

# 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

*What Role Can Supply Containment and Demand Management Play in the Swiss Health Care Market ? An Analysis of the Federal Regulation Framework And Probable Future Directions*

Anhorn P (\*)

## Résumé

Cette recherche propose une analyse du cadre législatif fédéral de régulation du marché de la santé en Suisse. Ce cadre est principalement fixé dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Pour bien comprendre la portée de la LAMal sur le marché de la santé, nous avons examiné également son ordonnance d'application (OAMal) ainsi que certains rapports de recherche publiés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui donnent sur la LAMal les premiers éléments d'évaluation. Dans un but prospectif, nous avons également analysé les deux projets de révision partielle présentés à ce jour par le Conseil fédéral (gouvernement), le rapport de la Commission pour les questions conjoncturelles ainsi que les travaux réalisés dans le cadre du projet « Politique nationale de la santé ».

Les mesures prises en Suisse pour maîtriser les coûts de la santé sont mises en évidence, en distinguant celles qui ont pour but de contrôler l'offre de celles qui visent à gérer la demande. On constate que, si les premières ont été prioritaires jusqu'ici, le virage vers les secondes est amorcé en même temps qu'une concurrence accrue s'impose peu à peu sur le marché de la santé.

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:51-60**

*Mots clés* : Suisse, assurance-maladie, régulation.

## Summary

This article presents an analysis of the Swiss health care market's federal legislative regulation framework, largely defined by the January 1, 1996 health insurance law (LAMal). In order to fully understand the impact of this law on the health care market, we also studied its application decree (OAMal) as well as certain research reports published by the Federal Health Insurance Office (OFAS) which offered preliminary elements for its evaluation. With a look toward the future, we also analysed the first two partial revision projects presented by the Federal Council (government), the report of the Commission on present-day, related questions and, finally, the results of the « Policy National Health » project.

The measures taken in Switzerland for containing health care costs are exposed, distinguishing those that are aimed at controlling supply from those intended to manage demand. If up until now, priority has been given to controlling supply, demand management is becoming more and more important at a time when increased competition is entering the health care arena.

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:51-60**

*Key words* : Switzerland, health insurance, regulation.

(\*) Economiste, journaliste, chef de projet au Service de la santé publique du Canton de Vaud (Suisse)

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

## I. LE MARCHÉ DE LA SANTÉ N'EST PAS UN MARCHÉ COMME LES AUTRES

En Suisse comme dans le reste du monde, le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres. En effet, il ne s'autorégule pas par le seul jeu de l'offre et de la demande comme c'est souvent le cas, par exemple, pour les biens de consommation. En particulier, le jeu de la concurrence n'agit pas pleinement sur l'offre en sélectionnant les fournisseurs, les biens et les services. Et les recettes traditionnelles du marketing n'ont que peu d'impact sur la demande.

Trois facteurs principaux expliquent cette caractéristique du marché de la santé [1] :

- le manque d'information et de transparence entre l'offre et la demande ;
- l'importance universellement attribuée, au niveau individuel et collectif, au bien particulier qui est l'objet de l'échange (la santé) ;
- la prise en charge totale ou partielle des coûts de financement par des tiers payants ou garants.

Il n'y a pas un marché de la santé, mais deux !

L'Etat social en Suisse est construit sur le modèle catégoriel (ou occupationnel) mixte. Cela signifie qu'il est plutôt lié à l'emploi pour ce qui est de la prévoyance, et plutôt universaliste pour ce qui est de la santé [2]. Comme dans la plupart des pays industrialisés qui connaissent un Etat social développé (c'est-à-dire pratiquement tous, sauf les Etats-Unis), le patient-consommateur « n'achète » pas de prestations sanitaires, mais se contente de régler ses primes d'assurance-maladie sans se préoccuper du rapport entre celles-ci et le coût des prestations. Certains experts avancent même que, si les primes pèsent trop lourd sur le budget des ménages, ceux-ci ont tendance à consommer davantage de prestations pour avoir le sentiment « d'amortir » leurs primes [3].

Nous n'avons donc pas un seul marché de la santé sur lequel l'utilisateur est un consommateur de prestations sanitaires, mais deux marchés. L'utilisateur suisse est un consommateur sur le *marché de l'assurance* (organisé à l'échelon fédéral), encore qu'imparfaitement tant que le *managed care* prévu par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) (art. 62) n'est pas davantage développé. Mais ce marché est distinct du *marché des soins* (organisé à l'échelon cantonal) où le patient n'est pas consommateur dès lors qu'il n'y a pas de relation entre les prestations qu'il consomme et ce qu'il paye.

Sur la figure 1, on constate que les seuls flux financiers auxquels le patient participe sont ceux qui le lient aux tiers payants (et plus rarement garants) que sont les assureurs et l'Etat. On voit sur la partie supérieure du schéma ce que l'on pourrait appeler le « marché des soins », où le patient échange de l'information contre de l'information et des soins. Sur la

partie inférieure apparaît ce que l'on pourrait appeler le « marché de l'assurance », où le patient échange de l'argent contre une couverture (figure 1).

Ce schéma, qui montre bien l'importance et la densité des flux d'information, tend à renforcer la thèse de Domenighetti [1] selon laquelle « Etant entendu que la cause principale de mortalité est, et sera toujours la naissance, on peut postuler que, au-delà des prédispositions individuelles découlant du patrimoine génétique et des aléas dus à la « chance » individuelle (notamment face aux traumatismes non voulus ou promus), la santé est essentiellement de l'information ».

Certes, cette assertion provocatrice fait peu de cas de la compétence des soignants, notamment dans le processus diagnostique et thérapeutique. Elle nous renforce pourtant dans notre propre conviction que, si l'information et la transparence sont les éléments essentiels de la gestion de la demande dès lors qu'on cherche à maîtriser les coûts de la santé, il est essentiel que des actions concrètes soient entreprises sur ce plan, en particulier sur l'initiative des pouvoirs publics.

### 1. Le marché des soins

Le marché des soins est organisé à l'échelon des cantons. Dans chacun d'entre eux, le coût des prestations est fixé sur la base de négociations entre assureurs, prestataires de soins et autorités sanitaires cantonales. Il en est ainsi de la fixation de la valeur du point pour la facturation aux caisses-maladie ou encore des conventions réglant l'hospitalisation ou l'hébergement. Le patient n'est pas appelé à se déterminer sur la valeur des prestations, ce qu'il serait d'ailleurs bien en peine de faire dès lors qu'il ne dispose d'aucune information sur l'utilité ou l'efficacité d'une prestation par rapport à une autre. Sa consommation de prestations n'est donc pratiquement pas liée à sa propre appréciation de ses besoins de santé mais, le plus souvent, décidée par son agent et mandataire qui se trouve être le médecin. Ce même médecin qui est, le plus souvent, lui-même producteur des prestations consommées par son patient se trouve donc dans une situation paradoxale. Domenighetti [1] cite même le président de la Fédération des médecins suisses (FMH) qui évoquait en son temps « la possibilité d'augmenter le nombre d'actes si les autorités sanitaires ne donnaient pas suite à l'augmentation des tarifs médicaux ».

### 2. Le marché de l'assurance

Le marché de l'assurance est organisé à l'échelon fédéral dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'assurance-maladie sociale, dite aussi assurance de base, est obligatoire. Le législateur a souhaité maintenir la diversité des caisses-maladie

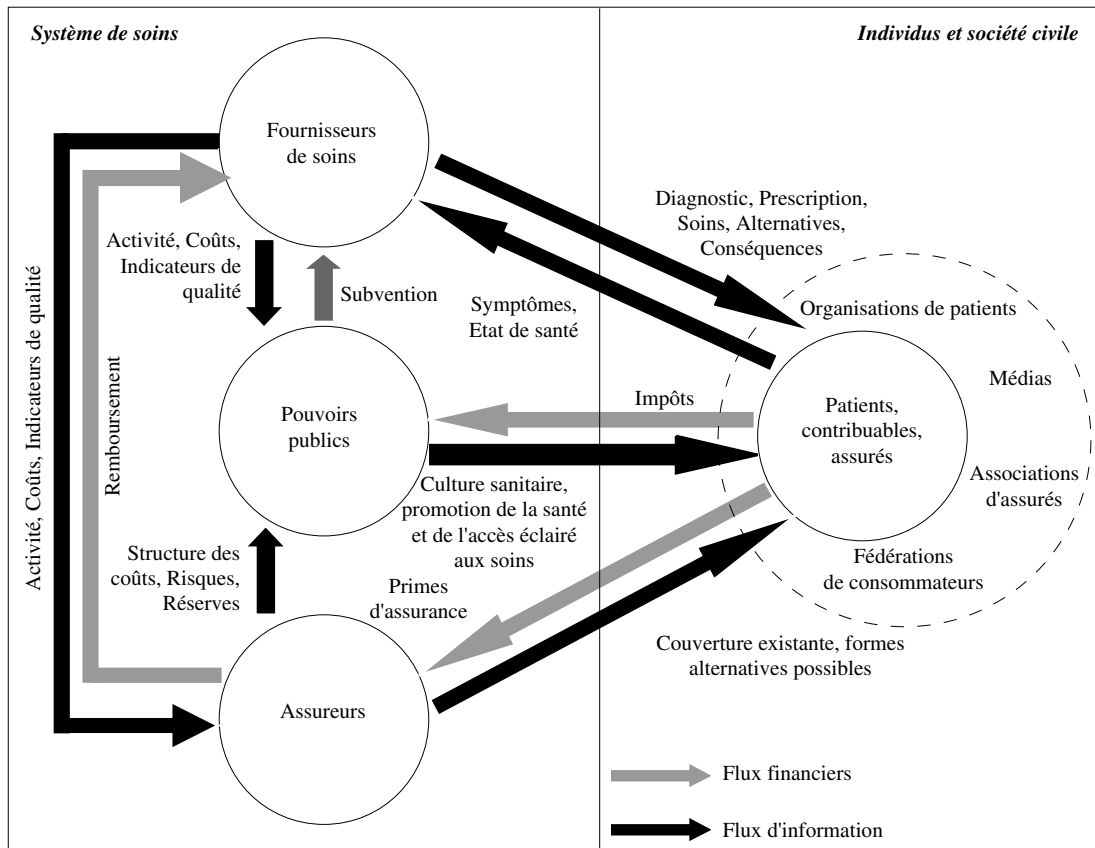


Figure 1. Le patient-consommateur face au système de soins

et encourager la concurrence entre elles. Les assureurs peuvent différencier les primes en fonction du lieu de résidence des assurés mais doivent pratiquer des primes identiques quel que soit l'âge, le sexe ou encore l'état de santé des assurés. Les assurés d'un même canton peuvent donc choisir en principe entre plusieurs compagnies d'assurance qui leur offrent rigoureusement les mêmes prestations à des prix différents.

Les patients sont donc théoriquement des consommateurs sur le marché de l'assurance dès lors qu'ils peuvent choisir entre plusieurs caisses-maladie et passer librement de l'une à l'autre. Les raisons qui poussent le « consommateur » à choisir tel ou tel assureur sont toutefois passablement obscures. La rationalité économique devrait pousser tous les assurés à choisir la caisse la moins chère pour des prestations obligatoirement identiques. La réalité est plus nuancée : la différence entre les primes étant relativement réduite, les assurés choisissent leur caisse sur des critères plus subtils ou subjectifs : fidélité à la caisse-maladie qui les assure depuis longtemps, réputation d'une caisse (certaines tardent à rembourser ou alors pratiquent le tiers garant en pharmacie), attractivité d'une campagne publicitaire ou agressivité des démarcheurs.

## II. LA LAMal, CADRE DE RÉGULATION

Si l'on observe le cadre de régulation aujourd'hui posé par la LAMal, on constate qu'il intègre des éléments de régulation contradictoires. En effet, le consensus politique, qui a présidé à son élaboration dans un système politique qu'on pourrait qualifier de conservateur-corporatiste [4], a intégré des éléments de régulation par la concurrence et des éléments de régulation par l'intervention de l'Etat. Ce subtil équilibre, s'il présentait à l'époque les meilleures garanties d'acceptabilité politique, se révèle, cinq ans après son entrée en vigueur, inadéquat pour maîtriser les coûts de la santé.

### 1. L'assurance classique

Le modèle de régulation actuellement en vigueur est proche du laisser faire. En effet, le financement garanti des prestations, la liberté de s'installer et de prescrire pour les fournisseurs de soins, la liberté de choix pour l'assuré et la rémunération des fournisseurs à l'acte conduisent inéluctablement à l'explosion programmée des dépenses de santé (figure 2\*).

(\*) Ce schéma, comme ceux des figures 3 et 4, est inspiré de Tinturier G. [5].

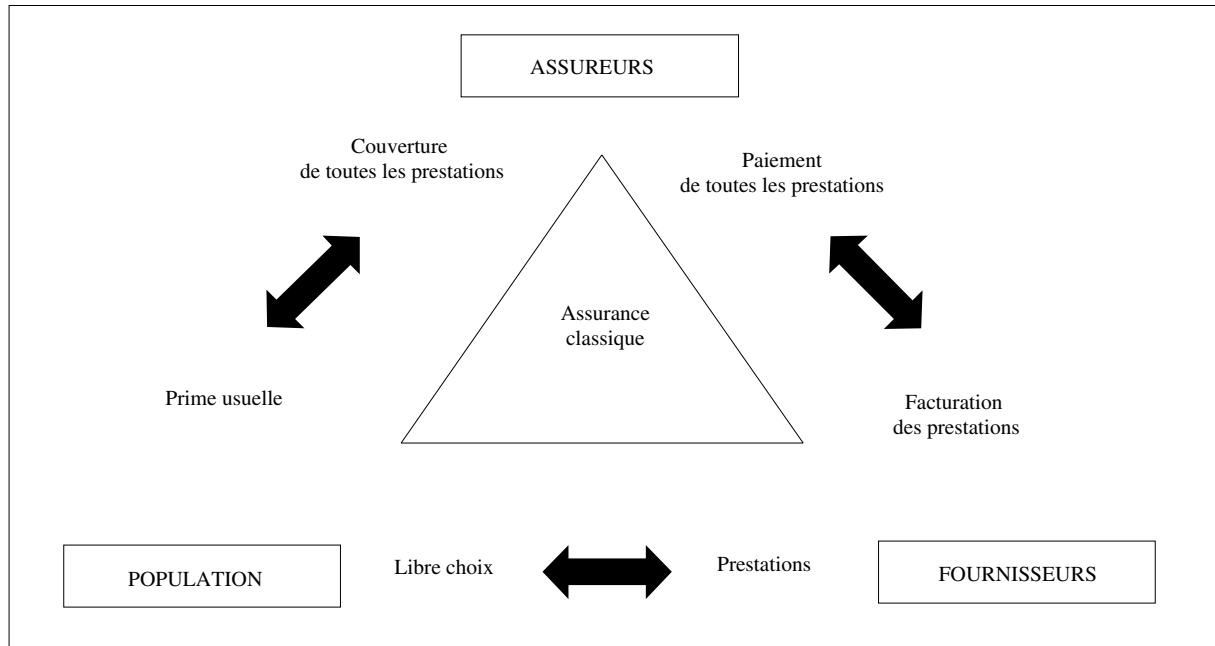


Figure 2. La régulation aujourd'hui

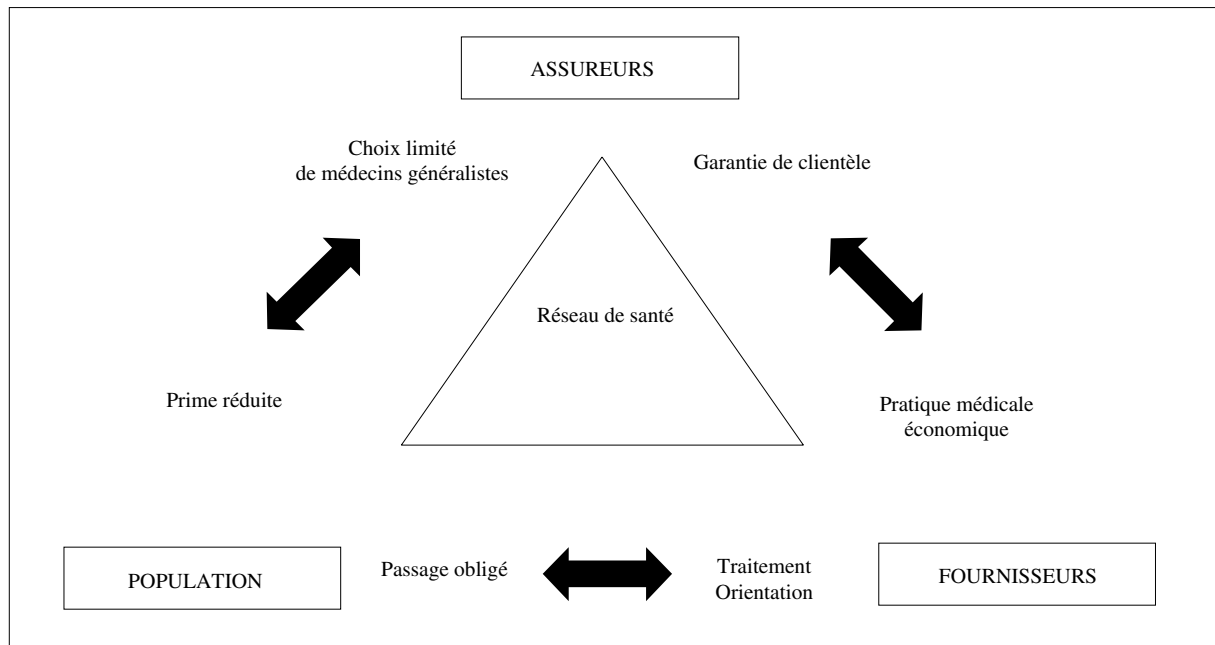


Figure 3. La régulation demain

## 2. Les nouveaux modèles d'assurance

Sans pour autant renoncer à leur possibilité d'intervention – en particulier par le biais de la planification – les pouvoirs publics n'envisagent pas d'évolution du cadre régulateur où le rôle de l'Etat serait accru. Au contraire, les scénarios d'évolution plausible de la LAMal vont vers deux modèles qui introduisent graduellement plus de concurrence.

### 2.1. Le modèle du réseau de santé

Le modèle du réseau de santé est celui qui est encouragé dans le projet de révision partielle de la LAMal actuellement en discussion (\*). Le Conseil fédéral propose en effet d'obliger les assureurs à proposer

(\*) Message du Conseil fédéral 18 septembre 2000.

dans chaque canton des formes d'assurance autorisant une réduction de prime en échange du recours à un choix limité de fournisseurs (figure 3).

Ce modèle se caractérise principalement par le rôle de *gate-keeper* qu'on fait jouer à un nombre limité de médecins généralistes. Ceux-ci orientent les patients vers des fournisseurs de soins sélectionnés par l'assureur qui peuvent attester d'une pratique médicale économique et de standards de qualité. Cette forme de *managed care* déjà autorisée par la LAMal a connu un succès mitigé jusqu'ici. En effet, les patients doivent se voir offrir un rabais de prime substantiel pour accepter de restreindre (même subjectivement) leur accès aux soins. Or jusqu'en 2000, les assureurs n'étaient pas autorisés à consentir plus de 20 % de réduction. Il se trouvait donc des modèles d'assurance classique auprès d'assureurs bons marchés qui coûtaient moins cher que les modèles HMO (*Health Maintenance Organization*) de certains assureurs plus chers. Aujourd'hui, cette limite de 20 % n'existe plus, mais les assureurs – pour éviter le *dumping* – ne sont pas autorisés à octroyer des rabais supérieurs aux économies effectivement réalisées grâce au nouveau modèle. Or, la plupart des assureurs ne constatent à ce jour pas de différence majeure entre les coûts des deux groupes d'assurés.

La seule étude visant l'évaluation systématique et scientifique des modèles HMO [6] n'a porté que sur les trois premiers cabinets de groupe HMO qui ont vu le jour en Suisse alémanique au début des années 90. Aujourd'hui, après 11 ans d'expérience, on ne dispose pas d'évaluation complète d'un mo-

dèle qui, en dépit de la retenue manifestée par les assureurs (qui craignent que les économies réalisables soient entièrement imputables à la sélection des risques), voit le nombre de ses assurés croître sans cesse [7].

Cette croissance continue reste pourtant dans des proportions que l'OFAS qualifie d'insignifiantes. Parmi les 24 % de ménages qui ont changé de modèle d'assurance dans les 4 dernières années, la grande majorité a simplement élevé sa franchise à option et une petite minorité a opté pour le modèle du médecin de famille ou celui du réseau de santé proposés principalement en Suisse alémanique [8]. On peut donc supposer que, à court terme au moins, ce modèle de régulation n'aura que peu d'impact sur la maîtrise des coûts de la santé.

## 2.2. Le modèle de la caisse de santé

A terme, et cette évolution se poursuivant, c'est donc plutôt vers un modèle du type « caisse de santé » que nous nous acheminons. Ce modèle diffère du précédent en ce sens que les assureurs mettent en relation un groupe de fournisseurs agréés avec un nombre significatif d'assurés qui acceptent de limiter leur recours aux soins à ces seuls prestataires. Le financement a désormais lieu à la capitation c'est-à-dire que le volume d'assurés est prépayé aux fournisseurs qui assument en échange le risque économique de la clientèle – c'est-à-dire des coûts qui peuvent être supérieurs au paiement reçu selon l'état de santé des assurés (figure 4).

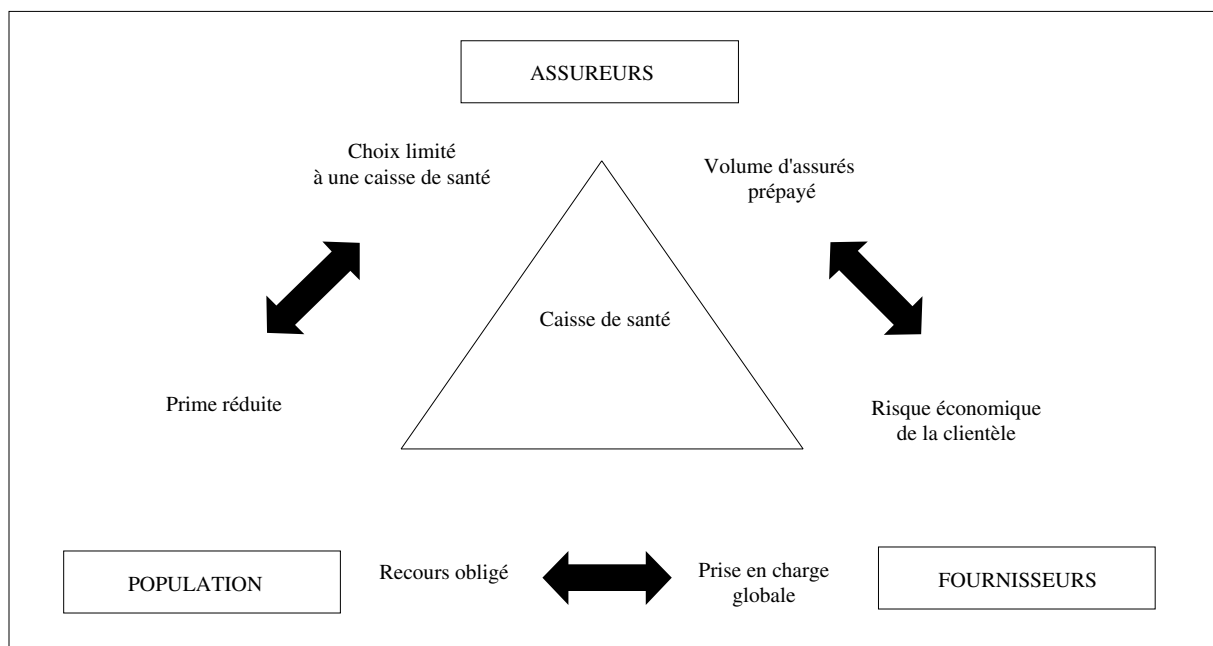


Figure 4. La régulation après-demain

Dans ce modèle, les assureurs doivent donc négocier avec les fournisseurs des paquets de prestations d'un coût avantageux et d'une qualité définie. En fonction des négociations, ils proposent aux assurés différents paquets de prestations avec des primes plus ou moins avantageuses. Les assurés choisissent le paquet qui leur convient.

C'est dans ce modèle que le potentiel de régulation de la demande par l'information est le plus élevé. L'information devient qui plus est cruciale dès lors qu'elle doit permettre aux assurés de choisir en connaissance de cause les prestations auxquelles ils souscrivent et surtout celles auxquelles ils renoncent explicitement. A cette fin, l'Etat devrait être en mesure de garantir la qualité et la neutralité de l'information fournie aux assurés. Il devrait également placer des garde-fous en fixant un catalogue de prestations minimales aux assureurs et les normes d'un contrôle-qualité aux fournisseurs de soins [3].

### 3. L'évolution possible

Par rapport à l'explosion programmée des dépenses de santé induite par l'assurance classique (cf. *supra*), le développement des nouveaux modèles d'assurance laisse entrevoir un avenir plus prometteur. Le financement toujours garanti des prestations auquel s'ajoute cette fois-ci la sélection des fournisseurs par les assureurs, le choix de fournisseurs limité pour l'assuré et la rémunération par paquets de prestations mènent en effet à la gestion contrôlée des soins (en anglais : *managed care*).

Certes, cette vision implique des changements culturels profonds. Elle implique également de placer les assureurs dans une position considérablement plus forte que celle dans laquelle ils se trouvent déjà, *a fortiori* si le financement des établissements devait passer du mode dual au type moniste (une évolution que le Conseil fédéral juge inéluctable, même s'il renonce à l'inclure dans la révision partielle actuellement en discussion). A l'évidence, les assureurs n'ont à ce jour pas les compétences nécessaires ni la légitimité pour assumer cette position.

Cette évolution vers une concurrence accrue dans le domaine de la santé semble désormais acquise. La nécessité de maîtriser des coûts de la santé qui en 2000 ont franchi le seuil psychologique des 10 % du produit intérieur brut à près de 40 milliards de francs suisses [9] impose en effet une évolution de ce type. L'alternative consisterait à adopter un système d'économie planifiée dans laquelle l'Etat fixerait un budget global pour la santé et donc maîtriserait les coûts par un rationnement indirect. C'est aussi improbable politiquement que discutable au plan éthique même si, à ce jour, les pouvoirs publics ont toujours préféré agir sur les éléments de l'offre, qu'ils contrôlent encore, que de développer

les instruments qui conduisent à la gestion de la demande.

### III. CONTRÔLE DE L'OFFRE ET GESTION DE LA DEMANDE

Comme indiqué dans le chapitre précédent, les pouvoirs publics sont convaincus de la nécessité de s'orienter vers ce que nous appelons la gestion de la demande, mais redoutent le choc culturel qui consisterait à en développer les moyens dans l'immediat.

Ils préfèrent épuiser d'abord les mesures qui portent sur ce que nous appelons le contrôle de l'offre, principalement dans le domaine de la planification. Pour s'en convaincre, on notera les arguments développés par le Conseil fédéral dans le message accompagnant son projet de révision partielle de la LAMal (\*) :

- il est trop tôt pour envisager une modification fondamentale du système (...) en particulier en raison de la période transitoire accordée aux cantons pour la planification hospitalière ;
- avant d'envisager la suppression complète des subventions accordées aux hôpitaux, il faut attendre que la LAMal ait déployé ses effets ;
- le Conseil fédéral estime qu'un système de rémunération basé sur une source unique de financement (moniste) n'est réalisable qu'à terme. Les mesures proposées contribuent à le rendre possible un jour... ;
- le Conseil fédéral renonce à présenter dans ce projet la suppression complète de l'obligation de contracter. Il croit (encore) en la planification hospitalière des cantons. Il ouvre le débat sur la suppression de l'obligation pour l'ambulatoire ;
- il propose de renforcer les instruments du type réseaux de santé et caisses de santé. Pour augmenter les possibilités de choix, les assureurs devront offrir partout des assurances particulières avec choix limité de fournisseurs.

On voit par ailleurs que le Conseil fédéral propose une révision partielle qui introduit surtout un surcroît de *concurrence entre les fournisseurs* qui impose avant tout la notion « 1 prestation = 1 prix » :

- fin progressive des subventions aux institutions ;
- forfaits par prestations ;
- nomenclatures nationales.

Il annonce par ailleurs les étapes ultérieures qui introduiront une véritable *concurrence entre assureurs* sur le *managed care* qui imposera le financement par paquets de prestations :

- assureur seul payeur ;
- liberté de contracter ;
- limitation du choix de l'assuré.

(\*) Message du Conseil fédéral 18 septembre 2000.

Tableau I  
Contrôle de l'offre et gestion de la demande dans le cadre régulateur fédéral

Objet	Contrôle de l'offre	Gestion de la demande
LAMal	art. 24 à 31 prestations art. 35 à 40 fournisseurs art. 54 à 55a maîtrise des coûts	art. 19 promotion de la santé art. 41 libre choix du fournisseur art. 61, 62 et 64 primes, participations
OAMal	art. 33 à 35 prestations art. 38 à 58 fournisseurs	art. 23 promotion de la santé art. 93, 96 et 99 franchises, bonus, HMO
Initiatives populaires	« pour le libre choix du médecin et de l'établissement » (libéralisation de l'offre !) « pour des coûts hospitaliers moins élevés » « pour la santé à un prix abordable » (planification)	« pour la santé à un prix abordable » (primes en fonction du revenu)
Interventions parlementaires	6 interventions qui portent toutes sur le contrôle de l'offre	
Projet : Politique nationale de la santé (DFI-CDS)	planification de l'offre	<i>empowerment</i> de la population
Message du Conseil fédéral 21.9.98	budgets globaux (rejeté) suppression de l'obligation de contracter (rejeté) clause du besoin (partiellement admis – art. 55a)	
Message du Conseil fédéral 18.9.00	financement par (groupes de) prestations abandon de la notion « division commune » tant pour la planification hospitalière que pour les prestations	généralisation des assurances avec choix limité de fournisseurs (avec obligation d'information des assureurs et des fournisseurs)

## 1. Eléments de régulation de l'offre et de la demande au plan fédéral

Nous avons recensé (tableau I) les éléments de régulation actuels ou futurs qui agissent sur l'offre ou la demande dans le cadre fédéral.

### 2. Intervention de l'Etat *versus* concurrence accrue, un match serré

Dans cette section nous voulons brièvement mettre en évidence le match serré entre contrôle de l'offre et gestion de la demande dans les différents objets qui constituent le cadre actuel ou futur.

#### 2.1. LAMal – OAMal

Nous avons considérablement défriché le sujet de la LAMal. Tout au plus, le tableau I met-elle en évidence le nombre d'articles de la loi et de son ordonnance d'application (OAMal) qui portent sur le contrôle de l'offre de prestations et de fournisseurs, y compris les mesures extraordinaires de maîtrise de coûts (budgets globaux, tarifs, clause du besoin).

Dans la colonne « gestion de la demande » on trouve bien quelques articles, mais dont la portée pour l'instant est assez limitée. L'article 41 qui laisse à l'assuré le libre choix du fournisseur est actuellement un élément de non-gestion et nous ne le mentionnons que pour indiquer l'un des endroits où une action serait possible. Les articles 61 à 64 qui autorisent les formes alternatives d'assurance ne les

favorisent en rien, d'où le succès mitigé dont nous faisons état au point II.2.1.

A noter tout de même le succès des franchises à option en particulier en Suisse romande et au Tessin. Le fait que les franchises soient plébiscitées dans les régions économiquement plus faibles et aux primes plus élevées pose par ailleurs le problème des assurés de condition économique modeste qui, en élevant leur franchise prennent un risque économique qui les précipite parfois dans l'endettement et la précarité. Quant à l'article 19 qui institue la Fondation du même nom, il n'a débouché sur aucune action que l'on pourrait réellement qualifier de régulatrice. De l'avis de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), « bien que dotée de moyens financiers suffisants (\*), cette Fondation 19 n'a déployé aucun effet notable à ce jour. Est particulièrement douteuse la reprise manifestement systématique – par les fonds de la Fondation 19 financée grâce aux contributions des assurés – des projets assumés financièrement jusqu'alors par d'autres fonds publics (cantons, communes, Office fédéral de la santé publique, etc.) » [10].

#### 2.2. Demandes de révision : initiatives populaires et interventions parlementaires

Sans allonger sur ces demandes de révision issues du peuple ou de ses représentants, on peut noter que

(\*) Actuellement 2,40 FS par assuré et par an.

trois initiatives populaires ont récemment abouti et toutes demandent une action sur l'offre. La première demande d'ailleurs une libéralisation de l'offre ce qui va évidemment à l'encontre de tous les efforts entrepris à ce jour par les pouvoirs publics et explique qu'elle sera vigoureusement combattue par ceux-ci. L'initiative du Parti socialiste suisse « pour la santé à un coût abordable » reprend à son compte le mythe planificateur d'un côté tout en introduisant un élément – les primes calculées en fonction du revenu des assurés – qui pourrait bien avoir un effet sur la demande. Reste évidemment à savoir lequel. Si l'on en croit Jürg Sommer [3], la tendance qu'ont les assurés à « en vouloir pour leur argent » dès lors que leur prime est élevée pourrait bien annuler les effets bénéfiques escomptés de cette mesure en augmentant la consommation de soins des hauts revenus (qui sont, rappelons-le, assez répandus dans notre pays). Mentionnons aussi six interventions parlementaires qui n'ont pas encore été traitées par le Conseil fédéral, et qui plaident toutes pour un contrôle plus vigilant de l'offre.

### 2.3. Le projet « Politique nationale de la santé »

Le projet « Politique nationale de la santé » est né en 1999 à Interlaken, sur l'initiative du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Sous la pression de plusieurs interventions parlementaires, ce dernier a proposé à la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) la mise sur pied en partenariat d'un « Observatoire fédéral de la santé ». Grâce à une aide au lancement de la Confédération, la formalisation de ce projet dans les murs de l'Office fédéral de la statistique a bien progressé. Sur le fond, en revanche, le manque de transparence des protagonistes du système – fournisseurs de soins, assureurs et collectivités publiques – rend douteuse l'utilité de cet outil à court et moyen terme.

Le 29 mai 2000 à Fribourg, Confédération et cantons se fixaient trois thèmes prioritaires sur lesquels jeter les bases d'une véritable Politique nationale de la santé. Cette politique devrait en particulier maximiser l'intérêt de l'outil logistique constitué par l'Observatoire et permettre d'envisager un haut degré de coordination à l'échelon national sur des thèmes qui ne souffrent guère d'être réduits à l'échelle de 26 souverainetés cantonales. Les trois thèmes prioritaires choisis étaient :

1. Planification de l'offre.
2. *Empowerment* de la population.
3. Santé mentale, violence, dépression, suicide.

Si le troisième thème a une consonance politique évidente et peut faire d'ailleurs l'objet d'une politique spécifique, les deux premiers constituent bel et bien des mesures structurelles envisagées sur l'offre et la demande du marché de la santé.

Il faut noter à ce stade que le projet « Politique nationale de la santé » peut être considéré comme une démarche « volontariste » du DFI qui y a investi suffisamment de ressources pour « ébranler la machine » (2 millions de francs pour 2000 et 2001 [11]). Le secrétariat central de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) a suivi, probablement par ce que nous pourrions qualifier d'intérêt technocratique ainsi que sous la pression des cantons romands et « universitaires » plus prompts à partager leurs problèmes, au moins au plan intellectuel et si possible financier. Ce projet n'est que peu porté par le Conseil fédéral qui, dans son dernier message sur la révision partielle de la LAMal n'y consacre que 12 lignes pour mentionner qu'il en a eu connaissance en prenant acte d'une note de discussion du DFI le 5 juillet 2000 et qu'il n'en tiendra pas compte dans le projet de révision. Il n'est pas davantage porté par la majorité des cantons qui y voient surtout une tentative de l'Etat central de battre en brèche le fédéralisme voire d'introduire subrepticement une nouvelle péréquation qui les verrait cracher davantage au bassin des coûts de la santé.

Ce manque d'enthousiasme pour le projet a conduit à un traitement différencié des objets « planification » et « *empowerment* ». Dans le domaine de la planification, la Politique nationale de la santé offre une occasion de renforcer la coordination des travaux déjà en cours au sein de la CDS. Le Groupement de la science et de la recherche s'est associé aux travaux et présentera à l'automne 2001 les propositions en vue de la constitution d'un projet. Sur le thème de l'*empowerment* en revanche, les travaux ont été ajournés et la direction du projet (*ad interim* suite à la démission de la chef de projet) s'occupera à nouveau de ce domaine en été 2001 [12].

### 2.4. Les projets de révision partielle du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a par deux fois déjà proposé une révision partielle de la LAMal. En 1998, il proposait trois mesures urgentes visant la maîtrise des coûts (\*). Toutes trois relevaient du contrôle de l'offre. Deux d'entre elles ont été rejetées par le Parlement : la fixation de budgets globaux et la suppression de l'obligation de contracter. La troisième (clause du besoin) a été partiellement admise (limitée à 3 ans) et intégrée à l'article 55a de la version actuelle.

En 2000, le Conseil fédéral a proposé son deuxième projet de révision partielle. On assiste cette fois-ci à un tournant dans l'intention de régulation. En effet, si deux des mesures principales agissent à nouveau sur l'offre, c'est cette fois-ci pour l'aménager de manière à pouvoir amener le système vers un

(\*) Message du Conseil fédéral, 21 septembre 1998.



mode plus concurrentiel (cf. tête de ce chapitre III). Une mesure concrète de gestion de la demande est ajoutée avec l'obligation faite aux assureurs de proposer dans tous les cantons des modèles d'assurance offrant des rabais de prime contre un choix limité de fournisseurs. Cette mesure est assortie d'une obligation aux assureurs de fournir aux assurés la liste des fournisseurs admis à pratiquer, ainsi que d'une obligation aux fournisseurs de mettre à la disposition de leurs patients la liste des assureurs qui prennent en charge leurs prestations. On peut évidemment regretter que, à ce stade, la loi ne prévoie pas que les assurés aient droit à des informations sur la qualité et l'utilité comparées des prestations offertes.

#### IV. CONCLUSIONS

Nous énumérons ici quelques conclusions en forme de récapitulatif.

##### 1. Sur les deux marchés de la santé, il n'y a aucun vrai consommateur

Nous n'avons pas un (seul) marché de la santé sur lequel l'utilisateur est un consommateur de prestations sanitaires, mais deux marchés. L'utilisateur suisse est un consommateur sur le marché de l'assurance (organisé à l'échelon fédéral) encore qu'imparfaitement tant que le *managed care* prévu par la LAMal (art. 62) n'est pas davantage développé. Mais ce marché est distinct du marché des soins (organisé à l'échelon cantonal) où le patient n'est pas consommateur dès lors qu'il n'y a pas de relation entre les prestations qu'il consomme et ce qu'il paye.

##### 2. Les élus préfèrent contrôler l'offre

Sur ces deux marchés, la priorité des pouvoirs publics a été jusqu'ici la gestion de l'offre (*i.e.* planification hospitalière, fixation des primes) plutôt que la gestion de la demande (*i.e.* information, *empowerment*). C'est en effet plus spectaculaire et plus facile à synchroniser avec les échéances électorales. Le contrôle de l'offre fait aussi l'objet de plus nombreuses expériences et donc d'une littérature plus abondante que la gestion de la demande. Il fait appel, au sein des administrations sanitaires, aux compétences des juristes et des économistes, plus répandus que les spécialistes en communication et marketing social.

##### 3. L'évolution vers une concurrence accrue est inéluctable

Elle passera par le développement du *managed care* qui semble être la voie pour « réconcilier » ces deux marchés distincts évoqués sous IV.1. Elle permettra de mettre en œuvre des mesures de gestion de la de-

mande qui contribueront efficacement à la maîtrise des coûts de la santé. L'Etat aujourd'hui gérant, c'est-à-dire interventionniste, devra se transformer en Etat garant, c'est-à-dire capable de fixer des cadres performants pour préserver les fondements de l'Etat social ainsi que l'intérêt général. En particulier, il devra contrebalancer le pouvoir renforcé des assureurs en fixant un panier de prestations minimales, en édictant des normes de qualité pour les prestations et en garantissant la qualité et la neutralité des informations fournies aux assurés-patients.

Moyennant cette évolution fondamentale de l'organisation et du financement des soins, avec le changement de rôle de l'Etat qui l'accompagne, nous présumons que la maîtrise des coûts de la santé est possible. En précisant que « maîtrise » ne signifie en aucun cas « diminution » et pas forcément non plus « limitation ». Les besoins de santé de la population ayant tendance à augmenter eux aussi de manière inéluctable, on peut se demander si ce seuil de 10 % du PIB qui nous paraît aujourd'hui psychologiquement infranchissable ne sautera pas prochainement à la faveur d'un débat en profondeur sur la conception que la population se fait de la santé et les moyens qu'elle entend y consacrer. Comme l'écrivait récemment le D<sup>r</sup> Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de *Médecine & Hygiène* [13] : « Pourquoi vouloir à tout prix limiter à 10 ou 11 % du PIB les dépenses de santé ? Drôle d'obsession, en vérité. Et si nous arrêtons, grâce à un sursaut d'audace intellectuelle, de considérer ce pourcentage comme aussi intangible que les équations de la gravitation ? ». Et l'auteur d'imaginer dans la foulée tout ce qu'on pourrait envisager comme progrès de société si l'on parvenait à briser ce tabou. Aux grincheux qui lui demanderaient comment financer un tel « dépassement », le D<sup>r</sup> Kiefer répond laconiquement que les frais de télécommunication des ménages ont explosé ces dernières années sans que leur niveau de vie dût en souffrir particulièrement, et conclut par cette décoiffante observation : « Aujourd'hui, téléphoner en marchant est devenu un acquis social ».

#### RÉFÉRENCES

1. Domenighetti G. *Marché de la santé : ignorance ou adéquation ?* Lausanne : Réalités sociales ; 1994
2. Ferrera M. *Recasting the European Welfare State. Perspectives and Proposals for Social Policies in the XXI<sup>st</sup> Century.* Bologne : il Mulino / Foreign rights ; 1998
3. Sommer JH. *Incitation et rationnement dans le domaine de la santé publique. Concurrence accrue dans le domaine de la santé.* Commission pour les questions conjoncturelles. Hors série de *La Vie économique* 2000 ; 377:7-19.
4. Esping-Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economies.* Oxford : Oxford University Press ; 1999.

5. Tinturier G. *Présentation au Forum ReSCo. Lavigny ; 2001.*
6. Prognos AG, OFAS. *Rapport de recherche n° 1/98.*
7. Buchs L. *Managed Care. In : Système de santé suisse 2001/2002. Soleure : Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) ; 2001.*
8. IPSO, OFAS, *rapport de recherche 3/01.*
9. Gilland P. *Coûts et financement du système de santé suisse. In : Système de santé suisse 2001/2002. Soleure : Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) ; 2001.*
10. Britt F. *Assurance-maladie. In : Système de santé suisse 2001/2002. Soleure : Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) ; 2001.*
11. Office fédéral de la statistique. *Plan d'affaires de l'Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel 2 novembre 2000.*
12. Office fédéral de la santé publique. *Politique nationale suisse de la santé. Newsletter. Berne : juin 2001.*
13. Kiefer B. *L'idéologie des 10 %. In : Le Temps, 31 janvier 2001.*