d'un panier de consommation fourni en produits innovants.
- Conclusion : les coûts correspondent à la formule « volume x prix ». Le volume de la consommation a poursuivi son expansion au cours de ces dernières années, une évolution imputable aux patients et aux fournisseurs de soins. Les hausses de prix ont eu lieu surtout dans le domaine stationnaire, dans lequel l'augmentation des coûts (29 %) a été nettement plus marquée entre 1999 et 2004 que dans le segment des médicaments et des dispositifs médicaux (23 %) ou des soins ambulatoires (20 %). Cette évolution révèle le manque d'incitations, puisque le progrès technologique devrait entraîner un transfert du domaine hospitalier coûteux vers des soins ambulatoires et médicamenteux.

#### **Tendance : réformes insuffisantes**

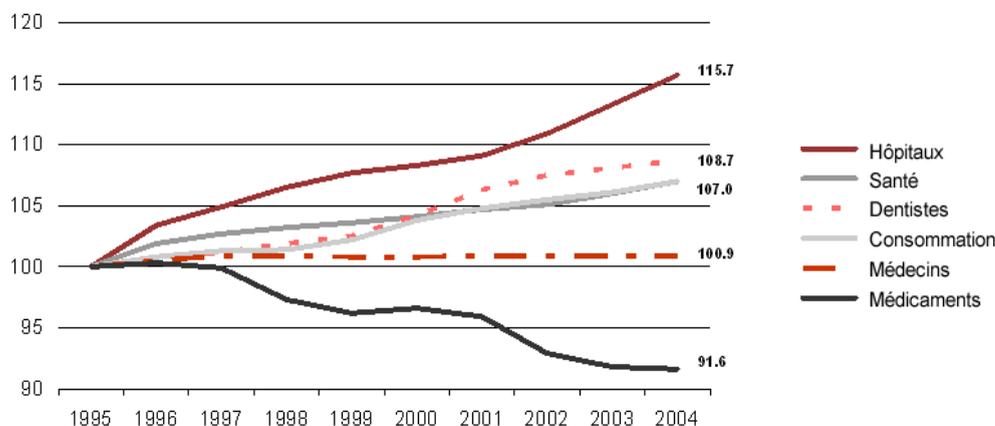
Le plan financier 2007-2009 de la Confédération prévoit un accroissement des dépenses dans le domaine de l'assurance maladie de 3,1 % par an en

moyenne pour 2005-2009. Cette évolution découle principalement de la décision de l'Assemblée fédérale de renforcer les contributions de la Confédération à la réduction des primes. Les chiffres du plan financier tablent sur un taux d'épuisement du cadre financier par les cantons de 87 % et des adaptations annuelles à l'augmentation des coûts de 1,5 %.

Du côté de l'assurance obligatoire des soins, la tendance à l'alourdissement des coûts ne pourra guère être freinée non plus, car les facteurs de hausses, qui ont dominé l'évolution jusqu'ici, continuent de déployer leurs effets. On peut se demander si les réformes envisagées actuellement dans le domaine de la santé peuvent freiner l'évolution des dépenses. En effet, des projets de réforme courageux et ambitieux, tels que la 2e révision de la LAMal qui a fait naufrage en décembre 2003 devant le Parlement, ont échoué. Cette réforme aurait notamment permis de passer progressivement à la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire, d'introduire un objectif dit social en ce qui concerne le poids de la prime pour les familles et les personnes à bas revenu, de même que la participation à parts égales des cantons et des caisses d'assurance maladie au financement des hôpitaux.

Après l'échec du projet devant le Parlement, le Conseil fédéral a changé de stratégie : d'une part, il a présenté la réforme de la LAMal au Parlement par petits paquets, d'autre part, le DFI a fait preuve de

#### **Indice des coûts du système de santé depuis 1995**



Source : Office fédéral de la statistique, Interpharma

courage et utilisé en partie avec succès la marge de manœuvre dont il disposait pour organiser son domaine de compétence.

### **LAMal: une révision qui traîne**

#### **– Financement des hôpitaux : insuffisant**

Le principal train de réformes concernant l'évolution des coûts est celui du financement des hôpitaux. Une réforme ambitieuse de la CSSS-E impliquant la suppression des inégalités de traitement dans le remboursement ambulatoire et stationnaire par l'introduction d'un système de financement moniste s'est heurtée à la résistance des cantons. Le Conseil des Etats l'a remplacée par un compromis insatisfaisant.

L'élément positif du projet est que les cantons ne subventionneraient plus des institutions, mais les prestations fournies sous forme de forfaits par cas. Les forfaits engloberaient aussi bien les coûts d'exploitation selon la LAMal que les coûts d'investissement. En règle générale, les cantons devraient prendre à leur charge 60 % des coûts des forfaits par cas, 45 % au moins dans les régions qui connaissent un niveau de primes inférieur à la moyenne, le reste étant couvert par les assurances maladie. Le fait de passer du financement de l'objet au financement du sujet et, d'autre part, de fixer des forfaits plutôt que de payer des coûts, poserait les fondements d'autres réformes.

En outre, les arrêts du Tribunal fédéral des assurances font que les assurés au bénéfice d'assurances complémentaires ont droit à la contribution cantonale de base. L'exécution de ces décisions s'est faite jusqu'ici par le biais du droit d'urgence, moyennant pour les cantons un versement annuel forfaitaire de 300 mio.fr., soit un montant inférieur de l'ordre de 300 mio.fr. à ce qu'il devrait être. Si l'on entend que cette participation ait un effet neutre sur les coûts, il convient d'étendre la planification hospitalière. Les hôpitaux privés et publics doivent être traités sur une base d'égalité s'ils disposent d'un mandat de prestations attribué selon une planification assez restrictive. Ainsi, l'attribution de mandats de prestations devient la clé de l'accès à la liste des hôpitaux et donc aux contributions des assurances maladie et des cantons. Une catégorie d'hôpitaux conventionnés est créée à titre de soupape de sécurité ; il s'agit d'hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière, mais qui ont pu conclure un contrat avec les assurances et s'assurent

ainsi au moins la contribution de base des assurances maladie.

Cependant, si l'on fait le bilan de dix ans de planification hospitalière, on peut craindre que les mandats de prestations ne soient pas attribués de manière équitable, sur la base de critères d'efficacité et de politique de la santé<sup>2</sup>. Ce risque existe notamment si certains mandats de prestations sont liés à des conditions (par exemple si un mandat de clinique obstétrique dépend du renoncement à la chirurgie cardiaque), conditions mises en places pour assainir les structures en éliminant des concurrents (privés) gênants. La grande majorité des cantons a utilisé la planification hospitalière pour protéger les hôpitaux cantonaux. En y accueillant le plus grand nombre possible de patients, ils ont cherché à promouvoir leurs intérêts, financiers notamment, de propriétaires et ils n'ont pas suffisamment réduit les surcapacités. Le gros de la réduction de capacités s'est opérée sur la densité des lits, une mesure sans grand effet sur les coûts. Mais étant donné que 70 % des coûts d'exploitation sont des coûts de personnel, seule la fermeture de divisions et d'hôpitaux aurait permis de réaliser des économies. Pourtant, entre 1996 et 2002, les effectifs de personnel ont progressé de six pour cent, car les hôpitaux se sont lancés sur les nouveaux marchés de la rééducation et dans le secteur ambulatoire. Le corollaire en a été une progression correspondante des coûts. Ainsi, la politique régionale et celle du marché de l'emploi l'a emporté sur le mandat constitutionnel de la politique de la santé des cantons (et de la Confédération – art. 41 Cst.) qui exige la garantie de l'accès aux soins nécessaires à la santé.

Le caractère insatisfaisant de l'approche planificatrice est aussi apparu en médecine de la transplantation, domaine où les cantons n'arrivent pas à se mettre d'accord pour répartir les centres de transplantation. Le rapport intermédiaire des experts étrangers appuie non seulement la nécessité du processus de concentration, mais il montre aussi que la définition de la médecine de pointe est sujette à de constantes modifications, car elle va au-delà de la médecine de transplantation. Cet état de fait rend plus difficile la

<sup>2</sup> Cf. à ce sujet également le dossier politique n°12 du 3 avril 2006 et Ortrud Biersack : Kantonale Spitalplanung und Spitallisten in der Schweiz : Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen, Berlin 2005.

délimitation entre planification fédérale et cantonale. Le manque de données quant à l'efficacité médicale et à l'efficacité en matière de gestion d'entreprise doit être déploré, puisque c'est précisément ce genre de critères qui permet de décider de l'attribution de mandats. Le rapport précise à juste titre que l'attribution de mandats est un processus dynamique qui devrait se dérouler sur la base de la qualité des résultats actuels, de l'effectivité des coûts et de la concurrence internationale<sup>3</sup>.

Ainsi, le rapport pointe du doigt trois autres défauts du projet du Conseil des Etats relatif au domaine stationnaire. Premièrement, il serait dangereux de se référer aux seuls coûts. Avec l'introduction nécessaire et centralisée des forfaits par cas liés aux prestations, les comparaisons de coûts deviennent possibles. Cela favorise l'efficacité, mais peut aussi engendrer des pertes de qualité, car indépendamment des coûts, il faut aussi comparer la qualité des résultats médicaux. Deuxièmement, ces comparaisons, qu'il s'agit d'effectuer au niveau des divisions, doivent être rendues publiques. Le contribuable et le patient doivent savoir quelles divisions sont jugées bonnes et efficaces<sup>4</sup>. Troisièmement, les mandats de prestations doivent être attribués publiquement et selon des critères objectifs de coûts et de qualité. Par analogie avec l'art. 2, 7e alinéa de la loi révisée en décembre 2005 sur le marché intérieur (monopoles cantonaux et communaux), l'appel d'offres doit se faire selon les règles des marchés publics et sans discrimination.

Toutefois, pour des raisons de politique économique et de concurrence, des mandats de prestations transparents constituent un compromis minimum, le but étant l'introduction du marché intérieur dans le domaine hospitalier. A cet égard, la révision va dans la mauvaise direction car elle étend la planification cantonale. Avec l'assouplissement du principe de territorialité dans le cadre de projets pilotes, il sera en effet plus facile d'acheter des prestations hospitalières à l'étranger que dans le canton voisin. Il sera ainsi possible d'utiliser des ressources fiscales pour des hôpitaux privés étrangers, alors que l'on refuse catégorique-

ment la concurrence entre cantons<sup>5</sup>. On mesurera aux solutions de compromis futures si, sur la voie du marché intérieur, le protectionnisme et la discrimination continueront d'avoir pour effet l'exclusion des fournisseurs privés et extra-cantonaux.

#### – *Financement des soins*

Les coûts des soins pèsent de plus en plus lourd. Le nombre des retraités s'accroît avec le passage des générations du baby-boom dans cette tranche d'âge. En outre, la population vieillit. Toutefois, ces années de vie gagnées sont principalement des années pendant lesquelles les personnes sont en bonne santé, ce qui diminue la période durant laquelle elles ont besoin de soins.

Il n'en reste pas moins que selon une étude de l'Université de Neuchâtel, l'évolution démographique et le progrès technologique risquent de faire doubler, d'ici à 2030, les coûts des soins à long terme, qui atteindraient 15,3 mrd fr. La population en ressentira les effets, soit comme assurés dont les primes d'assurance maladie augmenteront et/ou de contribuables, qui verront les coûts de l'aide sociale prendre l'ascenseur. Quant aux personnes fortunées, elles devront de plus en plus payer de leur poche les soins dont elles ont besoin. La différence de répartition des primes d'assurance maladie entre les moins de 60 ans et les plus de 60 ans, qui représentait déjà 4 milliards de francs en 2000, progressera encore jusqu'à atteindre 5,8 mrd fr. d'ici à 2030, uniquement pour raisons démographiques ; la solidarité entre les générations sera encore davantage mise à contribution<sup>6</sup>.

Ainsi, améliorer l'efficacité est également nécessaire dans ce domaine. Selon l'étude neuchâteloise, l'entrée plus tardive dans un établissement médico-social recèlerait un potentiel d'économies à hauteur de 2,2 mrd fr. par an en 2030. Une prévoyance-santé ciblée pour les aînés constituerait donc un investissement rentable.

On ignore encore si, dans la révision en cours de l'assurance des soins, le Parlement créera suffisamment d'incitations pour améliorer l'efficacité. Ces

<sup>3</sup> Rapport intermédiaire relatif à l'avis d'experts sur la médecine de pointe, 8 mai 2006, p. 1.

<sup>4</sup> Le Conseil des Etats ne prévoit qu'une formulation potestative concernant les comparaisons de fonctionnement (coûts). A l'instar de clauses analogues prises dans le passé, cette disposition va vraisemblablement rester lettre morte.

<sup>5</sup> Cf. arrêté du Canton de Soleure du 28 février 2006, cité par le conseiller aux Etats Leuenberger dans le Bulletin officiel du 8 mars 2006 relatif à l'article 41 de la LAMal.

<sup>6</sup> Avenir suisse : Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Zürich 2005, pp. 82, 84.

dernières années, l'extension des prestations prises en charge par l'AOS s'est traduite par une augmentation des coûts. Dans les établissements de soins, on a constaté surtout une croissance quantitative, et dans les soins à domicile un effet sur les prix<sup>7</sup>. En ce qui concerne les EMS, cette évolution est la conséquence des tarifs-cadre introduits en 1998 pour les prestations de soins, tarifs qui ont été gelés jusqu'à fin 2006 après un relèvement unique ; dans le cas<sup>8</sup> des soins à domicile, elle traduit l'absence de concurrence.

– **Managed care et suppression de l'obligation de contracter**

A titre de frein d'urgence jusqu'à une éventuelle suppression de l'obligation de contracter, le Conseil fédéral a décidé le 3 juillet 2002 de geler l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux pour trois ans au plus. Etant donné qu'il n'a pas été possible jusqu'ici de supprimer l'obligation de contracter, le Parlement a décidé de proroger le gel des cabinets de trois ans. Cette mesure n'a guère contribué à atténuer les coûts, car une avalanche de demandes d'ouvertures de cabinets avait été enregistrée juste avant son introduction. En outre, ce blocage concerne les jeunes médecins formés selon les méthodes les plus récentes, ce qui freine l'innovation, entrave les modèles de managed care et constitue une grossière atteinte aux droits fondamentaux (liberté économique et interdiction de discrimination). Là aussi, la transparence en matière de prestations offertes et de spécialisations des médecins, premiers indicateurs de qualité, constituent une importante condition des réformes à mener dans le sens de la liberté contractuelle.

Afin de faciliter les débats, le Conseil des Etats a décidé d'associer la suppression de la liberté de contracter à l'encouragement de modèles de managed care. Ceux-ci n'ont de succès que depuis quelques années. De manière générale, de par les incitations financières qu'ils apportent aux médecins, ils devraient non seulement limiter la demande induite par l'offre - comme cela se fait par un système de classification des séjours DRG (Diagnosis Related Groups) dans le domaine hospitalier - mais aussi permettre d'améliorer la qualité grâce à la mise en réseaux et les cercles de qualité. La principale mesure d'encouragement consisterait à assouplir le corset légal du managed care, par

exemple en autorisant à restituer sans limite les économies sur les assurés, à introduire des contrats pluriannuels ou à prévoir la possibilité de contracter des assurances avec bonus tenant compte du style de vie. Si l'on parvenait à promouvoir des modèles de Managed care innovants capables de contrôler la qualité au plan interne et de la communiquer vers l'extérieur, on apporterait une contribution à la maîtrise des coûts et à l'amélioration de la qualité dans le secteur ambulatoire. On parviendrait aussi à désamorcer le débat sur la liberté de contracter.

– **Compensation des risques**

La compensation des risques entre caisses maladie représente un correctif actuariel nécessaire pour prendre en compte, dans le cadre d'une prime unique, les facteurs de l'âge et du sexe ainsi que l'absence de précisions quant à l'état de santé des assurés. Premièrement, les assureurs se répartissent les risques selon une clé de répartition qui prévoit que 5 % des assurés sont à l'origine de 50 % des coûts. Deuxièmement, il s'agit d'empêcher une sélection des risques absurde au plan économique. Toutefois, en dépit de l'existence d'une compensation, la sélection des risques semble être payante. D'abord, la compensation des risques ne connaît que les critères de l'âge et du sexe (faciles à recenser), qui ont de moins en moins de signification par rapport à une réalité de seniors en bonne santé et de jeunes atteints de maladies chroniques. Ensuite, la compensation telle qu'elle existe freine l'innovation, car elle ne produit aucune incitation à innover dans les prestations ni à réduire les coûts occasionnés par les patients les plus coûteux. Il faut néanmoins reconnaître que de meilleures conditions-cadre sont au moins aussi importantes pour favoriser de nouveaux modèles d'assurance que l'amélioration de la compensation des risques. La modification adoptée par le Conseil des Etats a un sens surtout dans le cadre d'une réforme globale du financement des hôpitaux ou du managed care.

– **Augmentation des subventions fédérales destinées à réduire les primes**

Enfin, les Chambres fédérales ont approuvé l'augmentation des subventions fédérales destinées à abaisser les primes. Le plafond de dépenses a été relevé de 100 mio.fr. pour 2006 et 2007 respectivement, les montants étant indexés à hauteur de 1,5 % pour 2008

<sup>7</sup> OFS, Coûts de la santé, Neuchâtel 27.2.2004.

et 2009. Ainsi, selon la volonté du législateur, les primes des enfants et des jeunes adultes en formation doivent pouvoir être réduites de 50 % au moins pour les catégories de revenus inférieures et moyennes. Les cantons ont la liberté de fixer les limites de revenus dans le cadre de leurs systèmes de réduction des primes.

**Courageuses réformes du DFI**

– **Travail de fourmi dans le réexamen des prestations**

Indépendamment des travaux de réforme parlementaire, le DFI prend au sérieux le réexamen systématique des prestations dans son domaine d'activités, dans le but de freiner l'évolution des coûts. Ainsi, les médecines complémentaires ont été biffées du catalogue des prestations et des propositions ont été formulées pour endiguer les coûts de la psychothérapie.

Par ailleurs, la franchise maximale a été portée de 1500 francs à 2500 francs. C'est un moyen minime, mais efficace, pour limiter l'expansion de la consommation médicale.

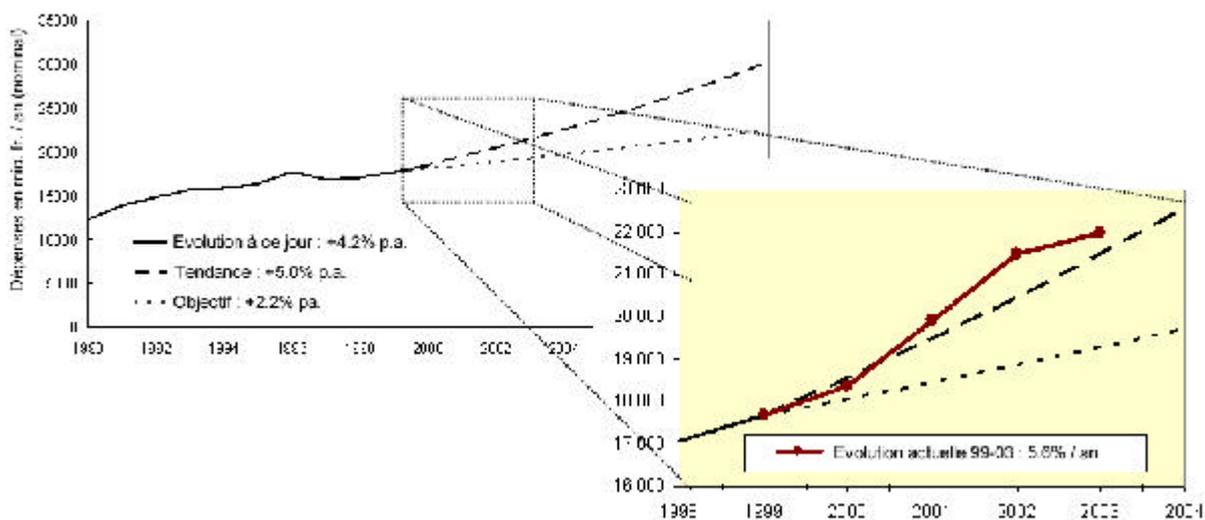
– **Grand succès dans le secteur des médicaments**

Mais c'est avec l'industrie pharmaceutique que le DFI enregistre son plus grand succès, grâce à un accord permettant d'économiser 250 millions de francs par an dans le domaine des médicaments. Les prix de certains médicaments dont le brevet est échu sont revus à la baisse et d'autres médicaments font l'objet d'examen complémentaires. Ainsi, non seulement les différences de prix des anciennes préparations diminuent par rapport à l'étranger (avant l'introduction de la LAMal en 1996, les prix de fabrique étaient supérieurs de 26 % à 85 % à ceux de la RFA, cet écart a été ramené depuis entre -4 % et 14 %)<sup>8</sup>, mais la baisse des prix des médicaments observée depuis des années s'est encore accélérée : à l'exception des originaux protégés par des brevets, les prix à la consommation ont diminué depuis fin 2005 de 10 % sur les génériques, voire de 16% sur les produits originaux en concurrence avec des génériques<sup>9</sup>.

Ensuite, des incitations à utiliser des génériques ont été introduites. A l'exception des cas dans lesquels une substitution n'est pas possible pour des raisons médicales, la part à la charge de l'assuré est portée de

<sup>8</sup> Présentation du surveillant des prix  
<sup>9</sup> Chiffres de e-mediat

**Evolution des dépenses du secteur de la santé : carton rouge pour 1999 à 2003/2004**



Sources : AFF, Finances publiques en Suisse 2003 ; Concept des dépenses 2002

10 % à 20 % si le prix de la préparation originale n'a pas été abaissé au niveau de prix des génériques ou si, sur la base du prix vendu au public, deux tiers au moins des génériques présentent un prix maximum inférieur de 20 % au moins à celui des préparations originales. Là aussi, le DFI a été efficace : le recours aux génériques explose depuis fin 2005 (cf. graphique ci-dessous).

Les deux mesures ne sont pas efficaces seulement pour freiner les coûts, elles sont aussi à saluer dans une perspective économique. Elles créent un espace d'innovation, c'est-à-dire une marge financière permettant de récompenser par un bonus les médicaments innovants, par exemple contre le cancer. Or cette marge financière permet de garantir aux patients dans l'AOS un accès rapide à des thérapies nouvelles et favorise le climat de la recherche.

#### **Initiatives populaires en cours**

Le fait que trois initiatives populaires portant sur le système de santé aient abouti et attendent d'être soumises à votation donne la mesure de l'urgence des problèmes dans ce domaine. Avec son initiative pour la baisse des primes d'assurance maladie, l'UDC espère intensifier la concurrence et accroître l'efficacité du système de santé. Elle prévoit à ce titre de supprimer l'obligation de contracter pour tous les acteurs. Une autre mesure consisterait à réduire le catalogue de prestations de l'assurance obligatoire des

soins. De plus, l'initiative exige de fixer la contribution de l'Etat à 50 % au maximum de l'ensemble des dépenses de l'assurance de base. Le Conseil fédéral rejette l'initiative et renvoie à la révision de la LAMal en cours.

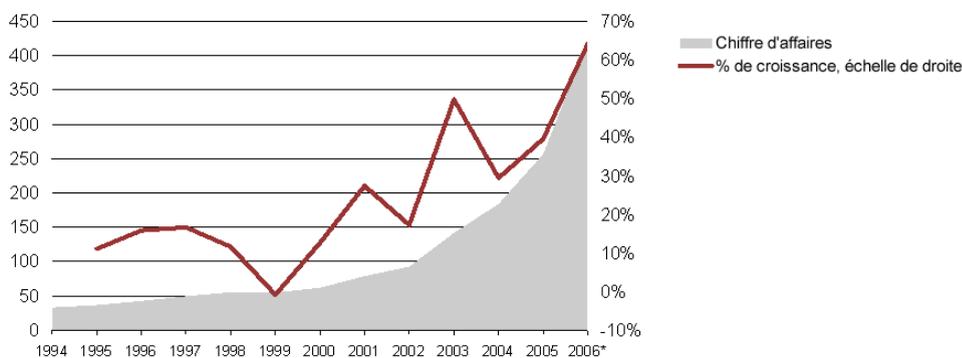
La deuxième initiative vise à réintroduire les médecines complémentaires dans l'assurance de base, à encourager l'usage et à les mettre sur un pied d'égalité avec la médecine classique. Cela reviendrait à intégrer dans le catalogue de prestations des soins dont l'efficacité ne peut être mesurée à l'aune des critères habituels. Ce statut spécial entraînerait une hausse de la consommation et donc des coûts de la santé.

La troisième initiative est celle « pour une caisse unique et sociale ». Lancée par le « Mouvement populaire des familles » romand, elle est soutenue par le PS et les Verts. Le 18 mai 2003, le peuple avait rejeté à une écrasante majorité l'initiative-santé du PS. Cette dernière demandait que l'assurance maladie soit financée par la TVA et par des primes fixées en fonction du revenu et de la fortune. Une telle initiative aurait supprimé complètement les incitations aux économies. La nouvelle initiative va dans une direction similaire. Elle souhaite remplacer le système actuel fondé sur la concurrence par une caisse maladie unique. En outre, elle propose de calculer les primes en fonction des revenus des assurés.

Le Conseil fédéral, le Parlement et l'économie rejettent l'initiative. Créer une caisse unique éliminerait les éléments de concurrence et les incitations aux écono-

#### **Le marché des génériques en Suisse**

Prix à la production



\*Données janvier-avril 2006 par rapport à 2005 ; chiffre d'affaires sur une base annuelle (fourchette)

Source : IMS, MS Health GmbH / Interpharma

mies, de sorte que les coûts de la santé ne diminueraient pas, mais s'alourdiraient. Une caisse en situation de monopole aurait la possibilité de faire des économies en matière de publicité, mais elle risquerait d'abuser de son pouvoir pour appuyer des mesures de rationnement, car elle serait d'une part soucieuse des prix et, d'autre part, peu encline à limiter le personnel, facteur d'augmentation des coûts. Le financement de l'assurance de base moyennant des primes fixées en fonction du revenu et de la fortune est également rejeté. Un tel calcul des primes pourrait pousser les personnes à revenu élevé à quitter la Suisse – cela s'est vu dans certains pays. De plus, des revendications salariales risqueraient d'affaiblir la compétitivité de la Suisse.

#### **Carton rouge pour l'évolution effective des dépenses**

Entre 1999 et 2003, les dépenses consacrées à la santé ont augmenté de 5,6 % par an. L'accroissement annuel a varié entre 2,3 % (2003) et 8,3 % (2001). En 2003, le groupe de tâches santé a absorbé 22 mrd fr. La progression enregistrée entre 1999 et 2003 dépasse aussi bien l'objectif fixé par le Concept des dépenses à 2,2 % par an que l'évolution attendue de 5,0 % par an. Une telle évolution mérite un carton rouge.

Les dépenses supplémentaires sont principalement le fait des hôpitaux : pendant la période sous revue, ils ont englouti en moyenne 5,7 % de ressources publiques supplémentaires par an. En 2001, leurs dépenses ont même progressé de 8 %. En 2002, ils ont aussi enregistré une augmentation substantielle des dépenses de 7,1 %. Ces deux années, les dépenses des pouvoirs publics consacrées aux hôpitaux ont augmenté de plus d'un milliard de francs. En 2003, la tendance a ralenti quelque peu, mais la hausse restait marquée avec un taux de 4,3 % pour un montant total de 17,3 mrd fr. consacrés au domaine hospitalier. Les réductions de primes individuelles pour l'assurance de base, conformément à la LAMal, constituent le deuxième poste par ordre d'importance des dépenses de santé étatiques. Les ressources consacrées aux réductions de primes ont augmenté de 5,2 % en moyenne par an entre 1999 et 2003. En 2003, cette aide a coûté 3,2 mrd fr. En 2005, les coûts moyens de l'assurance de base s'élevaient à 2737 francs par assuré, soit 5,4 % de plus que l'année précédente et 12,9 %

de plus qu'en 2003, où les coûts moyens atteignaient 2424 francs.

Comme les dépenses n'évoluent pas conformément à l'objectif fixé, les lignes directrices formulées dans le Concept des dépenses restent valables pour l'orientation de réformes qui permettront de doter le secteur de la santé de bases financières durables. Ces lignes directrices devraient permettre de réduire la croissance annuelle moyenne des dépenses publiques pour le groupe de tâches santé à 2,2 %.

#### **Renforcer la responsabilité individuelle et intensifier la concurrence**

L'assurance obligatoire des soins, au caractère de solidarité marqué, est un pilier du système d'assurances sociales suisses qu'il faut reconnaître comme tel. En effet, elle n'est pas conçue selon des principes purement actuariels. Dans le système de santé, des considérations éthiques fixent des limites à la rationalité économique. Cependant, au delà des frontières politiques (et territoriales), tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut réformer le système de santé.

#### **Discussion de fond nécessaire ...**

Une discussion de fonds sur le système de santé, sa valeur et son organisation semble indispensable. Du point de vue libéral, un système de santé axé sur la concurrence doit au moins atteindre les objectifs suivants :

1. objectifs sociaux : accès de chacun à une médecine de qualité et aux progrès technologiques, en particulier pour les personnes qui présentent des risques médicaux élevés ;
2. objectifs financiers : atténuer la hausse des coûts de la santé financée par les prélèvements obligatoires (primes, impôts, etc.) en
  - optimisant l'efficacité, ce qui implique l'innovation (au niveau des processus), la transparence en matière de coûts et de qualité et la concurrence afin d'empêcher les fournisseurs de prestations de défendre des avantages particuliers ;
  - encourageant la responsabilité individuelle, notamment en ce qui concerne la diminution des coûts de santé découlant du style de vie ;
3. objectifs économiques : renforcer le groupe de

tâches santé grâce à l'instauration d'incitations à innover et à l'introduction rapide de technologies modernes.

Revenons sur les objectifs de politique financière : il faut freiner l'augmentation de la charge financière assumée par les particuliers et les pouvoirs publics du fait des dépenses de santé. Pour cela, il convient de prendre des mesures tant du côté de la demande que de l'offre.

#### *... et projets de réforme aussi*

En ce qui concerne l'offre, les propositions des milieux économiques concernant les projets de révision de la LAMal en cours ont été esquissées précédemment. Toutefois, il semble difficile d'atteindre directement les objectifs à moyen et à long termes, tels que la liberté de contracter et le financement moniste. Les opposants aux réformes en sont conscients. Ils ne se gênent pas de prêcher eux aussi des réformes en profondeur, sachant bien qu'elles échoueront par la faute des intérêts particuliers des cantons et des professions impliquées. Ce sont donc des réformes par petites touches, qui font changer de direction le mastodonte « santé », qui sont aujourd'hui nécessaires.

#### **Financement des hôpitaux : la concurrence pour le bien du patient**

Dans le domaine du financement des hôpitaux, un projet a été élaboré avec les professeurs Leu (Université de Berne) et Poledna (Université de Zurich) : au lieu de passer directement à la liberté de contracter, un régulateur devrait comparer les prestations des hôpitaux en termes de coûts et de qualité et publier les résultats. Cela permettrait d'atteindre le premier objectif, celui de la transparence. Les services qui, tant du point de vue des coûts que de la qualité, font partie des 90 meilleurs sur 100, par exemple, obtiendraient automatiquement un contrat, les autres, c'est-à-dire les hôpitaux trop chers ou moins bons, devraient conclure des contrats avec les caisses maladie. Cette formule permettrait d'atteindre un deuxième objectif, celui d'une évolution structurelle (que chacun appelle de ses vœux) fondée sur des critères objectifs. Tous les patients pourraient accéder librement aux services hospitaliers de bonne qualité. Ce point permettrait d'atteindre un troisième objectif, l'instauration d'un marché intérieur.

Cette proposition ne retarderait pas la révision en

cours, au contraire. La séparation en deux parties du projet permet d'introduire immédiatement les forfaits par cas et les bases d'une comparaison des établissements, ainsi que l'octroi non discriminatoire de contrats de prestations selon les règles des marchés publics. Dans une 2<sup>e</sup> étape, qui dépend de l'introduction rapide des forfaits par cas, la CSSS-N doit peaufiner le modèle Leu/Poledna avec l'administration et les fournisseurs de prestations.

Cette proposition est ambitieuse : elle demande à la Suisse de passer d'une politique de la santé digne d'un pays en développement en ce qui concerne la transparence et le choix, à celle d'un pays de la ligue supérieure. Pour ambitieuse qu'elle soit, elle n'est pas irréaliste : les opposants aux réformes auront du mal à expliquer aux contribuables et aux patients pourquoi ils s'opposent à la transparence et au choix, si cela leur permet, comme aux Pays-Bas par exemple, de savoir que le taux de mortalité après une attaque cardiaque est de 32 % dans l'hôpital le moins bon, et que ce taux est 2,3 fois plus élevé que dans le vingtième de la liste des établissements les moins bien notés (14 %).

D'autres propositions tout aussi pragmatiques doivent être faites pour les autres domaines qui se trouvent en mauvaise posture. C'est le seul moyen d'éviter que les réformes deviennent de plus en plus difficiles, au vu de la multiplication du nombre de personnes au bénéfice d'une réduction de prime. C'est un moyen d'éviter aussi que des mesures d'économie planifiée n'agissant qu'à court terme sur les coûts ne l'emportent sur l'introduction de la concurrence en matière de qualité et de prestations.

#### **De la responsabilité individuelle dans le style de vie**

Si l'on ne veut pas pas toucher au système actuel, qui prévoit des primes individuelles non différenciées en fonction du risque et des réductions de prime en fonction du revenu, il est essentiel de promouvoir la responsabilité individuelle. L'exemple des Etats-Unis est très parlant à cet égard : non seulement leur système de santé est le plus cher de tous, mais leurs habitants ont une espérance de vie relativement courte. Cette faible productivité du système s'explique en grande partie par l'obésité, l'absence d'exercice et

<sup>10</sup> Camanor/Frech III/Miller : Is the US an Outlier in Health Care and Health Outcomes? A Preliminary Analysis, International Journal of Health Care Finance and Economics, March 2006, p. 3ss.

une mauvaise alimentation, autrement dit le mode de vie<sup>10</sup>. En seulement cinq ans, les coûts liés au diabète y sont passés de 44 à 92 mrd de dollars, sachant que d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 60 % environ des cas de diabète sont directement causés par un excès de poids<sup>11</sup>. Pourtant, les Etats-Unis ne sont pas un cas isolé, mais un précurseur ; des évolutions similaires peuvent être observées en Suisse<sup>12</sup>. Il n'est donc pas étonnant que le médicament le plus vendu à l'échelle mondiale soit un médicament pour faire baisser la tension artérielle. Le chiffre d'affaires réalisé avec ce médicament est de 12 mrd de dollars par an. Il faut sensibiliser la population à temps au risque des dérives dues aux changements de mode de vie, faute de quoi l'évolution des dépenses partira définitivement à vau-l'eau.

Pour que les assurés assument une responsabilité propre, il n'est pas indispensable de mener des campagnes de sensibilisation qui mettent l'accent sur la forte augmentation des dépenses, telle que la stratégie préventive proposée par un groupe d'experts de la Confédération et qu'économiesuisse a rejetée. En revanche, il est nécessaire de créer des modèles d'assurance innovants, qui prévoient une récompense financière importante pour les comportements sains, notamment pour les personnes appartenant à un groupe à risque. Par ailleurs, l'assurance obligatoire des soins doit s'étendre à des prestations définies, nécessaires sur le plan médical, mais de qualité élevée. Des assurances complémentaires privées ou des comptes épargne médicaux (un pilier 3c pour les prestations de soins, par exemple) couvriraient les exigences particulières, un choix plus vaste, voire des prestations de luxe. Enfin, la participation aux coûts des assurés doit être aménagée de manière à déployer un meilleur effet d'incitation.

### **Promotion de la télésanté**

Des progrès technologiques énormes ont eu lieu dans le système de santé au cours des années 1960, principalement grâce à l'innovation au niveau des produits,

notamment dans le domaine des médicaments, des techniques médicales et de la chirurgie<sup>13</sup>. Aujourd'hui, un grand potentiel non encore exploité subsiste du côté des processus, notamment en vue de faciliter la collaboration entre les fournisseurs de prestations.

L'avantage de la télésanté (e-health), c'est l'introduction des technologies de l'information et de la communication dans le système de santé. Les expériences menées dans d'autres branches montrent qu'après un délai d'adaptation ces technologies aboutissent à une amélioration de la qualité, de l'efficacité et de la productivité. Les avantages qu'on peut en attendre ne concernent pas uniquement les démarches administratives, mais aussi l'intégration des processus liés au traitement impliquant le médecin, le pharmacien, l'hôpital et le home, l'amélioration du suivi des malades chroniques à leur domicile, la diminution des erreurs de médication (e-ordonnance) ou la diminution des examens lourds (radios) réalisés à double. La surveillance de patients dans les unités de soins intensifs par télé-médecine (« remote-ICU ») permet, par exemple, de diminuer la mortalité de 27 %, la durée d'alitement de 17 % et les coûts de 25 %.

Des obstacles en matière de régulation, des questions liées à la protection des données, à l'interopérabilité des systèmes et au financement de l'infrastructure nécessaire compliquent l'introduction de la télématique dans le système de santé. Afin de pouvoir utiliser le potentiel de la télésanté, il importe de rapidement régler les questions en suspens et de créer un environnement favorable aux technologies et à l'innovation. Sinon, la Suisse risque, en ce qui concerne l'introduction de la télésanté, d'être reléguée sur une voie de garage – comme les Etats-Unis dont les coûts de la santé sont encore plus élevés<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Yach/Stuckler/Brownell : Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes, *Nature Medicine*, 1/2006, p. 62ss.

<sup>12</sup> Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1999-2002, BfS, Neuchâtel 2005.

<sup>13</sup> Curtler : *Your Money or Your Life*, New York 2005, p. 2 ss.

<sup>14</sup> Anderson/Frogner/Johns/Reinhardt : Health Care Spending And Use Of Information Technology In OECD Countries, *Health Affairs*, 3/2006, p. 819ss.

---

### Les six mesures principales

- Etablir la transparence en matière de coûts et de résultats médicaux. Le patient–contribuable apporte ainsi son soutien aux changements structurels du système de santé, changements qui sont dans son intérêt.
- Créer un marché intérieur national pour les prestations de santé et démanteler les surcapacités grâce à une concurrence transparente en matière de coûts et de qualité. Supprimer la planification hospitalière et donner la liberté d'entreprise aux hôpitaux, afin qu'ils puissent innover et se spécialiser.
- Adopter un système de financement moniste afin de réduire les distorsions entre les domaines ambulatoire et stationnaire et au sein du domaine stationnaire.
- Supprimer l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et stationnaire. Cette mesure faciliterait l'introduction d'autres formules d'assurance (modèle du médecin de famille, HMO). Lors de la mise en œuvre du nouveau système, il faudrait veiller à maintenir l'approvisionnement dans tout el pays, les exigences adressées aux caisses maladies devant permettre d'éviter une réduction de la qualité.
- Evaluer les prestations de l'assurance de base afin que leur financement reste possible à l'avenir. Il convient d'assurer d'abord les grands risques médicaux et de garantir l'accès au progrès technologique et à la médecine de pointe. Des assurances complémentaires privées ou des instruments tels que les comptes épargne médicaux pourraient couvrir les exigences particulières, un choix plus vaste, voire des prestations de luxe.
- Transférer aux cantons la compétence de réduire les primes dans le sens d'un désenchevêtrement cohérent. La limite pour les mesures basées sur le revenu doit être fixée le plus bas possible pour garantir une injection efficace de moyens.

## Commentaire

La politique de santé est sous pression : tout d'abord, l'augmentation des coûts de la santé est excessive et dépasse clairement la croissance du PIB. En raison du manque de transparence, on ne sait pas avec certitude quelle part de la hausse des coûts est imputable à l'offre excessive des fournisseurs de soins et au progrès médical, et quelle part est imputable au vieillissement de la population. Dans le premier cas, on assiste à un développement nuisible sur le plan économique, alors dans le second il s'agit d'un investissement dans la santé qui pourrait être amorti, moyennant par exemple un relèvement flexible de l'âge de la retraite dans l'AVS<sup>15</sup>.

Ensuite, en conséquence de la hausse des coûts, la question du financement monopolise les débats et se traduit par une multiplication des demandes de financement basé sur le revenu et de rationnement. Toutefois, l'obsession des coûts peut non seulement mettre en péril la qualité de la fourniture de prestations, mais aussi le groupe de tâches santé, essentiel pour la Suisse et sa position de pointe dans une multitude de domaines : industrie pharmaceutique, medtech, recherche clinique, universités et, en partie, les hôpitaux et le tourisme.

Il y a lieu de s'opposer à une telle évolution pour des raisons économiques : le secteur de la santé occupe directement et indirectement 525 000 personnes ou 17 % de la population active suisse ; la création de valeur brute atteint 59 mrd fr. ou 14 % du PIB<sup>16</sup>. Les servi-

ces de santé exportés représentent 36 mrd fr. et 97 % de ces services sont le fait des industries pharmaceutique et medtech.

Ces chiffres n'ont pas de quoi susciter une joie sans limites, car la faible productivité de domaines à forte intensité de main d'œuvre (secteur stationnaire) indique qu'il existe des inefficiences. La croissance du secteur de la santé est donc partiellement due à des manquements étatiques en matière de régulation. De fausses incitations et la segmentation ont artificiellement gonflé ce secteur.

Aujourd'hui, la politique est confrontée à des conflits en ce qui concerne les objectifs. La politique régionale et la politique de l'emploi s'opposent aux politiques de la santé et de la concurrence et appellent à une définition des priorités. Contrairement au débat très médiatisé sur les importations parallèles de biens protégés par un brevet — où l'on en vient à arbitrer entre, d'une part, la concurrence entre différentes réglementations étatiques et, d'autre part, la politique de l'innovation, de la santé et la politique économique — la question épineuse du marché intérieur des soins stationnaires, d'une importance financière bien supérieure, vient à bout de la bonne volonté de bien des personnes pourtant favorables à la concurrence.

Dans la mesure où on refuse de rationner les prestations de santé, le seul traitement à prescrire au système de santé est une optimisation de l'efficacité. Seule la comparaison ouverte des prestations garantit que le citoyen continuera d'accepter de payer pour l'augmentation des coûts de la santé dus au vieillissement de la population et à l'utilisation de techniques nouvelles. Le problème se situe plutôt du côté de l'assurance obligatoire des soins financée par les primes et les impôts — et moins du côté des coûts totaux du système de santé. En ce qui concerne l'AOS,

<sup>15</sup>L'impression subjective de la santé s'améliore : alors qu'en 1992, respectivement 71 % et 79 % des femmes et des hommes de 65 à 69 ans se considéraient comme étant en bonne santé au moins, les chiffres étaient de 79 % et 86 % en 2002. « avenir aktuell », mai 2006, p. 4.

<sup>16</sup>Infras : Création de valeur et emplois dans le secteur de la santé en Suisse, Zurich 30 mai 2006.

---

les primes ont augmenté de 5,9 % par an depuis l'introduction de la LAMal en 1996 et représentent aujourd'hui 290 francs en moyenne par mois pour les adultes (franchise minimale, y compris assurance accidents). Compte tenu de cette évolution, les primes pèsent sur le budget des ménages, provoquent des revendications salariales et entravent la compétitivité de la Suisse.

L'extension de la planification étatique en ce qui concerne les hôpitaux et les assurances (caisse unique) ne constitue pas une solution. Il suffit d'observer d'autres pays : les économies à court terme impliquent non seulement pertes de qualité, délais d'attente, retards dans l'introduction de nouvelles formes de thérapies ou même mesures de rationnement, mais elles n'ont pas un caractère durable. Au Canada, la cour suprême a ouvert l'accès des citoyens à des assurances et fournisseurs de prestations privés, jugeant que les listes d'attente d'une longueur propre à mettre en danger la vie des citoyens dans certains cas étaient contraires aux droits fondamentaux des Québécois<sup>17</sup>. Pour ce même motif, les patients britanniques ont obtenu pour la première fois depuis 50 ans le droit de choisir entre quatre hôpitaux, y compris un prestataire privé<sup>18</sup>.

Inutile d'en arriver là en Suisse : les réformes de la LAMal exigent dans de nombreux domaines des choix entre la planification et le libre marché. Reporter ces décisions devient de plus en plus problématique. Vu le nombre des personnes au bénéfice de réductions de primes, personnes généralement peu favorables à des réformes, retarder encore les décisions revient à refuser le marché. Pour créer la confiance dans les réformes, il faut donc redéfinir la notion de concurrence dans le système de santé<sup>19</sup> et l'aménager dans l'intérêt du patient – par exemple en instaurant la transparence en matière d'efficacité pour ce qui concerne la qualité et les coûts. Une étude s'appuyant sur des données d'une période de quinze ans montre que le patient en profite : la mortalité d'une personne subissant un pontage dans un très bon hôpital peut être inférieure de moitié au risque encouru dans un hôpital appartenant aux 20 % des établissements les moins bons<sup>20</sup>. Le financement des hôpitaux, le managed care / la liberté de contracter et la compensation des risques feront l'objet de décisions cruciales au cours des mois à venir, pour ou contre un système de santé innovant, efficace et finançable.

**Pour toutes questions :**  
stefan.brupbacher@economiesuisse.ch  
pascal.gentinetta@economiesuisse.ch

---

<sup>17</sup> Chaoulli v. Quebec, 2005 SCC 35, [2005] 1 S.C.R. 791 Décision de la cour suprême du 9 juin 2005.

<sup>18</sup> Deutsches Ärzteblatt en ligne, 4 janvier 2006.

<sup>19</sup> Porter/Teisberg : Redefining Competition in Health Care, Harvard Business Review, juin 2004.

<sup>20</sup> Ha/Epstein : The Predictive Accuracy of the New York State Coronary Artery Bypass Surgery Report-Card System, Health Care, 3/2006, p. 844ss