

Dans le supermarché de la santé

Par Tilman Slembeck et Urs Brügger, de la Haute école spécialisée de Zurich-Winterthour

Avec autant de mauvaises incitations et si peu de coordination dans la politique de santé, il n'est pas surprenant que la Suisse possède le deuxième système de santé le plus cher au monde. Il en serait autrement si l'accent était mis sur davantage de marché et de démocratie.

Aucun pays au monde, la Suisse pas plus qu'un autre, ne dispose aujourd'hui d'un système de santé idéal. Mais cela n'empêche pas notre système de jouir d'une bonne réputation, comme en témoignent les sondages qui présentent toujours une population helvétique très satisfaite des prestations de soins. La relation avec le médecin personnel est tout particulièrement appréciée. C'était d'ailleurs déjà le cas il y a dix ans lorsque les coûts étaient nettement plus bas, preuve que la satisfaction ne croît pas avec les coûts et ne dépend pas non plus de la densité du réseau médical. Les résultats des sondages sont tout aussi positifs dans les régions où le nombre de médecins par habitant est moins élevé, comme en Suisse centrale et orientale, que dans des villes comme Genève ou Bâle, où l'offre est au moins deux fois plus importante. Ces écarts dans l'offre de santé ont toutefois des répercussions sur le budget des ménages. Ainsi, le coût de l'assurance de base s'élevait en 2005 à 1 864 francs par personne en

Appenzell, contre 3 714 francs à Genève. Naturellement, les primes sont en conséquence environ deux fois plus élevées à Genève qu'en Appenzell ou à Nidwald.

57 milliards pour la santé

Au total, nous dépensons chaque année plus de 50 milliards de francs en prestations de santé. La tendance étant à la hausse, le montant devrait atteindre 57 milliards de francs en 2007. Cette évolution est récente: alors que 5 % du produit intérieur brut étaient affectés aux prestations de santé il y a 40 ans, ce pourcentage est aujourd'hui supérieur à 12 %. Nous occupons ainsi le deuxième rang mondial derrière les Etats-Unis, et la part des dépenses de santé dans un budget suisse moyen est passée de 13,2 à 16,3 % depuis 2000 seulement.

Faut-il s'alarmer de la situation? Oui, car 40 à 50 % des personnes sondées ces trois dernières années estiment que des primes d'assurance-maladie élevées constituent un problème occasionnel ou durable, et ce en dépit d'une réduction annuelle des primes de plus de 3 milliards de francs dont bénéficient environ 40 % des ménages suisses. Il faut rappeler également que les contribuables financent le déficit des hôpitaux publics à hauteur de 6 milliards de francs par an. Si cette somme était reportée sur les primes, et si celles-ci n'étaient pas autant réduites, la charge de prime directe pour les ménages serait sensiblement plus élevée et rendrait la véritable ampleur des coûts nettement plus perceptible. Les réductions de primes et les subventions constituent aujourd'hui les principales mesures d'apaisement dans le domaine de la santé. Le revers de la médaille est qu'elles génèrent une certaine lenteur des réformes. Pour couronner le tout, les exigences et les attentes des cotisants crois-

sent au rythme des primes, ce qui crée une spirale sans fin apparente.

Il y a pourtant longtemps que l'exigence n'est plus le seul moteur de cette évolution. Notre système actuel ressemble à un supermarché où les clients peuvent remplir leur

«Les clients n'ont guère d'autre choix que de se servir chez les meilleurs.»

chariot de produits de qualité, sans que la facture reflète les quantités achetées. La raison en est une assurance obligatoire complète présentant un catalogue de prestations très vaste et une participation aux coûts relativement modeste. La majeure partie de la facture étant établie une fois par an par le Conseil fédéral sous la forme de primes pour les consommateurs, ceux-ci n'ont guère d'autre choix que de se servir chez les meilleurs. Ainsi, une personne malade ou estimant l'être ne se sentira pas incitée à consulter le médecin le moins cher, mais plutôt à se rendre chez le meilleur et à en obtenir le maximum.

Médecins et patients se servent

Cette situation profite aux prestataires de santé: tant que la caisse paie, les médecins ne sont que faiblement incités à priver leurs patients des prestations exigées, même si celles-ci ne sont pas indispensables sur le plan médical. En revanche, la couverture d'assurance complète les pousse à fournir le plus de prestations possible afin de rentabiliser leur temps ou d'améliorer leurs revenus. Peu in-



Le système de santé suisse s'apparente à un supermarché en libre-service où l'abondance serait de mise.

cités, dans certains cas, à peser le pour et le contre des mesures médicales, ils prescrivent plutôt ce qui promet de constituer un avantage pour le patient, quitte à ce que cet avantage soit faible et que les coûts soient élevés.

Les vendeurs du supermarché de la santé peuvent ainsi généralement placer eux-mêmes leurs produits dans le chariot des clients, rarement capables d'évaluer leur utilité réelle. La nature incertaine de cet art qu'est la médecine et la crainte de poursuites judiciaires renforcent encore cette tendance au gonflement du volume des traitements. Il en va de même pour le progrès des techniques médicales, qui nous ouvre certes constamment de nouvelles possibilités en matière de diagnostics et de thérapies, mais qui stimule parallèlement le volume des prestations et, par conséquent, les coûts. Des études internationales présentent régulièrement la technicité croissante de la médecine comme un générateur de coûts important. Après un effet de réduction des coûts, les innovations entraînent toujours un élargissement à d'autres domaines d'application qui accroît également les volumes. Or, même lorsque cela serait possible, il est rare que les technologies anciennes soient remplacées

par de nouvelles, pour la simple raison que les moyens nécessaires à l'art médical et aux prestations de soins sont souvent insuffisants. Les volumes requis pour rentabiliser ces techniques coûteuses empiètent alors sur le temps passé au chevet des patients ou à dialoguer avec eux.

Les «pseudo-innovations» de l'industrie pharmaceutique

Outre de nouveaux médicaments importants, l'industrie pharmaceutique commercialise en permanence des «pseudo-innovations», qui sont chères mais pas meilleures que les anciennes préparations. La FDA, l'autorité américaine de contrôle sanitaire, estime que seuls 18% des nouveaux médicaments autorisés ces quinze dernières années étaient vraiment nouveaux, et que seulement 65% d'entre eux contenaient de nouvelles substances.

L'une des caractéristiques du système de santé suisse est qu'il est composé de 26 domaines de souveraineté plus ou moins cloisonnés. Conformément au principe de territorialité, chaque canton définit lui-même son offre hospitalière. La planification dans ce domaine s'arrêtant aux frontières cantonales, le gouvernement et les médecins sou-

haitent disposer d'un équipement haut de gamme et l'exploiter pleinement. Seule cette course à l'équipement explique que le Valais figure au premier rang mondial en ce qui concerne le nombre de tomographes à résonance magnétique (IRM), et que jusqu'à 40% des naissances se fassent par césarienne dans certains hôpitaux cantonaux, contre moins de 20% pour la moyenne internationale.

Les raisons de la flambée des coûts

Dans l'ensemble, les raisons principales de la hausse constante des coûts résident dans les incitations inappropriées du système de santé, dans un catalogue de prestations trop complet, dans le lancement et la diffusion d'innovations techniques ainsi que dans le caractère cantonal de la planification et du financement des soins hospitaliers. Une poli-

«Une politique de santé nationale est nécessaire pour que notre système de santé reste financable à long terme.»

tique de santé nationale digne de ce nom est nécessaire pour que notre système de santé reste financable à long terme. Malheureusement, c'est une politique de rafistolage à court terme, peu efficace et peu claire, qui domine actuellement.

L'objectif de la politique de santé d'ici à 2020 doit être un système fournissant à l'ensemble

de la population des prestations de qualité à un prix abordable. Ce système doit donc bénéficier, et tout le monde en conviendra, d'une structure financière durable et être axé sur les besoins des citoyens. Mais comment y parvenir? La durabilité, la qualité et la proximité avec le peuple supposent idéalement deux ingrédients qui, bien qu'ils nous soient familiers en tant que citoyens suisses, ne sont guère répandus dans le système de santé actuel: le marché et la démocratie.

Les piliers d'un système idéal

Un système de santé idéal pour la Suisse en 2020 serait bâti autour de la commune de santé. Il s'agirait d'un organisme de droit public, comparable à la commune scolaire, défini par les tâches d'approvisionnement de base qu'il devrait remplir. La commune de santé serait totalement indépendante des sphères politiques comme les districts ou les cantons et disposerait de comités élus démocratiquement. Elle garantirait l'approvisionnement par ses propres centres de santé, qui réuniraient par exemple des médecins de famille, des spécialistes, des laborantins, des radiologues et des aides à domicile, et disposeraient d'installations coûteuses utilisées collectivement. Ou alors, elle achèterait les prestations soit auprès des hôpitaux, entre-temps privatisés, soit auprès des médecins exerçant en profession libérale. Ces décisions «make or buy» seraient tout aussi contrôlables par les citoyens que la question de savoir si l'offre de santé locale devrait dépasser un niveau minimal défini à l'échelle nationale. Concrètement, de petites communes s'associeraient en grandes régions de santé afin de dégager des avantages économiques et de prendre en compte les spécificités géographiques et culturelles. Un système similaire existe en Grande-Bretagne, où 100 000 per-

«Une politique de rafistolage à court terme, peu efficace, domine actuellement.»

sonnes en moyenne sont soignées dans les Primary Care Trusts. Dans le modèle suisse toutefois, ce seraient les citoyens qui définiraient la région idéale pour eux et qui décideraient s'ils doivent acquérir un appareil coûteux, acheter la prestation équivalente ou considérer cet achat comme un luxe inutile. Car ce sont eux également qui financeraient les prestations de la commune de santé selon le mode déterminé par celle-ci: impôt, prime par personne ou prime en fonction du risque. Suivant l'objectif social de ce modèle, tous les habitants auraient, de par leur domicile, un accès garanti aux prestations de leur commune.

Contrôle démocratique aux niveaux local et régional

Ce système présente plusieurs avantages. Premièrement, l'offre de prestations et sa qualité sont soumises à un contrôle démocratique au niveau local ou régional. Deuxièmement, les personnes définissant l'offre sont aussi celles qui l'utilisent et la financent, ce qui brise la spirale infernale des exigences et des primes. Chacun est aussi libre de souscrire une assurance individuelle complémentaire s'il souhaite davantage de prestations. Enfin, une concurrence règne entre les prestataires qui passent des accords avec une ou plusieurs régions de santé, de sorte que les communes ou les régions se font également concurrence pour attirer les meilleurs. Un élé-

ment supplémentaire de concurrence résulte du fait que ces communes ou ces régions achètent pour leurs citoyens des prestations d'assurance collectives auprès des assureurs-maladie.

Dans ce modèle, les planifications cantonales de soins hospitaliers et la course à l'équipement ont fait leur temps. Car nous réfléchissons à deux fois avant de voter pour un nouveau tomographe assisté par ordinateur ou pour une infirmière communale supplémentaire. Finalement, l'objectif pour 2020 n'est autre qu'une prime qui n'est plus fixée par le Conseil fédéral. □

Les auteurs

Tilman Slembeck est professeur d'économie politique à l'Université de Saint-Gall et à la Haute école spécialisée de Zurich-Winterthur (ZHW). Il est spécialisé dans l'économie de la formation, des transports et de la santé, sujet qu'il traite au travers de diverses études, expertises et séminaires de formation continue.

Urs Brügger dirige le Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (institut de l'économie de la santé de Winterthur, WIG) à la ZHW. Le WIG mène des projets de recherche et de conseil dans les domaines de l'économie de la santé (évaluations, health technology assessment) et de la gestion de la santé (Managed Care). Il propose également un cursus post-universitaire (Master of Advanced Studies in Managed Health Care) pour les cadres du secteur de la santé.

Informations sur Internet:
www.wig.ch