

## FICHE THEMATIQUE : POLITIQUE DE LA SANTE

# de meilleures prestations de soin grâce à la transparence et à la concurrence

Le système de santé a bonne réputation, mais ses coûts posent un problème de plus en plus aigu. En particulier, les coûts de l'assurance de base enregistrent une hausse supérieure à la moyenne depuis des années. Des comparaisons internationales montrent que les ressources ne sont pas utilisées avec suffisamment d'efficacité. Pour que des soins de qualité restent abordables, des réformes sont nécessaires.

- ▶ Une concurrence transparente doit être instaurée dans le système de santé grâce à l'évaluation de la qualité des prestations médicales dans tout le pays.
- ▶ Les pouvoirs publics ne peuvent œuvrer à la fois comme régulateur et fournisseur de prestations. Chaque fois que cela est possible, l'État doit laisser le soin à des organisations privées de fournir les prestations de santé.
- ▶ Afin d'utiliser les ressources de l'assurance de base avec parcimonie, il convient de renforcer les incitations. Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, cela pourrait se faire par l'instauration d'un plus grand choix.
- ▶ Pour s'améliorer et gagner en efficacité, la branche de la santé a besoin de conditions-cadre libérales qui encouragent et récompensent l'innovation.
- ▶ Pour atténuer la pression sur les coûts, la responsabilité individuelle doit être renforcée par la participation aux coûts et par une meilleure information des assurés sur les facteurs de risque, la prévention et la qualité des prestations.

## L'AUGMENTATION PERMANENTE DES COÛTS DEVIENT PESANTE

### Qualité et financement sont en jeu



12 %

**des travailleurs sont actifs dans le secteur de la santé. Le chiffre d'affaires annuel réalisé à l'échelle nationale uniquement avoisine les 60 milliards de francs.**

**Fortement réglementée, l'assurance de base renferme des incitations inopportunes qui font augmenter les coûts**

Le système de santé revêt une importance croissante pour la population et l'économie nationale. L'accès rapide aux soins compte dans la très grande qualité de vie en Suisse. Le système de santé devient un atout toujours plus important sur le plan économique. Le nombre d'emplois hautement qualifiés est considérable dans ce secteur, qui en représente 12 %. Le chiffre d'affaires de l'ensemble des branches actives en Suisse dans la santé représente actuellement quelque 60 milliards de francs par an. Quant aux entreprises de ce secteur actives à l'échelle internationale, elles exportent pour 70 milliards de francs par an. On peut donc dire que la Suisse est prédestinée à profiter de l'internationalisation de cette branche, un phénomène accentué par le vieillissement de la population, les nouvelles technologies et l'échec des systèmes de santé en grande partie pilotés par l'État en Europe.

La croissance du secteur de la santé est principalement liée à l'augmentation de la prospérité : plus une économie est prospère, plus elle consacre de ressources au système de santé. Par ailleurs, l'évolution démographique dope la demande, tandis que l'amélioration de la fourniture de soins favorise un accroissement de l'offre. L'espérance et la qualité de vie de la population en ressentent les effets positifs. Au cours des quinze dernières années, la part de la population âgée en mauvaise santé a reculé de 15 %.

### Des incitations inopportunes freinent l'innovation

Le revers de la médaille est que la charge correspondant aux prélèvements obligatoires en faveur de l'assurance obligatoire des soins devient très lourde, trop lourde pour un nombre croissant d'individus. L'assurance de base représente une part de plus en plus élevée des dépenses de santé. De ce fait, la part du financement assuré par la collectivité gagne en importance par rapport à celle du financement privé, ce qui entraîne son étatisation rampante.

Parce que l'assurance de base renferme des incitations inopportunes nuisibles pour les patients et les fournisseurs de prestations, des réformes sont nécessaires. Il importe une fois pour toute de créer des conditions-cadre pour un système de santé fort et efficace. Dans cette perspective, il faut faire un choix entre plus d'État et plus de concurrence. Les expériences réalisées à l'étranger montrent que la surréglementation étatique conduit à un rationnement des soins et freine l'innovation.

## ACCROITRE L'EFFICIENCE EST POSSIBLE

### Mythe de la qualité alimenté par l'absence de données

On dit régulièrement du système de santé suisse qu'il est le meilleur du monde. Cela s'explique par le bon positionnement de la Suisse dans les classements internationaux relatifs à l'espérance de vie et à la mortalité. Dans ces classements, la Suisse est avantagée par sa prospérité élevée. En effet, plus une nation est prospère, plus l'espérance de vie de sa population est grande. Si on examine la situation de plus près, on constate qu'on ne dispose pas en Suisse de données sur des maladies spécifiques ni sur le taux de survie. Dans la majorité des cas, on ignore si une personne atteinte d'une maladie chronique vit plus longtemps dans notre pays que dans un pays comparable.

### DONNEES : LE TROU NOIR

En Suisse, on ne dispose pas de données spécifiques sur les maladies, le taux de réussite des traitements et les chances de survie. Dans ces conditions, il est difficile d'évaluer l'efficacité de la fourniture de soins.

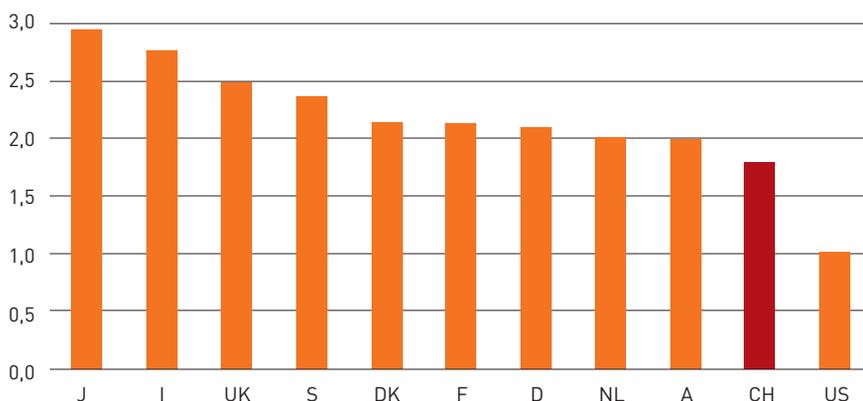


Quelle est l'efficacité réelle de notre système de santé ? Si on examine l'espérance de vie par rapport aux coûts, le tableau est bien moins positif : la position de la Suisse en comparaison internationale est décevante.

### RECU

Aux Etats-Unis, l'espérance de vie rapportée aux moyens investis dans le système de santé par habitant est nettement moins élevée que celle d'autres pays industrialisés. La Suisse ne brille pas non plus dans cette comparaison.

### Espérance de vie par dollar investi dans le système de santé



Source : OMS et OCDE, 2007

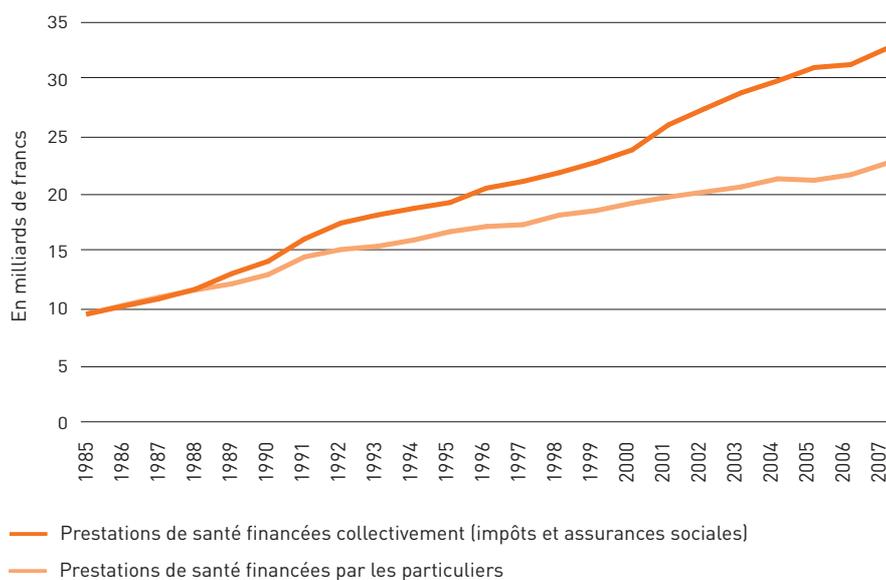
### Les coûts financés solidairement croissent plus rapidement

L'évolution des coûts de la santé, tout le monde en parle. Cependant, on omet souvent de préciser qu'ils augmentent à un rythme supérieur à la moyenne principalement dans les domaines placés sous le contrôle de l'Etat. Dans le segment des prestations financées à titre privé, le taux de croissance des coûts dépasse de peu celui de l'économie.

## ENVOL DES COÛTS

En Suisse, depuis quelques années, les coûts augmentent nettement plus vite dans les segments financés solidairement que dans ceux financés par les particuliers.

Évolution du financement des coûts de la santé



Source : OFS, Coûts de la santé : financement, 2007

Les prélèvements obligatoires destinés à financer le système de santé, à savoir les impôts et les cotisations aux assurances sociales, ont augmenté de 5,8 % en moyenne depuis 1985, alors que le financement privé n'a augmenté que de 4,1 %. La part du financement collectif croît constamment et atteint près de 60 % aujourd'hui. En conséquence, il arrive plus souvent que ce soient des tiers qui paient pour les prestations de santé sollicitées. Il n'est donc pas étonnant que les assurés comparent de moins en moins les prix et les prestations, et qu'ils se limitent à rechercher la meilleure prestation possible.

## LA SURREGLEMENTATION NOUS COUTE CHER

**Les pouvoirs publics jouent trop de rôles différents dans le domaine de la santé**

### **Le fournisseur de prestations principal se soustrait à la concurrence**

Aujourd'hui, les pouvoirs publics portent souvent plusieurs casquettes. Ils sont à la fois autorité réglementaire, commanditaire et fournisseur de prestations de soins. Cela n'est pas bon pour le système. Dans une telle situation, l'État ne peut être un régulateur objectif, car il défend ses propres intérêts en tant que fournisseur de prestations et peut se soustraire à la concurrence. Dans le domaine hospitalier par exemple, l'État joue plusieurs rôles. C'est pourquoi l'économie demande que les hôpitaux publics bénéficient d'une plus grande autonomie. Fondamentalement, l'État devrait se cantonner au rôle de régulateur et renoncer, chaque fois que c'est possible, à fournir des prestations.

**L'assurance de base ne doit couvrir que les conséquences financières de maladies dont on ne peut raisonnablement pas exiger qu'elles soient prises en charge par l'assuré**

### **L'assurance de base est élargie au lieu d'être flexibilisée**

Depuis 1996, les primes d'assurance maladie ont massivement augmenté, notamment en raison de l'extension du catalogue des prestations. L'intégration des médecines complémentaires a encore étendu le champ de l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, on oblige l'ensemble de la population à financer des prestations de médecine alternative, alors que tout le monde ne croit pas à l'efficacité de ces méthodes.

La tendance générale à l'individualisation de la demande en matière médicale doit se refléter dans le financement. L'assurance de base doit couvrir les conséquences financières de maladies dont on ne peut raisonnablement exiger qu'elles soient prises en charge par l'assuré. Toutes les autres prestations doivent être couvertes par des formules d'assurance individuelles, souscrites à titre privé. Afin d'éviter un gonflement inutile du système de santé, il importe de renforcer le libre choix et la responsabilité individuelle des assurés dans le cadre de l'assurance de base.

**L'esprit de clocher prévaut dans la fourniture de soins**

### **Un fédéralisme mal compris empêche une bonne fourniture de soins**

Les structures très fédéralistes nuisent à la qualité de la fourniture des soins. De nombreux hôpitaux ne traitent qu'un nombre très faible de cas (nombre de cas par maladie ou problème de santé). Cela ne favorise pas le développement de la qualité des soins. Grâce à la collaboration interrégionale, qui ne saurait s'arrêter aux frontières des cantons, il est possible de définir des priorités en matière de fourniture de soins. En accroissant le nombre de cas traités dans une structure, on améliore la qualité et la transparence du système. Et la répartition sur un plus grand nombre de patients des coûts d'infrastructures aboutit à une plus grande efficacité dans la fourniture de soins.

En ce qui concerne la médecine de pointe, il importe de créer des centres nationaux pour rapprocher les structures de fourniture des soins de celles des pays voisins. Une adaptation des structures est indispensable pour financer un réseau de soins performant dans ce domaine.

## EVALUER LA QUALITE, PROMOUVOIR L'INNOVATION

**La qualité permet des économies. Lorsqu'ils traitent un grand nombre de cas, les meilleurs hôpitaux sont souvent parmi les plus avantageux.**

### **Le libre choix est plus que bienvenu**

Sans transparence, point de liberté de choix. En revanche, quand l'information est disponible, les consommateurs suisses font usage de leur liberté de choix. On le voit avec les changements d'assurance maladie et l'utilisation abondante des franchises. Si l'on souhaite que le libre choix ne se limite pas à celui de la franchise pour l'assurance de base, il faut réunir des informations sur l'offre du système de santé. A cet effet, il faut connaître la qualité des prestations des médecins, des hôpitaux et des autres fournisseurs de prestations. Les expériences faites à l'étranger montrent que la qualité des soins médicaux peut être mesurée. Des informations transparentes sur la qualité des prestations amélioreront le niveau général de celle-ci. Cela n'est pas forcément coûteux : grâce à la spécialisation, à un nombre de cas traités élevé et à des processus innovants, les hôpitaux les meilleurs sont souvent les plus avantageux.

Innover est indispensable pour accroître la productivité et la qualité des traitements médicaux. Et pour obtenir de bons résultats, il faut que toute la population accède aux méthodes innovantes. De plus, la hausse de la productivité est nécessaire pour éviter un rationnement des soins. La recherche de nouvelles thérapies nécessite un environnement favorable à l'innovation et des conditions-cadre attrayantes.

### **Favoriser les bonnes incitations**

Il existe deux moyens de renforcer la responsabilité individuelle des assurés : la participation aux coûts et l'amélioration du niveau d'information sur les facteurs de risque, la prévention et la qualité des prestations. L'efficacité des thérapies s'en trouve améliorée, car le comportement de l'assuré a une grande influence sur le résultat du traitement. Une bonne information du patient peut jouer un rôle important dans sa guérison. Y contribuer est aussi une tâche des fournisseurs de prestations.

**Le principe de solidarité ne doit pas empêcher l'émergence de modèles d'assurance innovants**

Il convient aussi de favoriser les comportements responsables dans le domaine de la prévention. Cela signifie qu'il ne faut pas pénaliser les personnes qui ont des problèmes de santé, mais au contraire récompenser, par le biais de bonus et de conseils, les comportements sains et les thérapies efficaces. Il ne faut pas, au nom de la solidarité, empêcher des modèles d'assurance innovants de voir le jour. Les assurés présentant des facteurs de risque particuliers doivent pouvoir choisir des modèles d'assurance portant sur plusieurs années et prévoyant des réductions de primes s'ils atteignent certains objectifs en termes de santé. Le fait qu'un nombre croissant d'assurés choisissent des franchises élevées laisse à penser qu'ils sont prêts à assumer une responsabilité individuelle accrue.

## INFORMATIONS

### Dossiers et liens

≥ [www.economiesuisse.ch](http://www.economiesuisse.ch)

≥ [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

≥ **Une concurrence axée sur la qualité des prestations dans le système de santé**



### Votre personne de contact chez economiesuisse :

Mathieu Tornare

Responsable de projets Politique économique générale et formation  
[mathieu.tornare@economiesuisse.ch](mailto:mathieu.tornare@economiesuisse.ch)