

# Le potentiel d'optimisation du système suisse de santé

Maîtriser l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins est sans conteste un objectif prioritaire. Il ne doit, toutefois, pas affecter la mission supérieure qu'est la sécurité de l'approvisionnement en prestations médicales. Un des défis les plus importants aujourd'hui consiste à trouver le moyen de garantir l'un et l'autre. L'étude des potentiels d'optimisation doit donc toujours s'accompagner d'un souci d'équilibre entre ces objectifs. Les principes majeurs qui doivent prévaloir sont une concurrence sans distorsion entre assureurs et un financement conforme aux prestations, avec prise en compte des charges particulières. Il convient, en outre, de renforcer la base de financement parmi les assurés.



**Semya Ayoubi**  
Cheffe de projet, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS, Berne



L'importance du financement de tiers réduit sensiblement l'acuité de la question des prix et des coûts dans la relation médecin-patient. C'est-là, en quelque sorte, le prix sociopolitique de cet objectif supérieur qui consiste à garantir à tous – indépendamment de la situation économique et de la santé de chacun – le même accès aux prestations médicales.

Photo: Keystone

Le secteur suisse de la santé – comme c'est le cas, à des degrés divers, dans tous les pays de l'OCDE ayant des systèmes de santé organisés et financés en fonction de l'ensemble du corps social – affronte les tâches permanentes et les défis suivants:

- endiguer la hausse des coûts de la santé;
- garantir la sécurité de l'approvisionnement, ce qui implique:
  - d'assurer des soins médicaux répondant à de hautes exigences de qualité et de sécurité des patients,
  - d'assurer un approvisionnement suffisant (en infrastructures, en ressources financières, en personnel) et disponible en temps et en lieu,
  - d'assurer l'égalité d'accès à l'approvisionnement médical de tous les membres de la population,
  - d'adapter en permanence les types et structures d'approvisionnement aux besoins de la société et des individus, parallèlement aux progrès de la médecine et à l'évolution des techniques médicales et pharmaceutiques;
- renforcer la promotion et la prévention en matière de santé.

Il est clair que cette matrice d'objectifs n'est pas propice aux solutions simples. Le

besoin de réglementation s'explique essentiellement par le financement socialisé, fondé sur l'assurance elle-même et les ressources fiscales, de telle sorte que le recours aux prestations et leur indemnisation soient dissociés l'un de l'autre. C'est ce qui caractérise le marché de l'assurance: en fonction de la couverture contractée, le comportement des assurés et des patients peut probablement différer de ce qu'il serait sans couverture. L'importance du financement de tiers réduit sensiblement l'acuité de la question des prix et des coûts dans la relation médecin-patient; pour cette raison, il convient d'admettre que le financement par une assurance ou par l'État occasionne en fin de compte des coûts plus élevés qu'un financement privé. C'est-là, en quelque sorte, le prix sociopolitique de cet objectif supérieur qui consiste à garantir à tous – indépendamment de la situation économique et de la santé de chacun – le même accès aux prestations médicales. Cet objectif explique le besoin de réglementation tout en posant son cadre.

## Les possibilités de financement

Compte tenu du système de la prime par tête et du haut degré de transparence entre l'évolution des coûts et celle des primes, une

pression politique relativement forte s'exerce pour modérer l'évolution des primes des caisses-maladie en déplaçant le financement vers la fiscalité ou le secteur privé. Ainsi, de nombreuses mesures politiques correspondent non pas à des réglementations destinées à optimiser effectivement le système, mais à de simples transferts de charges. Déterminer la partie du financement qui doit se faire par l'impôt et celle qui revient aux cotisations sociales est une tâche essentiellement politique, qui renvoie à la question de la redistribution. N'oublions pas non plus qu'une partie importante du poids des cotisations se trouve allégée par la réduction de primes, qui n'est possible, là encore, qu'en faisant appel à l'impôt.

Pour la question de l'égalité des conditions d'accès, en revanche, le fait de savoir quelles prestations sont couvertes, et à quelle hauteur, par le financement socialisé (assurances sociales ou pouvoirs publics) est plus pertinent. Parmi les États membres de l'OCDE, la Suisse fait partie des pays où la participation des patients aux coûts – autrement dit la part d'autofinancement – est la plus élevée. Il en ressort donc qu'elle est déjà très avancée sur la voie des incitations à la responsabilité individuelle en matière de recours aux prestations de santé. Si le filet de sécurité n'est pas très étendu au sein même du système d'assurance-maladie, il l'est dans d'autres assurances sociales (notamment les prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI ainsi que l'AI elle-même), à travers les réductions de primes offertes par les cantons et les financements subsidiaires de prestations, enfin par l'aide sociale. Dans cette optique, les mesures politiques qui tendent à réduire certaines prestations de l'assurance-maladie et à accroître la participation aux coûts correspondent à un transfert de charges vers des domaines situés en aval ou comportent le risque d'un rationnement direct, c'est-à-dire d'une privation des prestations et des soins médicaux nécessaires. Par ailleurs, avec la suspension anticipée des prestations en cas de défaut de paiement des primes, il se creuse actuellement dans le dispositif de l'assurance-maladie un trou auquel aucun filet de sécurité adéquat ne supplée à court terme. Le monde politique a entre-temps reconnu la nécessité de remédier à cette situation. Le problème attend encore d'être réglé judicieusement.

### Consolider le principe de l'assurance

Le montant et l'évolution des primes sont aussi un problème lié au caractère flou de la base sur laquelle repose le prélèvement des primes. Bien que la législation prévoit un

système de prime par tête sans composante risque, les assurances prélèvent de facto des primes adaptées au risque, principalement à travers les deux mécanismes de ségrégation que voici :

1. Les *rabais de primes concédés pour les franchises à option* sont manifestement excessifs. Ils récompensent seulement la disponibilité des souscripteurs de franchises à participer aux coûts, et ne prennent pas suffisamment en compte la faible probabilité que ces assurés y soient contraints. On est ainsi en présence d'un effet d'aubaine pour les assurés en bonne santé et d'une prime à la prise de risque individuelle.
2. La ségrégation réside également dans les *caisses bon marché et le démarchage ciblé des bons risques*. Ce dernier permet précisément par la suite d'accorder des primes plus faibles aux groupes d'assurés ainsi sélectionnés.

Ces deux pratiques réduisent de manière injustifiée le volume des primes encaissées, portant ainsi atteinte au principe d'assurance. Elles élèvent le niveau des primes et accélèrent leur hausse. Les primes les plus fortes – autrement dit les primes ordinaires – sont acquittées par les personnes les plus sensibles aux maladies. L'assureur n'ajuste pas ses primes en fonction des « mauvais risques » ; il récompense les « bons risques » au détriment des autres assurés. Le résultat est un affaiblissement substantiel de l'efficacité et de la base de financement de l'assurance-maladie. En forçant un peu le trait, c'est un peu comme si, dans le domaine de l'AVS, on cherchait l'essentiel des ressources de cette assurance auprès des rentiers.

Pour résumer la situation : comme la concurrence joue au niveau des rabais de primes dans l'assurance-maladie, le volume des encaissements de primes est insuffisant. Cela renforce la pression politique en faveur d'un transfert de charges des assurés vers les patients – qui paient déjà des primes élevées – ou vers l'État. Pour contrecarrer ce mouvement, il faut que des mesures soient prises très vite afin d'améliorer les mécanismes d'équilibrage des risques entre les caisses, autrement dit de diminuer les incitations à la sélection des risques, d'empêcher la ségrégation des risques par les caisses bon marché et de réduire une nouvelle fois le montant des rabais admis pour les franchises à option<sup>1</sup>.

Les familles, notamment, choisissent souvent des franchises plus élevées pour réduire leurs primes, prenant ainsi des risques financiers parfois inconsiderés. Si, à la suite des propositions de correction, les rabais de fran-

1 La compensation des risques sera améliorée dès 2012, mais elle ne devrait diminuer que modérément les incitations à la sélection des risques. Dès 2010, les rabais maximaux pour les franchises à option seront légèrement réduits, passant de 80% à 70% du risque supplémentaire assumé. De plus, les rabais consentis pourront aller jusqu'à 50% de la prime ordinaire.

Encadré 1

### La stratégie suisse de la cybersanté

La stratégie suisse de la cybersanté (eHealth Suisse) promue par la Confédération et les cantons souhaite améliorer l'efficacité, la qualité et la sécurité de la couverture médicale, grâce à l'application intégrée des technologies de l'information et de la communication pour la mise en réseau des processus et des prestataires. La principale étape sur la voie de cet objectif est l'introduction progressive du dossier électronique du patient, dans lequel seront réunies toutes les informations le concernant. L'accès des fournisseurs de prestations à ce dossier nécessitera en principe – c'est-à-dire sauf cas d'urgence – l'approbation du patient.

Encadré 2

### Un resserrement de l'offre à long terme?

Dans une première étude prospective sur les soins médicaux ambulatoires portant jusqu'en 2030<sup>a</sup>, puis dans une autre consacrée au personnel de santé à l'horizon 2020<sup>b</sup>, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a comparé l'évolution du recours aux prestations à celle de l'offre. Dans le domaine des soins médicaux ambulatoires, l'Obsan estime que d'ici à 2030, la demande pourrait dépasser l'offre de 29%. L'Observatoire pronostique une évolution semblable dans le scénario de référence concernant les besoins en personnel (soignant et autre) dans les hôpitaux, établissements pour personnes âgées et soins à domicile. Selon ses projections, ces besoins pourraient augmenter de 13% (soit de 25 000 personnes) par rapport à 2006.

Dans ses recommandations relatives à la formation des médecins et à la démographie médicale<sup>c</sup>, le Conseil suisse de la science et de la technologie (CSST) parvient à la conclusion suivante: «Il faut accroître le nombre de médecins formés en Suisse, tout en repensant et en réformant l'offre de formation postgrade, comme cela a été fait pour les études de médecine.»

a Obsan, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030*, Neuchâtel, 2008.

b Obsan, *Personnel de santé en Suisse: état des lieux et perspectives jusqu'en 2020*, Neuchâtel, 2009.

c CSST, *Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins*, Berne, 2007.

chises devaient être massivement diminués, il conviendrait de réexaminer la question des charges de cotisations incombant aux familles. C'est en ce sens que la CDS avait, par exemple, proposé en 2004 une assurance exempte de primes pour les enfants, ainsi qu'un rabais de primes de 50% pour les jeunes adultes. Les baisses de recettes correspondantes seraient compensées par les primes des assurés adultes; lesquelles, de leur côté, peuvent être au besoin diminuées par l'octroi de réductions de primes individuelles.

### Renforcer les soins intégrés

Le renforcement des soins intégrés représente une autre possibilité d'optimiser l'assurance-maladie. Cette mesure ne constitue pas seulement une source d'économies; elle est aussi, et surtout, propice à des soins de grande qualité, qui peuvent être optimisés en évitant les redondances aux interfaces. La CDS propose donc un accès inconditionnel des réseaux de soins qualifiés à l'assurance-maladie. Ces derniers, capables d'assurer des soins de haute qualité à des patients souffrant de lourdes pathologies chroniques, sont aujourd'hui en butte à une pression sélective basée sur le risque de la part de certains assureurs.

L'accès à l'assurance-maladie nécessairement garanti et à des conditions équitables n'améliore pas seulement la prise en charge lorsqu'elle est intégrée. Il accompagne aussi les efforts des assureurs en vue de garantir les meilleurs soins possibles pour les patients. La stratégie suisse de la cybersanté (eHealth Suisse) promue par la Confédération et les cantons (voir encadré 1) se propose également d'optimiser la chaîne de soins d'un bout à l'autre.

### La transparence au service de l'économicité

Un autre objectif important est l'amélioration de la transparence à l'égard des prestations fournies et des coûts. Avec l'introduction dès 2012 de forfaits liés aux prestations (SwissDRG) dans le domaine hospitalier, le but est de moduler l'indemnisation en fonction des prestations et d'accroître la transparence. Cette pratique ne s'intéressera pas uniquement aux coûts, mais aussi à la qualité des prestations. Comme la pression des coûts risque de croître, il est primordial de renforcer les aspects qualitatifs, entre autres pour appuyer les mesures prises en matière d'assurance de la qualité. Sur ce point aussi, de nombreux efforts sont déployés; la coordination et la comparabilité devront, néanmoins être renforcées.

### Garder à l'esprit les perspectives à long terme

La nécessité de maîtriser sans tarder la progression des coûts ne doit pas nous faire perdre de vue les perspectives à long terme. Ainsi, le progrès médical et le vieillissement démographique représentent des facteurs de surcoûts.

S'il ne faut pas faire obstacle aux progrès de la médecine, tout ce qui est nouveau n'est pas nécessairement meilleur ni plus efficace que ce qui existait auparavant; dans de nombreux cas, il est simplement plus cher. On le constate pour les médicaments, parfois aussi pour les méthodes thérapeutiques. Le potentiel d'économies n'est guère entièrement réalisable, mais devrait être recherché dans un contexte international. À cet égard, le pôle suisse de la recherche a une importante contribution à fournir.

Au chapitre du vieillissement démographique, c'est le renforcement de la promotion et de la prévention sanitaires qui ouvrent les plus gros espoirs dans le domaine des mesures réalisables par les pouvoirs publics. Selon l'OCDE<sup>2</sup>, la Suisse a encore beaucoup à faire sur ce point compte tenu du comportement de l'ensemble de la population à l'égard de la santé<sup>3</sup>. D'autre part, l'évolution démographique a aussi des incidences sur l'offre de main-d'œuvre. À cet égard, on craint – et pas seulement en Suisse – des difficultés de recrutement à moyen et long termes précisément dans le domaine de la santé (voir encadré 2).

### État ou marché: la fausse alternative

Deux grands courants d'idées dominent actuellement le débat politique: le premier encourage une large libéralisation du secteur suisse de la santé, avec l'introduction de la liberté de contracter et le transfert aux assureurs des ressources affectées des pouvoirs publics (financement moniste). À l'extrême opposé, on trouve que le financement devrait être plus étroitement associé au revenu.

Selon le Secrétariat d'État à l'économie (Seco)<sup>4</sup>, la Suisse possède l'un des systèmes de santé les plus libéraux d'Europe. Elle n'est dépassée sur ce plan que par les Pays-Bas, qui ont introduit la liberté de contracter mais qui, sur le plan de l'offre, gèrent ce domaine à certains égards sur le mode de l'«économie planifiée», à travers le budget général<sup>5</sup>. Dans ce contexte, on relève avec intérêt cette observation du Seco: «Les dépenses de santé, élevées en comparaison européenne, constituent le défaut majeur du système de santé relativement libéral de la Suisse. Le contrôle des coûts est un mécanisme complexe dans un tel régime». Ce constat se confirme pour

2 OCDE et OMS, *Rapport de l'OCDE sur les systèmes de santé: Suisse*, Paris, 2006.

3 Voir l'article suivant de Stefan Spycher.

4 Secrétariat d'État à l'économie (Seco), *Rapport comparatif sur la libéralisation des services en Suisse et dans l'UE*, Berne, 29 novembre 2005.

5 Voir l'article de Robert E. Lëu et de Pius Matter, p. 9ss.

les États-Unis, où le secteur de l'assurance-maladie privée est organisé de façon extrêmement libérale et se caractérise par des coûts exorbitants.

Il a aussi pour conséquence que tous les systèmes de santé européens se tournent vers des solutions normatives combinant des éléments de concurrence – c'est-à-dire incitatifs – et des réglementations officielles. Dès lors, des formules comme «plus de marché» ou «plus d'État» ne peuvent aboutir à un projet de réglementation réellement pertinent. Toutes les réformes devraient au contraire avoir pour souci de répartir les tâches entre, d'une part, des organisations privées et, d'autre part, les pouvoirs publics à titre subsidiaire.

### Une claire distribution des rôles

Notre plus grand défi sera de concilier approvisionnement suffisant en soins et prix abordable. Il va sans dire que le potentiel de rationalisation devra être pleinement exploité tout en évitant le risque implicite de rationnement.

Ce conflit d'objectifs ne se réglera qu'à la faveur d'une claire distribution des rôles. À ce titre, les assureurs ne peuvent se voir attribuer que des tâches réglementées de telle sorte que l'équilibre des intérêts entre une assurance économiquement avantageuse et la sécurité de l'approvisionnement en soins ne s'en trouve pas affecté. Cette réglementation des rôles doit imposer des conditions générales qui tiennent compte à la fois du contexte global et de la matrice d'objectif mentionnée plus haut. En d'autres termes, on ne peut confier aux assureurs que des tâches spécifiquement liées à la gestion de l'assurance. S'ils étaient libres d'exercer aussi une influence sur l'offre, ils le feraient selon toute probabilité, dans le contexte actuel, dans la seule optique des coûts. Dès lors, l'aspect de l'approvisionnement ne serait sans doute pas suffisamment pris en compte. Voilà pourquoi il doit relever des pouvoirs publics. Cela signifie aussi que les ressources publiques ne peuvent pas être laissées à la discrétion des assureurs, comme d'aucuns ne cessent de le réclamer, car elles servent à préserver un équilibre entre rationalisation et sécurité de l'approvisionnement. Cette tâche ne saurait être déléguée à quelque 80 assureurs maladie au titre du «financement moniste».

En revanche, les pouvoirs publics assument une responsabilité générale qui reflète le souci non seulement de garantir les soins aux patients, mais aussi de l'économicité des prestations. Concrètement, la participation financière des cantons ne se borne pas au co-financement des prestations stationnaires;

elle se traduit aussi par les réductions de primes. Leur responsabilité générale a donc aussi un pendant financier. L'activité étatique intègre ainsi l'important principe politique de l'équivalence fiscale, qui exige une cohérence entre les moyens budgétaires alloués et les décisions qui s'y rapportent.

### Un plan B aujourd'hui ou demain?

On constate que les comportements se déterminent très largement en fonction des attentes. De plus en plus assimilée, l'économie de concurrence porte effectivement les fruits qu'on en attendait en théorie, c'est-à-dire une optimisation des recettes par évitement des coûts. Dans le domaine de la santé, cela vaut déjà largement pour un certain nombre d'assureurs et de plus en plus pour les fournisseurs de prestations, soumis à une forte pression des coûts. Malheureusement, celle-ci se répercute rapidement sur les patients, au risque de vider de son contenu l'objectif de l'assurance-maladie. Il semble donc utile de formuler des règles fondamentales définissant le cap à suivre. Les aphorismes d'essayistes qui suivent pourraient tant soi peu contribuer à sa formulation:

- la concurrence vise les opportunités à court terme, cherche le profit personnel et repose sur l'hypothèse de la méfiance réciproque;
- la coopération vise le long terme, se définit en fonction de l'utilité collective et pose en préalable la confiance réciproque.

L'approche concurrentielle se traduit par un besoin de réglementation toujours plus dense, qui, s'il n'équivaut peut-être pas tout à fait à un travail de Sisyphe, est en revanche une véritable tâche herculéenne.

Nous devrions, en réalité, avoir le courage et la volonté de coopérer de nouveau davantage... et pas seulement dans le domaine de la santé. C'est précisément dans les périodes de rupture que les attitudes les mieux ancrées sont susceptibles d'évoluer. Elles offrent les meilleures chances en ce domaine, en même temps qu'elles font ressortir les besoins les plus marquants.

Pour refermer la boucle de ces réflexions, le modèle d'assurance-maladie des Pays-Bas pourrait à long terme ne fonctionner que sur une base coopérative, ce à quoi ce pays s'est efforcé pendant des décennies. On vérifiera dans les années qui viennent si la réforme mise en place réussira et si les facteurs de succès seront effectivement ceux qu'avancent le présent article. ■