

# FINANCES ET POLITIQUES PUBLIQUES EN SUISSE

Sous la direction de Milad Zarin-Nejadan  
et Alain Schönenberger

## 6. ÉCONOMIE ET FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Milad Zarin-Nejadan et Alain Schönenberger<sup>1</sup>

La santé est un facteur essentiel du bonheur et du bien-être des individus. De surcroît, une meilleure santé de la population contribue grandement à la prospérité individuelle et collective via l'espérance de vie, la productivité et l'épargne. C'est pourquoi une part importante (et grandissante) des ressources productives des sociétés modernes est consacrée au secteur de la santé. Or, compte tenu de la rareté des ressources, cela pose naturellement la question du *coût d'opportunité* de ce secteur, les biens et services de santé n'étant de loin pas les seuls à être produits et consommés. Par ailleurs, en raison de son importance et ses particularités, le secteur de la santé se trouve être le théâtre de diverses interventions étatiques, y compris par le biais des assurances sociales. Cela mène automatiquement à des interrogations légitimes sur la nécessité, la nature, l'ampleur et les conséquences économiques des politiques publiques dans ce domaine, en particulier sur les plans d'*efficacité* et d'*équité*.

Ce chapitre est consacré à l'économie et la politique de la santé, avec une référence particulière au cas de la Suisse. Il est divisé en cinq sections. La section 6.1 présente les principes économiques qui régissent les marchés des biens et services de santé, en termes d'offre et de demande, fortement influencées par la présence de l'assurance-maladie et le double-rôle allocatif et redistributif de l'État (Deiss et Gugler, 2012, chapitre 11). La section 6.2 atteste la bonne qualité du système de santé suisse en comparaison internationale. Les sections 6.3 et 6.4 abordent le revers de la médaille d'un système de qualité, à savoir les coûts et les dépenses de santé, particulièrement importants en Suisse. Finalement, la section 6.5 souligne l'importance de l'information sur la qualité des prestations et passe brièvement en revue le potentiel de gains d'efficacité dans différents segments du système de santé.

## 6.1 Les principes économiques à la base du bien santé

### 6.1.1 Les marchés des biens de santé

Les biens et services<sup>2</sup> de santé sont des produits comparables à des biens d'*investissement*<sup>3</sup> ; on investit dans le *capital-santé* des individus. Le marché d'un bien de santé est caractérisé par la *demande* (de la part des consommateurs ou acheteurs) et l'*offre* (de la part des producteurs ou vendeurs). Dans le modèle théorique de la *concurrence parfaite*<sup>4</sup>, en l'absence d'intervention de l'État, c'est l'interaction entre l'offre et la demande qui détermine le prix et la quantité échangée. L'équilibre du marché correspond alors sur le plan théorique à l'optimum du point de vue des acheteurs, des vendeurs et de la collectivité dans son ensemble. Toutefois, les marchés des biens de santé présentent de nombreuses *lacunes* qui appellent et justifient l'intervention de la puissance publique.

### 6.1.2 La demande des biens de santé

La demande des biens de santé est analysée d'un double point de vue *individuel* et *sociétal*.

- Pour l'individu, le « stock » de capital-santé est un facteur essentiel de bien-être, ceci à double titre.
  - La santé exerce un impact *direct* sur le bien-être de l'individu grâce à la jouissance d'un bon état physique et psychique.
  - Elle a aussi un impact *indirect* sur le bien-être de l'individu en tant que déterminant de sa productivité et par conséquent de son aptitude à réaliser un *revenu* (de travail et d'entrepreneuriat) qui permet la consommation de divers biens et services.
- Du point de vue de la société, la santé est importante à plusieurs titres.
  - Elle exerce un impact positif sur la *productivité* en améliorant la performance des individus au travail et en réduisant l'absentéisme et les journées de travail perdues en raison des maladies ou d'une santé fragile. On peut y inclure les proches aidants.
  - Un meilleur état physique et psychique facilite l'acquisition et la conservation du *capital humain*, exerçant ainsi un impact positif sur la croissance économique.
  - Une bonne santé peut avoir un effet bénéfique indirect en facilitant l'acquisition et la conservation du *capital social* (par exemple, les réseaux de contacts) des individus.
  - La bonne santé d'un individu a un *effet externe* positif sur le reste de la société (par exemple, la diminution du risque d'infection).

Le stock de capital-santé d'un individu se détériore inexorablement dans le temps par le vieillissement mais aussi de manière plus ponctuelle par les maladies et les accidents. Étant donné que l'efficacité marginale des investissements dans le capital-santé (c'est-à-dire l'*utilité marginale*<sup>5</sup> des biens de santé) décroît en fonction du volume investi, la demande d'un bien de santé est une fonction décroissante de son prix. La quantité demandée dépend également du revenu du consommateur, des prix d'autres biens et services (substituables et complémentaires), des préférences du consommateur, etc.

Toutefois, diverses *imperfections* se manifestent sur les marchés des biens de santé (en comparaison avec le modèle de la concurrence parfaite).

- La *non-transparence*. – l'information parfaite n'existe pas dans ce cas. L'individu n'est souvent pas au courant de son véritable état de santé. Le lien entre divers déterminants comportementaux (en matière de diététique, d'hygiène de vie, de sport, de soins préventifs, etc.) et l'état de santé n'est pas directement perceptible aux yeux de l'individu. La plupart du temps, il n'est pas en mesure de juger l'efficacité (relative) des différents soins de santé. En d'autres termes, il ne connaît pas la relation « technique » entre le mode de vie, les soins et l'amélioration / conservation de son état de santé.
- L'*absence de rationalité*. – la rationalité du demandeur est rarement vérifiée même lorsqu'il a accès à l'information. Un acheteur rationnel achètera les services supplémentaires de santé seulement si le bénéfice escompté est supérieur ou égal au coût. Or, pour des raisons qui seront explicitées ci-dessous (voir section 6.1.7), l'utilisateur pourrait être amené à effectuer des choix sous-optimaux.
- L'*incertitude*. – les besoins en soins de santé sont en général imprévisibles. Les détériorations de l'état de santé sont souvent soudaines et inattendues. La nécessité de faire appel aux biens de santé ne peut donc pas être planifiée. En outre, les coûts financiers occasionnés par les soins de santé peuvent être très élevés et difficiles à couvrir par le revenu et la fortune de l'individu et de son entourage. Cela requiert le recours au mécanisme d'assurance.
- La *demande induite* par l'offre. – comme le patient n'est généralement pas en mesure de déterminer la thérapie adaptée à son cas, c'est le prestataire, c'est-à-dire le médecin, qui décide à sa place (voir section 6.1.3). Concrètement, c'est ce dernier qui définit l'ampleur des prestations médicales fournies. Or, le prestataire a un intérêt propre à fournir le plus grand volume de services possible. Même en étant de bonne foi, en cas de doute, il prescrira plutôt trop que pas assez de soins pour satisfaire le patient « irrationnel » mais aussi pour minimiser le risque de commettre une erreur médicale.

### 6.1.3 L'offre des biens de santé

En principe, la fourniture optimale des biens de santé devrait obéir à la *règle d'allocation optimale* des ressources : le *coût marginal*<sup>6</sup> d'une prestation doit être égal à (l'équivalent monétaire de) son utilité marginale. L'application stricte de ce principe se heurte toutefois à certains problèmes résumés ci-dessous.

- Les *écueils de mesure*. – il est difficile d'établir un lien direct entre une thérapie et l'état de santé d'un patient, sachant que le corps humain possède naturellement des capacités de guérison et de récupération, que certains traitements ne sont pas efficaces chez certains patients et que parfois, parmi plusieurs options thérapeutiques, le traitement choisi peut se révéler inadéquat sans qu'il y ait erreur médicale.

En outre, alors qu'il est relativement facile de chiffrer les coûts des prestations de santé, il n'est pas évident d'attribuer une valeur monétaire aux améliorations apportées au capital-santé, par exemple, à la diminution des douleurs consécutive à un traitement. Certes, il existe des estimations ponctuelles de ces bénéfices, obtenues dans le cadre d'études scientifiques mais elles ne sont pas disponibles régulièrement et pour tous les cas de thérapie. Dès lors, les analyses *coût-efficacité* sont celles qu'on rencontre le plus fréquemment en pratique.

Il convient de rappeler qu'il existe diverses méthodes pour mesurer en termes monétaires les coûts non pécuniaires d'une maladie ou les avantages non pécuniaires d'un traitement. Le plus souvent, on interroge les individus dans le cadre d'enquêtes (*évaluation contingente*). Par exemple, on leur demande quel montant ils sont prêts à déboursier (*disposition à payer*) pour une diminution de la douleur, ou quelle compensation financière ils exigent (*disposition à accepter*) pour supporter un surcroît de désagrément. Une autre technique est la *méthode des choix discrets*.<sup>7</sup> Les difficultés de mesure de l'impact d'une prestation de santé sont multipliées en présence d'externalités.

- Les difficultés liées aux *effets externes* (ou *externalités*). – une des caractéristiques des marchés des biens de santé est l'existence d'effets externes *positifs* importants. Un effet externe est le coût (respectivement le bénéfice) occasionné par une activité de consommation ou de production pour un individu qui n'est pas dédommagé pour le coût subi (respectivement n'est pas appelé à payer pour le bénéfice reçu). La non prise en compte d'externalités négatives (respectivement positives) par le marché conduit à un trop grand (respectivement trop petit) volume d'activité génératrice de l'externalité. Un exemple est celui du vaccin dont l'effet bénéfique ne se limite pas à la personne vaccinée mais s'étend à son entourage (famille, amis, collègues) ainsi qu'au reste de la collectivité en

réduisant le risque de transmission de la maladie. Même si c'est plus rare, les marchés des biens de santé peuvent aussi engendrer des externalités *néglatives* (par exemple, la maladie iatrogénique<sup>8</sup>).

En matière de santé, on peut encore distinguer entre externalités directe et indirecte.

- L'externalité *directe*. – les personnes touchées par l'externalité enregistrent un gain de bien-être ; on peut encore différencier entre les bénéfiques externes *égoïstes*, comme dans le cas du vaccin, et *altruistes* lorsqu'on retire une satisfaction du simple fait que ses autres concitoyens sont en bonne santé.
- L'externalité *indirecte*. – la collectivité évite des pertes de production grâce à la réduction de la mortalité, la morbidité, etc.
- L'*incertitude*. – du côté de l'offre, on peut difficilement prévoir la demande qu'il va falloir satisfaire à un moment donné ; cela requiert la mise en place de capacités suffisantes pour faire face à des pics éventuels de la demande, ce qui pourrait signifier dans certains cas (par exemple, les urgences) de la capacité inutilisée la plupart du temps.
- L'*accès restreint au marché*. – contrairement à beaucoup d'autres biens, l'accès aux marchés des biens de santé est presque toujours réglementé (qualifications médicales exigées pour l'exercice des professions de santé, autorisation requise pour commercialiser un médicament, etc.). Lorsque ces autorisations sont délivrées par les associations faïtières (par exemple, l'ordre des médecins), cela leur procure un pouvoir *monopolistique* (et une *rente* du monopoleur) conduisant à un volume plus faible d'offre et un prix plus élevé.<sup>9</sup>

#### 6.1.4 L'assurance-maladie

La maladie et l'accident constituent des risques qui peuvent placer l'individu face aux dépenses dépassant largement ses propres moyens financiers présents mais également futurs (maladies chroniques, accidents entraînant des séquelles). A cela s'ajoute :

- La perte de tout ou d'une partie du revenu qui en découle.
- La perte du bien-être liée aux contraintes imposées par la maladie sur la capacité de jouir de son revenu et surtout aux désagréments subis sous forme de douleur, d'anxiété, de souffrance morale, etc. par l'individu (et son entourage).

Dans les pays de l'OCDE, les individus sont en règle générale assurés obligatoirement contre les conséquences financières des soins occasionnés par une maladie ou un accident. La perte de revenu peut être assurée dans le cadre d'une assurance spécifique. En revanche, les coûts non-monétaires

(liés, par exemple, à la souffrance) ne sont pas assurés car ils sont plus difficiles à identifier, à chiffrer et à attribuer sans ambiguïté à une maladie ou un accident.

Dans la mesure où le risque de certaines atteintes à la santé sont calculables, il est possible de les gérer par la *mutualisation des risques* (*risk pooling*) et en faisant appel aux principes de *solidarité actuarielle*. La maladie, à l'instar des accidents professionnels, est l'un des domaines les plus anciens de la solidarité communautaire.<sup>10</sup> Le financement d'un système d'assurance-maladie s'effectue par le système de *répartition* assorti d'un *fonds de sécurité* (l'ensemble de la population assurée paie des primes ou cotisations pour financer les soins des malades).

Si la police d'assurance est *équitable au sens actuariel*, les primes acquittées reflètent statistiquement les dépenses occasionnées par la maladie ou l'accident. En réalité, les assurances fixent des primes qui sont majorées par rapport aux primes équitables afin de couvrir les coûts administratifs et la marge bénéficiaire. Si les assurés trouvent que cela vaut encore la peine de s'assurer, c'est parce qu'ils montrent un certain degré d'*aversion au risque*. Aussi, les individus sont plus susceptibles de s'assurer contre des événements rares, non prévisibles et entraînant des pertes importantes que ceux qui sont plus réguliers, plus prévisibles et impliquant de faibles conséquences financières.

Dans la plupart des pays développés, l'assurance-maladie se trouve être l'une des branches les plus importantes du système de la sécurité sociale. Souvent, la *solidarité redistributive* (ou *péréquation sociale*) vient s'ajouter à la solidarité actuarielle, ce qui fait de ce type d'assurance un cas particulier. Cependant, *trois phénomènes* empêchent le bon fonctionnement des marchés de l'assurance – et en particulier celui de l'assurance-maladie et d'accidents – selon le modèle standard de la concurrence parfaite.

### *Les déséconomies d'échelle*

La déséconomie d'échelle est le contraire de l'économie d'échelle, définie comme la possibilité d'abaisser les coûts moyens de production en produisant et vendant un bien en grande quantité. Dans le domaine de l'assurance-maladie, l'économie d'échelle est liée, par exemple, aux coûts administratifs (facturation, encaissement, rappels, site web, etc.) et ceux de marketing (publicité, démarchage) qui sont fixes ou alors augmentent moins qu'en proportion par rapport au volume des prestations.

Il y a indiscutablement des déséconomies d'échelle dans les marchés d'assurance-maladie et d'accidents servis par un grand nombre de fournisseurs. Cet argument militerait *a priori* en faveur d'une structure monopolistique qui unifierait l'offre sur le marché. Seulement, un monopole privé

(non régulé) serait une forme inefficace d'organisation de marché du point de vue de la collectivité dans la mesure où il conduirait à des primes trop élevées et un volume de prestations trop faible.

On pourrait alors préconiser un monopole public (ou une compagnie d'assurance privée réglementée) pour exploiter au maximum les possibilités d'économie d'échelle et ainsi servir l'intérêt général. Dans ce cas, on pourrait même imaginer qu'une partie des coûts fixes (par exemple, ceux liés à l'encaissement des primes) soient partagée entre la caisse publique d'assurance-maladie et l'administration fiscale (*piggy-backing*).

Les études empiriques ont confirmé que les systèmes d'assurance-maladie privés avaient en général des coûts administratifs plus élevés que les régimes publics.

### *Le risque (ou l'aléa) moral (moral hazard)*

Le risque moral signifie que le fait d'être assuré peut conduire à un changement de comportement chez les personnes assurées et mettre en péril le bon fonctionnement de ce marché (si l'assurance est facultative). Plus précisément, on distingue entre le risque moral *ex ante* et *ex post*.

- Le risque moral *ex ante*. – les assurés pourraient être incités à réduire leurs efforts de prévention ou à prendre des risques plus élevés en raison de la sécurité financière offerte par le contrat d'assurance.
- Le risque moral *ex post* (suite au paiement des primes fixes obligatoires). – les assurés, conscients du fait qu'ils ne doivent pas régler eux-mêmes l'intégralité de leurs coûts médicaux, pourraient être amenés à consommer une quantité plus importante de biens de santé par rapport aux non-assurés.

En raison de ces divers types de risque moral, le système d'assurance maladie ou d'accident doit se protéger contre ce problème. Plusieurs solutions existent face au risque moral de l'assuré :

- Assortir le contrat d'assurance de franchises ou des participations significatives (et non forfaitaires) aux frais (copaiements).
- Instaurer des systèmes incitatifs (par exemple, bonus-malus) ou accorder un rabais sur la prime en cas de recours à des prestataires de soins moins chers, du type *Preferred Provider Organization (PPO)*.
- Refuser de rembourser des soins découlant de certains comportements jugés irresponsables des assurés (par exemple, une prise de risque inconsidérée en pratiquant une activité sportive ou récréative particulièrement dangereuse).
- Rationner par la quantité selon le jugement du degré de besoin ou d'urgence, rallonger les délais d'attente, etc.

Au risque moral du côté des assurés s'ajoute un *risque moral du prestataire* (médecin prescripteur) qui, sachant que les frais facturés sont en grande partie couverts par l'assurance-maladie, n'a guère intérêt à limiter les traitements au strict nécessaire, d'autant plus s'il est payé selon le système de *rémunération à l'acte* et que l'assurance ne peut pas refuser le remboursement (*obligation de contracter*). On note que le risque moral du prestataire pourrait être le résultat d'une simple ignorance des conséquences financières de actes médicaux entrepris. Le phénomène d'aléa moral du côté du prestataire peut être contré moyennant :

- Des incitations non pécuniaires, par exemple la pression des pairs (réputation).
- Des mécanismes de récompense pour la « bonne pratique ».
- La transformation du statut des médecins en salariés de l'assurance ou de l'État pour plafonner leur rémunération.
- La rémunération périodique fixe des médecins référents.
- La limitation globale des dotations budgétaires (par exemple, celles des cliniques) ou alors la pratique du paiement par cas ou par pathologie, par exemple, à l'aide du système de classification des diagnostics (*Diagnosis Related Group, DRG*).
- La réglementation publique pour contrôler les fournisseurs (par exemple, une liste de médicaments génériques remboursés à un tarif préférentiel, non-financement des thérapies dont l'efficacité n'est pas prouvée), etc.

### *La sélection adverse*

La sélection adverse découle de l'*asymétrie d'information* sur les marchés d'assurance. Confronté à l'incertitude quant aux risques présentés par les assurés, l'assureur doit fixer une prime moyenne (*community rating*) dont le niveau sera jugé trop élevé par les « bons » risques (par exemple, les jeunes en bonne santé). Certains parmi ces derniers seront alors tentés de ne pas s'assurer et d'assumer individuellement les coûts éventuels de leurs soins de santé. Il en résulte alors une hausse de la proportion des « mauvais risques » parmi les assurés, ce qui amène les assureurs à fixer des primes encore plus élevées. Cette hausse des primes conduit à son tour au départ d'autres bons risques et à une nouvelle augmentation des primes, et ainsi de suite jusqu'à l'effondrement total du marché de l'assurance.

Dans un système compétitif, les assurances sont incitées à différencier les primes en fonction des risques présent et futur présentés par l'assuré (*experience rating*) pour attirer les bons risques, une pratique appelée *écrémage* (*skimming*). Face aux mauvais risques, typiquement les ménages à revenus modestes, les personnes âgées et les malades chroniques, les

assurances pratiqueront des primes trop élevées que ces groupes n'arriveront pas à payer.

La solution pour sortir de ce cercle vicieux est de rendre l'assurance maladie *obligatoire* pour l'ensemble de la population concernée. Parallèlement, l'État oblige les assurances à accepter tout le monde indépendamment du type de risque. Cela n'empêche pas, toutefois, les assureurs de faire la chasse aux bons risques – par exemple, en leur proposant des conditions intéressantes pour les assurances complémentaires – plutôt que de chercher à améliorer leur efficacité. La seule manière de lutter efficacement contre la pratique d'écrémage est de procéder à une judicieuse *compensation des risques*. Celle-ci doit être basée sur une série d'indicateurs censés refléter l'état de santé (présent et futur) de l'assuré (âge, sexe, hygiène de vie, prédisposition génétique, etc.).

### 6.1.5 La structure du marché

Le secteur de la santé fait intervenir de nombreux acteurs, dont les principaux sont :

- Les patients (usagers).
- Les prestataires de services de santé (médecins, hôpitaux, etc.).
- Les assureurs.

Suivant le cas, on peut encore considérer d'autres acteurs tels que les fabricants de médicaments et ceux d'équipements médicaux. Certains acteurs interviennent sur plus d'un marché (par exemple, lorsque les médecins sont autorisés à vendre des médicaments).

Même si l'on parle souvent du « marché » de la santé, en réalité celui-ci comprend plusieurs types de marchés interdépendants. Il s'agit principalement des marchés :

- De l'assurance-maladie (et accidents).
- Des prestations hospitalières.
- Des services médicaux ambulatoires délivrés par des prestataires privés.
- Des médicaments.

Ces marchés présentent certains points communs (l'incertitude, l'asymétrie d'information, l'économie d'échelle) mais divergent à d'autres égards, notamment en termes de mécanismes de fonctionnement, des intérêts financiers en jeu et du rôle de la réglementation.

Les marchés de la santé sont souvent analysés à la lumière de la *théorie de l'agence*. Selon cette théorie, le *principal* a la possibilité de déléguer la prise de décision à l'*agent* qui va donc prendre la décision pour lui. L'agent doit se mettre à la place du principal alors qu'il a ses intérêts propres. Par exemple, le patient est le principal qui – en raison d'asymétrie d'information

– doit déléguer la décision de son traitement à son agent, à savoir le médecin. D'un autre côté, l'assureur se trouve également dans le rôle du principal par rapport au médecin (son agent) car il délègue lui aussi le choix du traitement au médecin. Le médecin est donc dans un *conflit d'intérêts*, car il est l'agent de deux principaux qui ont des intérêts divergents. Suivant le régime en vigueur, ses propres intérêts convergeront tantôt avec ceux du patient, tantôt avec ceux de l'assurance.

Il convient de noter qu'à ces trois acteurs s'ajoute parfois un quatrième, à savoir l'*employeur* qui négocie et paie les primes d'assurance, comme c'est le cas aux États-Unis. Cela a comme conséquence de creuser encore davantage la brèche entre le coût marginal des soins de santé et l'utilité marginale pour les usagers. Dans un tel système, il y a deux agents tiers sur lesquels les coûts peuvent être répercutés par les utilisateurs et les fournisseurs des soins : les assureurs et les employeurs.

### 6.1.6 *Le rôle de l'État*

Un point commun de tous ces marchés est le rôle plus ou moins important joué par l'État. Le fonctionnement global du marché de la santé s'écarte de celui d'un marché en concurrence parfaite pour de nombreuses raisons, ce qui peut justifier l'intervention étatique dans le cadre de l'exercice de deux fonctions économiques parmi les trois traditionnellement attribuées à l'État. Selon la classification établie par Richard Musgrave (1959), l'intervention de l'État dans une économie de marché s'effectue dans le cadre de l'exercice de trois fonctions : *allocation*, *redistribution* et *stabilisation*. Cette dernière fonction, qui correspond aux interventions étatiques ayant pour but la stabilisation (lissage) conjoncturelle (par exemple, une politique budgétaire de relance), n'est pas particulièrement pertinente pour l'économie et la politique de la santé.

#### *La fonction d'allocation*

Dans le cadre de l'exercice de la fonction d'allocation, l'État est appelé à intervenir sur les marchés afin d'en corriger les *défauts* (*lacunes*, dysfonctionnements, imperfections) avec l'objectif d'assurer l'allocation optimale des ressources. Le secteur de la santé étant l'un des secteurs les plus importants de l'économie (en termes de valeur ajoutée et de l'emploi), il est essentiel que les ressources productives y soient utilisées de la manière la plus efficace possible. Or, les marchés de la santé sont caractérisés par de nombreuses lacunes dont les plus importantes ont été décrites plus haut, à

savoir l'asymétrie d'information, les externalités et la déséconomie d'échelle. La conjonction de ces trois lacunes est assez rare et appelle donc des interventions de l'État dans le secteur de la santé.

On peut aussi mentionner d'autres lacunes de marché qui ne sont pas propres au cas des marchés des biens de santé mais qui peuvent renforcer le rôle de l'État dans ces marchés.

- La *concurrency imparfaite*. – l'absence ou la limitation de la concurrence constitue une forme de lacune de marché que l'on rencontre souvent en réalité, également sur les marchés des biens de santé. En règle générale, l'existence de structures monopolistiques ou d'ententes cartellaires ainsi que d'autres formes d'obstacles à la concurrence nuit à l'intérêt des consommateurs et doit être combattue moyennant un cadre réglementaire (par exemple, des législations anti-trust), des contrôles (autorités de surveillance des marchés) et des sanctions dissuasives.

Cependant, il convient de noter que la concurrence imparfaite pourrait être parfois tolérée ou même souhaitable du point de vue de la collectivité. C'est notamment le cas de la protection de la propriété intellectuelle (brevets d'invention) qui assure, pour une durée limitée, une position du monopoleur aux fabricants de médicaments (et de vaccins) et sans laquelle il y aurait sans doute beaucoup moins de recherche et développement dans ce secteur-clé pour la santé.

- Une autre défaillance du marché provient de la *rationalité limitée* des agents économiques, déjà brièvement abordée ci-dessus. Elle se manifeste lorsqu'on s'éloigne du modèle d'agent rationnel, principalement dans deux types de circonstances : l'existence de *biais cognitifs* et l'*incohérence temporelle*.
  - *Le biais cognitif*. – ce problème peut surgir notamment lorsque les individus doivent prendre des décisions complexes faisant intervenir une multitude de paramètres teintés d'incertitude. Dans ce type de situation, l'individu pourrait préférer opter pour une solution non optimale mais simple (par exemple, l'option par défaut) plutôt que de chercher la meilleure solution. L'État peut exploiter ce biais cognitif dans l'intérêt de l'individu en lui donnant un « coup de pouce » (*nudge*) pour l'inciter à adopter un comportement optimal sans le contraindre.
  - *L'incohérence temporelle*. – ce problème est lié au fait que les préférences de l'individu à court terme et à long terme pourraient diverger. Dans le domaine des assurances, cela peut conduire à des situations de sous-assurance pouvant avoir des conséquences néfastes pour l'individu directement concerné et au-delà. En effet, certaines personnes pourraient mal évaluer les risques qu'elles courent dans la vie ou tout

simplement ne pas trop s'en préoccuper par goût du risque. C'est pour cette raison que l'État rend certaines assurances obligatoires, notamment l'assurance maladie et l'assurance accidents.

Dans ce type de cas, on peut assister à une intervention étatique, ce même en l'absence de toute velléité de paternalisme de la part des pouvoirs publics.

### *La fonction de redistribution*

Étant donné que la grande majorité des biens de santé sont aujourd'hui considérés comme essentiels, la politique de santé doit poursuivre également des objectifs liés à la solidarité entre les membres d'une collectivité et à l'équité. Ces objectifs sont de nature *normative* et entrent le plus souvent en conflit avec des critères d'*efficience*.<sup>11</sup> Les concepts d'efficience et d'équité – en rapport avec les biens de santé – sont approfondis dans l'annexe A6.

### *Les interventions étatiques*

Il en découle que le système de santé ne peut pas être organisé uniquement sur la base des mécanismes fondamentaux régissant l'économie de marché. Dès lors, l'État est amené à intervenir sur les marchés des biens de santé. Cela ne signifie pas pour autant l'abandon de tout principe de concurrence. Le spectre du degré d'intervention de l'État est donc vaste, allant de la mise en place d'un système de santé entièrement étatisé jusqu'à un régime basé essentiellement sur une organisation privée du marché, certes réglementée dans le but de satisfaire les objectifs d'efficience et d'équité. Le principal défi consiste à concevoir une réglementation adéquate visant à corriger les lacunes de marché tout en promouvant la concurrence partout où cela s'avère possible afin d'optimiser les performances en termes de valeur créée pour le patient.

En général, pour atteindre ses objectifs en matière de santé, l'État peut utiliser les trois instruments à sa disposition :

- Les *dépenses publiques*. – les dépenses étatiques pertinentes sont, par exemple, celles de l'enseignement et de la recherche en médecine, les subventions accordées aux primes d'assurance maladie, les campagnes de prévention, etc.
- La *fiscalité*. – pour atteindre ses objectifs en matière de santé individuelle et publique, l'État peut faire appel à l'imposition, par exemple, les taxes incitatives sur le tabac et l'alcool, la déductibilité fiscale des

frais médicaux non remboursés, etc. Le recours à l'impôt n'est toutefois pas gratuit, dans la mesure où le prélèvement fiscal engendre une *distorsion* (voulue) qui se traduit aussi par une perte économique des consommateurs en plus du paiement de l'impôt.

- La *réglementation*. – il s'agit, par exemple, de l'obligation de s'assurer, de l'homologation des médicaments, de la réglementation des caisses d'assurance maladie, etc. Il ne faut pas perdre de vue que la réglementation comporte un coût pour la collectivité sous forme de coûts *administratifs* et de la *conformité* (*compliance costs*).

Le degré d'intervention de l'État dans le secteur de la santé dépend aussi de la ligne politique dominante. Les systèmes de santé avec une couverture universelle ont souvent été mis en place par des gouvernements issus d'une majorité de gauche sur l'échiquier politique. Les préférences sociétales (par opposition aux préférences individuelles) s'expriment à travers le système politique. Les aspects politiques en la matière peuvent être intégrés dans l'analyse économique du secteur de la santé, par exemple, en proposant, de façon normative, des pondérations différentes des considérations d'efficacité et d'équité.

Même lorsque la nécessité de l'intervention étatique ne souffre pas de discussion, on est en droit de se poser la question si l'État doit prendre en charge lui-même la fourniture des biens de santé ou s'il doit laisser cette tâche aux prestataires privés et se contenter de la réglementation et/ou du financement des activités concernées. En réalité, on se trouve souvent entre les deux extrêmes. Contrairement à ce que l'on pourrait croire *a priori*, en laissant l'essentiel de la fourniture des biens de santé au secteur privé tout en la réglementant et en agissant comme acheteur pour le compte de la communauté, le gouvernement peut mieux piloter le système de santé pour atteindre ses objectifs sociétaux. Cela lui permet notamment de traiter sur un pied d'égalité les acteurs privés et publics et ainsi de mieux promouvoir l'efficacité. La fourniture publique (et gratuite) des biens de santé n'incite pas à la recherche d'efficacité et ne garantit nullement leur utilisation effective par ceux qui en ont le plus besoin (équité).

## 6.2 La qualité du système de santé suisse

La bonne qualité – en termes absolus et comparatifs – du système de santé suisse est souvent relevée dans les rapports internationaux et suisses (OCDE, 2017, 2019a). En Suisse, les patients bénéficient de la proximité des services de santé, d'un vaste choix de prestataires et d'assureurs et d'une large couverture de services médicaux et pharmaceutiques. En outre, le système est jugé comme équitable puisqu'il donne à tous les habitants, grâce

à l'obligation généralisée de s'assurer, un accès égal à un vaste catalogue de prestations.

En comparaison internationale, la liste des prestations couvertes par l'assurance-maladie de base est étendue mais elle englobe peu la prévention et les traitements dentaires. En revanche, elle inclut des prestations de médecine dite alternative telles que la médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie et la phytothérapie, sous condition qu'elles soient dispensées par un médecin autorisé à pratiquer dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) qui protège les personnes assurées en cas de maladie, de maternité et d'accident. Il n'y a pas d'obstacles importants à l'accès aux soins pour cause de revenu insuffisant ou bas dans la mesure où les collectivités publiques versent des subsides à ceux – environ un quart de la population – qui ne sont pas en mesure de payer eux-mêmes leurs primes d'assurances maladie (par tête).

La santé de la population, en général, et de ce fait la qualité du système de santé en Suisse, sont considérées comme bonnes voire très bonnes en comparaison internationale, comme cela est reflété dans la valeur des indicateurs objectifs (observations de paramètres médicaux, des résultats du système de santé, tableau 6.1) et subjectifs (auto-évaluation des personnes, figure 6.2).

- Un indicateur objectif de l'état de santé de la population est l'espérance de vie à la naissance. D'après le classement établi par l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour l'année 2020, la Suisse occupe la 4<sup>ème</sup> place mondiale sur les 193 pays et territoires classés, avec une espérance de vie de 84,3 ans, respectivement de 86 années pour les femmes et 82,4 pour les hommes), derrière Hong Kong, le Japon avec 85 ans (88 pour les femmes et 81,9 pour les hommes) et Macao. Quant à l'espérance de vie en bonne santé en Suisse, elle atteint selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 72,5 ans en moyenne, ce qui place le pays encore en 4<sup>ème</sup> position, derrière le Japon, Singapour et la Corée du Sud.
- En matière d'années potentielles de vie perdues<sup>12</sup>, une mesure portant sur les décès qui surviennent précocement et qui pourraient être évités, avec seulement 2'964 années de vie perdues pour 100'000 habitants (âgés de 0-69 ans) en 2017, la Suisse se place en deuxième position du classement de l'OCDE, juste derrière le Luxembourg (2'840) et devant le Japon (2'968), l'Irlande (2'984) et l'Italie (3'133). On note que l'Autriche (3'596), l'Allemagne (3'917) et la France (4'067) occupent les rangs 13, 17 et 20 respectivement, et que les États-Unis ne sont classés qu'en 32<sup>e</sup> position (6'593).

L'analyse des politiques et des administrations repose sur différents types d'indicateurs de performance, qui sont :

- Les indicateurs de *ressources (inputs)*. – ceux-ci peuvent couvrir les coûts d’acquisition et de fonctionnement des ressources physiques (infrastructure, équipement), financières et humaines qui sont allouées aux organisations et administrations pour assurer leurs activités.
- Les indicateurs d’*activités (outputs)* de l’administration et des autres acteurs de la santé. – il s’agit de la mesure du volume d’activité des entités engagées dans la production de biens de santé.
- Les indicateurs de *résultats (outcome)*. – on se réfère ici, par exemple, à la mesure de l’accès aux soins (résultat *intermédiaire*) ou au degré auquel les objectifs ultimes du système étudié (résultats *finaux*), tels que l’état de santé ou le taux de satisfaction de la population, sont atteints.

L’excellente position de la Suisse, en matière d’espérance de vie et de santé, est confirmée dans le tableau 6.1 de l’Office fédéral de la statistique (OFS) pour une sélection d’indicateurs relatifs à des pays européens choisis pour les années 2017-2018.

On note que les premiers indicateurs du tableau portent sur les résultats espérés du système de santé (espérance de vie, mortalité infantile et mortalité selon certaines causes). Il s’agit d’indicateurs *objectifs* de la santé. On

Tableau 6.1  
Indicateurs de santé en comparaison européenne, 2016-2018

Indicateur	Année	Suisse	Allemagne	France	Italie	Autriche	Pays-Bas	Norvège	Royaume-Uni
<b>Espérance de vie en années</b>									
Femmes, à la naissance	2018	85,4	83,3	85,9	85,6	84,1	83,4	84,5	83,1
Femmes, à l’âge de 65 ans	2018	22,7	21,1	23,8	22,8	21,6	21,1	21,7	21,1
Hommes, à la naissance	2018	81,7	78,6	79,7	81,2	79,4	80,3	81,1	79,5
Hommes, à l’âge de 65 ans	2018	19,9	18,0	19,7	19,6	18,5	18,7	19,4	18,9
<b>Mortalité infantile</b>									
Cas pour 1000 enfants nés vivants	2018	3,3	3,2	3,8	2,8	2,7	3,5	2,3	3,9
<b>Mortalité périnatale</b>									
Cas pour 1000 naissances	2018	6,6	5,6	10,6	4,1	4,8	4,9	3,8	6,2
<b>Mortalité pour 100 000 habitants</b>									
Cancer du poumon	2017	25,6	39,3	40,4 1)	38,6 1)	35,8	49,8	39,2 1)	46,3 1)
Cirrhose du foie	2017	3,8	13,3	9 1)	6,8 1)	12,4	4,3	3,6 1)	11,3 1)
Accidents de la route	2017	2,7	3,8	4,7 1)	5,6 1)	4,5	3,6	3,6 1)	2,8 1)
Suicide	2017	10,4	9,5	14,6	5,5 1)	12,4	10,6	11,6 1)	7,3 1)
<b>Population en bonne santé</b>									
en % de la population, 15 ans et plus	2018	80,7	65,5	67,5	73,3	71,7	75,6	76,6	73,2
<b>Fumeurs quotidiens</b>									
en % de la population, 15 ans et plus	2018	19,1 1)	18,8 1)	25,4	19,2	24,3 1)	15,5	12,0	16,6
<b>Consommation d’alcool</b>									
Litres par personne et par année, 15 ans et plus	2018	9,1	10,8	11,6	7,8	12,2	8,3	6,0	9,8
<b>Médecins</b>									
pour 1000 habitants	2018	4,3	4,3	3,2	4,0	5,2	3,7	4,8	2,8
<b>Hôpitaux</b>									
Lits pour 1000 habitants	2018	4,5	8,0 1)	5,9	3,1	7,3	3,2	3,5	2,5
<b>Coûts du système de santé</b>									
en dollars FPA 2) par habitant	2018	7 280	6 224	5 154	3 485	5 538	5 436	8 283	4 290
en % du PIB	2018	11,2	11,5	11,3	8,7	10,3	10,0	10,0	10,0

<sup>1</sup> 2016/17 ou années précédentes

<sup>2</sup> Parités de pouvoir d’achat

Source : OFS (tirés des statistiques de l’OCDE).

note que la mortalité est plutôt basse en Suisse en comparaison internationale, sauf pour les suicides.

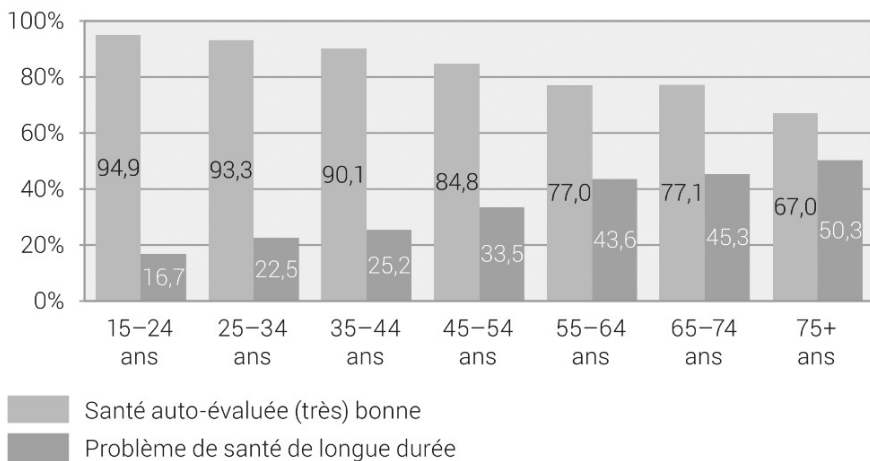
La Suisse est également très bien placée en termes d'indicateurs *subjectifs* de la santé. Selon l'Enquête suisse sur la santé de l'OFS de 2017, 84,7 % de la population (85,9 % des hommes et 83,5 % des femmes) déclaraient être en bonne ou très bonne santé, ce qui est un résultat remarquable. La figure 6.2 indique l'état de santé, tels qu'auto-évalué par enquête, de la population par classes d'âge.

Globalement, plus de 90 % de la population suisse se déclare satisfait du système de santé, ce qui représente le taux de satisfaction le plus élevé parmi les pays de l'OCDE. Le niveau élevé de satisfaction des patients est sans doute aussi lié à un point fort du système suisse, à savoir sa réactivité, elle-même en relation avec le fédéralisme et la démocratie directe. Avec 26 cantons qui jouent chacun un rôle déterminant sur le plan de la santé de la population, la flexibilité et l'innovation au niveau local constituent l'un des atouts du système de santé suisse. De plus, le niveau élevé de participation politique directe, à tous les échelons du gouvernement, offre aux citoyens la possibilité d'influer sur l'orientation de la politique de santé.

Figure 6.2

Santé auto-évaluée et problème de santé de longue durée, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



### **Encadré 6.3** **Auto-évaluation du niveau de la santé**

Il est admis que la santé auto-évaluée est un bon indicateur de l'état de santé général, au niveau individuel comme pour l'ensemble de la population. En 2017, la part des personnes considérant leur santé comme mauvaise ou très mauvaise n'était que de 4 % en Suisse.

La part des personnes considérant leur santé comme (très) bonne recule (naturellement) avec l'âge, avec deux diminutions plus marquées, d'abord pour les 55-64 ans, puis à partir de 75 ans. La part des personnes avec une (très) bonne santé auto-évaluée est également plus faible chez celles dont le niveau de formation ne dépasse pas la scolarité obligatoire que parmi celles avec une formation de degré tertiaire (66 % contre 91 %). C'est pour les personnes âgées de 45-64 ans que le niveau de formation joue un rôle particulièrement important. On note par ailleurs qu'entre 1992 et 2017, la part des personnes s'évaluant en (très) bonne santé est restée très stable (85 %).

Un tiers de la population (31 % des hommes et 35 % des femmes) déclare avoir un problème de santé de longue durée. La part des personnes concernées croît rapidement avec l'âge, se multipliant par trois entre les plus jeunes et les plus âgés, pour atteindre la moitié parmi les 75 ans et plus. Elle est également plus élevée parmi les personnes avec un bas niveau de formation : 42 % pour celles avec une formation correspondant à la scolarité obligatoire contre 30 % pour celles au bénéfice d'une formation de degré tertiaire.

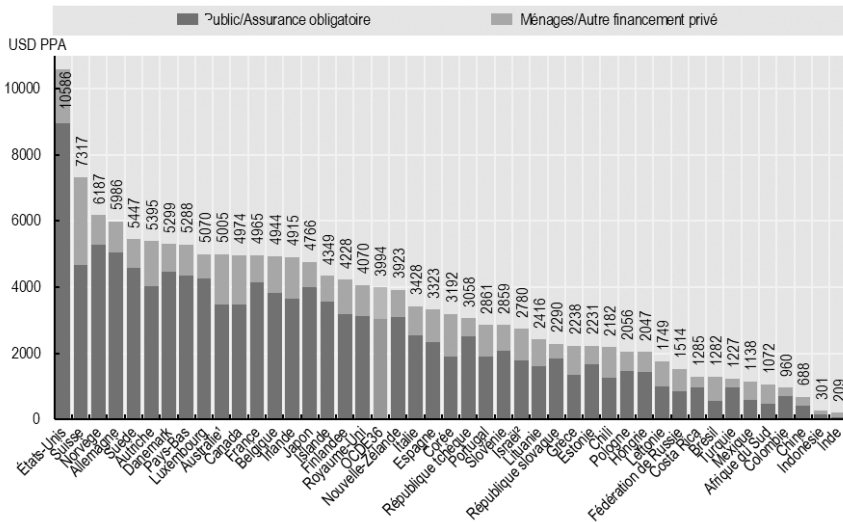
*Source* : OFS (2018).

Dans le tableau 6.1, on constate – sans doute en lien avec les bons résultats – que la Suisse utilise un niveau de ressources élevé, par exemple, en termes du nombre de médecins ou de lits hospitaliers par 1'000 habitants. Cela se traduit dans des dépenses de santé élevées (coûts du système de santé par habitant ou en pourcent du PIB).

### **6.3 Le revers de la médaille : le coût élevé de la santé en Suisse**

C'est bien connu : « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût ». Le système de santé suisse est de toute évidence coûteux – par tête d'habitant et par rapport au PIB – et abondamment doté en ressources humaines. Il

Figure 6.4  
Dépenses de santé par habitant (2018)



Note : L'OCDE compare la dépense de santé par habitant entre pays en convertissant les dépenses en USD selon la parité des pouvoirs d'achat (PPA). Le taux de change selon PPA est le nombre d'unités monétaires du pays B nécessaire pour acquérir une même quantité de biens et de services dans le pays A (ici les États-Unis sont le pays de référence).

Source : OCDE (2019a)

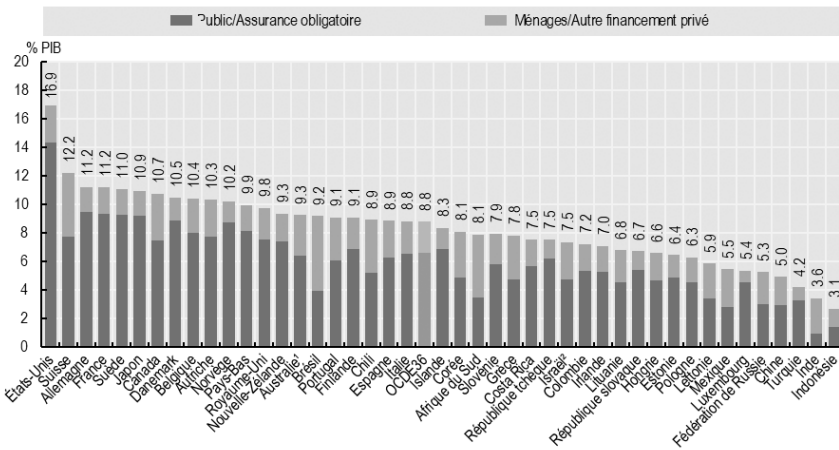
mobilise beaucoup de ressources humaines et financières qui se traduisent par des dépenses de santé élevées.

En 2018, la Suisse arrivait en deuxième place des pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé publiques et privées<sup>13</sup> par habitant (figure 6.4). Avec 7'317 USD de dépenses de santé par habitant (en parité des pouvoirs d'achat, PPA), la Suisse se situe derrière les États-Unis (avec plus de 10'000 USD), mais en tête des pays européens devant la Norvège (6'187 USD) et l'Allemagne (5'986 USD). Les dépenses de santé par habitant en Suisse dépasse de plus de 80 % la moyenne de l'OCDE (3'994 USD).

En termes du rapport entre les dépenses de santé et le PIB, la Suisse arrive en deuxième place des pays de l'OCDE en 2018 (figure 6.5). Avec un taux de 12,2 %, elle se place une fois encore derrière les États-Unis (16,9 %), mais devant la France et l'Allemagne (11,2 %) et largement au-dessus de la moyenne des 36 pays de l'OCDE (8,8 %).

Au niveau des ressources humaines, comme il a été déjà constaté en comparaison européenne dans le tableau 6.1, d'après l'OCDE (2019a), le secteur de la santé et de l'action sociale<sup>14</sup> en Suisse recense un nombre d'emplois important, soit 13,6 % des emplois civils (en 2017). La Suisse occupe ainsi le septième rang des pays membres de l'OCDE, derrière les

Figure 6.5  
Dépenses de santé, en pourcent du PIB (2018)



Source : OCDE (2019a)

pays scandinaves, les Pays-Bas et la France mais nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE (10,1 %). Concernant le personnel infirmier, avec 17,2 emplois pour 1'000 habitants, la Suisse se trouve en deuxième position après la Norvège mais devant l'Islande qui occupe la troisième place et largement au-dessus de la moyenne de l'OCDE (8,8).<sup>15</sup> En Suisse, comme en Allemagne, on recense 4,3 médecins en exercice (praticiens qui fournissent directement des soins aux patients) pour 1'000 habitants (en 2017), un taux bien supérieur à la moyenne de l'OCDE (3,5).

## 6.4 La structure et l'évolution des dépenses de santé

### 6.4.1 La structure des dépenses de santé

Les coûts du système de santé, soit les quelques 82 milliards de CHF (11,3 % du PIB) dépensés en 2019, peuvent être analysés en fonction du fournisseur (hôpitaux, cabinets médicaux et centres de soins ambulatoires, pharmacies, etc.), selon le type de prestations (soins en milieu hospitalier, soins ambulatoires, etc.) et d'après le régime de financement (assurance maladie, versements directs des ménages, etc.). L'évolution des dépenses est examinée en pourcent du PIB dans la section 6.4.2. Auparavant, on passe en revue la composition des dépenses de santé selon les trois critères.

D'après les *fournisseurs* de prestations (en 2019) :

- Les hôpitaux et cliniques représentent avec 36,3 % (30,2 milliards de CHF) la part la plus élevée des dépenses.

- Ils sont suivis des institutions médico-sociales (y compris celles qui hébergent les personnes handicapées, atteintes de troubles psychosociaux ou à maladie chronique) qui coûtent près de 13,6 milliards, soit 16,6 % des dépenses totales de santé.
- Les cabinets médicaux et centres de soins ambulatoires absorbent 12,6 milliards (15,4 %).
- Les 31,2 % restants se partagent entre le commerce de détail (pharmacies, drogueries, appareils médicaux et orthopédiques, opticiens, 9 %), les autres prestataires de services ambulatoires (ergothérapie, physiothérapie, aide à domicile, etc., 7,4 %), les cabinets et cliniques dentaires (5,5 %) ainsi que les assureurs, l'État et les organismes de prévention en tant que prestataires de services.

Les *prestations de santé* les plus importantes en termes de ressources (en 2019) sont :

- Les soins curatifs ambulatoires (21,4 milliards de CHF, 26,1 %).
- Les soins de longue durée en institutions ou à domicile (16,8 milliards, 20,4 %).
- Les soins curatifs hospitaliers (15,7 milliards, 19,2 %).
- Les biens de santé (12,4 milliards, 15,1 %).
- Le coût des services auxiliaires (laboratoire, prestations d'intérêt général<sup>16</sup>, radiologie, transports), des prestations de réadaptation, de l'administration et de la prévention représente, avec 15,3 milliards, un peu moins que le cinquième du total.

Concernant le *régime de financement*, les données pour 2019 font état de la répartition suivante :

- Les assureurs-maladie (assurance de base obligatoire) prennent en charge 36,9 % des coûts totaux.
- Les versements directs des ménages (y compris les participations aux coûts) représentent 25,8 % des coûts (une proportion très élevée en comparaison internationale).
- Les participations correspondantes des collectivités publiques se montent à 18,7 % du total.
- Le solde est pris en charge par les assurances et autres financements privés (8,5 %) ainsi que par d'autres assurances sociales et divers financements publics (10,1 %).

#### **6.4.2 L'évolution à long terme des dépenses de santé**

Depuis 1960, les dépenses de santé en Suisse ont été multipliées par un facteur de 2,7 par rapport à l'évolution de l'activité économique générale, passant de 4,5 % à 11,2 % du PIB. Entre 1960 et 2019, les dépenses ont

augmenté en termes nominaux de 6,6 % par année en moyenne, comparé à 4,9 % pour le PIB (figure 6.6). Par habitant, les dépenses de santé par mois en termes nominaux ont atteint 800 francs en fin de période d'observation.

Autour de la croissance à long terme, on observe des fluctuations de la part des dépenses de santé dans le PIB, relativement fortes durant les années 2000 (et les années 1970). Ces fluctuations s'expliquent essentiellement par l'évolution en décalage des dépenses (coûts) de la santé et du PIB. La hausse du PIB (réel) était relativement faible de 2001 à 2003 et plus forte ensuite, entre 2004 à 2008, par rapport à l'évolution des coûts de la santé. La corrélation entre le rapport des dépenses de santé au PIB et la croissance du PIB est fortement négative (coefficient de corrélation : -0,76), ce qui signifie que le rapport tend à diminuer lorsque le PIB croît au cours d'un cycle, et vice versa. Cela s'explique par le fait que le PIB fluctue au gré de l'évolution conjoncturelle alors que les dépenses privées et publiques de santé ne sont guère affectées lors des périodes de contraction et d'expansion.

Il est aussi possible de retracer l'évolution de la structure des dépenses de santé, publiques et privées, selon la catégorie de prestations (biens) de santé et de leur financement par les acteurs présents.

Figure 6.6

Coût du système de la santé, par habitant et en pourcent du PIB, 1990-2019

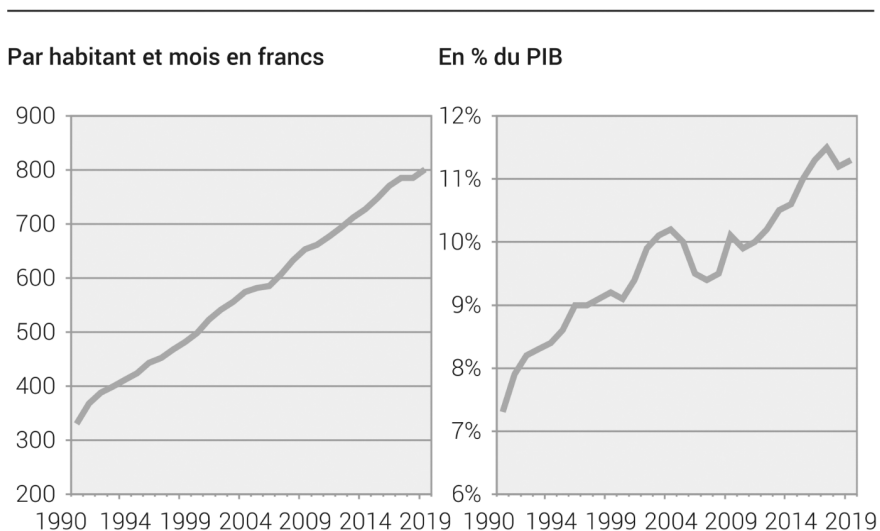
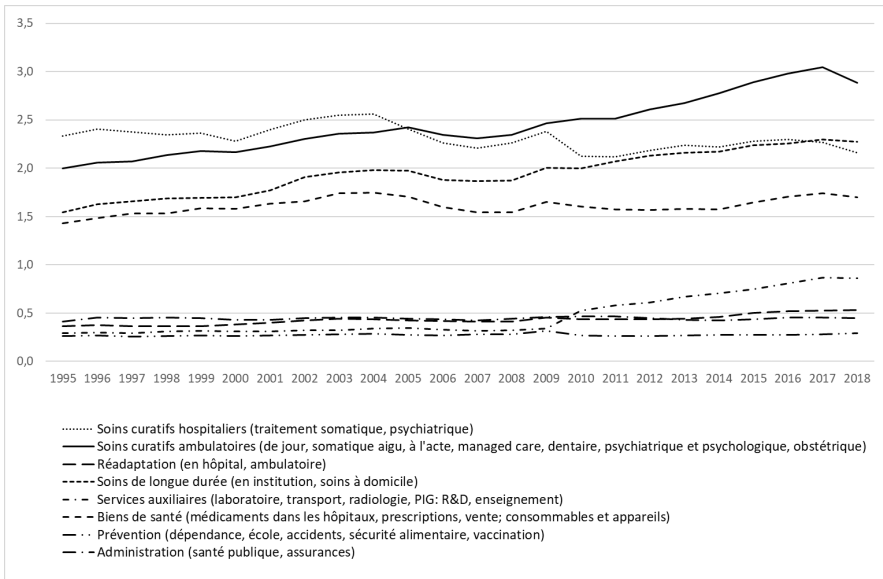


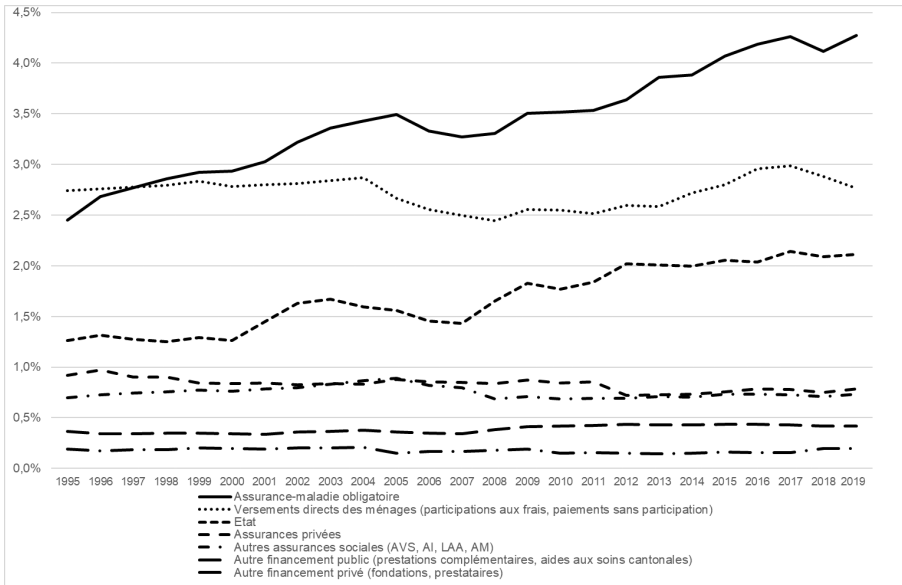
Figure 6.7  
Coûts des prestations de santé, en pourcent du PIB, 1995-2020



La figure 6.7 montre l'évolution du coût des diverses prestations de santé, en pourcentage du PIB. Depuis 1995, l'année d'introduction de cette statistique, la part des dépenses de santé (par type de prestation) dans le PIB a augmenté de 3,1 points de pourcentage, soit de 0,9 point dans les soins ambulatoires, de 0,9 point également dans les soins de longue durée, de 0,7 point pour les services auxiliaires et de 0,4 point pour les biens de santé (c'est-à-dire les dépenses en médicaments, en divers consommables et en appareils). La seule catégorie de prestations qui a stagné, respectivement marginalement diminué en termes relatifs (-0,04 point), témoignant d'une certaine maîtrise de coûts dans le domaine, sont les soins curatifs stationnaires prodigués dans les établissements hospitaliers. Les coûts administratifs ont évolué en ligne avec le PIB (en termes nominaux) et ceux des efforts de prévention ont augmenté faiblement (+0,2 point).

Pour ce qui est du financement des prestations de santé (figure 6.8), les assurances maladie obligatoires ont vu leur part au financement, par rapport au PIB, augmenter de 2,5 % à 4,3 % (soit 1,8 points de pourcentage) depuis 1995. L'augmentation sensible du financement passant par les assurances maladies obligatoires explique la croissance importante de leurs primes (figure 6.12). Les versements directs des ménages (participation aux frais, assurances sociales et privées, versements directs sans participation aux frais), par rapport au PIB, sont restés relativement constants (2,8% en 2019). L'État,

Figure 6.8  
Financement du système de santé, en pourcent du PIB, 1995-2019



Source : OFS

principalement à travers les cantons, n'a augmenté ses contributions financières par rapport au PIB que de 1 point de pourcentage (2,2 % du PIB en 2019). La quote-part des autres assurances sociales n'a pas bougé (0,7 %).

### 6.4.3 Les facteurs explicatifs de l'évolution des coûts de santé

Les niveaux élevés et la tendance à la croissance relative des coûts et des dépenses de la santé sont expliqués dans la littérature de plusieurs manières :

- Par la progression de la *demande* due à l'évolution de l'environnement socio-économique et à la croissance des revenus mais surtout induite par des facteurs démographiques (vieillesse de la population).
- Du côté de l'*offre*, principalement pour deux raisons :
  - D'une part, la « maladie des coûts » (appelée également *loi de Baumol*, Baumol et Bowen, 1966) qui explique la hausse relative des coûts, notamment dans les activités de service intenses en main-d'œuvre dont la productivité (du travail) n'augmente pas en ligne avec les salaires.
  - D'autre part, la fragmentation de l'offre et le manque de coordination, ou plus généralement le fonctionnement inefficace du système, qui peuvent constituer des facteurs supplémentaires de hausse des coûts.

- Des facteurs *politiques* et *institutionnels*, tels que la multiplication des actes de soins, le lobbying politique, ou la dynamique propre du système de santé.

Certains de ces facteurs sont passés en revue ci-dessous.

### *L'évolution des revenus*

La hausse de la demande pour les prestations de santé peut être due simplement à l'accroissement des revenus (découlant de la croissance économique) dans la mesure où l'élasticité-revenu de la demande pour les biens de santé est positive et supérieure à 1. Aussi, dans les budgets publics, les dépenses consacrées à la santé et à l'action sociale croissent en général dans une plus forte proportion que le PIB.<sup>17</sup> Dès lors, on assiste à une hausse tendancielle et automatique du ratio des dépenses de santé (privées et publiques) au PIB.

### *Le vieillissement démographique*

Le vieillissement de la population est l'une des principales causes de la croissance absolue et relative des dépenses de santé, les personnes plus âgées ayant davantage recours aux soins de santé. Le vieillissement démographique se traduit par une progression des dépenses de santé à la fois de manière *directe* et *indirecte*.

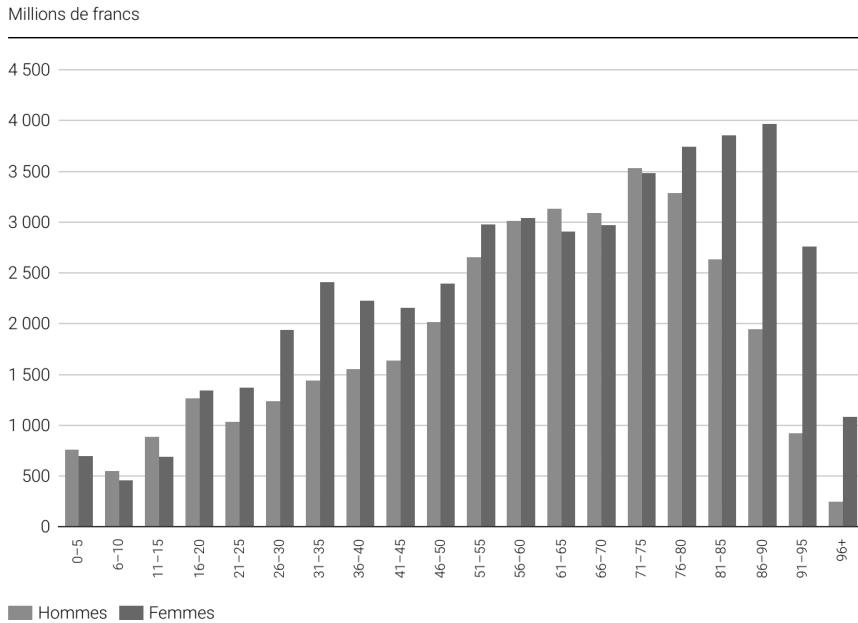
- L'effet direct se manifeste, par exemple, sous forme de *soins de longue durée* qui sont, dans tous les pays de l'OCDE, de moins en moins dispensés par la famille. Les soins de longue durée liés au vieillissement de la population représentent la composante des dépenses de santé ayant connu, avec les soins curatifs ambulatoires, la croissance la plus rapide.
- L'effet indirect s'exerce par le biais du *poids politique* grandissant des personnes âgées qui sont naturellement intéressées à une extension de l'offre et une baisse de leur participation financière. En Suisse, cet effet est renforcé par la démocratie directe et la moindre participation des jeunes au processus politique.

Comme le montre la figure 6.9, les coûts de la santé, distingués selon le sexe et les classes d'âge, augmentent fortement avec l'âge, notamment dès l'âge de la retraite.

### *La faiblesse des gains de productivité*

La hausse des dépenses de santé pourrait être en partie imputée à la loi de Baumol. En effet, les services dispensés dans le secteur de la santé, en

Figure 6.9  
Dépenses de santé selon les classes d'âge et le sexe, en 2020



Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2022

particulier les prestations hospitalières et les soins de longue durée, sont intenses en main-d'œuvre et affichent en général une croissance de la productivité plus lente que l'ensemble de l'économie alors que les salaires y progressent au moins au même rythme que dans le reste de l'économie.<sup>18</sup> Il en résulte une hausse des prix relatifs dans ce secteur qui ne conduit cependant pas à une contraction du volume dans les mêmes proportions en raison de la faiblesse de l'élasticité-prix de la demande pour ces services. Il en découle alors une augmentation automatique de la part de ce secteur dans l'économie.

Il existe des indications empiriques au niveau de l'OCDE attestant que la croissance des dépenses de santé et de soins de longue durée est déterminée par la hausse générale des salaires par rapport à l'évolution de la productivité dans le secteur (Hartwig, 2006). Face à la pénurie de personnel de soins, mais aussi de médecins spécialistes fortement demandés par les cliniques et les hôpitaux, les salaires tendraient même à augmenter plus fortement que dans d'autres secteurs de l'économie. On constate que la valeur ajoutée nominale brute du secteur de la santé et de l'action sociale augmente tendanciellement sous la pression des prix et du volume, et pourrait aboutir,

sans contre-mesures, à une croissance relative des coûts par unité de production (Hartwig, 2010).

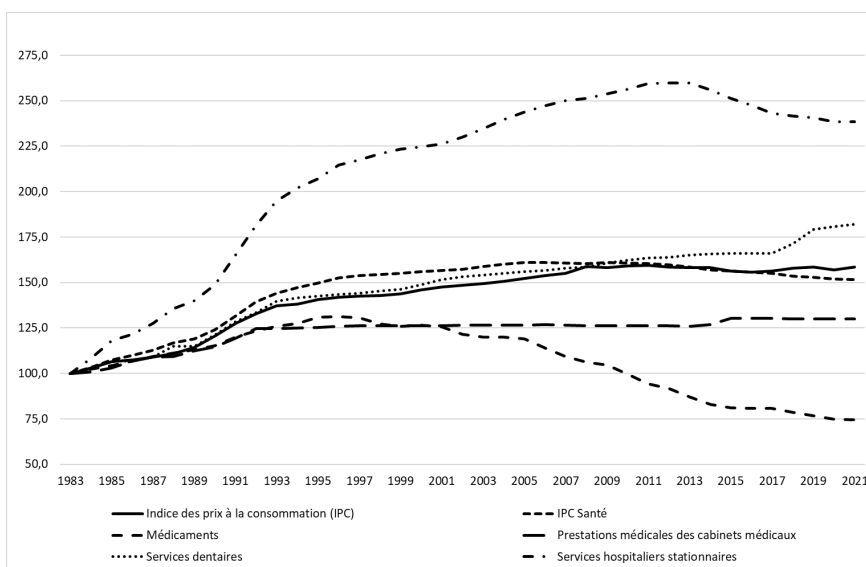
Toutefois, l'observation de l'évolution des prix en Suisse, telle que mesurée par l'indice des prix à la consommation et ses composantes, ne semble pas confirmer la « maladie de Baumol » dans le secteur de la santé (figure 6.10). On constate que – globalement – les prix relatifs de la santé n'ont pas vraiment augmenté. Dès lors, on peut penser que la hausse des coûts de la santé est davantage la conséquence d'une croissance du volume des prestations que de leur renchérissement.

Plus précisément, entre 1983 et 2010, les prix de biens et services de santé ont augmenté un peu plus rapidement que le niveau général des prix à la consommation, avant de passer en dessous de ce dernier en fin de période (figure 6.10). L'indice des prix à la consommation (Total IPC) et celui de la santé (IPC santé) ont augmenté de 57 % (+1,23 % en moyenne par année) respectivement de 52 % (+1,13 % en moyenne par année) entre 1983 et 2020.<sup>19</sup>

En examinant l'évolution des prix des quatre catégories des biens et services de la santé présentes dans l'indice des prix à la consommation depuis la révision de 1983 (les trois quarts des produits de soins de santé), on observe que les services hospitaliers stationnaires (part dans le sous-indice des prix de la santé en 2021 : 20,5 %) ont explosé, soit de 139 % depuis

Figure 6.10

Evolution de l'IPC et des prix de la santé (sélection), 1983-2021 (indice 1983 = 100)



Source : OFS

1983 comparé à 59 % pour l'indice total<sup>20</sup>, alors que les prix des médicaments (part : 19,8 %) ont connu sur la même période une baisse d'un cinquième, avec une hausse initiale jusqu'au milieu des années 1990. Les prix des services dentaires (part : 9,8 %), qui ne sont pour la plupart pas couverts par des assurances, ont connu une hausse plus rapide que le niveau général des prix en Suisse (+82 %), alors que la hausse des prix des prestations des cabinets médicaux (part : 20,3 %) a atteint 30 % pour finalement se stabiliser dès le milieu des années 1990. On note que les prestations ambulatoires des médecins en cabinets privés ou à l'hôpital sont payées depuis 2004 sur la base du tarif médical unifié Tarmed.

### **Encadré 6.11** **Prix de la santé dans l'IPC**

Pourquoi l'évolution des primes d'assurance-maladie obligatoire n'est-elle pas prise en compte dans le calcul de l'IPC ?

Les primes d'assurance-maladie correspondent à des transferts versés aux assurances par les ménages privés. En cas de dommages, ces versements sont restitués aux ménages en guise de réparation. Ils servent donc uniquement à financer une certaine consommation à venir et ne font pas partie de la consommation privée à proprement parler. En revanche, les services médicaux financés par les primes (prestations médicales, dentaires, hospitalières, médicaments, etc.) sont inclus dans le panier-type de l'IPC. D'ailleurs, les variations des primes ne peuvent être véritablement assimilées à une évolution des prix, car elles reflètent à la fois l'évolution des prix et celle des quantités consommées. Même à prix constants, les coûts augmentent, et avec eux les primes d'assurance-maladie, à mesure que la fréquence des consultations médicales et des séjours hospitaliers s'accroît et que les examens médicaux et les thérapies se compliquent. Or, l'IPC est conçu pour mesurer l'évolution pure des prix pour une quantité fixe d'un produit déterminé. La prime ne permet pas d'atteindre un tel objectif. Il ne fait cependant aucun doute que l'augmentation croissante des primes d'assurance-maladie observée depuis quelque temps grève toujours davantage le budget des ménages privés. Ce fait doit être pris en considération non pas en modifiant l'IPC, mais plutôt en produisant des informations complémentaires, utiles lors de la conception et l'application de la politique économique, des négociations salariales ou de l'adaptation des rentes. C'est pourquoi l'OFS publie, parallèlement à l'IPC, un *indice des primes*

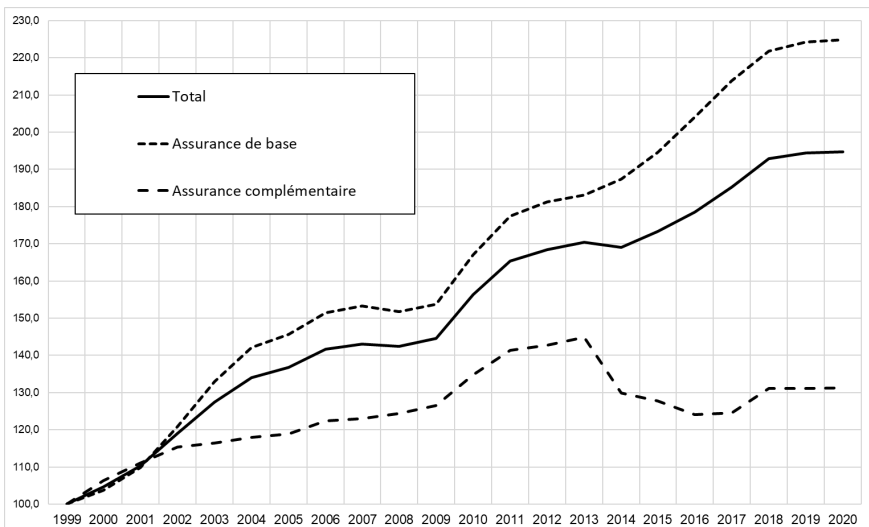
*d'assurance-maladie (IPAM) qui mesure l'évolution des primes et son impact sur le revenu disponible.*

*Source : OFS, L'indice suisse des prix à la consommation (IPC), Neuchâtel, 2019.*

L'évolution des primes d'assurance maladie (selon l'indice prix des assurance-maladie IPAM de l'OFS) illustre la croissance du volume des biens et services de santé (figure 6.12). En vingt ans, de 1999 à 2020, les primes ont presque doublé (hausse moyenne de 3,4 % par année), alors que les prix relatifs des biens et services de santé, par rapport à l'ensemble des prix, ont stagné durant cette même période. On note que ce sont surtout les primes de l'assurance de base qui ont augmenté durant la période d'observation (+4,1 % par année), alors que les primes des assurances complémentaires facultatives (couvrant en particulier les prestations hospitalières privées et semi-privées) stagnent depuis la réforme de la tarification hospitalière. Une fois encore, on observe que la hausse des dépenses de santé en Suisse est surtout liée à l'augmentation du volume des prestations.

Figure 6.12

Évolution des primes d'assurance-maladie 1999-2020 (indice 1999 = 100)



Source : OFS

### *La fragmentation du système de santé*

Les coûts plus élevés sont également attribuables aux *inefficiences* dues à la fragmentation – peut-être excessive – du système de santé, ceci selon plusieurs dimensions.

- Par *niveaux de collectivité publique*. – les cantons sont chargés de garantir l'accès aux services médicaux et de contrôler le système. Ils sont aussi responsables de la prévention des maladies et de l'éducation à la santé. Les communes agissent par délégation des cantons et offrent, par exemple, des soins infirmiers et des soins à domicile. La Confédération est essentiellement chargée de réglementer l'assurance-maladie.
- Par *sources de financement*. – en 2019, les ménages privés ont financé 63 % des dépenses de santé (via versements directs, sans compter les participations aux frais des assurances – 25 % – et les primes versées aux assurances obligatoires et privées – respectivement 32 % et 5 %). La part de l'État dans le financement des dépenses de santé s'élève à 30 % (21 % par les cantons). Plus de six francs sur dix de ce financement public correspondent aux subventions des cantons et des communes versées aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux ainsi qu'aux services d'aide et de soins à domicile. La part des entreprises (indépendants inclus) dans le financement du système de santé est 7 % (notamment via les assurances maladie et accidents ainsi que l'assurance invalidité). Les parts des entreprises et des ménages privés ont diminué légèrement depuis 1995, année de l'établissement de la statistique, de 2,7 points de pourcentage, prises en charge par l'État.
- Par *régimes de financement*. – en 1995, 36 % des ressources provenaient des assurances sociales obligatoires (LAMal : Assurance obligatoire des soins ; AVS : assurance-vieillesse et survivants ; AI : assurance-invalidité ; LAA : assurance-accidents obligatoire ; AM : assurance-militaire), 32 % des versements directs par les ménages (y compris la participation aux coûts), 19 % du financement public (collectivités, prestations complémentaires AVS et AI) et 13 % des assurances privées et d'autres financements privés. En 2019, les parts correspondantes au financement selon les régimes étaient de 44 %, 25 %, 22 % et 9 %.

### *La multiplication des actes et des offres*

La fragmentation du système de santé suisse a pour conséquence une offre pléthorique de services de santé via le mécanisme de « demande induite par l'offre ». A travers les cantons, on observe une forte corrélation positive entre la densité de spécialistes et le nombre de consultations médi-

cales. En revanche, il n'existe aucune corrélation de ce type pour les non-spécialistes.

Par ailleurs, les études ont montré qu'une augmentation du nombre de lits se traduit par un recours accru aux services hospitaliers. De toute évidence, le nombre d'établissements hospitaliers est excessif : par exemple, la Suisse compte quelque 120 hôpitaux qui pratiquent les actes de chirurgie cardiovasculaires, contre 8 pour toute la ville de Londres avec 12 millions d'habitants ! Cette surabondance a un effet secondaire : les petits hôpitaux effectuent trop peu d'interventions pour être efficaces et financièrement rentables ; en conséquence, ils peuvent difficilement se tenir au niveau des normes de qualité. Bien que le nombre de lits d'hôpitaux par personne en Suisse soit proche de la moyenne de l'OCDE, il existe de nombreux petits hôpitaux régionaux avec peu de lits.

## 6.5 Les politiques de santé

### 6.5.1 *L'information sur la qualité*

La satisfaction d'une demande croissante ne signifie pas nécessairement une qualité supérieure. Selon l'OCDE, la corrélation positive entre les coûts de la santé et la qualité du système existe jusqu'à un certain seuil. Ce n'est plus nécessairement le cas à partir du moment où les dépenses de santé excèdent environ 8 % du PIB. A partir d'un certain niveau de dépenses, toutes choses égales par ailleurs, une amélioration de la qualité coûte de plus en plus cher. Cela n'empêche pas la population de continuer de demander des prestations de santé, peut-être à cause de la valeur de plus en plus élevée donnée par la société à la vie, respectivement à la bonne santé, à mesure que les revenus progressent, malgré une qualité qui tendrait à stagner. Il est aussi possible que la participation (directe) relativement faible des patients aux coûts de la santé contribue à la (sur-) consommation.

En Suisse, en raison de l'organisation décentralisée du système de santé, les données concernant la santé sont recueillies de manière éclatée. Les tâches de collecte et de diffusion des données sur la qualité incombent à la Confédération mais il appartient aux cantons de produire et de recueillir les données de base. Or, les cantons possèdent les hôpitaux et en contrôlent la qualité. Dès lors, ils pourraient avoir des motivations mitigées pour remédier aux lacunes en matière de qualité, voire vouloir augmenter « artificiellement » leurs activités. Toutefois, le libre choix de l'hôpital permet au patient de se faire soigner (et au médecin référent de l'envoyer) dans n'importe quel établissement en Suisse, ce qui est un élément de concurrence entre établissements. La qualité est contrôlée par l'Association nationale

pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) et les résultats sont publiés.<sup>21</sup> Aussi, la plupart des hôpitaux publics sont aujourd'hui autonomes (sociétés anonymes ou établissements de droit public à but non lucratif) et travaillent sur la base d'un mandat de prestations (qui contient des exigences de qualité, entre autres). Les critères de la planification hospitalière imposent de nombreuses exigences de qualité pour pouvoir prétendre à certaines missions.

Pour que la politique de santé soit fondée sur des faits scientifiquement établis tout en étant adaptée à la réalité locale, la Suisse aurait intérêt à procéder au recueil systématique d'un éventail de données couvrant l'ensemble des services de soins de santé. En plus des indicateurs de qualité publiés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'ANQ se charge de coordonner et d'élaborer des indicateurs de qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques suisses<sup>22</sup>. L'ANQ publie une série d'indicateurs de qualité, à savoir les taux de ré-hospitalisation, les taux d'infection du site opératoire, les chutes, les ulcères et la satisfaction des patients. Même si la participation des hôpitaux est facultative, elles font en général preuve de bonne volonté. Actuellement, des indicateurs de qualité homogènes sont élaborés pour les maladies somatiques aiguës, la psychiatrie et la médecine de réadaptation. Toutefois, un ensemble d'indicateurs de qualité portant sur les soins primaires et ambulatoires fait toujours défaut. Parallèlement, la publication d'une liste de prestataires de soins conformes pourrait encourager la participation volontaire.

Si les patients peuvent choisir entre de multiples prestataires, ils n'ont souvent guère d'informations sur la qualité des services ni nécessairement sur les traitements les plus adéquats pour effectuer des choix éclairés. Quant aux professionnels de santé, ils ont bien accès aux données publiées par l'OFSP et l'ANQ et, au niveau régional, la qualité des prestations dans une discipline ou une autre est connue des médecins référents. Cependant, il est encore, par nature, difficile d'évaluer objectivement l'efficacité-coût des services pointus et complexes de santé. Faute d'une vision globale du coût et de l'efficacité des traitements et de la variation de divers risques sanitaires à travers la population, il est difficile pour les assurés de faire le meilleur choix de prestataires.

### ***6.5.2 L'amélioration de l'efficience***

*A priori*, on peut chercher à améliorer l'efficience par des mesures diamétralement opposées : en centralisant davantage pour exploiter les économies d'échelle ou en faisant appel à plus de concurrence (déréglementation), ceci à des niveaux différents du système de la santé.

Une solution proposée pour faire face à la fragmentation consisterait en une *caisse unique publique* d'assurance maladie, ce qui permettrait la transparence, la responsabilisation et des économies d'échelle accrues. Cependant, l'initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » a été massivement rejetée en votation populaire en septembre 2014. Par conséquent, les autorités doivent chercher à améliorer l'efficience dans le cadre du système actuel.

L'autre voie pour améliorer l'efficience consiste à *promouvoir la concurrence* afin de réduire le coût pour un niveau de production donné. Il faut préciser que durant les deux dernières décennies, on a assisté à un mouvement de concentration dans le secteur d'assurance-maladie, ce qui a sans doute favorisé les économies d'échelle. La concentration la plus forte a eu lieu dans la catégorie des plus petites caisses (moins de 5'000 assurés).

Ces dernières années, on a misé sur la concurrence entre les caisses maladie en encourageant les assurés à changer de caisse en fonction des primes. Selon ce calcul, en migrant d'une caisse-maladie chère à une autre dont les primes sont plus basses, les dépenses de santé des ménages s'en trouveraient globalement allégées. Or, si le passage d'une caisse à l'autre n'est pas accompagné d'un changement de type d'assurance qui ferait baisser les prestations consommées, par exemple, en passant de l'assurance de libre choix à une HMO (voir ci-après), ni les prestations ni le coût total de la santé ne diminuent. Au passage, ces changements donnent lieu à des frais administratifs qui doivent être compensés par une hausse des primes. Même si le passage à une autre caisse peut être rationnel sur le plan individuel, du point de vue de la collectivité tout entière, ce n'est pas optimal. En effet, si tout le monde essaie de faire baisser ses primes en changeant de caisses, elles finiront par augmenter en moyenne.

Toutefois, les incitations à se faire concurrence en matière d'efficience et de qualité de services de santé sont encore faibles, ceci pour plusieurs raisons :

- *Prix négociés.* – les prix ou tarifs des services font l'objet de négociations collectives au niveau des cantons entre les associations d'assureurs et de prestataires.
- *Obligation de contracter.* – en vertu de l'article 35 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs sont tenus de contracter avec tous les prestataires dans un canton – l'objectif étant de garantir la diversité – indépendamment des coûts et de la qualité du service. Une preuve officielle des qualifications et du respect des normes en matière d'infrastructures est suffisante pour pouvoir figurer sur la liste des prestataires agréées, aucune référence n'étant faite à la qualité ou au rapport efficacité-coût. Cela empêche les assureurs de choisir les prestataires en fonction de la qualité et de l'efficience des soins.

- *Préférences de la population.* – il est difficile de limiter le nombre de professionnels de santé et par conséquent les coûts de la main-d'œuvre face à la volonté de la population de disposer d'une offre diversifiée au niveau régional. Entre janvier 2001 et décembre 2011, la gestion des admissions des médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance de base, introduite à l'origine pour trois ans à titre de mesure exceptionnelle pour maîtriser les coûts, a été prolongée à trois reprises. En juillet 2013, elle a été réintroduite comme mesure urgente pour trois ans en raison d'une nette augmentation du nombre de cabinets médicaux dans certaines régions, qui avait conduit à une hausse des coûts dans les cantons concernés. Le Parlement a prorogé en juin 2016 une limitation des admissions jusqu'à mi-2019, prolongée encore une fois de deux ans. Les cantons peuvent encore continuer à réguler le nombre de médecins travaillant dans le secteur. La limitation est actuellement appliquée par 22 cantons. Les cantons peuvent notamment exclure de la limitation certaines disciplines médicales, par exemple, la médecine de premier recours.
- *Information lacunaire.* – les patients ne sont guère informés sur la qualité des services fournis. Même s'il était possible d'accéder à ces informations, les assureurs ne pourraient pas en bénéficier puisqu'ils sont tenus de contracter avec l'ensemble des professionnels de santé.

La suppression de l'obligation de contracter, tout en préservant la diversité, pourrait accroître l'efficacité en permettant aux assureurs de sélectionner les prestataires affichant les meilleurs rapports efficacité-coût. En outre, cela favoriserait la constitution d'une banque de données relatives à la qualité des soins de santé parallèlement à celles qui sont recueillies par la Confédération et les cantons. Le revers de la médaille est une clientèle captive et l'apparition d'une médecine à deux vitesses.

### **6.5.3 Les prestataires médicaux**

Les prestations ambulatoires des médecins en cabinets privés et dans les hôpitaux sont rémunérées depuis 2004 sur la base du tarif médical unifié Tarmed. Les tarifs sont fixés de commun accord par les médecins, les hôpitaux et les assureurs, sous la surveillance de la Confédération qui peut adapter la structure des tarifs. La structure tarifaire sert de base pour le décompte des prestations avec un tarif à la prestation. Pour le décompte des prestations, les points tarifaires définis dans la structure sont multipliés par différentes valeurs du point selon les cantons. Les valeurs du point sont négociées au niveau cantonal par les partenaires tarifaires et approuvées par les autorités compétentes.

Fondamentalement, chaque prestation figurant dans le Tarmed est rémunérée individuellement, indépendamment du volume consommé par le patient assuré (absence de plafond). Les dépenses sont largement remboursées par les assurances-maladie (sous réserve de la franchise annuelle choisie et la participation de 10 % de l'assuré). Sur le plan théorique, la relative faible participation au coût de la prestation par les patients pourraient encourager une « surconsommation » des prestations médicales. Le niveau des primes obligatoires des assurance-maladie dépend de la consommation de tous les assurés. Au niveau individuel, une fois la prime payée, le coût des prestations médicales (et hospitalières) se limite à la faible part prise en charge. Si le patient s'adresse à son médecin en vue d'une amélioration de son état de santé, dans les faits, c'est bien le médecin qui décide de la suite à donner après la consultation. Le patient n'est en général pas en mesure de savoir si les mesures diagnostiques et les traitements prescrits sont utiles ou non. Là où il y a une vingtaine d'années, seul le médecin de famille intervenait, aujourd'hui un ou deux spécialistes interviennent pour procéder au diagnostic (par exemple, pour un examen IRM). Les prestataires sont les véritables pilotes du système et non le patient. L'actuelle hyperspécialisation médicale conduit à une fragmentation des soins et une multiplication du nombre de prestations pour un même diagnostic.

A côté de la limitation du nombre de médecins (et autres professionnels de la santé), déjà expérimentée en Suisse, plusieurs mesures du côté de l'offre – fortement controversées – sont proposées pour limiter la croissance du volume des actes (remboursés), telles que :

- La fixation d'enveloppes budgétaires à ne pas dépasser, sous peine de sanctions, l'instauration de budgets globaux ou individuels.
- L'application de tarifs dégressifs.
- La « capitation », qui consiste à prévoir, dans le cadre d'un mandat de prestations, une somme forfaitaire pour la prise en charge d'un assuré pendant une période définie, indépendamment des prestations fournies (modèles de soins intégrés).

La forfaitisation des traitements ambulatoires, en analogie avec la tarification hospitalière, en cours d'étude, pourrait contribuer à limiter l'extension des actes médicaux. La crainte exprimée par les prestataires est le *rationnement* et l'apparition de *listes d'attente*.

#### **6.5.4 La gestion intégrée des soins**

Les réseaux de soins intégrés mettent à disposition et financent une prise en charge médicale complète ; les médecins travaillent comme employés d'un centre de santé et perçoivent un revenu fixe pour soigner les assurés

qui y sont inscrits. Inciter un (plus) grand nombre d'assurés à adhérer à un réseau intégré ou collectif de prestataires de soins pour bénéficier en contrepartie d'une baisse des primes d'assurance – dispositif dit de *gestion intégrée des soins (managed care)* – pourrait renforcer l'efficacité. En plus de l'économie des coûts liés à un excès de consultations médicales, ce système permet un échange d'informations entre praticiens faisant partie du même réseau et facilite la certification de qualité. Le dispositif de gestion intégrée est largement pratiqué dans plusieurs pays de l'OCDE dont les États-Unis.

Ce type de système est aussi de plus en plus prisé en Suisse. Selon l'OCDE (2019b), les plans d'assurance du type *managed care*, restreignant le choix de prestataires de services offerts aux patients, se sont multipliés, passant de 7 % du marché en 2000 à 64 % en 2017. Il existe indiscutablement un potentiel de développement de ce type de dispositif en Suisse. C'est notamment le cas du *filtrage de l'accès aux soins*, qui consiste à passer par un médecin généraliste (le référent) pour accéder à un spécialiste ou à des soins hospitaliers non urgents. En principe, un système du type « médecin de famille » est susceptible de réduire le nombre de consultations, indépendamment de l'appartenance ou non à un système de gestion intégrée des soins.

La gestion intégrée des soins comporte toutefois un inconvénient : en offrant des réductions de primes en contrepartie d'une restriction du choix des prestataires, les contrats de ce type peuvent attirer davantage les bons risques. Les personnes à plus hauts risques hésitent à opter pour ce dispositif. Il en découle qu'il est difficile de mettre en évidence statistiquement le véritable impact de ces dispositifs à cause de la *sélection des risques*. Un mécanisme de compensation de risques reste donc nécessaire. Les études d'impact de la gestion intégrée des soins sur les économies de coûts en tenant compte de la sélection des risques sont rares mais elles confirment des potentiels d'économie importants.

Pour favoriser une véritable concurrence susceptible d'accroître l'efficacité des caisses-maladie, une amélioration du système actuel de compensation de risques semble nécessaire. Ce mécanisme qui prévoit une redistribution des primes via un fonds de péréquation des risques prend uniquement en considération le sexe, l'âge et – depuis plus récemment – l'hospitalisation au-delà de trois jours au cours de l'année précédente. D'autres facteurs ayant trait à l'état de santé actuel et futur de l'assuré pourraient être pris en compte, par exemple, les facteurs de risque familial.

### 6.5.5 Les soins hospitaliers

Le système de rémunération pour les services de soins hospitaliers constitue un autre exemple de faibles incitations à la maîtrise des coûts.

Autrefois, les hôpitaux recevaient des financements en fonction du nombre de lits occupés, respectivement du nombre de journées d'hospitalisation, ce qui incitait les établissements à garder les patients plus longtemps que nécessaire.

Un nouveau système de paiements en fonction des pathologies par *groupes homogènes de malades (GHM)* ou *Diagnosis Related Group (DRG)* a été mis en place dès 2012. À l'instar du système existant aux États-Unis, le paiement par pathologie est calculé en multipliant le tarif de base, qui est propre à chaque hôpital, par un coefficient spécifique à la pathologie. Ce dernier – identique sur le plan national (*forfait SwissDRG*) – traduit le coût relatif du traitement en milieu hospitalier pour la maladie en question. Les tarifs de base sont négociés entre les hôpitaux et les assurances dans chaque canton et approuvés par les autorités cantonales. Le coût des médicaments en milieu hospitalier est compris dans le tarif, comme celui des services diagnostiques et thérapeutiques.

Indiscutablement, la réforme des GHM est une mesure qui va dans la bonne direction, notamment en améliorant la transparence des coûts et en renforçant la concurrence, ceci sans effet notable sur la qualité. Cependant, même s'il est encore trop tôt pour se prononcer définitivement sur l'effet de la réforme sur les dépenses de santé, les premières évaluations montrent que les coûts continuent d'augmenter. Le nombre d'hospitalisations a augmenté (faiblement), essentiellement sous l'emprise du vieillissement démographique. On a également assisté au déplacement des prestations vers les secteurs en amont et en aval de l'hôpital. L'impact sur la croissance des dépenses totales de santé est donc incertain.

Par ailleurs, la réforme n'a pas supprimé toutes les incitations négatives et en a instauré d'autres. Par exemple, il se peut que la réforme ait provoqué une nouvelle source d'inefficience telle que la sélection par les prestataires d'un GHM onéreux en cas de diagnostic incertain. Par ailleurs, les écarts de prix (tarifs de base) entre hôpitaux reste encore très élevés, ce qui signale un potentiel inexploité d'économie. Aussi, le nouveau régime laisse aux cantons une grande marge de manœuvre pour fixer les tarifs de base. Comme déjà évoqué, des informations plus complètes et de meilleure qualité au moyen de registres devraient faciliter la comparaison de coûts à l'acte. Si ces mesures et les jugements des tribunaux administratifs qui sont rendus en cas de litige (facturation jugée non adaptée et trop élevée par les caisses-maladie, par exemple) s'avèrent insuffisants pour réduire les coûts, une nouvelle réglementation pourrait être nécessaire pour restreindre la capacité des hôpitaux et des assureurs à définir les tarifs de base.

À plus long terme, on pourrait passer du financement hospitalier *dual* (assurances et cantons) à un financement *moniste*, système dans lequel les

hôpitaux – hormis les prestations d'intérêt public, comme le service des urgences ou la recherche, prises en charge par les cantons – seraient financés exclusivement par les assurances-maladie (un seul agent payeur à part le patient lui-même).

Conjugué à la *suppression de l'obligation de contracter*, ce système permettrait d'assurer aux caisses maladie une position beaucoup plus forte pour négocier avec les hôpitaux et leur imposer des réductions de coûts (gains de productivité). Les cantons pourraient consacrer les moyens qu'ils dépensent aujourd'hui au financement des hôpitaux pour subventionner les primes d'assurance-maladie, lesquelles augmenteraient certainement suite au changement de régime. Il serait ainsi possible de mettre en œuvre un financement moniste sans pour autant accroître la charge qui pèse sur les citoyens. Cette charge devrait en fait diminuer pour tous grâce aux économies de coûts que le changement de régime permettrait de réaliser. Cependant, cette voie semble, pour le moment, abandonnée depuis que le peuple suisse a rejeté nettement en juin 2008 l'article constitutionnel « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie » qui aurait permis le financement moniste des hôpitaux.

On observe actuellement des changements structurels rapides dans le secteur hospitalier. La concurrence entre hôpitaux au niveau national a augmenté depuis la forfaitisation DRG des tarifs en 2012, avec une pression accrue aux économies de ressources, à la coopération, au report sur les grands hôpitaux, et à la spécialisation des petits hôpitaux à gamme de prestations réduite. Les réglementations deviennent plus denses, notamment sur les exigences de qualité et de l'expérience nécessaire pour offrir des prestations complexes et coûteuses, mais aussi pour inciter à la prise en charge ambulatoire.

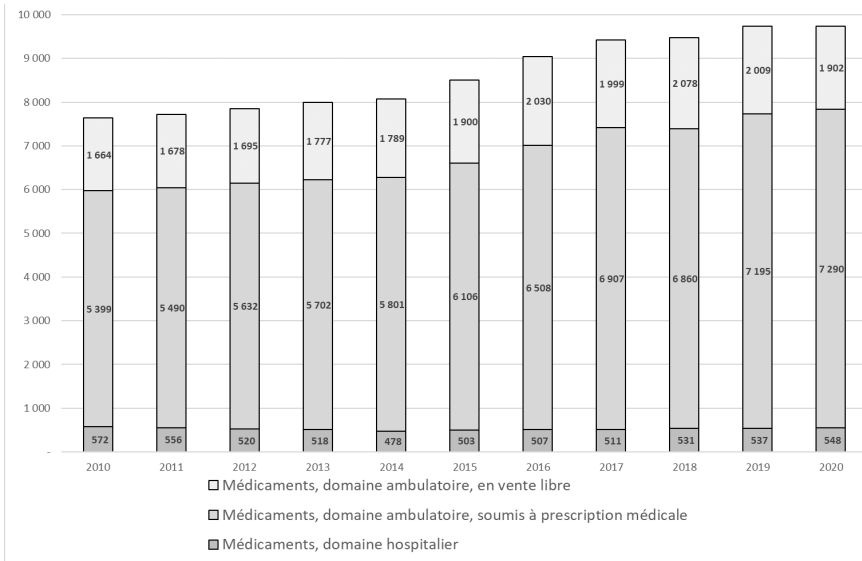
### ***6.5.6 Les dépenses en médicaments***

En 2010, les médicaments prescrits représentaient 12,2 % des dépenses totales de santé. Ces coûts qui, jusqu'à 2014, augmentaient à un rythme modéré par rapport aux dépenses totales de santé, connaissent une forte augmentation depuis. De 2014 à 2020, ces coûts ont augmenté de 1,7 milliard de CHF pour atteindre plus de 9,7 milliards de CHF (figure 6.13).

Les prix des médicaments en Suisse sont nettement plus élevés que dans les pays occidentaux servant de points de comparaison par l'OFSP (Allemagne, Autriche, France, Royaume-Uni et les Pays-Bas).

– Par exemple, les prix des médicaments brevetés pour les maladies cardiovasculaires sont inférieurs de 11 % dans les pays de la liste de l'OFSP

Figure 6.13  
Coût des médicaments, en millions de CHF, 2010-2019



Source : OFS.

et de 15 % dans les pays de la liste élargie (en ajoutant la Belgique, la Finlande et la Suède).

- Quant aux médicaments génériques, ils sont en moyenne 50 % moins chers dans les pays de la liste de comparaison (selon Interpharma). Leur prix plus élevé en Suisse s'explique par la règle qui prévoit un « écart de prix minimal » par rapport au médicament original avec le même principe actif. Or, afin de limiter la guerre des prix, les fabricants de médicaments génériques interprètent l'écart minimal comme une recommandation de prix implicite. Dès lors, le prix du générique ne descend pas en dessous de ce plancher. En plus, l'assurance-maladie rembourse indifféremment à la fois le médicament générique et le médicament breveté, ce qui n'incite guère à opter pour le générique. Par conséquent, la part des génériques en valeur est faible par rapport aux autres pays.

Des mesures ont été prises pour réduire le coût des médicaments et accroître le recours aux génériques comme l'augmentation de la part payée par les consommateurs en cas d'usage des médicaments de marque pour lesquels il existe des génériques moins chers. Le système actuel de fixation de prix des génériques devrait être abandonné au profit du remboursement d'un montant fixe défini à l'avance, comme c'est pratiqué dans la plupart des pays européens. Cependant, les prix des médicaments

devraient être révisés au moins une fois par an plutôt que tous les trois ans, ne serait-ce que pour répercuter les fluctuations du taux de change euro/CHF. La concurrence entre sociétés pharmaceutiques ramènerait ensuite le prix à ce niveau et les patients seraient incités à opter pour le générique plutôt que pour l'original. Il est estimé que ces mesures permettraient d'économiser 1 milliard de CHF par an environ, soit 125 CHF par patient par an.

S'agissant des prix des médicaments nouvellement admis, il conviendrait de suivre l'évolution des prix à l'étranger et de procéder à d'autres examens à intervalles réguliers pour éviter que les prix soient fixés pour toute la durée du brevet. Les prix en vigueur en Suisse pourraient ainsi plus facilement se rapprocher du niveau nettement plus bas qu'ils atteignent dans les pays voisins (encadré 6.14).

#### **Encadré 6.14**

##### **Dépenses de médicaments – modèles de paiement des thérapies**

La croissance du coût des médicaments devrait encore s'accélérer ces prochaines années, par exemple, dans le domaine du traitement du cancer. Les caisses-maladie ont remboursé en 2017 plus d'un milliard de CHF pour les médicaments contre le déficit immunitaire et 680 millions pour le traitement du cancer. Ces deux pathologies comptaient ensemble pour seulement 1,5 % des médicaments consommés alors qu'elles représentaient un cinquième des coûts de médicaments couverts par l'assurance maladie de base. La croissance des dépenses dans le domaine de l'oncologie tient à l'élargissement mondial du marché qui favorise la recherche et le développement de nouveaux médicaments (pour les thérapies immunitaire, génétique et cellulaire). Les nouvelles thérapies combinées permettent d'augmenter la durée de vie des patients gravement malades, ce qui induit une utilisation prolongée des médicaments souvent coûteux. Les entreprises pharmaceutiques (par exemple, Novartis) sont en discussion avec les ministères responsables de la santé de nombreux pays sur le prix des nouveaux médicaments. Dans le cas des thérapies très coûteuses, il existe pour les assureurs un risque réel – dans le cas du système de remboursement – de financer des traitements individuels qui échouent, à plus ou moins longue échéance.

Des modèles alternatifs de financement ont été proposés, essentiellement selon le principe « financement selon la performance » (*pay for performance*), c'est-à-dire que le remboursement des frais

est lié au succès de la thérapie. Les essais dans différents pays ne sont toutefois pas encourageants. D'une part, le coût des traitements eux-mêmes reste très élevé et, d'autre part, cette solution de financement selon la performance induit des coûts administratifs élevés (suivi du patient, contrôle du succès). D'autres modèles de paiement des thérapies extrêmement coûteuses sont, par exemple, le remboursement à crédit et la tarification flexible selon la performance.

Source : Felges, Dominique, Die Medikamentenpreise lösen Stress aus (NZZ 20.02.2019).

Aussi, il convient d'examiner si, pour les biens brevetés en général, et les médicaments en particulier, il ne faudrait pas passer du principe dit d'*épuisement national*, aujourd'hui appliqué, à celui d'*épuisement régional*, autrement dit autoriser les réimportations ou les importations parallèles de tels biens provenant des pays de l'UE. Il va sans dire qu'une telle mesure mettrait une pression sur les prix des médicaments en Suisse. Actuellement, en raison du régime protectionniste en vigueur, de nombreux médicaments remboursés par l'assurance-maladie sont vendus nettement plus cher en Suisse que dans les pays voisins, ce qui renchérit les primes pour les assurés. Les craintes exprimées – en matière de qualité, de surveillance du marché et de responsabilité en cas de complications – pour refuser une modification du régime ne sont pas fondées car les pays de l'UE disposent des législations, des instances et des normes tout à fait comparables à celles de la Suisse.

Un sujet controversé est l'impact sur les dépenses de l'*autorisation accordée aux médecins de vendre des médicaments*, ce qui concerne environ 40 % des médecins. Les études sur le sujet présentent des résultats mitigés. Une étude a montré que la délivrance directe des médicaments par les médecins augmente d'environ 30 % les dépenses de médicaments par patient (Kaiser et Schmid, 2013). D'autres études ont montré que le fait d'autoriser les médecins à délivrer des médicaments avait un impact négatif significatif sur le volume des médicaments vendus et que ces médecins contribuaient à la réalisation d'économies en prescrivant plus souvent des génériques pour lesquels la marge bénéficiaire est plus élevée (Schleiniger *et al.*, 2007 et Rischatsch *et al.*, 2009).

### 6.5.6 Les soins de longue durée

Le vieillissement démographique oblige, la Suisse se trouve dans le groupe de tête des pays de l'OCDE pour les soins de longue durée. La

contribution des patients, qui dépasse les 60 %, est nettement plus élevée qu'ailleurs. L'explication réside dans le fait qu'il ne s'y rattache ni une assurance sociale ni une offre importante de la part des assurances privées. A part les frais médicaux *strictu sensu* couverts par l'assurance-maladie de base, les coûts des soins sont assumés par le patient lui-même (à partir de son revenu ou de sa fortune) ou sa famille, et si cela ne suffit pas, par les prestations complémentaires de l'AVS. Étant donné qu'il n'y a pas d'assurance sociale dans ce domaine, on pourrait s'attendre à ce que les assurances privées jouent un rôle dans ce domaine, ce qui n'est pas le cas.

Le défi posé dans ce domaine est de taille compte tenu de l'évolution démographique et du nombre croissant de personnes nécessitant des soins de longue durée. Les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées sont particulièrement coûteux car ils requièrent une intense collaboration entre cabinets médicaux, hôpitaux et homes ou services d'aide et de soins à domicile. Depuis de nombreuses années, diverses études et initiatives parlementaires ont proposé de pérenniser le financement de ce type de soins par l'adjonction aux assurances sociales prévues par la Constitution d'une institution fédérale de prise en charge des frais de santé et d'encadrement liés au grand âge, jusqu'ici sans succès. Une telle institution pourrait prendre, par exemple, la forme d'une assurance obligatoire de soins financée par un compte d'épargne obligatoire, individuel et défiscalisé.

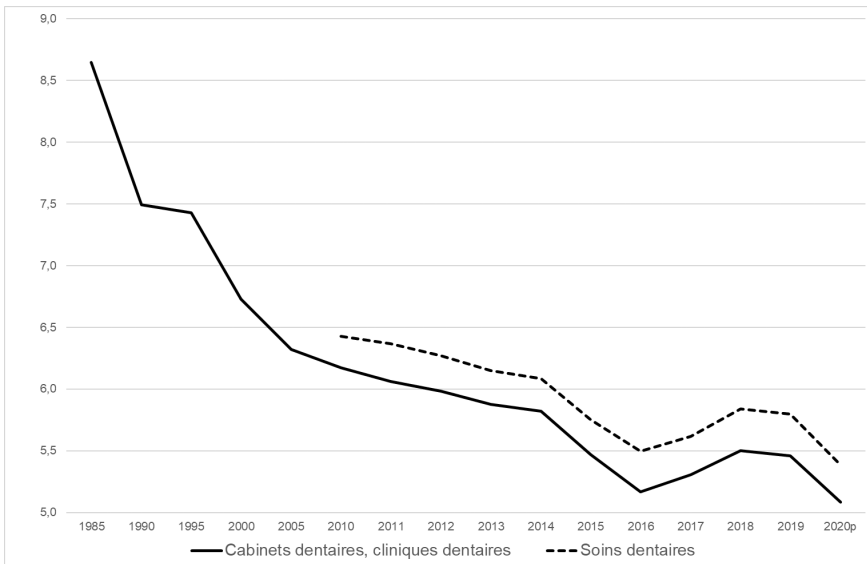
### 6.5.7 Les traitements dentaires

La figure 6.15 montre la baisse tendancielle de la part des coûts des traitements dentaires dans le total des coûts de la santé, de 8,6 % en 1985 à 5,1 % en 2020. Les « soins dentaires », qui représente 5,4 % des dépenses de santé, désigne le coût de ce type de prestation, alors que « cabinets dentaires, cliniques dentaires » se réfère à la décomposition des coûts selon le fournisseur de biens et services.

Les coûts des prestations dentaires semblent maîtrisés. En effet, ils ont augmenté au même rythme que le PIB nominal (3 %), alors que les coûts totaux de santé ont augmenté de 4,4 % par année en moyenne, depuis 1985.

Le fait que les coûts des traitements dentaires ne soient pas pris en charge par l'assurance-maladie de base ne semble pas avoir d'incidence négative. La Suisse se trouve dans la moyenne de l'OCDE pour le nombre de praticiens et de visites chez le dentiste, et les résidents suisses sont très bien placés en termes de santé dentaire. Cela est dû, d'une part, à une bonne prophylaxie individuelle et, d'autre part, au fait que le patient doit prendre en charge les coûts de ses traitements dentaires (pas d'effet d'aléa moral)<sup>23</sup>.

Figure 6.15  
Part aux coûts de la santé des traitements dentaires, en %, 1985-2020



Source : OFS.

Sans doute peut-on établir un lien entre le recours à la prophylaxie et les coûts évités ultérieurs.

### 6.5.8 La prévention

La prévention est souhaitable comme moyen de prolonger une vie saine et augmenter le bien-être des personnes mais pas nécessairement en tant que moyen de réduire les frais médicaux à long terme. Selon l'OCDE, la prévention est plutôt mal développée dans le système de santé suisse en comparaison internationale. Par exemple, seuls quelques cantons ont un programme à grande échelle pour la mammographie de dépistage précoce du cancer de sein. Les caisses maladie ne prennent d'ailleurs pas en charge tous les coûts de cet examen.

En Suisse, le système de santé décentralisé a encouragé la mise sur pied des programmes de prévention adaptés aux besoins locaux mais a aussi compliqué l'élaboration de mesures globales pour faire face à des maladies chroniques graves comme le diabète, l'obésité et le cancer ainsi qu'aux facteurs de risque connexes (par exemple, l'alcoolisme et le tabagisme). La plupart des cantons sont simplement trop petits pour atteindre la taille minimale en vue d'une politique de prévention efficace.<sup>24</sup>

De même, les progrès sur le front de la mise en œuvre de mesures ayant une utilité avérée sont lents. Une évaluation de la stratégie suisse de vaccination contre le virus H1N1 a montré que les plans d'intervention des différents cantons n'étaient ni normalisés, ni harmonisés pour satisfaire des normes minimales, que la distribution de vaccins aux cantons manquait de coordination et qu'il y avait un manque de leadership dans la communication. La nouvelle loi sur les épidémies – entrée en vigueur en 2016 – a créé un cadre pour la détection rapide, le monitoring, la prévention et la gestion de l'apparition de maladies. Elle impose, par exemple, une démarche coordonnée pour l'élaboration des plans d'urgence.

Compte tenu de la transition à long terme du traitement de maladies transmissibles et d'accidents (soins curatifs) vers la gestion des maladies chroniques dues notamment au vieillissement de la population, on pourrait passer d'un vaste réseau d'hôpitaux bien équipés et d'un large éventail de médecins spécialistes à la promotion d'une bonne santé tout au long de la vie en privilégiant les mesures de santé publique, la prévention et les soins primaires.

### ***6.5.9 La gouvernance du système***

La définition des priorités dans le système de santé suisse relève de la responsabilité conjointe du gouvernement fédéral, des cantons et – dans le domaine des soins pour les personnes âgées – des communes. Certes, la nature très locale et participative de cette gouvernance contribue à trouver des solutions adaptées aux besoins locaux en matière de santé publique. Néanmoins, cet éparpillement de l'action publique fait obstacle à une vision globale pour le système de santé et crée des incitations qui ne sont pas toujours axées sur l'efficacité ainsi que des coûts occasionnés par une coordination insuffisante.

Comme de nombreux services sont financés par de multiples sources et que personne n'est responsable du budget global de la santé, la recherche par un organisme de financement de la minimisation de ses propres dépenses ne conduit pas nécessairement à la diminution des dépenses totales. Par exemple, si un patient est admis dans un établissement médical de réhabilitation après une opération en hôpital, le coût global sera plus élevé que s'il est pris en charge à domicile. Mais la part payée par l'assurance maladie est nettement plus faible si le patient est placé dans un établissement, ce qui fait que l'assureur préférera cette solution pourtant globalement plus coûteuse. La possibilité de transférer les dépenses au détriment d'un autre payeur incite moins à chercher des solutions qui contribueraient à une rationalisation efficace des dépenses. Ce type de problème ne se pose pas

dans les pays à payeurs uniques (les pays scandinaves, par exemple). La mise en place d'un cadre légal pour faciliter les politiques nationales de santé publique devrait être une priorité. Un tel cadre devrait énoncer clairement les objectifs en fixant des priorités pour veiller à ce que les cantons et les assureurs obtiennent les résultats convenus.

## **Annexe : L'efficacité, l'efficience et l'équité dans le domaine de la santé**

### ***L'efficacité versus l'efficience***

L'*efficacité* signifie simplement que la production d'un bien de santé accroît le bien-être de l'utilisateur. Donc, des soins de santé efficaces sont ceux qui améliorent l'état de santé de l'individu (par exemple, un médicament dont l'effet bénéfique sur la santé du patient est prouvé).

L'*efficience* signifie qu'on compare les coûts (ou les ressources utilisées) et les bénéfices (ou le bien-être) résultant des interventions dans le domaine de la santé en assurant que les ressources soient allouées de manière optimale. L'efficience est donc conditionnelle à l'efficacité.

### ***Les critères d'efficience***

- On distingue entre l'efficience *opérationnelle* et l'efficience *allocative*.
- L'efficience opérationnelle (ou *technique*) pose la question du meilleur usage des ressources rares pour atteindre les objectifs d'un programme qui vaut la peine d'être mis en œuvre (sur la base du critère d'efficacité). L'application de ce principe dans le domaine de la santé aboutit à l'analyse *coût-efficacité* (*cost-effectiveness*). Par exemple, entre deux thérapies concurrentes, on opte pour celle qui donne le ratio le plus élevé entre les années de vie sauvées et les coûts du traitement. Une version plus large est l'*analyse coût-utilité* (*cost-utility*) qui utilise comme output *Quality Adjusted Life Years (QALY)*, captant ainsi les aspects à la fois quantitatif et qualitatif.
  - L'efficience allocative va plus loin et pose la question de savoir si une activité se justifie économiquement. Cela signifie qu'il faut entreprendre les programmes de santé publique dont les bénéfices excèdent les coûts (dans les deux cas du point de vue de la collectivité). Cette règle est donc intimement liée à l'*analyse coût-bénéfice* (*cost-benefit*). La taille optimale d'un programme ainsi retenu est déterminée par la règle de l'égalisation du bénéfice marginal et du coût marginal.

## *L'équité*

Dans le domaine de la santé, l'*équité* signifie que les prestations de santé devraient être distribuées parmi la population de manière *juste*. Or, juste ne veut pas dire égale, l'égalité étant une certaine interprétation de l'équité parmi d'autres. Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé sont influencés à divers degrés par les valeurs *libertaires* (mettant en avant la souveraineté des usagers et la primauté des forces du marché) et *égalitaires* (priviliégiant une vision communautaire de la santé). L'importance relative accordée à l'équité par rapport à l'efficacité varie naturellement d'un pays à l'autre.

Faut-il garantir l'équité de la distribution de la santé ou celle des soins de santé ? Pour plusieurs raisons, cela n'aurait pas de sens de chercher à rendre équitable la santé elle-même.

- La santé n'est pas un droit humain ; les individus ne naissent pas égaux sur le plan de la santé ; la détérioration naturelle de la santé n'est pas non plus uniforme à travers les individus.
- Il n'y a pas de définition unanime de ce qu'est une « bonne » santé.
- Les personnes bien informées pourraient délibérément choisir un niveau de santé en dessous de ce que la société considère comme bon (en fumant, par exemple).

Il faut donc que l'équité vise la distribution des soins de santé et non la santé elle-même.

## *L'équité horizontale versus l'équité verticale*

De manière générale, l'*équité horizontale* peut être définie comme le « traitement égal des individus égaux ». Dans le cas de la santé, le mot traitement peut avoir différentes significations : les dépenses de santé (ressources), l'utilisation des services de santé ou l'accès aux soins. Quant à l'égalité des individus, elle se réfère avant tout à leurs besoins en services de santé. En restant pragmatique, on pourrait formuler l'équité horizontale comme l'égalité d'accès aux soins pour les personnes ayant des besoins égaux.

On note que l'équité horizontale peut aussi être interprétée dans le sens *financier* en exigeant que les personnes se trouvant dans la même situation financière (*capacité contributive*) soient mises à contribution de manière égale pour financer le système.

En théorie, l'*équité verticale* nécessite le « traitement inégal des individus inégaux ». Il faut encore déterminer le degré auquel ce traitement devrait être inégal. *A priori*, on peut imaginer que ce principe soit interprété,

par exemple, comme l'inégalité des moyens mis en œuvre pour soigner différentes maladies. Toutefois, ce critère ne serait pas opérationnel car on aurait du mal à comparer les maladies et établir un ordre de préférence entre elles.

Plus prosaïquement, l'équité verticale – au sens financier – est satisfaite par la mise en place d'un mécanisme de financement basé sur le principe de la *capacité contributive*. Un système de santé financé par des impôts ou une assurance sociale financée par des cotisations atteint un certain degré d'équité verticale. Les systèmes dans lesquelles les utilisateurs sont directement mis à contribution ont besoin de dispositifs publics additionnels (par exemple, des aides ou des subventions) afin de protéger les intérêts des groupes à faible revenu et de ceux ayant des besoins de soins relativement importants.

### *Les interactions entre l'équité et l'efficacité*

Dans la pratique, l'état idéal d'équité ne peut jamais être atteint, pas plus que l'efficacité absolue. En général, l'équité et l'efficacité constituent des objectifs antagonistes. Il faut donc inévitablement chercher des compromis, ce qui est loin d'être évident. Par exemple, l'amélioration d'équité au détriment d'efficacité pourrait impliquer des pertes de vie humaine ou la détérioration de la qualité de vie des patients. Dès lors, il est important que ces compromis soient les plus transparents possibles pour que la société puisse juger par elle-même et prendre des décisions en toute connaissance de cause.

### RÉFÉRENCES

- Baumol, W., W. Bowen. 1966. *Performing Arts, The Economic Dilemma : A Study of Problems Common to Theater, Opera, Music, and Dance*, Cambridge, Mass. : MIT Press.
- Brändle, T., C. Colombier. 2017. Hausse des dépenses de santé : la démographie n'est pas la seule en cause, *La Vie économique*, no. 3.
- Conseil fédéral. 2013. *Bases de la planification hospitalière et pistes de développement*, rapport du 18 décembre 2013, Berne.
- Deiss, J., P. Gugler. 2012. *Politique économique et sociale*, collection « Ouvertures économiques » chapitre 11, Bruxelles : De Boeck.
- De Pietro C., P. Camenzind, I. Sturny, L. Crivelli, S. Edwards-Garaoglia, A. Spranger, F. Wittenbecher, W. Quentin. 2015. Switzerland : Health System Review, *Health Systems in Transition*, 17 (4) : 1-288.

- Gerritzen, B., G. Kirchgässner. 2011. Caractéristiques et efficacité du système de santé suisse en comparaison internationale, *La Vie économique*, no. 4.
- Hartwig, J.. 2006. What Drives Health Care Expenditure ? Baumol's Model of Unbalanced Growth Revisited, *KOF Working Papers*, no. 133.
- Hartwig, J.. 2010. Baumol's Diseases : The Case of Switzerland, *Revue suisse d'économie et de statistique*, 146 (3) : 533-552.
- Kaiser, B., C. Schmid. 2013. Does Physician Dispensing Increase Drug Expenditures ?, *Discussion Papers*, no. 13-03, Université de Berne.
- Kirchgässner, G.. 2009. Le système de santé suisse : évolution des coûts et problèmes de fond, *La Vie économique*, no. 11.
- Musgrave, R.. 1959. *The Theory of Public Finance : A Study in Public Economy*. New York : McGraw-Hill.
- OCDE. 2011. *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse 2011*, Paris : OCDE.
- OCDE. 2015. *Études économiques de l'OCDE : Suisse 2015*, chapitre 2 : « Accroître l'efficacité des dépenses publiques », Paris : OCDE.
- OCDE. 2017. *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris : OCDE.
- OCDE. 2019a. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris : OCDE.
- OCDE. 2019b. *Études économiques de l'OCDE : Suisse 2019*, chapitre 2 : « Faire face au vieillissement de la société en Suisse : quelles politiques ? », Paris : OCDE.
- OFS. 2007. *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse*, Neuchâtel.
- OFS. 2018. *Enquête suisse sur la santé 2017 – vue d'ensemble*, Neuchâtel.
- OFS. 2020. *Santé – statistique de proche 2019*, Neuchâtel.
- Rischatsch, M., M. Trottmann, P. Zweifel. 2009. Do Physicians' Financial Interests Undermine Generic Substitution ? A Study of Imperfect Agency, manuscrit, Université de Zurich, décembre.
- Schleiniger, R., T. Slembeck, J. Blöchli. 2007. Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, manuscrit, ZHAW School of Management and Law, Winterthur.
- Weber, L., M. Zarin-Nejadan, A. Schönenberger. 2017. *Economie et finances publiques*, Paris : Economica.
- World Health Organisation. 2020. *World Health Statistics*.
- Zweifel P.. 2017. Les effets secondaires non résolus de l'assurance-maladie, *La Vie économique*, no. 3.

## NOTES

- <sup>1</sup> Les auteurs tiennent à remercier Sonia Pellegrini, directrice suppléante de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et intervenante au CAS en économie et finances publiques, pour ses commentaires et suggestions. Les auteurs restent seuls responsables d'éventuelles erreurs et omissions.
- <sup>2</sup> Un *bien* est tangible, peut être homogène, existe distinctement par rapport à la personne physique ou morale qui le possède (il peut changer de main plusieurs fois). Un *service* est en revanche intangible, en général hétérogène et indissociable de son fournisseur. Dans le cas d'un service, le droit de propriété porte uniquement sur la possibilité d'utiliser le service. Sauf indication contraire, le terme générique « bien » désigne indifféremment un bien ou un service.
- <sup>3</sup> Techniquement, les biens d'investissement sont définis comme des *biens de production* (utilisés par les producteurs, par opposition aux biens de consommation) dont la durée de vie dépasse une période (une année). Ils se distinguent des *biens intermédiaires* (par exemple, les matières premières ou les biens semi-finis) qui sont également des biens de production mais avec une durée de vie inférieure à une période.
- <sup>4</sup> La concurrence parfaite est caractérisée par les hypothèses suivantes : l'homogénéité du bien échangé, la transparence (information parfaite de part et d'autre du marché), l'atomicité de l'offre et de la demande (un grand nombre de vendeurs et d'acheteurs présents sur le marché), l'absence de barrières à l'entrée et à la sortie du marché, et la parfaite mobilité (polyvalence) des facteurs de production.
- <sup>5</sup> L'utilité désigne la satisfaction retirée de la consommation des biens. L'utilité marginale représente la variation d'utilité résultant de la consommation d'une unité supplémentaire d'un bien.
- <sup>6</sup> Le coût marginal est la variation de coûts occasionnée par la production d'une unité supplémentaire d'un bien. En concurrence parfaite, l'équivalent monétaire de l'utilité marginale est égal au coût marginal.
- <sup>7</sup> Cette méthode consiste à présenter aux individus des scénarios dans lesquels les niveaux des attributs caractérisant le bien de santé varient, et à leur demander de choisir leur scénario préféré. Cela permet d'observer les arbitrages opérés par les personnes interrogées entre différents attributs du bien de santé qu'elles sont amenées à évaluer, notamment entre son coût et ses autres attributs.
- <sup>8</sup> Une maladie iatrogénique est un trouble mental ou physique qui apparaît à la suite d'un traitement médical.
- <sup>9</sup> En Suisse, les autorisations de pratiquer sont en général délivrées par les cantons selon des critères de reconnaissance des titres.
- <sup>10</sup> Les premières formes privées d'assurance-maladie remontent aux années 1930-1940 aux États-Unis.
- <sup>11</sup> Il convient toutefois de rappeler que la redistribution a aussi un but d'efficacité : la concentration des services de santé sur un groupe produit moins de bien-être social total qu'un accès large au système de santé.
- <sup>12</sup> Il s'agit de l'indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui estime le nombre de décès qui surviennent assez précocement et pourraient être évités. Pour calculer les années potentielles de vie perdues, on additionne le nombre de décès aux différents âges et on le multiplie par le nombre d'années restant à vivre jusqu'à une limite d'âge donnée (70 ans dans les statistiques de l'OCDE sur la santé). L'indicateur est exprimé en années perdues pour 100'000 habitants (total), pour 100'000 hommes et pour 100'000 femmes, âgés de 0 à 69 ans.
- <sup>13</sup> Les dépenses de santé englobent la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes), sans les investissements. Ce chiffre comprend les dépenses

des acteurs publics et privés en produits et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention ainsi qu'à l'administration. L'OCDE n'a pas pu identifier la formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé (valeur totale nette des actifs fixes que les prestataires de soins ont acquis durant l'année), soit l'infrastructure (hôpitaux, cliniques), les machines et équipements (appareils chirurgicaux et diagnostiques, ambulances, équipements informatiques et de communications). On estime que les pays de l'OCDE investissent en moyenne 0,5 % du PIB dans le domaine de la santé, les ratios les plus élevés étant atteints au Japon, en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas (1 % environ).

- 14 Les données citées recouvrent les activités relatives à la santé, les activités de soins dispensés en établissement (y compris les soins de longue durée) et les activités d'action sociale, sans hébergement.
- 15 Le nombre couvre l'ensemble du personnel infirmier employé – les effectifs – dans des structures publiques ou privées, fournissant des soins directement aux patients. Sont également inclus, dans certains cas, les infirmiers qui exercent une fonction d'encadrement, de formation ou de recherche.
- 16 Il s'agit, entre autres, de dépenses d'enseignement et de recherche.
- 17 Cela reflète la *loi de Wagner* (Adolph Wagner, 1872) selon laquelle les dépenses publiques (par tête) – globalement mais aussi pour les rubriques correspondant aux dépenses de santé et d'action sociale – augmentent tendanciellement dans une plus forte proportion que le PIB (par tête). Ainsi, elles se comportent comme des biens de *luxe* et non comme des biens de *première nécessité* (caractérisés par une élasticité-revenu de la demande inférieure à 1).
- 18 La faiblesse des gains de productivité est liée aux limites de la substitution du capital au travail pour ce type de prestations.
- 19 Dans l'IPC, les prix des biens et services de santé représentent une pondération de 15,7 % (2020) correspondant à leur part dans l'ensemble des dépenses de consommation des ménages suisses. Il s'agit de produits et appareils médicaux (médicaments, matériel sanitaire, appareils thérapeutiques, lunettes et verres de contact, appareils auditifs et autres), de services de consultation externe (prestations médicales, services dentaires, analyses en laboratoire, prestations paramédicales telles que physiothérapie et soins à domicile) et de services hospitaliers stationnaires.
- 20 Les prestations de soins aigus somatiques fournies de façon stationnaire par les hôpitaux et les maisons de naissance sont rémunérées depuis 2012 selon les forfaits liés aux prestations. Ces forfaits par cas (*Diagnosis Related Groups DRG*, ou Groupes Homogènes de Malades, GHM) portent sur les différents traitements regroupés de façon la plus homogène possible. On observe dès leur introduction une certaine stabilisation, voire une baisse des prix. Auparavant, les hôpitaux augmentaient régulièrement les tarifs journaliers, répercutant la hausse des coûts sur les assurances et les assurés sans nécessairement chercher à réaliser des gains d'efficacité.
- 21 Cette association à but non lucratif a été fondée en 2009 par les principaux partenaires de la santé publique en Suisse. Les membres sont l'association des hôpitaux H+, les associations d'assureurs via santésuisse, curafutura et les assureurs fédéraux (assurances accident, militaire et invalidité), l'ensemble des 26 cantons et la Principauté du Liechtenstein.
- 22 Environ 400 hôpitaux et cliniques participent régulièrement à la réalisation des mesures de qualité de l'ANQ.
- 23 Les citoyens genevois ont rejeté en votation populaire le 10 février 2019 l'introduction d'une assurance obligatoire pour les soins dentaires. Lors de la même consultation, ils ont aussi rejeté la mise sur pied d'une caisse publique d'assurance maladie et accidents.
- 24 Les cinq cantons les plus petits comptent moins de 40'000 habitants.

Cet ouvrage offre une vue d'ensemble de l'économie du secteur public et de la conception des grands programmes gouvernementaux en Suisse. Les finances publiques et leur gestion constituent depuis plusieurs décennies un sujet de préoccupation majeur dans les pays industrialisés, plus récemment avec l'accélération de la globalisation économique, les crises financières ou sanitaires, ou les bouleversements dus au réchauffement climatique.

L'approche des 13 chapitres est à la fois positive – comment les interventions de l'État influencent-elles le comportement des entreprises et des ménages ? – et normative – comment concevoir les interventions de l'État pour qu'elles aient les meilleures chances d'atteindre leur but.

La juxtaposition des chapitres thématiques, qui peuvent être lus séparément, présente les fondements théoriques qui expliquent comment la théorie économique peut être utilisée pour accroître l'efficacité et l'efficacité des politiques publiques.

Destiné à un lectorat intéressé par les questions de politiques et de finances publiques, cet ouvrage, qui est le fruit de nombreuses années d'expérience d'enseignement accumulée par les auteurs dans le cadre des cours de formation continue universitaire, offre un vaste panorama du rôle économique de l'État et de ses mécanismes de fonctionnement, sans que le lecteur soit nécessairement armé d'outils d'analyse économique.