

Caractéristiques et efficacité du système de santé suisse en comparaison internationale

Le système de santé suisse offre une excellente qualité à sa population, mais à des coûts très élevés. La comparaison avec d'autres pays doit servir à mettre en évidence les forces et les faiblesses de ce système et à trouver des solutions pour augmenter son efficacité. Les pays d'Europe occidentale adhérant à l'OCDE se prêtent particulièrement bien à cette comparaison, de même que l'Australie et le Canada, qui ont une assurance-maladie structurellement semblable. La source principale de ces coûts élevés se situe dans le domaine de l'hospitalisation: non pas que ses prestations soient fortement sollicitées, mais leurs coûts sont particulièrement importants¹.

¹ Ce travail se réfère à une expertise du 10 janvier 2011 réalisée à l'attention du Secrétariat d'État à l'économie (Seco) et portant sur la comparaison entre différents systèmes de santé.



La source principale des coûts élevés constatés dans le domaine de la santé se situe dans le domaine de l'hospitalisation. La Suisse se trouve dans le groupe de tête des États de l'OCDE pour les soins de longue durée. Photo: Keystone

Comparée à d'autres pays de l'OCDE, la qualité des prestations du système de santé suisse est sans nul doute élevée. On le voit non seulement au moyen des indicateurs traditionnels de l'état de santé de la population, comme l'espérance de vie à la naissance, mais aussi à l'aide de méthodes plus récentes qui tentent de calculer de manière plus directe la moyenne de l'état de santé de la population. Cette appréciation s'applique aussi à l'odontologie. Le système de santé suisse est équitable, puisqu'il donne à tous les habitants un accès égal à un vaste catalogue de prestations grâce à l'obligation généralisée de s'assurer; il

n'y a guère de restrictions d'accès implicites ou explicites pour cause de revenu trop bas.

En comparaison internationale, le catalogue de prestations qui couvre les soins de base est vaste; mais il englobe peu la prévention et pas du tout l'odontologie. On constate donc des défauts dans la qualité – selon *Health Consumer Powerhouse (2009)* – dans le domaine de la prévention et de l'information aux patients. On déplore l'inexistence d'assurances que les patients pourraient souscrire contre les dommages causés par un traitement médical prescrit par les médecins traitants dont on ne peut pas prouver la faute; celle-ci existe dans les pays du nord de l'Europe.

Si l'on examine les facteurs qui déterminent la qualité d'un système de santé, la comparaison internationale montre qu'il s'agit surtout de l'étendue et de l'accessibilité des soins, de l'accès aux médicaments, des droits des patients et de leur information.



Prof. Gebhard Kirchgässner
Professeur d'économie politique et d'économétrie et directeur du SIAW-HSG, université de Saint-Gall



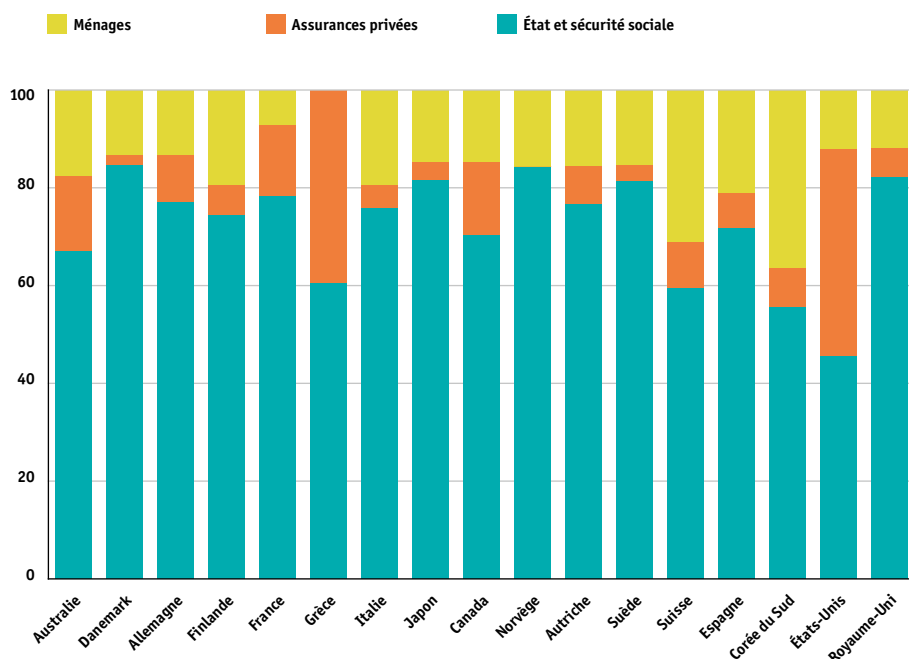
Berit Gerritzen
M.A., doctorante et collaboratrice scientifique au SIAW-HSG, université de Saint-Gall

Niveau des coûts

Cette qualité élevée est acquise au prix fort: les coûts de la santé sont très élevés en Suisse tant de manière *absolue* que *relative*

Graphique 1

Répartition des dépenses de santé par unité d'imputation (2007)



Source: Statistiques de la santé de l'OCDE (2010) / La Vie économique

(par rapport au produit intérieur brut, PIB). Ils sont d'ailleurs les plus élevés du monde après les États-Unis. De plus, comme le montre le *graphique 1*, la part des coûts à la charge des ménages en Suisse est très élevée en comparaison avec les autres pays de l'OCDE².

Cette participation privée élevée devrait exercer un effet modérateur sur l'ensemble des coûts. Toutefois, l'évidence empirique contredit le fait qu'un déplacement des charges de l'assurance de base solidaire vers la couverture privée mène à une maîtrise significative des coûts. On peut, certes, constater un effet modérateur pour les franchises directes, mais si des prestations supplémentaires sont financées par des assurances complémentaires privées, on assiste plutôt à une augmentation de l'ensemble des coûts. En outre, l'OCDE³ met en garde contre une augmentation généralisée des franchises en Suisse étant donné leur niveau déjà élevé et leurs possibles effets négatifs; elle recommande plutôt de procéder à des changements structurels.

Structure des coûts

En examinant la structure des coûts, on remarque que les traitements hospitaliers occupent une place très importante en comparaison internationale (voir *graphique 2*), d'autant plus que leur part n'a pas baissé ces dernières années contrairement aux autres pays de l'OCDE. Ces coûts élevés sont habi-

tuellement reliés à la longueur des séjours passés par les patients dans les hôpitaux comparée à d'autres pays. Bien que ceux-ci se soient beaucoup raccourcis ces dernières années, ils demeurent toujours très longs. Cependant, le nombre des journées passées à l'hôpital par habitant en Suisse est dans la moyenne internationale. Dès lors, le séjour ne peut pas être la cause principale des coûts élevés des traitements hospitaliers, même s'il existe des possibilités d'amélioration. La raison essentielle tient certainement au fait que la production de prestations dans les hôpitaux est trop chère. Comme le montre une comparaison des forfaits par cas (provisaires) entre la Suisse et l'Allemagne, l'introduction généralisée de ce type de forfait ne devrait pas changer grand-chose et il ne faut pas trop en espérer.

En effet, une comparaison entre l'évolution de ces deux pays durant les deux dernières décennies montre que le séjour, qui est souvent considéré comme une grandeur critique et que l'introduction des forfaits par cas devrait raccourcir, a reculé davantage en Suisse, avec son système d'indemnisation traditionnel, qu'en Allemagne. De plus, les résultats des études empiriques réalisées essentiellement pour les États-Unis sur le sujet ne permettent pas de tirer des conclusions claires, ni pour la qualité ni pour l'efficacité des coûts⁴. Là où les forfaits par cas ont été mis en place, les effets étaient pour le moins faibles et il ne faut pas s'attendre à ce que cela soit différent en Suisse.

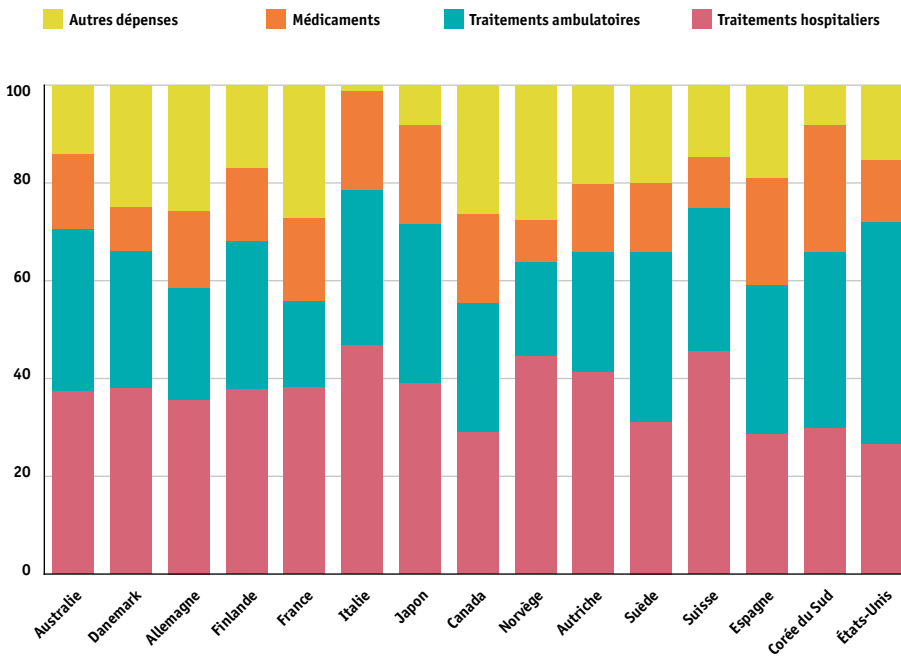
À l'avenir, les forfaits par cas seront utiles pour apporter la transparence et indiquer quels hôpitaux travaillent avec des coûts qui dépassent la moyenne. Il faut aussi viser la transparence dans la qualité des prestations comme le réclame depuis longtemps l'OCDE⁵. C'est en détenant suffisamment d'informations sur la qualité des traitements que l'on peut évaluer correctement l'efficacité d'un hôpital. La transparence est aussi nécessaire pour éviter les éventuels effets négatifs des forfaits par cas.

Le niveau des salaires en Suisse contribue certainement aux coûts hospitaliers élevés en comparaison avec l'étranger, mais n'explique de loin pas ces grandes différences comme le montre la comparaison avec l'Allemagne. La petite taille des établissements hospitaliers et le financement dual des hôpitaux par les caisses-maladie et les cantons pourraient en constituer une autre cause, bien que les deux soient liées. Un financement moniste uniquement supporté par les caisses-maladie serait judicieux, car les cantons pourraient utiliser les fonds disponibles, au moins partiellement, pour le subventionnement des primes⁶. Cette voie semble interdite pour le

2 Statistiques de la santé de l'OCDE (2010).
 3 OCDE (2006), p. 170.
 4 Brügger, U. (2010).
 5 OCDE (2006), p. 175, p. 179.
 6 Commission pour les questions conjoncturelles (2006), p. 43ss.
 7 Listl, (2010).

Graphique 2

Structure des coûts de la santé



Source: Statistiques de la santé de l'OCDE (2010) / La Vie économique

moment depuis que le peuple a rejeté nettement, le 1^{er} juin 2008, l'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie», qui aurait permis ce financement moniste des hôpitaux.

Dépenses pour les médicaments

En comparaison internationale, la part des dépenses pour les médicaments est plutôt faible, tant *par habitant* (en parité de pouvoir d'achat) que *par rapport au PIB* (voir graphique 2). Cela tient au fait que les préparations originales ne sont guère plus chères aujourd'hui qu'en Allemagne ou au Dane-

mark par exemple. D'un autre côté, les prix des génériques sont considérablement plus élevés en Suisse que dans les pays européens comparables et leur part dans la consommation totale des médicaments est relativement faible. Voilà pourquoi les médicaments coûtent dans leur ensemble très chers en Suisse, même si leur consommation est plus basse que dans les autres pays.

Traitement dentaire

La Suisse se situe dans la moyenne de l'OCDE pour le nombre des praticiens et des visites chez le dentiste. Le fait que les coûts des traitements dentaires ne sont pas couverts par l'assurance de base ne semble pas avoir d'incidence négative. Le nombre de dentistes est bon en comparaison internationale et les Suisses sont très bien placés pour la santé de leurs dents⁷. Cela est dû, d'une part, à la bonne prophylaxie (individuelle) et, d'autre part, au fait que le patient doit prendre lui-même en charge les coûts de ses traitements dentaires. Ici, le lien entre la prophylaxie et les coûts ultérieurs éventuels est bien plus net que dans d'autres domaines et la réaction comportementale est bien plus forte.

Soins de longue durée

La Suisse se trouve dans le groupe de tête des États de l'OCDE pour les soins de longue durée. La contribution des patients, qui dépasse les 60%, n'est pas aussi élevée dans les autres pays examinés qu'en Suisse. Ce phénomène est dû au fait qu'il ne s'y rattache ni assurance sociale ni offre importante de la part des assurances privées. Outre les frais médicaux (stricto sensu) payés par les caisses-maladie, les coûts des soins sont assumés par le patient lui-même avec son revenu ou sa fortune ou par des membres de sa famille et, si cela ne suffit pas, ils sont couverts par les prestations complémentaires. La loi sur le nouveau régime de financement des soins, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011, devrait déboucher sur une réduction des franchises privées. Toutefois, dans aucun autre pays de l'OCDE, la cotisation propre ne serait aussi élevée qu'en Suisse.

Étant donné qu'aucune assurance sociale n'existe, on pourrait s'attendre à ce que les assurances privées jouent un rôle dans ce domaine: ce n'est pas le cas. On pourrait aussi en déduire qu'une assurance sociale ou du moins une obligation de s'assurer serait indiquée, mais pourquoi serait-ce le cas? Le système actuel, qui oblige les patients à payer eux-mêmes s'ils ont un revenu ou de la fortune et qui fonctionne avec des prestations

Encadré 1

Caractéristiques du système de santé suisse comparé à celui d'autres pays de l'OCDE

- Qualité extrêmement élevée qui se traduit par une population en très bonne santé.
- Accès égalitaire et indépendant du revenu à un vaste catalogue de prestations.
- Qualité élevée et bon état de santé dans le domaine dentaire, même si ces traitements sont quasiment exclus du catalogue de prestations des soins de base et que les assurances complémentaires privées sont rares dans ce domaine.
- Insuffisances dans le domaine de la prévention et de l'information aux patients.
- Coûts très élevés de manière absolue (par habitant) et relative (par rapport au produit intérieur brut).
- Franchises privées très élevées.
- Participation très élevée aux coûts des traitements hospitaliers.
- Séjours hospitaliers longs, même si la Suisse est dans la moyenne en ce qui concerne le nombre de jours d'hospitalisation par habitant.
- Part plutôt faible des dépenses pour les médicaments.
- Dépenses élevées pour les soins de longue durée et participation importante des patients à ces coûts.
- Assurance inexistante pour la couverture des soins de longue durée.
- Assurance inexistante contre les dommages causés par un traitement médical prescrit par des médecins traitants dont on ne peut pas prouver la faute.

complémentaires si les fonds personnels ne suffisent pas, n'est pas forcément inférieur au système de l'assurance obligatoire⁸.

Prévention

Diverses sources, l'OCDE par exemple, ont fait remarquer⁹ que la prévention est mal développée dans le système de santé suisse en comparaison internationale. Par exemple, seuls quelques cantons ont un programme à grande échelle pour les mammographies de dépistage précoce du cancer du sein. Les caisses-maladie ne prennent, d'ailleurs, pas en charge tous les coûts de cet examen. Dans ce contexte, on part souvent du principe que l'on pourrait économiser des coûts dans le système de santé avec une meilleure prévention. Cela peut marcher pour les cas isolés mais pas de manière générale. Si on détecte une maladie à un stade précoce grâce à la prévention et que l'on prolonge la vie, les coûts baissent sur le moment. Cela peut être plus que compensé par le fait que l'on génère des coûts plus élevés à un âge avancé (toutes choses étant égales par ailleurs). C'est le cas lorsque la personne concernée mourra plus tard d'une autre cause dont le traitement dans les dernières années occasionne des frais encore plus élevés, par exemple si elle doit être soignée durant une période plus longue. Cela ne parle pas contre la prévention. En général, on peut prolonger une vie saine et augmenter le bien-être des gens. Cependant, cela contredit l'opinion très répandue, mais «naïve», qu'en améliorant la prévention, on peut réduire les frais médicaux en général.

pulation et on a encouragé ce comportement. Si le passage n'est pas lié à un changement de type d'assurance qui fait baisser les prestations consommées, par exemple en passant de l'assurance libre à une HMO, ni les prestations ni le coût total de la santé ne diminueront. De plus, ces changements sont à l'origine de frais administratifs considérables qui doivent être compensés par une hausse des primes. Même si le passage à une autre caisse peut être rationnel au niveau individuel, pour la société entière cette situation représente un dilemme du prisonnier: si tout le monde essaie de faire baisser ses primes de cette façon-là, leur moyenne augmentera.

Les changements ont un sens pour toute la société lorsque des primes plus faibles se justifient par des coûts diminués et non par une structure de risques plus avantageuse. La comparaison avec des systèmes semblables au Canada et en Australie montre que la concurrence entre les caisses-maladie consiste aussi là-bas en une compétition autour des risques les plus avantageux. C'est inévitablement le cas quand la compensation des risques entre les caisses n'est pas suffisante, ce qui est la situation jusqu'ici en Suisse. Il reste à voir si la nouvelle compensation des risques, qui sera applicable dès 2012, apportera des améliorations.

D'ailleurs, on ne sait pas encore dans quelle mesure l'augmentation de la concurrence contribuera à réduire les coûts ou si elle mènera, comme aux Pays-Bas, à une compétition autour de la qualité, ce qui augmenterait les coûts. La concurrence est importante dans certains domaines de la santé; mais il faut qu'elle soit soigneusement réglementée et que le rôle de l'État et celui des marchés soit équilibré. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra gagner en efficacité.

Efficacité et concurrence

La comparaison du système de santé suisse avec celui d'autres pays met en évidence le potentiel d'amélioration de l'efficacité en Suisse. Il ne faut, cependant, pas sous-entendre par là que les coûts baisseraient; cela peut aussi signifier une hausse de la qualité, par l'information de la population sur différents aspects de la santé par exemple. À juste titre, on entend depuis l'étranger que l'information est peu développée en comparaison avec d'autres pays. Par exemple, il n'y a toujours pas d'informations sur la qualité des hôpitaux, ni de descriptif détaillé des médicaments destinés aux profanes.

Finalement, il faudrait être plus clair sur le rôle de la concurrence dans la santé. Dans le système actuel, on a surtout misé sur la concurrence entre les caisses-maladie; on a laissé entendre qu'en migrant de sa caisse-maladie pour une autre dont les primes sont plus basses, on allègerait la charge de la po-

Encadré 2

Références bibliographiques

- Brugger U., *Impact of DRGs: Introducing a DRG Reimbursement System – A Literature Review*, Société suisse pour la politique de la santé, Berne, 2010.
- Commission pour les questions conjoncturelles, *Problèmes économiques liés au vieillissement de la population, Rapport annuel 2005*, 384. Communication, annexe à *La Vie économique*, 01-2005; www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation.
- Commission pour les questions conjoncturelles, *Réforme de la santé, Rapport annuel 2006*, p. 385. Communication, annexe à *La Vie économique*, 01-2006; www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation.
- ECD, OCDE – *Rapports sur les systèmes de santé: Suisse*, OCDE/OMS, Paris, 2006.
- Health Consumer Powerhouse (éd.), *Euro Health Consumer Index 2009, 2009*; www.healthpowerhouse.com.
- Listl S., *Chewing Abilities of Elderly Populations in Europe*, mimeo, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim, novembre 2010.

8 Commission pour les questions conjoncturelles (2005), p. 51ss.

9 OCDE (2006), p. 160ss, p. 180.