

Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse

Iva Bolgiani, Luca Crivelli et Gianfranco Domenighetti*

Bolgiani Iva : Politologue, elle est chargée de cours à l'Ecole des HEC de l'Université de Lausanne, au Département de Science Politique de l'Université de Genève et dans le cadre de la formation continue à l'Université de la Suisse Italienne. Elle est également collaboratrice scientifique au Service de la Santé Publique du Canton du Tessin (Suisse)

Crivelli Luca : Economiste, il est professeur au Département de Sciences sociales et de gestion d'entreprise de la Haute Ecole Spécialisée de la Suisse Italienne et directeur du programme de maîtrise en économie et gestion de la santé à l'Université de la Suisse Italienne.

Domenighetti Gianfranco : Economiste et sociologue, il est professeur invité à l'Ecole des HEC de l'Université de Lausanne et professeur titulaire à l'Université de la Suisse Italienne. Il est également directeur du Service de la Santé Publique du Canton du Tessin (Suisse)

Résumé

Le système suisse d'assurance maladie se situe à mi-chemin entre une assurance sociale et une assurance privée. L'assurance est obligatoire et gérée par une pluralité de caisses maladies privées sans but lucratif, qui sont formellement en concurrence et offrant un panier identique de prestations. La prime de l'assurance est indépendante du revenu et varie en fonction du canton de résidence de l'assuré et du risque moyen de la clientèle de l'assureur (*community rating*). Le modèle offre au citoyen-assuré une totale liberté de choix du fournisseur de prestations et de l'assureur à l'intérieur du canton de résidence. Les assureurs peuvent offrir des produits qui limitent la liberté de choix du fournisseur de soins moyennant un rabais sur le prix de l'assurance.

Un bilan sur le rôle régulateur de ce modèle complexe d'assurance qui représente un compromis entre mécanismes de marché et régulation étatique et soumis à un système de financement dégressif par rapport au revenu, montre que l'objectif de l'équité d'accès aux soins a été largement atteint contrairement à l'objectif de maîtrise de la croissance des coûts. Des réformes majeures du système sont en discussion au Parlement, mais leur succès risque d'être remis en question par les clivages entre les objectifs des principales parties prenantes (*stakeholders*) et par le fédéralisme et la démocratie directe qui caractérisent le paysage constitutionnel de la Suisse.

1. Introduction

En 2004 les coûts de la santé en Suisse ont dépassé le seuil psychologique de 50 milliards de frs. (51,7 milliards) ce qui correspond à 11.6% du PIB (OFS 2006). Avec une dépense sanitaire par habitant de 4055 PPP-\$¹ la Suisse est en tête au classement des pays européens quant aux ressources

* Iva Bolgiani : Politologue, Ecole des HEC de l'Université de Lausanne et Université de Genève

Luca Crivelli : Economiste, Université de la Suisse italienne et Haute Ecole Spécialisée de la Suisse Italienne

Gianfranco Domenighetti : Economiste et sociologue, Ecole des HEC de l'Université de Lausanne et Université de la Suisse Italienne

¹ PPP : parité de pouvoir d'achat en dollars

allouées au secteur des soins de santé et quant au taux de croissance de la dépense qui se situe parmi les plus élevés depuis le milieu des années quatre-vingt-dix (OFS 2005 : 44).

Au cœur du système sanitaire suisse se trouve un modèle d'assurance maladie qui se situe à mi-chemin entre une assurance sociale et une assurance privée. Bien que l'assurance soit obligatoire, elle est gérée par plusieurs caisses maladies privées sans but lucratif qui sont formellement en concurrence entre elles et offrent un panier identique de prestations à des prix (primes) qui varient en fonction du groupe d'assurés de chaque assureur à l'intérieur de chaque canton. Les éléments qui distinguent ce modèle d'une assurance publique sont notamment la prime indépendante du revenu et le fait que ces assureurs (dont l'activité est encadrée par le droit social) peuvent en même temps jouer sur l'assiette des assurances maladie complémentaires régies par le droit privé. Il n'est dès lors pas étonnant, comme nous le démontrerons ensuite, que la dynamique engendrée par ce modèle durant les dix dernières années n'ait pas été en mesure de contrecarrer d'une manière efficace la croissance des coûts de la santé. Une telle évolution pèse lourdement du point de vue social compte tenu du fait que le système de financement du secteur sanitaire suisse est parmi les plus inéquitables d'Europe. En effet, selon le concept d'équité verticale formulé par la Banque Mondiale, un système sanitaire devrait être considéré comme étant plus équitable verticalement lorsque les coûts sont financés de manière proportionnelle (ou progressive) aux revenus des citoyens. En Suisse, les deux tiers de la dépense de santé sont, au contraire, financés de manière indépendante du revenu, ce qui entraîne des charges financières de plus en plus insupportables pour une proportion croissante de la population (Bolgiani et al. 2003). L'organisation du secteur sanitaire suisse se caractérise d'ailleurs aussi par sa complexité, accentuée en plus par un fédéralisme exacerbé et par la démocratie directe qui rendent problématique toute réforme significative du système.

Cet article est structuré en quatre chapitres : le premier décrit, y compris dans une perspective historique, les grandes lignes du modèle suisse d'assurance maladie ; le deuxième chapitre tire un bilan du rôle régulateur de l'assurance maladie et de la concurrence entre assureurs, tandis que la troisième partie traite des réformes majeures du système en discussion au Parlement. La conclusion illustre les clivages à surmonter pour une réforme significative du modèle actuel, et esquisse le scénario « catastrophe » suite à une probable absence de réforme .

2. Le système d'assurance maladie issu de la loi de 1996

2.1. Le cadre politico-institutionnel : historique

Afin de mieux comprendre l'organisation du système sanitaire helvétique, il est utile de rappeler le cadre politique et institutionnel. La Suisse est un Etat fédéral fondé sur trois niveaux institutionnels la Confédération (Etat central), les cantons (N=26) et les communes (N=2740). A chaque niveau sont attribuées des fonctions et des compétences bien précises, financées par la fiscalité au niveau fédéral, cantonal et communal.² La répartition des compétences entre Confédération et cantons est définie par la Constitution fédérale, qui confère aux cantons une pleine souveraineté dans tous les domaines qui n'ont pas été explicitement attribués à la Confédération (principe de subsidiarité). La Constitution fédérale³ attribue explicitement à l'Etat central très peu de compétences dans le domaine sanitaire qui se réduisent à :

- l'organisation et la régulation de l'assurance maladie,
- la lutte contre les maladies transmissibles et la protection sanitaire,

² En fonction de l'attribution de la compétence, définie au niveau constitutionnel, à accomplir certaines fonctions, ces dernières sont financées à travers des impôts nationaux, cantonaux ou communaux (fédéralisme fiscal).

³ En 1999 la Constitution fédérale a été en partie révisée (<http://www.admin.ch/ch/i/rs/c101.html>).

- la réglementation de la médecine reproductive et de la génétique, la promotion de la recherche médicale
- et la définition des parcours d'études pour la plupart des professions de la santé.

Par conséquent ce sont les cantons qui ont *la compétence d'organiser et gérer l'offre de soins*. En raison de la souveraineté dont jouissent les 26 cantons dans ce secteur, on peut affirmer qu'en Suisse il y a 26 modèles différents quant à l'organisation, la planification et la gestion du secteur des soins. Ces modèles cantonaux sont toutefois liés entre eux, comme dans un système de vases communicants, par la loi fédérale sur l'assurance maladie.

La *première loi sur l'assurance maladie*, entrée en vigueur en 1911 et profondément ancrée dans la tradition du corporatisme et du secours mutuel (Muheim 2003), est restée pratiquement inchangée jusqu'à la moitié des années 1990. Les tentatives de modifier la loi ont été nombreuses, mais, en raison de la démocratie directe, plusieurs projets de réforme proposés par le Parlement et de nombreuses initiatives populaires ont été refusés par la majorité des citoyens. Il est toutefois important de souligner que, malgré ces nombreux échecs au niveau fédéral, plusieurs projets de réforme de l'organisation du système de soins au niveau cantonal ont été portés à leur terme avec succès, notamment dans la deuxième moitié des années 1970 et dans les années 1980.⁴ Ces changements ont contribué à accroître ultérieurement la diversité entre les systèmes cantonaux. Les différences quant à l'organisation du secteur, à la dépense par tête d'habitant, à l'offre (densité de cabinets médicaux pour 10'000 habitants et densité de lits), à l'utilisation des services et aux résultats (par exemple taux de mortalité évitable etc.) sont considérables.⁵

En 1996, après avoir surmonté (grâce à une très faible majorité) l'obstacle du vote populaire suite à un référendum, la *nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie* (LAMal) est entrée en vigueur. Elle a modifié radicalement le panorama sanitaire suisse. Selon le rapport du Gouvernement au Parlement, les trois principaux objectifs de la réforme étaient les suivants :

- renforcer la solidarité entre les assurés (objectif d'équité)
- introduire des mesures efficaces pour la maîtrise des coûts
- et promouvoir une concurrence équitale entre les assureurs maladie.

La LAMal a apporté des changements importants aussi sur le plan institutionnel car, sans modifier la Constitution, elle a transféré, par le biais d'une assurance sociale, des compétences des cantons vers l'Etat fédéral. En effet, au-delà d'un renforcement de la compétence traditionnelle de la Confédération de réglementer le secteur de l'assurance maladie et notamment l'activité des caisses, cette loi a également imposé aux cantons des principes organisationnels uniformes (tel que celui de la planification hospitalière) principes qui jusque là relevaient de la compétence des 26 entités cantonales. En résumé, la LAMal a ouvert la voie à une nouvelle répartition de compétences vers l'Etat central, mais cette *dévolution* n'a pas été accompagnée par une discussion transparente dans le contexte juridique approprié : c'est-à-dire celui de la réforme de la Constitution fédérale (Crivelli et Filippini 2003). Il faut aussi souligner que ce transfert de compétences n'a pas été accompagné par une nouvelle redistribution des dépenses. L'Etat fédéral continue à financer directement seulement 0.3% de la dépense sanitaire publique (et environ 15-20% si l'on considère aussi les aides à la réduction des primes de l'assurance maladie pour les revenus modestes).

2.2. Les grands principes d'organisation

Le système suisse d'assurance maladie se situe à mi-chemin entre une assurance sociale et une assurance privée (Crivelli, 2004a) :

⁴ Un panorama de ces expériences cantonales est présenté par Zweifel (1988) et approfondi par Bolgiani (2002).

⁵ Pour plus de détails sur les déterminants de cette variabilité régionale de la dépense sanitaire par habitant voir Crivelli et al. (2006).

- L'assurance maladie, tout en étant obligatoire⁶, est gérée par une pluralité de compagnies privées qui répondent aux critères fixés par la loi (caisses maladie⁷), et qui sont formellement en compétition.
- Les principales caractéristiques de l'assurance maladie (assurance maladie "de base" ou assurance maladie "sociale") sont :
 - l'affiliation individuelle (chaque membre d'une famille doit conclure un contrat d'assurance et payer la prime respective);
 - l'accès universel à un panier de prestations de base défini par l'Etat central (Confédération) (cf encadré)⁸,
 - le droit de changer d'assureur chaque année,
 - un contrat d'assurance uniforme.

Paniers de biens de l'assurance maladie

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Ces prestations comprennent :

- (a) les examens ;
- (b) traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au cabinet ou au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier, dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, ou par des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- (c) les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin;
- (d) une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- (e) les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- (f) le séjour en division commune d'un hôpital;
- (g) le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- (h) une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage.

Les prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire doivent, selon la loi, être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

En particulier l'assureur a l'obligation de reconnaître tous les fournisseurs de prestations autorisés à exercer leur activité dans le canton de domicile de l'assuré, et, en cas d'urgence médicale ou de nécessité médicale, également ceux actifs dans d'autres cantons. Il est important de préciser que l'activité médicale en Suisse est exercée par des professionnels en pratique libre, qui œuvrent dans des cabinets privés et qui sont rémunérés à l'acte (*fee-for-service*). Le contrat individuel d'assurance définit le montant du risque économique qui reste à la charge du patient, à savoir : une franchise annuelle (de 200 euros) et, pour la part excédant la franchise, une participation aux coûts de 10%, jusqu'à un seuil maximal de 460 euros par année. Le seul élément qui diversifie une caisse maladie d'une autre est le prix de l'assurance de base (prime demandée à l'assuré) et la qualité du service administratif offert (temps de remboursement, assistance téléphonique, etc.).

- Les primes de l'assurance maladie sont calculées de manière indépendante du revenu, du patrimoine et du risque sanitaire individuel des assurés. Chaque caisse maladie est tenue de

⁶ Au niveau fédéral, l'obligation de s'assurer est entrée en vigueur en 1996.

⁷ En 2004 les compagnies qui intervenaient dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire étaient 92.

définir un prix unique (*community rating*) applicable à tous les assurés adultes d'une région déterminée (les tarifs peuvent, en effet, être différentes chez le même assureur dans chacun des 26 cantons). Les assureurs ont la possibilité d'offrir un rabais sur les primes aux jeunes adultes (19-25 ans) et doivent le faire pour les enfants (jusqu'à 18 ans). Enfin, il est important de rappeler que l'autonomie des assureurs dans la définition des primes est limitée car les primes doivent être approuvées par la Confédération qui a aussi un droit de regard sur l'activité des caisses maladie.

- Afin de corriger l'impact social de primes individuelles et indépendantes du revenu, l'Etat intervient en allouant des subventions pour le paiement de la prime aux citoyens et aux familles ayant un revenu modeste. Le financement de ces subsides est assuré par la fiscalité générale et l'organisation de sa distribution est de la compétence des cantons qui définissent aussi les limites de revenu et de fortune qui donnent droit à l'aide publique. En 2004 le montant total des subventions allouées aux citoyens de condition économique modeste était équivalent à environ un cinquième des primes totales encaissées.
- Une partie des prestations sont financées conjointement par l'assurance maladie sociale et par l'Etat, à travers la fiscalité générale. En particulier, une participation des cantons et des communes est versée pour le financement des structures publiques ou d'intérêt public⁹, notamment hospitalières. Aux cantons revient la compétence de définir l'offre hospitalière, en attribuant des mandats de prestations aux différentes catégories d'hôpitaux (publics, privés à but lucratif ou sans but lucratif). L'assurance maladie sociale couvre uniquement les prestations fournies par les institutions incluses dans la planification cantonale.
- En 1993, afin d'équilibrer le portefeuille des risques entre les différentes compagnies d'assurance, un fonds de compensation entre caisses a été créé. Il impose une réallocation des ressources entre les assureurs maladie sur la base de la composition par âge et par sexe de la clientèle d'une caisse donnée par rapport au profil de la population générale de la Suisse.
- Dans le cadre du contrat « classique » d'assurance le citoyen a le libre choix du fournisseur de prestations à l'intérieur de chaque canton. La loi autorise toutefois les assureurs à offrir des formes particulières d'assurance qui limitent la liberté de choix : *Health Maintenance Organisation (HMO)*, *Preferred Provider Organizations (PPO)*, *Independent practice associations (IPA)*, à savoir des réseaux de médecins de famille. En échange d'un rabais sur la prime de base, les assurés qui le désirent (ou qui sont poussés vers ce choix par le fait qu'ils ne peuvent assumer financièrement la prime) peuvent donc renoncer à la forme « classique » et choisir un contrat d'assurance de type *managed care*. Actuellement, en particulier dans les cantons latins, seulement une petite minorité de citoyens a opté pour une limitation de la liberté de choix.
- A partir de 1996, les caisses maladie ont été autorisées à exercer aussi dans le secteur des assurances complémentaires à but lucratif (qui relèvent du droit privé). Cette possibilité donnée aux assureurs "sociaux" d'offrir également des contrats de droit privé, donc soumis aux règles du marché, pose des problèmes majeurs au niveau de la mobilité des patients (influence la « concurrence ») et de la sélection des risques (notamment pour ceux qui ont ou qui désirent acheter une assurance complémentaire).

⁹ Ce montant doit représenter au moins le 50% des coûts d'exploitation et la totalité des coûts d'investissement.

3 Le rôle régulateur de l'assurance maladie

3.1 L'idée de managed competition

A la différence d'autres pays, qui ont opté pour une assurance maladie publique, la Suisse a décidé d'instaurer un système d'assurance maladie social caractérisé par la concurrence entre institutions privées (caisses maladie) sans but lucratif. En 1996, lors de l'adoption de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, le législateur helvétique s'est inspiré du modèle de la *managed competition*¹⁰ déjà adopté par d'autres pays européens, tels que les Pays-Bas. Ce modèle est fondé sur le postulat que les règles du libre marché ne fonctionnent pas de manière parfaite (voire adéquate) dans le secteur des soins¹¹ ; par conséquent une voie alternative pour promouvoir la compétition dans le système est le "déplacement" du jeu de la concurrence du côté du consommateur (patient) à celui de l'assureur maladie. Il est ainsi demandé au citoyen de choisir un assureur, en laissant ensuite à ce dernier la responsabilité d'exercer une pression concurrentielle sur les médecins et les hôpitaux par la conclusion de contrats.

En Suisse, une des réformes majeures de la loi sur l'assurance maladie entrée en vigueur en 1996 (LAMal) a été la définition d'un contrat d'assurance et d'un panier de prestations uniforme au niveau national ainsi que le droit pour les assurés de changer d'assureur. Ces modifications avaient pour objectif de faciliter le choix et de promouvoir la mobilité des assurés. A travers cette modification législative la concurrence entre caisses maladie n'aurait pu s'effectuer que sur la base de la qualité des services administratifs offerts (temps de remboursement des factures, assistance à la clientèle) et sur le prix de l'assurance. De plus, selon les souhaits du législateur, la possibilité donnée aux assureurs de proposer des modèles alternatifs d'assurance (du type *managed care*) aurait dû jouer un rôle important au niveau concurrentiel. Ces derniers types de contrats, tout en remboursant le même panier de prestations, auraient dû contribuer à la maîtrise des coûts des soins (et donc à contenir l'augmentation de la prime d'assurance) à travers des instruments tels que la liberté de contracter avec seulement une partie des fournisseurs de soins (*selective contracting*), la limitation du choix du médecin (*gatekeeping*), l'utilisation de directives (*guidelines*), l'introduction d'un système *bonus-malus* et par d'autres instruments de gestion. Cette réforme de la loi était donc fondée sur l'hypothèse que les assurés suisses seraient devenus, au fil des années, plus attentifs et sensibles aux différences de primes (donc plus mobiles), ce qui aurait incité les assureurs à investir plus de ressources dans le développement et la diffusion de ces nouveaux produits d'assurance afin d'acquérir de nouveaux clients.

3-2 La structure du marché

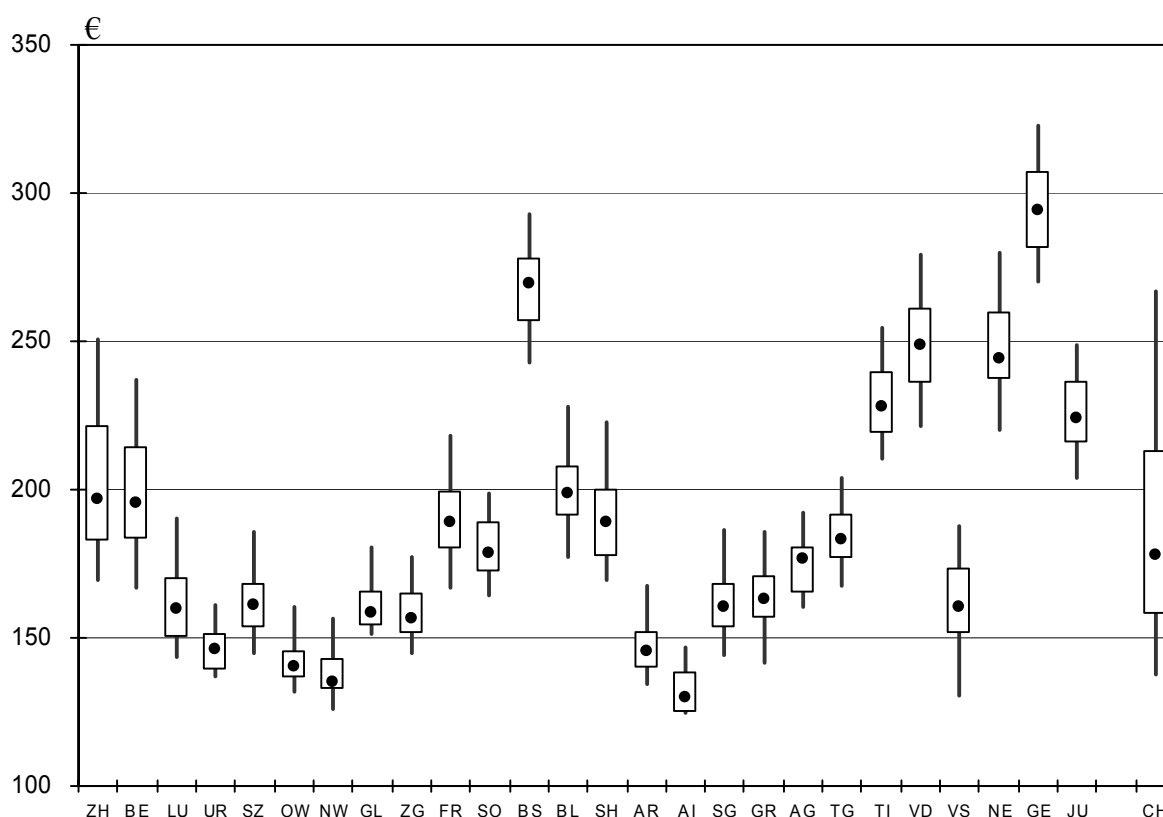
En réalité, la mobilité des assurés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire a été et reste encore aujourd'hui plutôt limitée. Cela met en évidence une faible élasticité de la demande par rapport au prix de l'assurance maladie. La **figure 1** montre, pour les 26 cantons, la variabilité du prix de la prime mensuelle pour les différents assureurs en 2006. Si l'on considère par exemple le canton de Zürich (ZH), la prime mensuelle minimale pour l'assurance obligatoire des adultes était d'environ 160 euros chez l'assureur le moins cher et de 250 euros chez le plus coûteux (valeur moyenne 195 euros). Malgré ces différences de primes (pour accéder à un panier de biens identique), seulement 2,7% des assurés ont changé de caisse entre 2005 et 2006. Ce pourcentage est inférieur à celui des deux années précédentes.¹²

¹⁰ Ce concept définit les mécanismes de régulation concurrentielle encadrée proposés pour la première fois par Enthoven (1993 et 2003).

¹¹ Pour des problèmes liés à l'asymétrie d'information, la demande n'est pas en mesure de "gérer" de manière adéquate l'offre, qui, en définitive, jouit d'un grand pouvoir discrétionnaire. Voir Maynard (2005), chapitres 13 et 14.

¹² Cfr. Etude Comparis (www.comparis.ch).

Figure 1: Primes mensuelles de l'assurance maladie obligatoire (LAMal) en euros : différences entre les assureurs en 2006 (26 cantons et Suisse entière)



Source: Office fédéral de la santé publique, 2006.

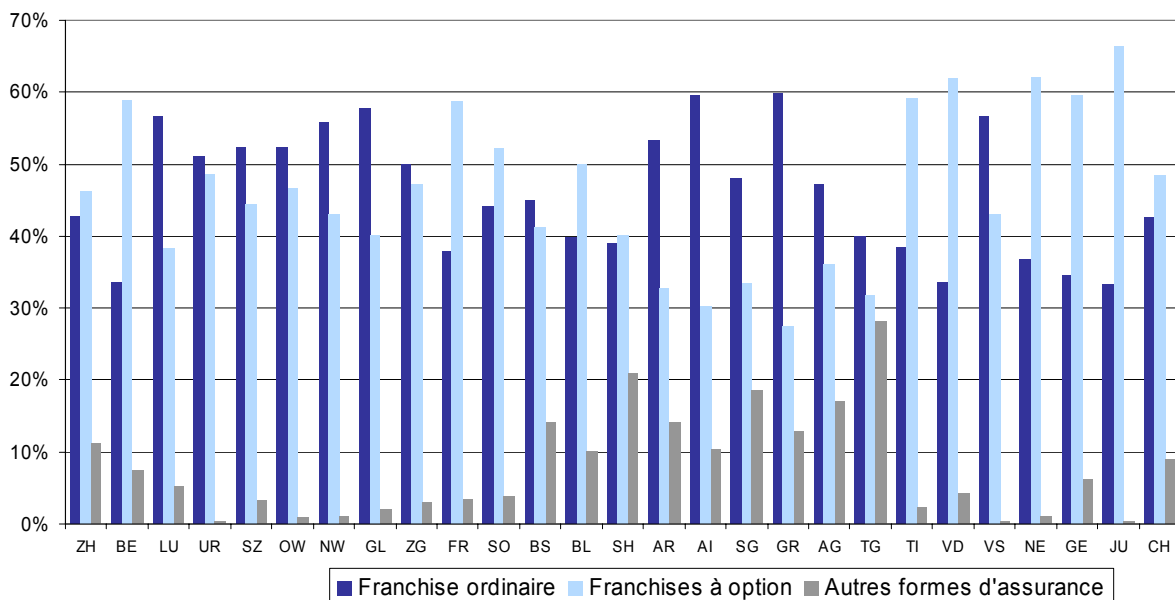
Le constat est que la majorité des assurés reste fidèle à sa caisse même si la prime est de 50% supérieure à l'offre la plus économique. Ceci signifie que les coûts d'information et de transaction sont encore très élevés pour l'assuré. En effet, ce dernier n'est pas toujours en mesure de prendre des décisions optimales sur un bien techniquement complexe tel que le contrat d'assurance. De plus, un autre facteur complique la donne : comme indiqué dans le paragraphe précédent, les assureurs peuvent proposer, à côté de l'assurance de base, des contrats d'assurance complémentaire, soumis au droit privé. Pour ces produits, la mobilité des clients est limitée en raison du fait que, pour la souscription de ce type de contrat, l'assureur peut demander un examen médical et utiliser ces informations pour le calcul de la prime et pour l'introduction, dans le contrat, de limitations de couverture.

L'élasticité réduite de la demande par rapport au prix de l'assurance maladie n'a guère contribué à la diffusion et à la promotion des produits d'assurance innovants" fondés sur les modèles de *managed care*. Après un enthousiasme initial¹³, on a enregistré une période de stagnation. Les assureurs eux-mêmes sont en partie responsables de ce phénomène. En effet, ils ont retiré du marché des produits de type *managed care*, car ils ne garantissaient pas les économies de coût attendues. En 2001, tout juste 8% des assurés avaient opté pour une forme d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (Moser 2004).

¹³ Entre 1996 et 1998 l'adhésion à des modèles alternatifs d'assurance a quadruplé.

C'est seulement à partir de 2004 que nous assistons de nouveau à une augmentation de la popularité de ces modèles de *managed care* (+24% entre 2003 et 2004). En effet, l'on constate qu'au lieu de changer de caisse maladie, un nombre croissant d'assurés, dans le but de contenir l'augmentation de la prime de la forme « classique » d'assurance, optent pour ces modèles alternatifs. La différence entre cantons est toutefois particulièrement importante (voir figure 2 notamment "Autres formes d'assurance"). Dans quelques cantons, 20 à 30% des assurés ont choisi de limiter la liberté de choix du médecins, tandis que dans d'autres cantons ce pourcentage est inférieur à 5% de la population. Il est enfin important de souligner que lors des 10 dernières années on a assisté à d'importants processus de fusion et d'acquisition sur le marché de l'assurance maladie. En 1995, les caisses maladies qui intervenaient sur le marché de l'assurance maladie de base étaient encore 166 ; 10 ans plus tard, en 2004, leur nombre est descendu à 92 (-45%). De plus, certaines de ces caisses ont été réunies en holding. Bien que les indices de concentration (G4 et G8) soient restés plus ou moins stables (47% et 67% en 1996, 47% et 70% en 2004), le classement des assureurs maladie (en ce qui concerne le quote-part de marché) a subi d'importants changements.¹⁴

Figure 2: Diffusion des modèles alternatifs d'assurance dans les 26 cantons (2004)



Source: Office fédéral de la santé publique, 2006.

3.3 L'impact de la concurrence entre assureurs maladie

Du point de vue économique, une couverture d'assurance est considérée comme étant socialement utile si elle permet le transfert d'un risque non désiré par l'individu (les conséquences financières de la maladie) à une institution sans pour autant modifier les comportements et les choix des différents acteurs (effets d'aléa moral - Geoffard 2004). La concurrence entre assureurs est par contre avantageuse si :

- elle incite à minimiser les frais administratifs ;

¹⁴ La deuxième plus importante caisse maladie en 1996 a renoncé à son activité dans certains cantons en perdant ainsi 55% des assurés, tandis que la troisième plus importante actuellement (une holding avec 725'000 affiliés en 2005) comptait en 1996 uniquement 50000 assurés.

- elle permet une meilleure gestion de l'aléa moral (à travers un contrôle plus efficace de l'adéquation des soins fournis et des coûts engendrés) par rapport à la situation d'un seul assureur;
- elle permet de mieux prendre en considération les préférences des citoyens à travers l'innovation et la différenciation des couvertures et des services offerts (service à la clientèle, innovation des produits).

Si par contre la mobilité des assurés d'une caisse à une autre (et la compétition qui favorise ces changements) n'a aucune influence sur au moins une de ces trois dimensions, la conclusion sera que, pour la société, il s'agit d'un "jeu à somme nulle" (ou à somme négative, dans le cas où les frais de marketing et les instruments utilisés pour la sélection des risques rendraient la concurrence plus coûteuse).

En Suisse, aucune étude scientifique sérieuse n'a jamais évalué l'impact de la concurrence entre assureurs sur la base des trois dimensions mentionnées ci-dessus. Actuellement, la connaissance de cet impact reste donc partielle.

- Frais administratif

En 2002, une analyse intermédiaire sur l'efficacité des caisses maladie suisses (Sheldon 2002), réalisée avec la méthode Data Envelopment Analysis, a quantifié le taux d'inefficacité des assureurs autour de 20%. Ce résultat a été l'objet de plusieurs critiques, même d'ordre méthodologique, et l'étude n'a jamais été portée à son terme.

- Gestion de l'aléa moral par l'innovation

Des informations sont disponibles sur la valeur économique engendrée par l'introduction des nouveaux modèles d'assurance. Lehmann et Zweifel (2004) ont essayé de séparer les différentiels de dépense pour la clientèle affiliée aux trois formes les plus répandues de *managed care* (HMO, PPO, IPA) par rapport à la dépense engendrée par la clientèle qui a choisi le contrat traditionnel. Ces auteurs ont établi une distinction entre l'effet attribuable à la sélection des risques et celui dû à l'innovation du produit. Globalement, on a observé des coûts de 62% inférieurs à la moyenne dans les HMO, de 39% inférieurs dans les PPO et de 34% dans les IPA. Les changements introduits dans les contrats ont déterminé 2/3 des économies enregistrées par les HMO, la moitié de celles des PPO et seulement 1/3 des économies réalisées par les IPA. La réduction de la dépense engendrée par les trois formes alternatives de *managed care* représente donc une "vraie économie" en raison du fait qu'elle ne peut pas être attribuée uniquement à la sélection des risques.

- Qualité du service à la clientèle

Du point de vue théorique, la concurrence entre les caisses maladie pourrait déterminer une réduction de la qualité du service à la clientèle. Les personnes qui sont en mesure d'apprécier le fonctionnement des procédures administratives (par exemple remboursement rapide des factures) sont les patients chroniques qui représentent pour l'assureur des mauvais risques. Par contre, les bons risques qui recourent moins souvent aux services administratifs des caisses, ont plus de difficultés à évaluer la qualité du service offert. La concurrence pour acquérir les bons risques pourrait ainsi amener les assureurs à adopter des stratégies visant à l'abaissement de la qualité des services d'assistance à la clientèle. De plus, si, de par la concurrence, les ressources destinées à l'administration devaient se raréfier, il pourrait être plus avantageux pour une caisse d'investir dans la sélection des risques au lieu de promouvoir un meilleur contrôle (toujours coûteux) des factures.

- Sélection des risques

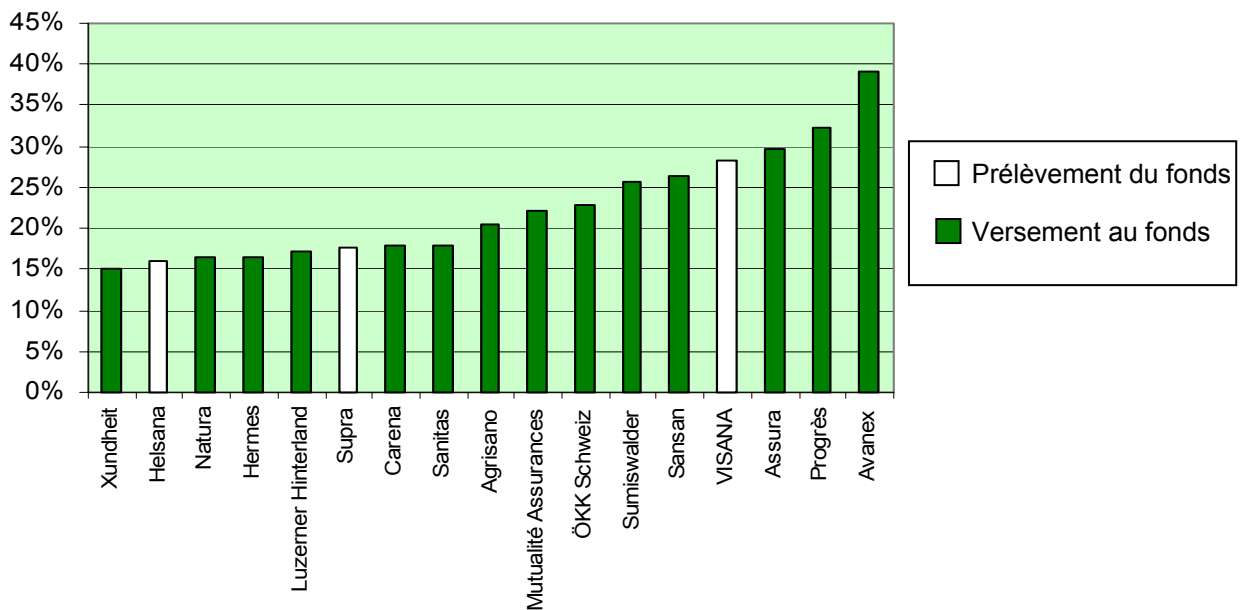
Si les avantages de la concurrence ne sont pas encore confirmés par des études empiriques solides, par contre la sélection des risques est prouvée. Pour limiter ce phénomène, le législateur

a prévu un système de compensation entre les caisses maladie fondé sur la distribution par âge et par sexe des adhérents à chaque caisse. Le rôle de ce système est essentiel, car il est difficile de supposer qu'une distribution homogène des risques (âge et sexe) entre assureurs puisse se consolider de manière naturelle à travers la mobilité des assurés. En effet, les personnes âgées et malades se distinguent par une mobilité insuffisante, tandis que les bons risques sont plus sensibles aux propositions de changement d'assureur. Les caisses qui disposent historiquement d'un nombre important de mauvais risques sont destinées à en assumer les coûts jusqu'au décès de l'assuré. Pour contrecarrer ce risque, ces assureurs sont incités à créer des holdings qui regroupent plusieurs caisses maladies, certaines d'entre elles visant à attirer seulement une clientèle jeune et en bonne santé¹⁵.

L'importance de la contribution des caisses au fonds de compensation des risques est mise en évidence à la figure 3. Pour trois assureurs (histogrammes blancs dans la figure 3) le montant versé au fonds de compensation est supérieur au 30% des recettes totales, tandis que pour une dizaine d'assureurs (histogrammes noirs) la contribution reçue du fonds va de 15 à 25% des recettes. A partir de 1996, le montant des compensations est en constante augmentation, avec une progression moyenne annuelle de 10%. En 2004, 1,1 milliard de francs ont été redistribués entre les assureurs, somme qui équivaut à 6,75% des prestations nettes à la charge de l'assurance maladie. Durant ces dernières années, on observe une diminution du nombre d'assureurs qui reçoivent une contribution de la part du fonds de compensation des risques. Ces derniers sont passés de 100 en 1995 à 23 en 2003, tandis que le nombre de caisses qui contribuent au fonds est resté plus ou moins constant (67 en 1995, 70 en 2003). A partir de ce constat, il paraît légitime de supposer que les caisses destinées à disparaître ou à être absorbées se distinguent par une composition désavantageuse de leur portefeuille d'assurés ce qui va inciter le management de ces institutions à mettre en œuvre des stratégies visant à sélectionner les risques.

¹⁵ En Suisse les 3 groupes d'assurance plus importants (Helsana, CSS et Groupe Mutuel) ont constitué à leur propre intérieur des nouvelles caisses maladie (Arcosana, Sansan, Avanex, par exemple) qui offrent des primes inférieures destinées à attirer des bons risques. Parfois l'adhésion doit être faite par internet, ce qui pose des problèmes aux personnes âgées (mauvais risques)

Figure 3: Contributions nettes pour la compensation des risques en % des recettes totales (2004)



Source: Office fédéral de la santé publique, 2006.

De manière formelle, la loi helvétique n'autorise pas la sélection des risques. Les caisses, dans le cadre de l'assurance obligatoire, sont tenues d'accepter chaque client sans poser des conditions. La loi interdit dans l'assurance de base toute méthode (même classique) visant à inciter les bons risques à choisir certaines couvertures d'assurance (contenu des contrats, récolte d'informations sur les profils de risque au moment de la conclusion de contrats, calcul dynamique des primes). Toutefois, le caractère ambivalent des relations contractuelles avec l'assureur maladie (qui offre, parallèlement à l'assurance de base des couvertures complémentaires privés, dans un marché moins réglementé), pose aux assurés des difficultés supplémentaires pour comprendre la distinction entre les deux types de contrats. Si, dans la perception des assurés, les deux types de contrat ne peuvent pas être clairement séparés, le contenu des complémentaires peut influencer le choix de l'assurance de base. Ces dernières années, les assureurs maladie ont affiné leurs techniques de sélection des risques. En effet, ces pratiques doivent être effectuées de manière subtile par des campagnes ciblées de marketing visant les bons risques (essentiellement les jeunes, les sportifs, les utilisateurs d'internet etc.) ou bien en offrant des paquets d'assurances complémentaires intéressants pour les personnes en bonne santé (qui prévoient, par exemple, le remboursement d'abonnement de fitness), ou encore par le paiement de bonus à des professionnels de la santé (pharmaciens, médecins de famille, etc.) dont le mandat est de convaincre les mauvais risques des avantages (inexistants) qu'ils pourraient obtenir s'ils vont changer de caisse.

Un moyen supplémentaire pour sélectionner les risques est donné par la liberté dont dispose l'assuré de définir lui-même le montant du risque économique à ne pas transférer à l'assureur et ceci en échange d'un rabais sur la prime (franchises à option - cf figure 2). Le choix du montant de la franchise, considérée par le législateur comme un instrument en mesure de limiter le phénomène du *moral hazard* et à augmenter la responsabilisation individuelle, est associé à un processus évident de segmentation des assurés et une auto-sélection du risque. Geoffard et al (2006) constatent que les assurés qui ont choisi la franchise minimale ont un taux de mortalité de 200% supérieur à ceux qui ont choisi une franchise à option moyenne. Par contre, les assurés

ayant choisi une franchise à option élevée présentent, après avoir standardisé les données par âge et sexe, un taux de mortalité inférieur de 30% à ceux qui ont choisi un niveau moyen de franchise. Ce résultat démontre qu'à travers les réductions (rabais) de primes associées aux franchises à option les bons risques peuvent se soustraire partiellement à leur contribution de solidarité envers les mauvais risques.

Malheureusement le mécanisme actuel de compensation des risques ne semble pas être en mesure, dans sa forme actuelle, de dissuader ces pratiques de sélection, ce qui est reconnu par la majorité des experts (Beck 2004, Holly et al. 2004, Spycher et al 2004) qui ont proposés des modèles alternatifs d'amélioration de la formule actuelle.

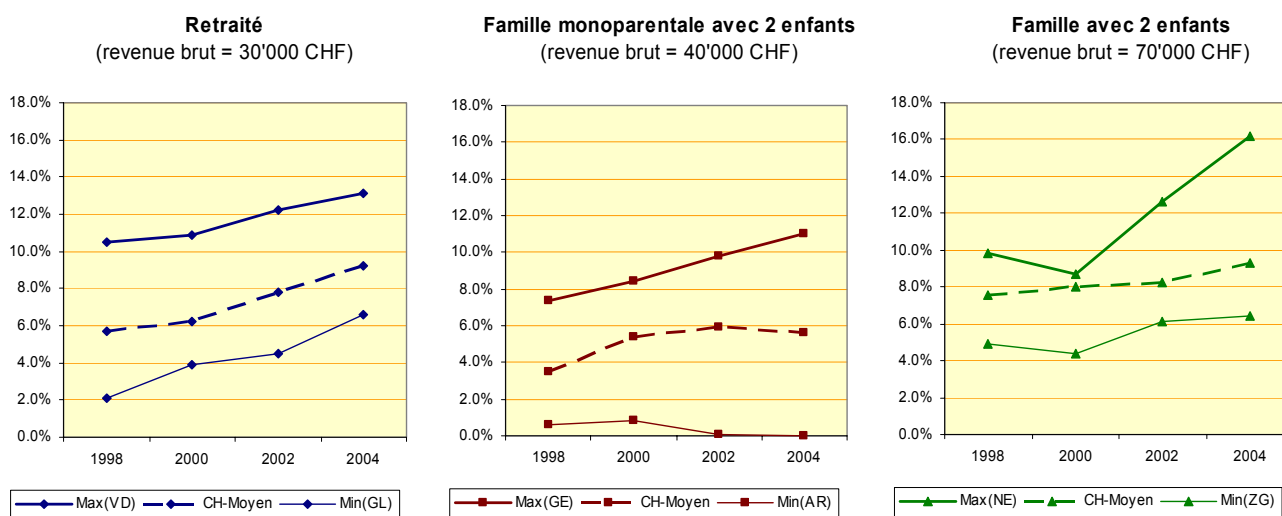
3.4 Équité verticale et territoriale d'une prime à taux unique

Afin de corriger l'iniquité verticale de financement due au taux unique de la prime (*community rating*) depuis 1996 la Confédération et les cantons financent conjointement un programme d'aides dont l'objectif est de réduire, de manière ciblée, la charge économique de la prime pour les ménages à revenu modeste. Les principaux problèmes du mécanisme de réduction des primes sont les suivants :

- Lors des dernières années les fonds mis à disposition de ce programme par la Confédération (deux tiers) et les cantons (un tiers) ont augmenté d'un taux inférieur à celui de l'évolution des coûts de l'assurance maladie (donc de la prime), ce qui n'a pas permis de compenser le renchérissement. Au fil des années, la charge représentée par la prime de l'assurance maladie est devenue de plus en plus économiquement insupportable pour une proportion croissante d'individus et de ménages (Bolgiani et al. 2003). En 1991, le Gouvernement fédéral avait évoqué un engagement politique clair : maintenir le poids de la prime au-dessous du seuil de 8% du revenu imposable des familles. Aujourd'hui cet engagement est loin d'être respecté dans plusieurs cantons et pour une proportion importante de ménages à revenu modeste.
- En respectant les compétences attribuées par la Constitution, les subventions sont administrées et distribuées par les instances cantonales compétentes, selon des modalités qui diffèrent d'un canton à l'autre. Ces modalités sont toutefois à la base d'importantes inégalités : en effet, pour une même typologie de ménage, la charge de la prime d'assurance maladie obligatoire sur le revenu peut varier significativement en fonction du canton de domicile, ce qui porte atteinte aux principes d'équité territoriale et de citoyenneté sociale.

L'importance de ce problème est mise en évidence à la Figure 4, qui montre la variabilité dans le temps et entre les cantons de l'incidence de la prime (après avoir déduit les subventions) sur les revenus disponibles de différentes typologies de ménages.

Figure 4: Evolution des primes nettes en % du revenu disponible pour 3 typologies de ménages dans les cantons ayant une incidence des primes minimale et maximale (1998-2004)



Source: Balthasar et al. 2003, 2005

L'obligation de payer une prime indépendante du revenu, bien que corrigée partiellement par des aides ciblées, correspond de fait pour la grande majorité de la population à une taxation dégressive. Cette situation est la cause d'un malaise social croissant qui frappe aussi une partie de la classe moyenne et qui a favorisé, au niveau politique, la promotion d'une série d'initiatives visant à régler de manière plus rigoureuse le mécanisme d'attribution des subventions. Un objectif explicite d'équité verticale au niveau national a été proposé ainsi qu'une réelle convergence des mécanismes appliqués au niveau cantonal. Toutefois, le processus politique s'est révélé long et tourmenté. Le premier projet de réforme, qui prévoyait l'introduction d'un seuil maximal d'incidence sur le revenu de 8%, a échoué en 2001 (Crivelli 2003) ; le deuxième projet, encore plus ambitieux du point de vue de l'équité¹⁶, a fait « naufrage » en décembre 2003. Toutefois ce dernier a été proposé à nouveau par le gouvernement fédéral en 2004 mais significativement modifié, voire redimensionné, par le Parlement. Le texte législatif final, approuvé en mars 2005, a donc été affaibli du point de vue social et ne contient plus aucune incitation ou contrainte visant une meilleure équité territoriale. L'histoire de cette réforme est riche en enseignements : dans une époque caractérisée par une crise structurelle des finances publiques et par une croissance continue des coûts de la santé, il est difficile de promouvoir *a posteriori* l'équité verticale et l'équité territoriale dans le financement du système sanitaire. L'échec des réformes en Suisse démontre la difficulté de mettre à disposition des ressources fiscales suffisantes pour garantir, dans le temps, l'efficacité d'un système de transferts ciblés vers les familles à revenu modeste. Le fédéralisme représente, dans cette perspective, un facteur de difficulté supplémentaire.

¹⁶ En résumé, on prévoyait un échelonnement de l'incidence de la prime selon le niveau du revenu et compte tenu de la typologie du ménage (avec ou sans enfants), d'un minimum de 2 à un maximum de 12% du revenu.

4 Perspectives du système d'assurance maladie en Suisse

4.1 Le contexte actuel des réformes

Le système d'assurance maladie suisse est l'objet de plusieurs propositions de réforme en discussion au Parlement Fédéral. La finalité principale est, selon le Gouvernement (Rapport du Conseil fédéral 2004 – stratégie et thèmes urgents), la maîtrise des coûts. En effet, depuis l'entrée en vigueur en 1996 de la LAMal, cet objectif demeure celui dont les résultats sont les moins satisfaisants, voire nuls. Ceci est dû principalement au faible effet produit par les instruments qui visaient à favoriser une plus grande concurrence sur le marché de l'assurance (libre passage entre les caisses, autorisation à proposer de nouveaux modèles d'assurance de type *managed care*, etc.) dans un contexte réglementé et peu flexible (planification hospitalière, *community rating*, obligation de contracter avec tous les fournisseurs de prestations, panier de prestations obligatoires, prix des prestations aménagés, etc.). De plus, la complexité du système et l'intérêt souvent divergent des différents acteurs (fournisseurs de soins, agents payeurs, assureurs, patients-assurés-citoyens¹⁷), n'ont pas permis d'obtenir les résultats espérés au départ quant à la maîtrise de la croissance de la dépense sanitaire.

Après le rejet en 2003 par le Parlement d'une des plus importantes révisions de la LAMal, qui visait une modification globale du système en vigueur, le Gouvernement a décidé en 2004 de relancer le processus de réforme. Les propositions, bien qu'elles s'inscrivent dans une stratégie uniforme (la maîtrise des coûts à travers un renforcement de la concurrence et de la responsabilité individuelle), n'ont pas été présentées dans un seul et unique projet de loi, mais divisées en plusieurs paquets législatifs distincts afin d'éviter un rejet global des propositions par le Parlement ou, en cas de referendum, par le peuple¹⁸.

L'objectif principal de la maîtrise des coûts se traduit par une série de propositions qui visent en particulier la demande, dans le but :

- d'inciter les citoyens à choisir les modèles d'assurance alternatifs, type *managed care*, par l'introduction de conditions cadre favorisant la création de réseaux de soins intégrés;
- de sensibiliser les patients (assurés) au facteur « coût » (augmentation des franchises et de la participation aux coûts) ;
- d'influencer le choix de la caisse maladie non seulement sur la base du prix de l'assurance, mais également sur la base de la qualité des soins et ceci par la suppression de l'obligation pour les caisses maladie de contracter avec tous les fournisseurs de prestations autorisés;
- de réformer le mécanisme de financement des hôpitaux afin d'augmenter le choix pour les citoyens et la concurrence entre secteur public et privé ;
- de transférer à l'individu une partie des conséquences financières liées au vieillissement de la population en supprimant la couverture obligatoire pour une partie des services de soins délivrés dans les établissements médico-sociaux (EMS) et à domicile.

¹⁷ Les fournisseurs de prestations peuvent mettre en œuvre des pratiques d'"écrémage" et d'induction de la demande, favorisées aussi par le mode de paiement (à l'acte ou par journée d'hospitalisation). Les agents payeurs disposent de moyens incitatifs pour que soient adoptées des méthodes de *cost shifting* qui peuvent avoir des répercussions en termes de transferts de ressources financières entre financeurs (Etat-caisses maladie) et entre secteurs (hospitalier-ambulatoire). Les assureurs peuvent appliquer des pratiques de sélection des risques et enfin les patients-assurés-citoyens peuvent également être à la base du phénomène d'induction de l'offre.

¹⁸ Rappelons que le peuple suisse peut intervenir à la fin du processus législatif à travers l'instrument du référendum (dépôt de 50'000 signatures dans les 100 jours qui suivent la publication d'une loi). Les référendums peuvent ainsi être considérés comme une forme de « veto » de la part de la population en bloquant l'adoption de lois ou modifications législatives promulguées par le Parlement ou le Gouvernement. En raison de la forte opposition de certains groupes d'intérêt (médecins, patients par exemple) apparues lors de la 2^e révision de la LAMal, le Conseil fédéral a donc considéré plus opportun de subdiviser les réformes en différents paquets législatifs.

Ces réformes touchent donc essentiellement la demande de soins par une action directe (augmentation de la participation aux coûts et financement partiel des soins) ou indirecte sur les assurés, en renforçant le rôle de l'assureur en tant qu'acteur en mesure d'exercer une pression concurrentielle sur les fournisseurs de soins. L'assuré devra donc être en mesure d'opérer des choix parmi les différents paquets d'assurance qui seront proposés par les caisses.

4.2 Description et contenu de deux projets de réforme en cours

Le but de ce chapitre est de mieux détailler le contenu de deux propositions de réforme en soulignant l'effet attendu par le législateur sur la demande de soins.

4.2.1 Impact direct sur la demande : exemple de la réforme du financement des soins

Le projet de loi concernant la nouvelle réglementation du financement des soins de longue durée a fait, pour la première fois, une distinction entre soins thérapeutiques et soins de base (cf. Message du Conseil Fédéral 2005). Le législateur partait du principe que seuls les soins qui poursuivent un but thérapeutique et qui ont donc un caractère médical devraient être financés intégralement par l'assurance de base. Quant aux soins complémentaires délivrés par exemple à des personnes âgées dans les EMS ou à domicile et comprenant des actes tels que aider le patient à s'habiller, lui faire faire des exercices physiques, le mobiliser ou prévenir les escarres, les assureurs maladie devraient verser uniquement une contribution partielle aux coûts. En raison du fait que la distinction mentionnée ci-dessus est difficilement applicable en pratique, les partenaires sont en train de négocier un compromis envisageant une couverture seulement partielle de l'ensemble des soins de longue durée par l'assurance maladie.

Cette proposition aurait en tout cas des conséquences directes sur la prise en charge des patients. Au-delà de la séparation incertaine entre soins de base et thérapeutiques, l'on peut supposer que ceux qui seraient surtout touchés par cette nouvelle décision seraient les personnes âgées et les plus démunies, qui seraient ainsi plongées dans l'incertitude au sujet du remboursement d'une partie des prestations.¹⁹

4.2.2. Impact indirect sur la demande : exemple de la suppression de l'obligation de contracter avec tous les prestataires

Aujourd'hui l'"obligation de contracter" impose aux assureurs maladie de conclure des conventions avec *tous* les fournisseurs de prestations autorisés. Ces conventions autorisent les fournisseurs à facturer à la charge de l'assurance maladie toute prestation pour autant qu'elle figure dans le catalogue des prestations. L'obligation de contracter, ainsi que le remboursement à l'acte des prestations ambulatoires, constituent des obstacles à la maîtrise des coûts et représentent des incitations à augmenter la capacité productive comme d'ailleurs un contexte favorable à l'induction de la demande par l'offre et vice-versa. Dans le but de promouvoir la concurrence, un projet de loi propose de donner aux assureurs la possibilité de choisir les médecins "agrés", c'est-à-dire d'enlever l'automatisme de prise en charge par les caisses maladie de tous les médecins installés sur le territoire (suppression de "l'obligation de contracter"). Les cantons seront appelés à définir le nombre minimal de médecins nécessaire pour garantir la prise en charge ambulatoire de toute la population (Crivelli et Domenighetti, 2003).

Une disposition d'urgence qui gèle toute ouverture de nouveaux cabinets jusqu'en 2008 a été entre temps adoptée. Elle renforce, temporairement, la planification étatique afin d'éviter, avant l'adoption du nouveau projet de loi, une ruée vers l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux de la

¹⁹ Toutefois il faut relever que le projet de loi prévoit des mesures de prise en charge sociale.

part des médecins suisses en train d'acquérir une formation de spécialiste dans les hôpitaux et d'endiguer la possible immigration en Suisse de médecins de l'Union Européenne.

Cette disposition a été décidée dans la perspective de l'adoption par le Parlement de la suppression de l'obligation de contracter, ce qui représenterait probablement un des changements majeurs dans l'organisation du système suisse de santé. Si elle est acceptée, la liberté de contracter renforcera le rôle des assureurs en tant qu'acteurs agissant sur délégation des patients. Du point de vue du patient-consommateur-assuré, il faut toutefois souligner que cette proposition représente une entrave à la liberté de choix par rapport à la situation actuelle. En effet, si cette proposition est acceptée, une proportion probablement significative d'assurés sera dans la situation de devoir changer de caisse ou bien de médecin. Il va de soi que le corps médical est opposé à cette réforme. En raison de l'impact de cette proposition, le risque de référendum de la part de la Fédération suisse des médecins avec un large soutien de la population est à envisager.

Les réformes présentées montrent un déplacement des responsabilités directes et indirectes vers la demande et donc sur les assurés. Les conséquences de ces révisions sont encore difficiles à évaluer, des questions se posent toutefois sur la capacité effective de la part des assurés et des assureurs, ces derniers en tant qu'agents intermédiaires, à agir de manière efficace à l'intérieur d'un marché imparfait, complexe, incertain et dominé par l'asymétrie de l'information et les conflits d'intérêt comme le marché de la santé.

5 Conclusion

Le système d'assurance maladie de la Suisse (LAMal) représente un compromis entre mécanismes de marché et régulation étatique. Des trois objectifs stratégiques poursuivis par la LAMal, un en particulier n'a pas été atteint : la maîtrise des coûts. Ce problème, qui pèse lourdement sur les budgets des ménages, sera donc la première priorité de l'agenda politique des années à venir car il risque de miner la cohésion sociale. Toutefois, le succès des réformes dépendra de la capacité à surmonter toute une série de clivages (voir Tableau) qui risque de geler le processus décisionnel. À ces facteurs il faut rajouter le rôle central des mécanismes propres à la démocratie directe, qui pourraient soit annuler les propositions de réforme acceptées par le Parlement soit modifier en profondeur les fondements du système actuel.²⁰

²⁰ En 2007, le peuple suisse devra s'exprimer sur deux initiatives populaires qui envisagent un bouleversement radical du système actuel (Crivelli 2004b et 2004c).

Tableau : Clivages à surmonter pour une réforme significative de l'assurance maladie en Suisse

<p>Citoyens-patients versus assurés</p>	<p><u>Objectifs des citoyens-patients</u> :</p> <p>maintenir le <i>status quo</i> à travers les instruments de démocratie directe, en s'opposant à la limitation de l'offre (fermeture d'hôpitaux, réduction du libre choix du médecin et du panier de biens) et à l'augmentation des impôts.</p>	<p><u>Objectifs des assurés</u> :</p> <p>résoudre le problème de la charge financière de la prime de l'assurance à taux unique, en favorisant des systèmes de financement progressifs et une meilleure maîtrise des coûts.</p>
<p>Gauche versus droite</p>	<p><u>Objectifs de la gauche</u> :</p> <p>favoriser la régulation de l'État (la planification de l'offre) et la promotion de l'équité verticale (assurance publique, caisse maladie unique, financement progressif)</p>	<p><u>Objectifs de la droite</u> :</p> <p>encourager la concurrence, privatiser, déréglementer, responsabiliser les individus, réduire les interventions de l'État</p>
<p>Confédération versus cantons</p>	<p><u>Objectifs de la Confédération</u> :</p> <p>assumer un rôle plus actif du gouvernement fédéral dans la définition de la politique sanitaire</p>	<p><u>Objectifs des cantons</u> :</p> <p>maîtriser les dépenses publiques cantonales, maintenir le contrôle sur les hôpitaux d'intérêt public et empêcher le transfert d'argent public vers les fournisseurs privés et les assureurs</p>
<p>Lobby des assureurs maladie versus lobby des médecins</p>	<p><u>Objectifs des assureurs</u> :</p> <p>réduire les prestations incluses dans le panier de l'assurance de base, stimuler davantage de liberté contractuelle, promouvoir l'assureur dans le rôle d'acheteur unique.</p>	<p><u>Objectifs des médecins</u> :</p> <p>maintenir la liberté de choix du médecin (obligation de contracter) tout en limitant l'entrée sur le marché de nouveaux fournisseurs</p>

Il y a sans doute un deuxième défi majeur pour les réformes du secteur suisse de santé, il s'agit du *fédéralisme*. Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, la Confédération joue un rôle de plus en plus actif dans le domaine de la santé. Les projets de réformes actuellement en discussion au Parlement visent à confier à la Confédération un rôle toujours plus important dans la définition de la politique de santé helvétique, notamment dans le but de contrecarrer les différences régionales au niveau de l'offre et de la charge économique, d'exploiter les économies d'échelles et de mettre en œuvre des instruments adéquats pour mieux maîtriser au niveau national la croissance de la dépense de santé.

Toutefois, ce transfert de nouvelles tâches à la Confédération devrait impliquer une modification de la Constitution fédérale (et donc surmonter l'obstacle de la démocratie directe) qui devrait être accompagnée par une augmentation de la dépense publique à la charge de la Confédération destinée au financement du système.

A défaut d'une telle adaptation constitutionnelle, les cantons, qui aujourd'hui supportent plus de 90% de la dépense publique de santé, ne seront pas disposés à accepter des réformes radicales du système visant à transférer des compétences supplémentaires, donc du pouvoir décisionnel, à l'Etat central ou bien aux assureurs maladie sans un transfert équivalent de compétences financières.

Si les réformes en discussion ne sont pas acceptées en raison de l'impossibilité de surmonter au Parlement les clivages cités plus haut ou si elles sont refusées par voie de referendum par la population, car perçues comme d'inacceptables contraintes ou entraves à la liberté de choix ou encore comme des réductions de prestations par rapport à la situation actuelle, il n'y aurait plus, faute de mieux, que l'adhésion « volontaire », à des réseaux de soin de type *managed care* déjà prévus par la loi actuelle.

En effet, comme au Moyen-Age on assiégeait les châteaux pour en faire capituler les occupants par la faim et la soif, *mutatis mutandis* les Suisses risquent de "capituler" par "incapacité à payer" des primes d'assurance qu'on laisserait alors encore progresser bien qu'elles soient déjà aujourd'hui perçues comme insupportables par la majorité des ménages : stagnation voire diminution des salaires réels, croissance des primes (dont un pourcentage toujours plus important restera impayé) et croissance encore probable à court terme, mais non proportionnelle, des aides publiques aux primes. Dès lors, il ne resterait plus que l'adhésion, sur base strictement "volontaire", à un *managed care*²¹ bien plus économique, qui serait en compétition avec d'autres réseaux qui entre-temps, grâce à la situation favorable, auront poussés comme des champignons (Domenighetti, 2005).

Le "supermarché de la santé" à accès universel et à coût socialisé dont les Suisses ont jusqu'ici bénéficié, est ainsi en train d'entrer dans l'histoire.²²

²¹ Un graphique en annexe au rapport du Conseil Fédéral du 15 septembre sur le managed care montre que la dépense annuelle pour un adhérent à une HMO est d'environ 50 à 80% inférieure (en fonction de l'âge) par rapport à celle engendrée par un assuré LAMal « traditionnel ».

²² Remerciements: pour la lecture critique de ce manuscrit nous remercions le comité de lecture et de rédaction de la Revue Française des Affaires sociales et Yves Martignoni (Département de la santé publique du canton du Valais). Un remerciement particulier également à Herbert Känzig de l'Office fédéral de la santé publique pour sa précieuse collaboration.

Bibliographie

- BALTHASAR A. et al. (2005), *Monitoring 2004. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, Berne, Office fédéral de la santé publique.
- BALTHASAR A. et al. (2003), *Monitoring 2002. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, Berne, Office fédéral des assurances sociales.
- BECK K. (ed.) (2004), "Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz". Eine Publikation des European Risk Adjustment Network, Luzern.
- BOLGIANI I., G. DOMENIGHETTI, QUAGLIA, J.(2003). "Satisfaction des Suisses à l'égard des soins de santé et des primes de l'assurance-maladie", *Sécurité sociale*, 4 : 219-222.
- BOLGIANI I. (2002), *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : risques et opportunités*, Muri : SGGP (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik), Cahiers d'études de la SSPS, No 66.
- CRIVELLI L., FILIPPINI.M., MOSCA I.(2006), "Federalism and regional health care expenditures : an empirical analysis for the Swiss cantons", *Health Economics* (à paraître).
- CRIVELLI L. (2004a), "Le politiche sanitarie in Svizzera : i recenti trend", in ATELLA V., A. DONIO SOFIO, F. MENNINI et F. SPANDONARO (ed.), *Rapporto CEIS Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, Roma, Italpromo Esis Publishing, 433-449.
- CRIVELLI L. (2004b), Popular initiative for lower insurance premiums
<<http://www.healthpolicymonitor.org>> (consulté le 17.03.06)
- CRIVELLI L. (2004c), Popular initiative for a single health insurer
<<http://www.healthpolicymonitor.org>> (consulté le 17.03.06)
- CRIVELLI L., DOMENIGHETTI, G. (2003), "Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 43(3), 397-426.
- CRIVELLI L., FILIPPINI, M. (2003), "Federalismo e sistema sanitario svizzero", in FALCITELLI N., M. TRABUCCHI et F. VANARA (ed.), *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari, tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Bologna, Mulino, 87-119.
- CRIVELLI L. (2003). *Improving equitiy of a per-capita-based funding*
<<http://www.healthpolicymonitor.org>> (consulté le 06.03.06)
- DOMENIGHETTI G. (2005). "Grandeur et misère des systèmes universels de santé", *Bulletin des médecins suisses*, 86 (4) : 221-226.
- ENTHOVEN A.C. (2003), "Employment-Based Health Insurance is Failing : Now What?", *Health Affairs*, Web Exclusives.
- ENTHOVEN A.C. (1993), "Managed Competition : History and Principles", *Health Affairs*, supplement 24-48.
- GEOFFARD P.Y., GARDIOL L., GRANDCHAMP C.(2006), "Separating Selection and Incentive Effects : an Econometric Study of Swiss Health Insurance Claims Data", in P.-A. CHIAPPORI et C. GOLLIER (ed.), *Competitive Failures in Insurance Markets* : MIT Press (in press).
- GEOFFARD P. Y. (2004), "La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique de la santé", SEVE, *Les tribunes de la santé*.
- HOLLY A. et al (2004), "Health-based risk adjustment in Switzerland. An exploration using medical information from prior hospitalization", National Research Program 45 "Future Problems of the Welfare State".
- LEHMANN H.J., ZWEIFEL P.(2004). "Innovation and Risk Selection in Regulated Social Health Insurance", *Journal of Health Economic*, 23 : 997-1012.
- MAYNARD A. (ed.) (2005), *The Public-Private Mix for Health*, Oxford, The Nuffield Trust, Radcliffe Publishing

MESSAGE DU CONSEIL FEDERAL du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins <<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2005/1911.pdf>> (consulté le 17.03.06).

MESSAGE DU CONSEIL FEDERAL du 24 mai 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter)
<<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2004/4055.pdf>> (consulté le 17.03.06)

MESSAGE DU CONSEIL FEDERAL du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (stratégie et thèmes urgents),
<<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2004/4019.pdf>> (consulté le 06.03.06)

MOSER M. (2004). *3^e révision de la LAMal. Rapport final sur le sous-projet Managed care* ou http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/f/3_Managed%20Care.pdf (consulté le 06.03.06)

MUHEIM D. (2003), Caisses privées et assurances sociales : retour sur les premiers projets d'assurance maladie (1983-1912), in *Aspects de la sécurité sociale*, 4-2003, 21-28.

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (OFSP) (2005), Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004, Berne.

OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE (OFS) (2006), Coût et financement du système de santé en 2004, Neuchâtel.

OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE (OFS) (2005), Coût et financement du système de santé en 2003, Neuchâtel.

SHELDON G. (2002), Die wirtschaftliche Effizienz des schweizerischen Krankenversicherungssystem, Zwischenbericht zu einem Forschungsprojekt im Rahmen des Schweizerischen Nationalen Forschungsprogramms 45, Basel.

SPYCHER S. et al. (2004), *Risikoausgleich Krankenversicherungsgesetz. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision*, Teilprojekt, Berne, Office fédéral de la santé publique.

ZWEIFEL P. (1988), "Hospital Finance in Switzerland", in E.G. FURUBOTN et R. RICHTER (a cura di), *Some Views on Hospital Finance : United States of America, West-Germany and Switzerland*, Center for the Study of New Institutional Economics, Saarbrücken : Occasional Papers, Vol. 1, 80-120.