

# Le système de santé suisse

Notre système de santé est considéré, au niveau international, comme de grande qualité, mais il est également onéreux. La part élevée des dépenses consacrées aux soins stationnaires constitue un facteur de coûts important. Elle est due à la longueur des séjours hospitaliers et à la cherté des différents traitements, comme le prouvent les forfaits par cas. Il ne serait pas impossible de contenir quelque peu ces coûts, mais la population a fait savoir, lors de plusieurs votations, qu'elle préfère payer des primes élevées plutôt que de risquer de perdre en qualité ou de ne plus pouvoir choisir son médecin.

1 Source: OCDE (2012).

2 Source: Health Consumer Powerhouse (2012).



Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, la Suisse présente un très important secteur stationnaire, dont le volume n'a guère diminué ces dernières années.

Photo: Keystone



**Berit C. Gerritzen**

Doctorante et collaboratrice scientifique de l'Institut suisse de recherches en économie internationale et en économie appliquée de l'université de Saint-Gall (SIAW-HSG)



**Prof. Gebhard Kirchgässner**

Directeur de l'Institut suisse de recherches en économie internationale et en économie appliquée de l'université de Saint-Gall (SIAW-HSG)

## Une qualité élevée, malgré des exceptions

La qualité d'un système de santé s'exprime traditionnellement à l'aide de deux paramètres – l'espérance de vie et la mortalité infantile – recensés notamment par l'OCDE. Le *tableau 1* montre que, parmi les pays membres de l'organisation, les hommes suisses sont ceux qui ont la plus longue espérance de vie, avec 80,3 ans, alors que les Suissesses arrivent en troisième position derrière les Japonaises et les Espagnoles. Au regard de l'indicateur mesurant le nombre d'années de vie potentielles perdues par les personnes décédées avant 70 ans, la Suisse se situe au troisième rang pour les hommes, derrière la Suède et les Pays-Bas, et en cinquième position pour les femmes, après le Japon, l'Italie, l'Espagne et la Suède. Ces chiffres sont un très bon indice de la qualité de notre système sanitaire. Au chapitre de la mortalité infantile, le tableau n'est pas aussi flatteur pour notre pays qui se cantonne dans la moyenne (supérieure) des 34 pays de l'OCDE, avec 3,8 décès pour 100 000 naissances par année<sup>1</sup>.

Depuis quelques années, l'*Indice européen des consommateurs de soins de santé (EHCI)*

recueille d'autres données très détaillées sur la qualité du système de santé européen. Dans l'indice global, la Suisse fait encore partie du peloton de tête: elle arrive en septième position sur les 34 pays étudiés. Selon les indicateurs partiels, ce classement ne vaut que pour l'accès aux prestations médicales et l'approvisionnement en médicaments. Que la prévention soit mal classée n'est guère surprenant; le projet de loi qui aurait dû améliorer la situation a échoué au Conseil des États le 27 septembre 2012. De même, il aurait été possible d'obtenir une meilleure note à la rubrique «Information». En Suisse, par exemple, les patients n'ont aucun moyen de s'informer à partir de critères objectifs sur la qualité des hôpitaux. Il est, en revanche, plutôt étonnant que les performances de notre système de santé soient si mal notées. Cela peut notamment provenir du fait que la Suisse se situe seulement dans la zone médiane des classements internationaux<sup>2</sup> pour les décès par infarctus et les infections par des agents résistant aux antibiotiques à large spectre (infections au Sarm), ainsi que pour la proportion de cas de diabète non diagnostiqués dans la population âgée de 20 à 80 ans.

Tableau 1

## Indicateurs de qualité des systèmes de la santé

Indicateurs	Année	Valeur (rang) de la Suisse	Valeur du meilleur pays	Autres pays mieux placés que la Suisse
<b>Indicateurs de l'OCDE</b>				
Espérance de vie des femmes (années)	2010	84.9 (3)	86.4 (Japon)	Espagne
Espérance de vie des hommes (années)	2010	80.3 (1)		
Mortalité infantile (décès/100 000 naissances)	2010	3.8 (12)	2.3 (Finlande)	Japon, Suède, Norvège, Espagne, Corée du Sud, Danemark, Allemagne, Italie, France, Pays-Bas
Années potentielles de vie perdues, femmes <sup>a</sup>	2007	2069 (5)	1895 (Japon)	Italie, Espagne, Suède
Années potentielles de vie perdues, hommes <sup>a</sup>	2007	3430 (3)	3313 (Suède)	Pays-Bas
Santé autoévaluée	2007	86.7 (3)	89.8 (Royaume-Uni)	Canada
<b>Indicateurs de l'Euro Health Consumer Index</b>				
Droits des patients et information	2012	126/175 <sup>b</sup> (13)	175 (Danemark)	Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, Islande, Autriche, Croatie, etc.
Accès aux soins	2012	233/250 (1)		(avec la Belgique et le Luxembourg)
Résultats	2012	213/300 (11)	300 (Norvège, Suède)	Pays-Bas, Islande, Danemark, Finlande, Luxembourg, France, Irlande, etc.
Prévention	2012	111/175 (18)	163 (Pays-Bas)	Suède, Finlande, Islande, Norvège, Royaume-Uni, Danemark, etc.
Médicaments	2012	86/100 (2)	90 (Danemark)	
Indice global	2012	769/1000 (7)	872 (Pays-Bas)	Danemark, Islande, Luxembourg, Belgique, Suède

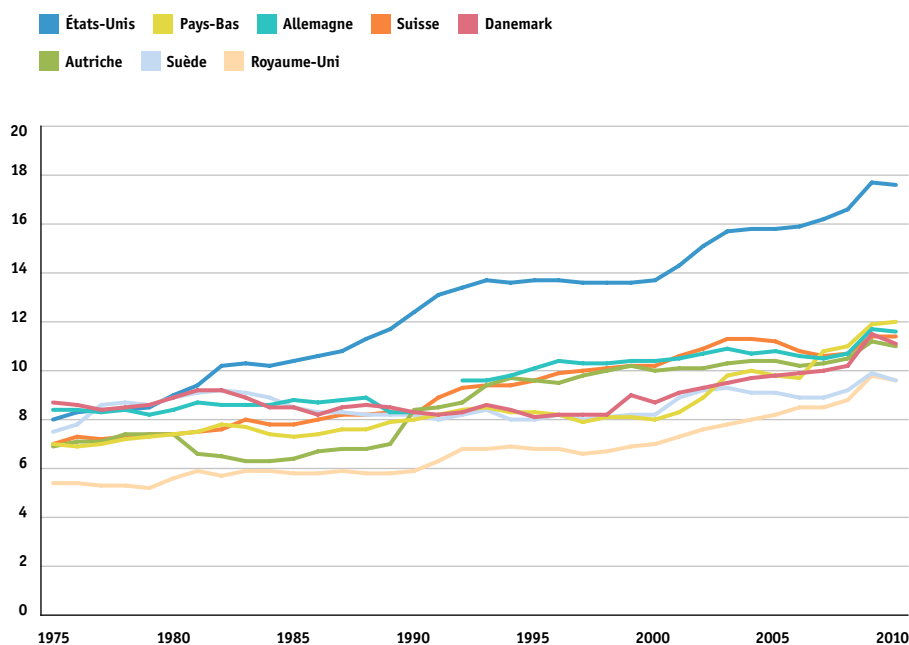
a Nombre d'années de vie perdues par décès avant 70 ans, sur 100 000 habitants.

b x/y indiquant les points atteints par la Suisse sur le total possible.

Source: OCDE / La Vie économique

Graphique 1

## Évolution de l'ensemble des dépenses de santé en proportion du produit intérieur brut, 1975-2010



Source: OCDE; Gerritzen, Kirchgässner / La Vie économique

Un autre indice intéressant est l'évaluation subjective de l'état de santé. En 2007, selon les relevés de l'OCDE, 86,7% des habitants de la Suisse jugeaient que leur état de santé était bon ou très bon, ce qui la plaçait au troisième rang sur un total de 18 pays couverts par l'enquête, juste derrière les Britanniques et les Canadiens.

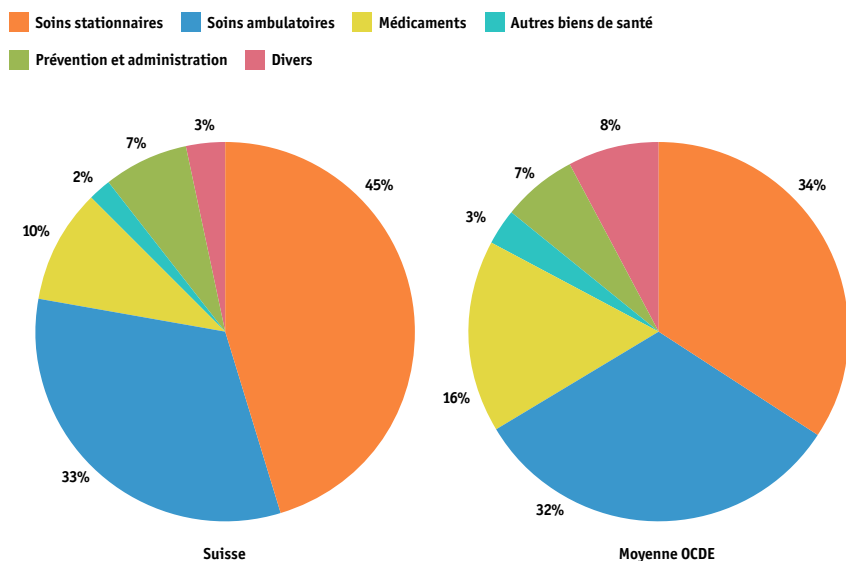
## Niveau et évolution des coûts

Il ressort de ces données que notre système de santé a certes atteint un haut niveau de qualité, mais qu'il comprend aussi des secteurs où des améliorations seraient souhaitables et possibles. Parallèlement, il est très coûteux. La Suisse a longtemps affiché les dépenses de santé par habitant (à pouvoir d'achat équivalent) les plus élevées de l'OCDE, après les États-Unis. Elle a été dépassée par la Norvège en 2003 et se situe à présent au troisième rang. Si l'on compare les dépenses de santé au produit intérieur brut (PIB), la Suisse arrivait également deuxième après les États-Unis en 2006 (voir *graphique 1*). Depuis lors, elle a été rattrapée par la France, puis par l'Allemagne. Cette évolution ne provient certainement pas d'une augmentation des dépenses par habitant qui aurait été plus modérée en Suisse qu'ailleurs. Elle résulte du fait que notre pays a été moins durement touché que d'autres par la crise

Graphique 2

**Structure des coûts, 2010**

Répartition des dépenses de santé (en %)



Source: OCDE; Gerritzen, Kirchgässner / La Vie économique

Tableau 2

**Indicateurs des soins stationnaires**

Pays (durée en jours)	Séjour hospitalier (pour 1000 habitants)	Nombre de lits	Hôpitaux (pour 1 million d'habitants)	Jours d'hospitalisation (par habitant)
Danemark	3.6	3.5	n.v.	1.0
Allemagne	7.3	8.3	40.37	1.6
Pays-Bas	4.5	3.3	13.29	0.8
Autriche	5.0	6.6	24.96	1.4
Suède	6.9	5.0	38.35	1.1
Suisse	6.6	6.4	25.23	1.1
États-Unis	5.4	3.1	18.90	0.7
Royaume-Uni	6.6	3.0	n.d.	0.8
Moyenne non pondérée	6.3	4.9	30.39	1.1

Remarque: valeurs de 2010, soit la dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

Source: OCDE / La Vie économique

plus élevés en Suisse que dans d'autres pays de l'OCDE dont les systèmes de santé sont pourtant d'une qualité comparable et, dans certains domaines, même supérieure à la nôtre.

**Structure des coûts**

La Suisse se distingue des autres États de l'OCDE par l'importance considérable de son secteur de soins stationnaires (voir graphique 2). Ainsi que l'ont montré Kirchgässner et Gerritzen (2011), la part de ce secteur aux dépenses de santé n'a guère diminué ces 30 dernières années, contrairement à ce que l'on a observé dans la plupart des autres pays membres. Comme les soins qui peuvent être dispensés en mode ambulatoire sont généralement beaucoup plus coûteux s'ils sont effectués de manière stationnaire, le poids relatif de ce secteur pourrait expliquer le haut niveau de dépenses. Un autre facteur de coût est la durée relativement longue des séjours hospitaliers.

Même si la durée de séjour en soins intensifs a constamment diminué en Suisse ces 30 dernières années, elle demeure légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE (voir tableau 2). La densité de lits est aussi supérieure, alors que le nombre d'hôpitaux, lui, est nettement inférieur à cette même moyenne. Pour le nombre d'hôpitaux par habitant, la Suisse reste dans la moyenne internationale. Il semble que les Suisses fréquentent plus rarement les hôpitaux, mais pour des séjours généralement plus longs.

Des *forfaits par cas* ont été introduits au 1<sup>er</sup> janvier 2012 afin de réduire la durée des séjours hospitaliers. Le financement des hôpitaux est ainsi fonction non plus du nombre de jours d'hospitalisation, mais des maladies traitées et les établissements n'ont plus aucune raison de garder des patients qui pourraient également être soignés en mode ambulatoire.

**Comparaison des coûts entre la Suisse et l'Allemagne**

Si, malgré des séjours hospitaliers qui se situent dans la moyenne internationale, les dépenses totales pour les traitements stationnaires sont nettement plus élevées, ce n'est pas uniquement à cause des lits en surnombre. Le surcoût en Suisse des différents traitements a une part de responsabilité au moins aussi importante, comme le met en évidence une comparaison entre les forfaits par cas suisses et allemands (voir encadré 1). Cette expression désigne la somme remboursée à un établissement hospitalier pour un traitement. Celle-ci se compose d'un prix de base,

économique et financière, d'où un moindre impact sur son PIB.

En Suisse, la tendance à la hausse des dépenses de santé par habitant ne s'est pas démentie. Leur progression a, toutefois, été nettement plus faible que dans de nombreux autres pays de l'OCDE. Le tableau 2 montre qu'elles ont augmenté de 1025 USD, soit de 32% entre 2000 et 2010, ou de 2,8% par année en termes réels<sup>3</sup>. Cette hausse est aussi inférieure à la moyenne de l'OCDE, qui a été de 57%, soit 4,4% par année<sup>4</sup>. Sur cette même période, les dépenses ont grimpé de 29% en France (745 USD) et de 22% en Allemagne (586 USD); aux États-Unis, la hausse a atteint 2438 USD, ou 4,2% par année. Il n'en demeure pas moins que les coûts de la santé – que ce soit par habitant ou, en partie, en proportion du PIB – restent nettement

3 Pour rendre les chiffres comparables, nous prenons comme base des valeurs de l'année 2000, exprimées en USD, au pouvoir d'achat équivalent.

4 Il s'agit d'une moyenne non pondérée. Les États-Unis ayant affiché un taux de croissance moyen de 4,2% par année, la moyenne pondérée pourrait se situer dans ce voisinage.

5 Comme la Suisse a largement repris les définitions du catalogue allemand des forfaits par cas et n'a fait qu'adapter les pondérations, il est très facile de comparer les deux pays.

6 Les indications entre parenthèses reprennent les désignations des forfaits par cas figurant dans les catalogues. Dans nos exemples, elles sont identiques dans les catalogues suisse et allemand. Les coefficients figurent dans SwissDRG (2012) et InEK (2012).

Encadré 1

### Forfaits par cas et durée des séjours hospitaliers

L'Allemagne est passée des forfaits d'indemnité journalière aux forfaits par cas dès les années nonante en arguant, comme la Suisse, de la longue durée des séjours hospitaliers. Pour les soins intensifs, il s'avère aujourd'hui que cette durée a diminué de manière quasi symétrique dans les deux pays.

Cela permet, à tout le moins, de douter de l'importance des forfaits par cas pour réduire la durée des séjours hospitaliers et, par conséquent, les coûts.

Encadré 2

### Bibliographie

- Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2012*, Danderyd, 2012.
- Kirchgässner G. et Gerritzen B., *Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich*, expertise réalisée sur mandat du Secrétariat d'État à l'économie SECO, 5 avril 2011.
- Kirchgässner G. et Gerritzen B., «Caractéristiques et efficacité du système de santé suisse en comparaison internationale», *La Vie économique*, 4-2011, pp. 59–63.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), *Fallpauschalenkatalog 2013*, Siegburg (Allemagne), 2012.
- OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2012*, OCDE, Paris, 2012.
- SwissDRG, *Catalogue des forfaits par cas, version 2.0*, 11 mai 2012.
- Zweifel P., «Managed Care: Prescriptions for Failure? Lessons from Switzerland», *CESifo DICE Report*, 1/2013 (mars), pp. 27–31. Internet: [www.cesifo-group.de](http://www.cesifo-group.de), rubriques «Publications», «Zeitschriften», «CESifo DICE Report».
- Zweifel P., Telser H. et Vaterlaus S., «Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care», *Journal of Regulatory Economics*, 29, 2006, pp. 319–332.

7 Les prix de base sont disponibles sous [www.zh.ch](http://www.zh.ch), Medienmitteilung vom 21.3.2013 (canton de Zurich); [www.kssg.ch](http://www.kssg.ch), «Das Unternehmen», «Erlasse und Tarife» (hôpital cantonal de Saint-Gall) et [www.vdek.com](http://www.vdek.com), «Service», «Krankenhäuser», «Landesbasisfallwerte» (Bade-Wurtemberg).

8 Voir Zweifel (2013) ainsi que Zweifel, Telser et Vaterlaus (2006).

multiplié par un facteur de pondération fixé dans le catalogue des forfaits par cas<sup>5</sup>.

À l'hôpital cantonal de Winterthour, le prix de base 2013 est de 9480 francs. Le coefficient pour une appendicectomie (G23C) est fixé à 0,617<sup>6</sup>. Le montant remboursé à l'hôpital s'élève donc à 5849 francs. Dans le Bade-Wurtemberg, le prix de base 2013 est de 3121,04 euros. Avec un coefficient de 0,780 pour la même opération, on obtient un montant de 2434 euros. En appliquant non pas le taux de change officiel, mais celui de 1,80 exprimant le pouvoir d'achat, on parvient à l'équivalent de 4382 francs. Vu sous cet angle, le prix pratiqué à Winterthour dépasse de 33% celui du Bade-Wurtemberg. Or, l'hôpital cantonal de Winterthour est encore relativement avantageux. Celui de Saint-Gall applique cette année un prix de base de 10 210 francs, soit 44% plus cher que celui du Bade-Wurtemberg<sup>7</sup>.

Une opération du cœur compliquée (F03A. Intervention valvulaire cardiaque avec cœur-poumon artificiel) coûte 71 732 francs à l'hôpital universitaire de Zurich, le prix de base étant 11 300 francs et le coefficient 6,348. À la clinique universitaire de Heidelberg, la même intervention coûterait 48 628 francs, après conversion au taux de 1,80 franc pour un euro. Le prix en Suisse est ainsi de 48% plus élevé que dans le Bade-Wurtemberg.

La situation est sans doute la même pour la plupart des postes, mais il existe des exceptions. Ainsi, une transplantation cardiaque simple (A05B), calculée avec un taux de change de 1,63, est moins chère à Zurich qu'à Heidelberg, mais une transplantation cardiaque compliquée (A05A) reste nettement plus chère en Suisse.

### Des réformes politiques difficiles

La qualité élevée des prestations de santé dispensées en Suisse a certes son prix. Pourtant, les Pays-Bas et les pays scandinaves ont, par exemple, eux aussi d'excellents systèmes de santé, avec des coûts parfois nettement plus faibles. De toute évidence, une intervention politique s'impose donc, surtout en ce qui concerne le secteur stationnaire.

Début 2012, les forfaits par cas ont été complétés par une meilleure compensation des risques. Il se peut ainsi que moins d'assurés changent de caisse-maladie, de tels mouvements ayant pour effet d'augmenter les frais administratifs sans apporter la moindre économie au chapitre des traitements. Il y a donc ici un potentiel d'économies, même minime. Comme on l'a vu plus haut, la réduction de coûts résultant du passage aux forfaits par cas est discutable. S'il a effective-

ment tendance à faire diminuer la durée des séjours hospitaliers, ce système incite aussi les hôpitaux, en cas de doute, à prendre le groupe de cas le plus coûteux. Difficile de dire quelle tendance l'emportera. Quoi qu'il en soit, le remboursement basé sur les forfaits par cas améliore la transparence et contribue ainsi à un meilleur contrôle de la qualité. Évidemment, il augmente les exigences administratives, ce qui occasionne de nouveaux coûts.

Le financement mixte des hôpitaux est, aujourd'hui, assumé par les caisses-maladie et les cantons. L'introduction d'un financement unique par les caisses pourrait effectivement permettre de réaliser certaines économies. L'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie», refusé le 1<sup>er</sup> juin 2008 par 69,5% des citoyens, était censé ouvrir la voie à une telle approche «moniste» qui aurait simplifié la mise en œuvre politique d'une réduction du nombre de lits. Le résultat sans appel de la consultation populaire, aux allures de vote de défiance à l'adresse des caisses-maladie, a pour l'instant fermé cette porte.

Dans le domaine des soins ambulatoires, l'on escompte quelque économie en limitant le libre choix du médecin. Le projet présenté en ce sens, avec une révision de la loi sur l'assurance-maladie instituant la règle des réseaux de soins intégrés («managed care»), a été balayé par 76% des votants le 16 juin 2012. Pour la majorité de la population, le libre choix du médecin vaut manifestement plus que la réduction des coûts promise. Le résultat était à prévoir: on sait par la littérature spécialisée qu'une grande proportion de Suisses sont prêts à payer pour cela<sup>8</sup>.

Les réformes fondamentales élaborées ces dernières années et qui devaient réduire les coûts ont ainsi échoué dans les urnes. Cela n'augure aucunement de l'issue de futures réformes, mais si l'on veut s'assurer de l'adhésion des votants, il est indispensable de se concentrer davantage sur leurs besoins. ■