

Politique sanitaire et maîtrise des coûts de santé : consultation des autorités sanitaires cantonales suisses

Healthcare Policy and Cost Containment: Consultation with Healthcare Agencies in the Swiss Cantons

Anhorn P¹

Résumé

La Suisse est un État fédéral composé de vingt-six cantons souverains. Chaque canton élabore sa propre politique sanitaire et, au-delà des mesures adoptées au plan fédéral, se confronte individuellement à la problématique de la maîtrise des coûts. Nous rendons compte d'une consultation effectuée par questionnaire en mai 2002 auprès des autorités sanitaires cantonales. Nous avons pu ainsi apprécier l'ensemble des mesures prises par les cantons pour maîtriser les coûts, en apprécier l'intensité, la légitimité et, dans une certaine mesure, le potentiel de succès.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,4:267-274

Mots clés : Suisse, cantons, maîtrise des coûts.

Summary

Switzerland is a federal state composed of 26 sovereign cantons. Each canton elaborates its own health policy and, in addition to applying federal regulations, implements its own cost-containment measures. Here we present the results of a survey performed in May 2002 by using a questionnaire sent to healthcare authorities in each canton. Accordingly, we were able to ascertain the cost-containment measures they implemented and assess the intensity, legitimacy and to a certain extent, the potential success of their cost-containment initiatives.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,4:267-274

Key words: Switzerland, cantons, cost-containment.

¹ MPA (Master of Public Administration), économiste, journaliste, Service de la santé publique du Canton de Vaud (Suisse).

Adresse pour correspondance : M. Philippe Anhorn, Service de la santé publique du Canton de Vaud, 11 rue Cité-Devant, CH-1014 Lausanne (Suisse).
e-mail: philippe.anhorn@ssp.vd.ch
web: www.santepublique.vd.ch

INTRODUCTION

1. Contexte

La Suisse est un État fédéral composé de vingt-six cantons. Au sens de la Constitution fédérale [1], les cantons sont souverains pour organiser leur système de santé, à l'intérieur du cadre posé par la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal) [2]. La LAMal est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996. L'assurance maladie est obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse. Les assurés ont accès à un panier de prestations quasi exhaustif et sont libres de choisir leurs prestataires de soins. De leur côté, les assureurs maladie sont dans une situation de concurrence relative puisque leurs primes doivent être approuvées par la Confédération et qu'ils sont tenus de rembourser tous les fournisseurs de soins. Nous avons décrit dans un précédent article [3] le fonctionnement et le financement du système actuel ainsi que son évolution probable vers un modèle où la régulation s'exercerait toujours davantage par les règles du marché, avec une concurrence accrue entre assureurs et entre fournisseurs de soins.

2. Mesures réglementaires

A l'origine, la LAMal poursuit trois objectifs principaux qui sont la garantie de prestations de qualité, le renforcement de la solidarité entre assurés et la maîtrise des coûts de la santé. Dans son rapport de synthèse publié en décembre 2001 et regroupant les résultats de vingt-cinq évaluations partielles menées entre 1998 et 2001 [4], l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a démontré que si les deux premiers objectifs pouvaient être considérés comme largement atteints, la LAMal n'a de loin pas permis de maîtriser la hausse des coûts. C'est ainsi que s'élabore actuellement au Parlement fédéral la deuxième révision de la loi qui vise principalement à introduire des instruments propres à juguler la croissance des dépenses de santé.

Le 30 novembre 2001, l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration (OPCA) publiait une étude réalisée sur mandat de la Commission de gestion du Conseil des Etats, portant sur les mesures de maîtrise des coûts mises en œuvre par les divers organes de la Confédération ainsi que sur la marge de manœuvre de ces derniers [5]. L'OPCA a relevé que la Confédération jouissait d'une position prédominante dans la mise en œuvre de quarante-quatre mesures distinctes de maîtrise des coûts. Il relativise toutefois ce constat en signalant que les organes responsables n'exercent souvent qu'une fonction jurisprudentielle, et ne disposent que de compétences modérées, sans pouvoirs de sanctions. Dans l'analyse de deux mesures détaillées – le tarif médical (TARMED) et la planification hospitalière – l'OPCA a constaté que les organes fédéraux

n'avaient pas utilisé jusqu'à présent toute leur marge de manœuvre et ont eu tendance à se limiter à jouer un rôle formel, renonçant dans une grande mesure à fixer des objectifs et à fournir des appuis aux parties concernées. Dans le domaine spécifique de la planification hospitalière, l'OPCA a observé l'absence de conduite politique de la part de la Confédération. Il a également constaté que les incitations inadéquates contenues dans le texte originel de la LAMal sont généralement renforcées par les décisions jurisprudentielles de la Confédération. Dans le domaine spécifique de TARMED, la Confédération n'a pas fixé d'objectifs matériels et de modalités de mise en œuvre qui auraient permis aux partenaires d'orienter leurs négociations.

3. Objectifs

Les objectifs de cette consultation visaient à recenser l'ensemble des mesures prises par les vingt-six cantons suisses pour maîtriser les coûts de santé et à évaluer l'implication de chacun d'entre eux dans cette politique.

MODALITÉS DE LA CONSULTATION

1. Initiative

En notre qualité de collaborateur du Service vaudois de la santé publique, effectuant une recherche dans le cadre d'une formation continue auprès de l'Institut des hautes études en administration publique (IDHEAP) de Lausanne, nous avons pu contacter les administrations sanitaires de tous les cantons suisses avec une double légitimité officielle et académique.

Notre statut nous a sans doute facilité l'accès aux informations utiles. Certes, la nature des questions formulées et la lecture que nous avons faite des réponses qui nous sont parvenues sont empreintes de notre propre expérience au sein d'une administration sanitaire cantonale. Cependant, nous n'avons pas de raison de penser que notre statut ait pu influencer les répondants.

La finalité académique de notre enquête a encouragé les répondants à fournir des réponses aussi détaillées et objectives que possible. A part les contraintes formelles ou logistiques que cela aurait engendrées, c'est notamment pour cette raison que nous avons renoncé à faire réaliser (ou tout au moins cautionner) notre étude par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) – l'organe faîtière des autorités sanitaires cantonales – ou par la Confédération à laquelle certains cantons auraient pu répondre d'une manière biaisée s'ils avaient soupçonné une étude lancée dans un but précis comme une redistribution des tâches entre autorités cantonales et fédérales.

2. Démarche

Le 1^{er} mai 2002, nous avons adressé aux vingt-six cantons suisses un questionnaire portant sur les mesures de régulation qu'ils déploient. A des fins de bonne compréhension, le questionnaire était libellé en français et en allemand. Tous les cantons ont répondu. Les questionnaires remplis nous sont parvenus entre mi-juin et mi-août 2002. De nombreux entretiens téléphoniques ont été conduits avec les auteurs des réponses afin de préciser ou de compléter certaines données. Toutes les réponses ont été portées sur un tableau de fréquence qui a servi à produire les graphiques statistiques illustrant cet article.

Un certain nombre de questionnaires sont rentrés accompagnés d'une documentation permettant de compléter ou d'illustrer les réponses données par les autorités sanitaires cantonales. Au moment où nous rédigeons cet article, nous n'avons procédé qu'à une analyse superficielle de ces documents complémentaires. Il conviendrait d'en effectuer une analyse détaillée pour pouvoir estimer si les mesures mises en œuvre dans tel canton poursuivent exactement les mêmes objectifs et recouvrent strictement les mêmes domaines que celles appliquées dans tel autre canton. Certains cantons admettent explicitement qu'il n'existe aucun document décrivant ces mesures. Dans ce cas, nous avons simplement distingué les cantons qui sont à même de documenter les actions qu'ils conduisent de ceux qui ne le sont pas. Cette distinction ne permet cependant pas d'évaluer l'amplitude avec laquelle les mesures sont appliquées. Nous laissons aux cantons la possibilité de mentionner non seulement les mesures qu'ils prennent d'ores et déjà, mais également celles qu'ils envisageaient de prendre prochainement.

3. Interprétation des réponses

Nous avons choisi de faire porter notre enquête sur tous les cantons suisses pour brosser un tableau complet de la situation au plan national et énumérer l'ensemble des idées et des moyens investis. Pour autant, les résultats ne permettent que peu de possibilités de comparaisons. En effet, les études comparatives sont difficiles à réaliser en Suisse tant les cantons présentent des caractéristiques différentes. On peut citer notamment des différences culturelles entre la Suisse latine et la Suisse alémanique où la représentation du rôle de l'Etat cantonal en général – et dans le domaine de la santé en particulier – peut être sensiblement différente, les Latins attendant généralement plus d'intervention des collectivités publiques que les Alémaniques qui misent davantage sur la responsabilité individuelle. Il existe également des différences importantes en termes de nombre d'habitants, entre des demi-

cantons qui n'en comptent que quelques milliers et Zürich qui dépasse le million. On mentionnera également les différences entre les cantons urbains comme Genève ou Bâle-ville et les cantons plutôt agricoles ou montagnards dans lesquels la densité de population ne fait pas émerger les problématiques sociales de la même manière. Enfin, les cantons équipés d'un hôpital universitaire – Genève, Vaud, Bâle ville, Berne et Zurich – sont confrontés à des situations et responsabilités tout à fait particulières.

Par ailleurs, les réponses obtenues sur la taille de l'administration sanitaire de chaque canton doivent être lues avec précaution. En effet, nous avons constaté que l'acception du terme « *Service de la santé publique* » ou, en allemand, « *Gesundheitsamt* » n'est de loin pas univoque. Il faudrait pour ça une analyse poste par poste du détail des fonctions incluses sous cette appellation dans chaque canton. Plus généralement, certains cantons ont séparé l'administration des hôpitaux publics de leur Service de la santé (par exemple Vaud, Genève, Tessin) alors que d'autres l'ont partiellement intégrée (par exemple Berne et la plupart des petits cantons). L'office du médecin cantonal, du pharmacien cantonal, voire du vétérinaire cantonal fait tantôt partie du Service, tantôt non. Idem pour le Service des assurances sociales, tout entier ou alors spécifiquement sa division « assurance maladie ». Sans parler des cantons où la santé est une problématique parmi d'autres (affaires sociales, intérieur, justice, etc.) au sein d'un même département et où les ressources de secrétariat, de comptabilité, d'informatique, etc. sont partagées sans qu'il soit possible de dire dans quelles proportions. Les résultats obtenus sont néanmoins présentés, non qu'ils soient représentatifs de la taille réelle et comparée de chaque service cantonal, mais qu'ils illustrent à notre avis de manière intéressante la représentation que se fait chaque administration de sa taille et, partant, de son importance.

ACTIONS MISES EN ŒUVRE PAR LES CANTONS

1. Maîtrise de l'offre de soins

Tous les cantons ont affirmé avoir pris ou avoir l'intention de prendre des mesures visant à *maîtriser l'offre de soins* (figure 1). Il est vrai que l'article 39 de la LAMal leur fait obligation de planifier leur offre hospitalière et que, dans la plupart des cantons, cette obligation a conduit à des restructurations, si mineures fussent-elles. Vingt-quatre cantons affirment pratiquer ou vouloir bientôt pratiquer la comptabilité analytique. Il ne nous est cependant pas possible d'estimer si cette mesure s'applique à toute l'offre sanitaire ou à certains domaines seule-

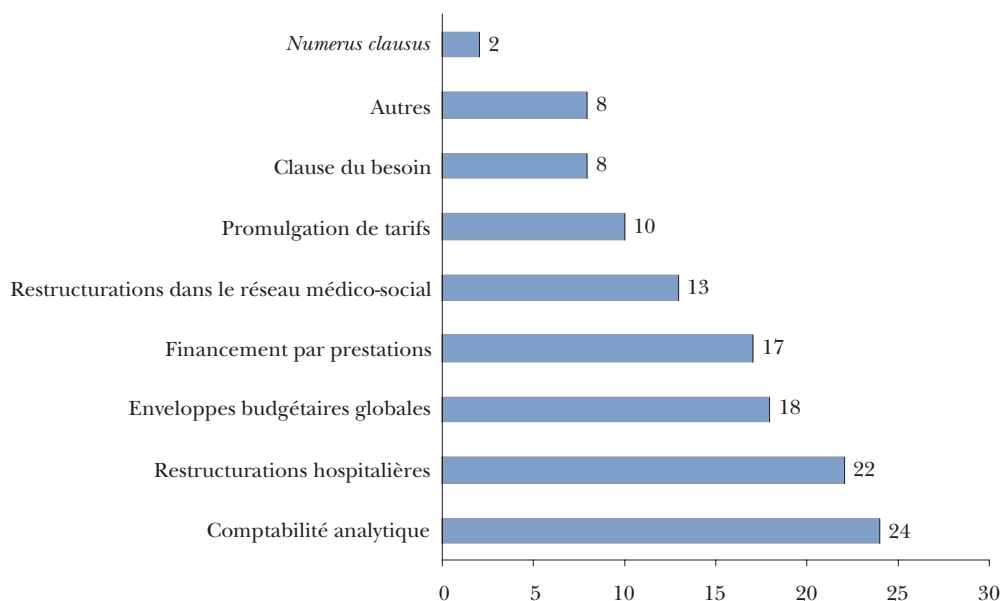


Figure 1. Répartition des mesures prises par les cantons suisses pour réguler l'offre de prestations.

ment. Seuls Bâle-campagne et Schwyz semblent n'avoir absolument pas mis en œuvre cette mesure qui, dans le domaine hospitalier tout au moins, sera une condition incontournable pour l'introduction des financements liés aux prestations envisagée dans la deuxième révision de la LAMal. Vingt-deux cantons ont procédé à des restructurations hospitalières ou s'appêtent à le faire. Argovie, Grisons et Schwyz n'ont, semble-t-il, pas de projet dans ce domaine, alors que celui envisagé par les autorités soleuroises s'est heurté à un refus en référendum devant le Peuple. Dix-huit cantons utilisent des enveloppes budgétaires globales et dix-sept connaissent le financement à la prestation. Comme pour la comptabilité analytique, nous ne pouvons pas estimer à ce stade ce que recouvrent exactement ces concepts, à quel degré ils sont mis en œuvre et s'ils s'appliquent à toute l'offre de soins des cantons concernés. La documentation récoltée nous permettra cependant, au-delà de cet article, de conduire des analyses complémentaires utiles à notre pratique. Treize cantons ont restructuré leur réseau médico-social ou s'appêtent à le faire. Dix cantons ont promulgué des tarifs cantonaux sans que nous sachions si, comme c'est le cas dans le canton de Vaud, cette mesure n'est prise que dans le cas où les négociations tarifaires entre État, assureurs et fournisseurs de prestations échouent. Huit cantons affirment appliquer (ou vouloir appliquer prochainement) une clause du besoin pour les équipements lourds ou les établissements. Dans les documentations qui nous ont été soumises, nous n'avons cependant pas trouvé d'exemple concret de mise en œuvre effective de cette mesure. A l'instar du can-

ton de Genève (qui l'indique dans sa planification qualitative dès 1998) il s'agit plutôt d'une volonté d'encourager le regroupement des cabinets médicaux pour limiter la densité des infrastructures et des équipements sophistiqués, ainsi que d'élaborer des directives en matière de taux d'amortissement des équipements. Le canton de Vaud, qui avait tenté de réaliser ces mesures dans le cadre de la Table ronde de 1999 sur les finances vaudoises, s'était heurté aux lobbies des médecins et des cliniques privées qui invoquaient des libertés constitutionnelles sur lesquelles la clause du besoin peut, semble-t-il, difficilement faire l'impasse. La mise en œuvre d'une véritable clause du besoin consisterait en effet, pour les pouvoirs publics, à définir les critères quantitatifs (nombre d'équipements par bassin de population) qui présideraient à l'octroi de subventions et surtout à l'autorisation de facturer les prestations à l'assurance maladie obligatoire. Les « Autres » mesures citées par huit cantons sont apparemment des variantes qui, en l'état de nos connaissances, ne justifient pas de développement particulier. On peut citer la justification des besoins d'investissements, budget global et plafonnement des dépenses pour le médico-social (Berne), la liste des établissements sanitaires (Bâle-ville), une Commission de planification du système de soins hospitaliers (Genève), la réduction de l'offre de lits (Glaris), un nouveau système de financement des EMS (Grisons), les contrats de prestations (Tessin), des programmes d'investissements (Vaud) ou encore les fusions d'hôpitaux (Zürich). Pour terminer cette revue des mesures agissant sur l'offre de soins, ajoutons que deux cantons universitaires, Bâle-ville

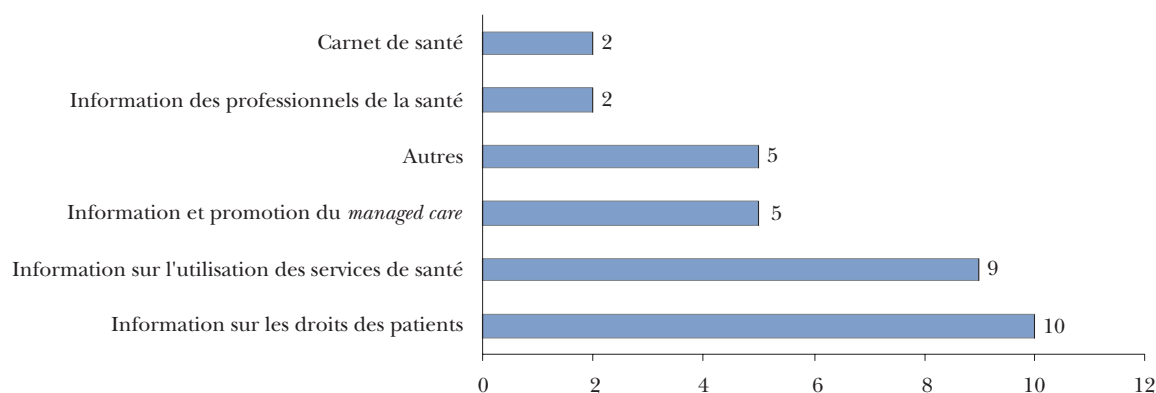


Figure 2. Répartition des mesures prises par les cantons suisses pour réguler la demande de soins.

et Berne, affirment vouloir introduire un *numerus clausus* pour les études de médecine. Les Bâlois admettent cependant que l'application de cette mesure ne peut s'envisager qu'au niveau de la Confédération. Le *numerus clausus* est un serpent de mer qui « replonge » inévitablement dès lors qu'on examine concrètement les critères de sélection. Il refait cependant régulièrement surface chaque fois que la densité médicale est mentionnée comme un facteur explicatif de l'explosion des coûts de la santé. La reprise du débat est programmée pour 2005, lorsque l'Ordonnance d'application de l'article 55a de la LAMal, entrée en vigueur en été 2002 et qui soumet l'ouverture de nouveaux cabinets à la clause du besoin, prendra fin. Le *numerus clausus*, malgré sa délicate application, pourrait être en effet une alternative plus économique que la clause du besoin dès lors qu'elle agit sur la densité médicale avant que les collectivités publiques n'aient dû subventionner les coûteuses études des praticiens. Cette mesure en amont du problème pourrait être mise en œuvre conjointement ou en lieu et place de la suppression de l'obligation de contracter qui agit, quant à elle, en aval, interdisant aux fournisseurs de soins écartés par les caisses maladie de facturer à charge de l'assurance obligatoire.

2. Maîtrise de la demande de soins

Seuls quatorze cantons ont mentionné des mesures prises ou en passe de l'être dans le but d'*agir sur la demande de soins* (Figure 2). Cet engouement moins important que pour la maîtrise de l'offre montre que les cantons semblent croire au discours de la plupart des économistes de la santé qui affirment que le marché sanitaire est déterminé par l'offre. Malgré le potentiel probablement important de réduction des coûts que certains experts prêtent à la gestion de la demande, la lenteur du processus (il faut de nombreuses années pour agir sur les comportements de la population) conduit la plupart des élus (s'ils veulent être réélus) à valoriser l'adage

« on sait ce qu'on a mais on ne sait pas ce qu'on trouve » et à privilégier l'action sur l'offre, assurément plus spectaculaire à court terme. Plus encore que pour les mesures portant sur l'offre de soins, il nous a été difficile de savoir exactement ce que recouvraient les mesures portant sur la demande et à quel degré elles ont été implémentées. Il semble que, pour la plupart d'entre elles, les réalisations concrètes font défaut et que les cantons se limitent à des déclarations d'intentions. Si la plupart des cantons sont actifs – à des degrés divers – dans la prévention et la promotion de la santé, seuls quelques cantons ont effectivement produit et diffusé une information sur les droits des patients. Les cantons de Vaud et du Tessin sont les seuls à conduire des actions durables d'information de la population. Bâle-ville a mené une spectaculaire campagne de promotion des formes alternatives d'assurance, augmentant de 20 % entre 1999 et 2000 le nombre d'assurés souscrivant à des formes de *managed care*. Genève et le Tessin ont bien avancé sur la voie du carnet de santé. Toutes ces mesures constituent d'excellentes expériences pilotes. Leur mise en œuvre ponctuelle à l'échelle très (trop) petite de chaque canton ne permet pas de penser qu'elles puissent avoir un impact significatif sur l'évolution des coûts de la santé. Seule leur reprise sélective et coordonnée à une échelle au moins régionale – sinon nationale – permettrait d'aller plus loin. Sous la rubrique « Autres », Berne mentionne une restriction de la liberté de choix du médecin pour les requérants d'asile (également pratiquée dans le canton de Vaud) qu'on pourrait décrire comme une forme obligatoire de *managed care* et d'adhésion à un réseau de santé. Les Zurichois veulent expérimenter une forme pilote d'assurance complémentaire modulaire. Les Genevois mentionnent leur « Planification sanitaire qualitative » comme une mesure en elle-même d'action sur la demande. De même, les Urnais avec leur « *Leitbild Gesundheit Uri 2003-2012* » et Zoug avec un concept de promotion

de la santé sur le point d'être finalisé. Ces trois dernières mentions nous semblent peu probantes : si elles peuvent servir de cadre stimulant à l'émergence de mesures efficaces, elles ne sauraient constituer en elles-mêmes ces mesures.

3. Dispositifs de description et d'évaluation des mesures prises

Nous avons demandé aux cantons s'ils disposaient d'une *documentation* sur les mesures qu'ils ont prises pour tenter de maîtriser les coûts de la santé en agissant soit sur l'offre soit sur la demande. Seuls quatorze d'entre eux peuvent expliquer les mesures mises en œuvre en s'appuyant sur des documents écrits. Nous avons ensuite demandé si une *évaluation* des mesures mises en œuvre était disponible ou en cours de réalisation. Il ne s'est plus trouvé là que neuf cantons pour répondre par l'affirmative. Mais si l'on ajoute que parmi les neuf cantons, deux ne disposent d'aucune documentation sur les mesures mises en œuvre (ce qui risque de compliquer l'évaluation), on peut craindre qu'il n'y ait guère que sept cantons qui se soient sérieusement donné les moyens de mettre en œuvre des mesures de maîtrise des coûts et d'en apprécier l'efficacité.

C'est suffisamment peu pour que nous puissions les nommer : Bâle-ville, Genève, Grisons, Nidwald, Tessin, Vaud et Zurich. Cela dit, il est difficile d'estimer là aussi ce que recouvrent les évaluations annoncées et si elles ne portent que sur quelques mesures isolées ou au contraire sur toutes. Par ailleurs, les cantons qui n'ont pas annoncé d'évaluations peuvent cependant avoir des outils de pilotage performants, par exemple au travers de contrats de prestations. Parmi les sept cantons, on note la présence de quatre cantons universitaires (seul Berne n'a pas mentionné d'évaluation) et de trois « petits cantons ». A première vue, on ne perçoit aucune différence typologique entre ces derniers et les cantons qui ne déclarent aucune évaluation en cours. C'est donc probablement qu'il se trouve parmi les responsables politiques ou administratifs de ces trois cantons des personnes qui disposent d'une culture d'évaluation. A noter que nous n'avons trouvé nulle part dans les documents ou les évaluations fournis par les cantons d'objectifs chiffrés pour les mesures de maîtrise des coûts mises en œuvre.

PERCEPTION DES ENJEUX ET DU NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DE RÉGULATION DES COÛTS DE SANTÉ

1. Importance politique de la maîtrise des coûts

La question adressée aux autorités cantonales était ainsi libellée : « *En dehors de l'application de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), la maîtrise des coûts de la santé est-elle une priorité politique dans votre*

canton ; si oui, figure-t-elle dans un document officiel (programme de législation du gouvernement, réponse à une intervention parlementaire, etc.) ? ».

Seuls trois cantons (Appenzell Rhodes-Intérieures, Fribourg et Schwyz) admettent que la maîtrise des coûts n'est pas une *priorité politique*. Huit cantons (Argovie, Bâle-campagne, Glaris, Obwald, Saint-Gall, Schaffhouse, Thurgovie et Zoug) en font une priorité implicite, c'est-à-dire malgré le fait qu'aucun document officiel n'en fasse mention (Zoug affirme cependant que l'impulsion est donnée). Les quinze autres cantons disposent quant à eux d'une base explicite pour conduire des actions visant à la maîtrise des coûts.

2. Niveau de coordination souhaité du marché de la santé

La question adressée aux autorités cantonales était la suivante : « *Les autorités sanitaires et politiques du canton sont-elles favorables à des mesures de maîtrise de l'offre ou de la demande coordonnées à un niveau supra-cantonal, par exemple au travers du projet "Politique nationale de la santé" ? ».*

Les cantons sont favorables à ce que la *coordination des mesures de maîtrise de coûts* s'exerce à un niveau

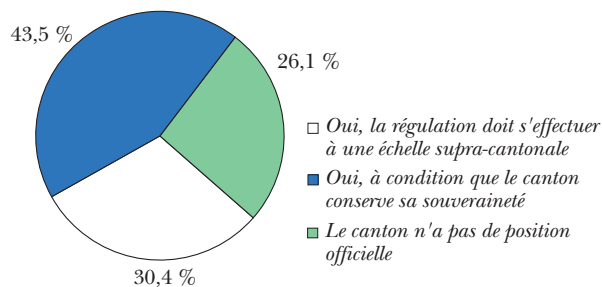


Figure 3. Niveau de coordination souhaité du marché de la santé par les autorités cantonales suisses.

supra-cantonal, par exemple par le biais d'une politique nationale de santé. La majorité d'entre eux souhaite cependant que les États cantonaux conservent leur souveraineté et se contentent d'échanger de l'information. Les sept cantons prêts à abandonner leurs compétences en matière de régulation sont Bâle-campagne, Genève, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Soleure et Schwyz. A l'exception de Genève, qui défend peut-être ici une position idéologique, ce sont principalement des petits cantons, déjà habitués à rechercher dans les collaborations régionales les fonctions (statistique, recherche, informatique lourde, etc.) dont ils ne peuvent disposer à l'interne faute de masse critique. Ce résultat pourrait être inversé si l'on considère que trois cantons (Argovie, Tessin et Vaud) ont coché les deux réponses positives proposées. A la réflexion, il nous a semblé prudent de considérer que l'attachement à la souverai-

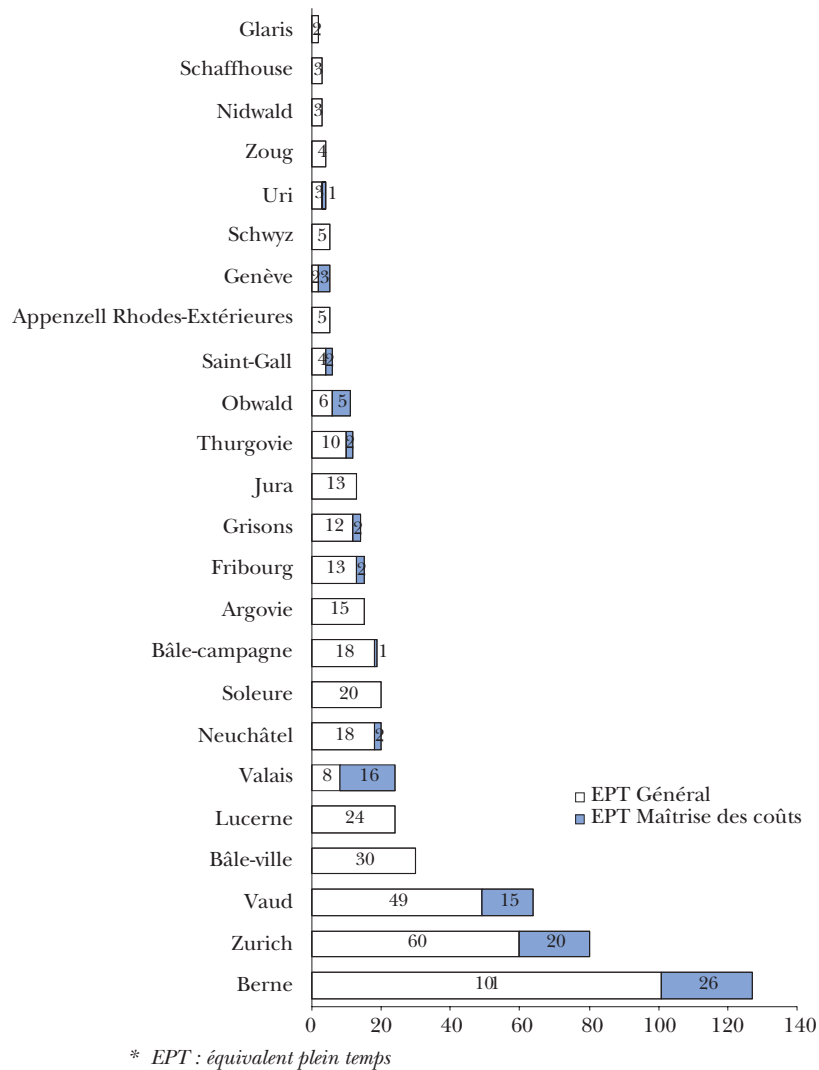


Figure 4. Perception par les cantons des moyens investis dans la mise en œuvre de mesures de maîtrise des coûts.

neté primait et que la double réponse trahissait peut-être un décalage entre autorités sanitaires et politiques dans l'enthousiasme suscité par une régulation supra-cantonale. On aurait pu également rectifier les résultats en concluant que ces trois cantons n'ont pas de position officielle. A noter que les cantons avaient aussi la possibilité de cocher une réponse « *Non, le canton est opposé à toute forme de coopération* », mais aucun d'entre eux n'a voulu prendre le risque de se mettre hors jeu.

3. Moyens investis dans la mise en œuvre de mesures de maîtrise des coûts

Afin d'apprécier les moyens affectés par chaque administration cantonale au service de la santé publique et plus spécifiquement à la mise en œuvre de la maîtrise des coûts, nous les avons interrogés sur

le nombre d'*équivalents plein temps* (EPT) affectés à ces missions (Figure 4).

Comme nous l'avons déjà mentionné, les données sur la *taille des administrations sanitaires* cantonales doivent être relativisées. Une vision correcte de la réalité imposerait d'étudier pratiquement le cahier des charges de chaque collaborateur dans tous les services concernés. Ces données brutes nous semblent cependant pertinentes pour illustrer la représentation que chaque administration sanitaire cantonale se fait d'elle-même et de son importance. Deux cantons ont simplement renoncé à chercher la réponse (Appenzell Rhodes-Intérieures et Tessin). Plusieurs (petits) cantons n'ont pas pu désigner dans leur administration des collaborateurs exclusivement affectés à la mise en œuvre de mesures de maîtrise des coûts. Ceux qui en revanche ont pu le faire démontrent que les administrations

sanitaires sont encore principalement orientées vers la gestion du système existant et minoritairement vers les réformes visant à la maîtrise des coûts. Un canton alémanique (Obwald) et deux cantons romands (Valais – de façon spectaculaire – et Genève) font exception à cette règle. Genève affiche une taille nettement inférieure aux autres « grands » cantons, car des dizaines de collaborateurs travaillent sur des tâches relevant traditionnellement d'un Service de santé publique dans d'autres compartiments de l'administration, voire dans d'autres institutions : Hôpital cantonal (HUG), Secrétariat général du Département (DASS) ou même dans une commission extra-parlementaire (Commission de planification du système de soins hospitaliers). Au contraire, Berne donne une image très imposante en incluant des fonctions qui, dans d'autres cantons de même importance, relèvent d'offices distincts ou décentralisés. Au total, ce sont 523 fonctionnaires cantonaux qui nous sont signalés par les cantons comme faisant partie des services de santé publique, dont 97 spécifiquement affectés à des tâches visant à la maîtrise des coûts. Ces chiffres, dont nous répétons qu'ils doivent être pris « avec des pincettes », donnent cependant une idée des forces de travail en présence et peut inspirer une réflexion sur le potentiel que recèlerait leur engagement dans des mesures mieux coordonnées, par exemple au travers d'une politique nationale de la santé.

CONCLUSION

Tous les cantons ont mis en œuvre des mesures visant à la maîtrise des coûts en agissant soit sur l'offre soit sur la demande de prestations.

Rares sont les cantons qui ont coordonné à plusieurs la mise en œuvre de ces mesures. Les demi-cantons entre eux et certaines mesures coordonnées dans les émanations régionales de la

Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) font exception à la règle.

Il n'existe que sept cantons qui évaluent les mesures de maîtrise des coûts mises en œuvre. Aucun d'entre eux n'a fixé d'objectif chiffré, il est donc impossible d'apprécier l'efficacité de ces mesures.

On peut raisonnablement penser que la mise en œuvre de ces mesures ponctuellement à l'échelle des cantons ne permet pas d'avoir un impact significatif sur l'évolution des coûts en Suisse.

Les cantons sont globalement favorables à une régulation supra-cantonale du marché de la santé. Une grande partie d'entre eux souhaitent en même temps conserver leur souveraineté.

Plus de 500 personnes travaillent dans les administrations sanitaires cantonales, dont près d'une centaine sur des mesures spécifiques de maîtrise des coûts. On ne peut donc écarter l'idée qu'il existe un grand potentiel de rationalisation à la condition que l'on coordonne l'engagement de ces ressources.

RÉFÉRENCES

1. *Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*, RS 101.
2. *Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal)*, RS 832.10.
3. Anhorn P. *Quelle place pour le contrôle de l'offre et la gestion de la demande sur le marché de la santé en Suisse ? Une analyse du cadre fédéral de régulation et de son évolution probable*. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:51-60.
4. *Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Analyse des effets de l'assurance maladie. Rapport de synthèse, 2001*. Berne : OFAS ; 2001.
5. *Organe parlementaire de contrôle de l'administration (OPCA). Mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal - Mesures et marge de manœuvre des organes de la Confédération. Synthèse à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats*. Berne : OPCA ; 2001.