

Prof. Stéphane Rossini
cc. Universités de Genève et Neuchâtel

La Suisse a-t-elle besoin
d'une politique nationale de santé ?

Berne, le 24 octobre 2014, 11. Congrès suisse pour l'économie de la santé et les sciences de la santé. Hôpital de l'Île

La recherche

Rossini S., Crivelli R., Bolgiani I., Clausen A., Prélaz D., Scalici F.

Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé

Fonds national de la recherche scientifique DORE. Projet Nr. 13DPD6_127248
Haute école de travail social et de la santé EESP, Lausanne, 2012, 356 pages

publication

Rossini S. [Ed.],
La gouvernance des politiques suisses de santé
Réalités sociales,
Lausanne, 2014,
224 pages



Caractéristiques du système de santé suisse

1. Valeurs fondamentales et compétences

- Fédéralisme : « 26 systèmes de santé semi-autonomes »
- Orientation libérale et principe de subsidiarité (art.3 Cst.)
- Valeurs de solidarité, universalité et équité

2. Bases légales et compétences

- LAMal (1996): fixe les grands principes et objectifs
- Législations cantonales d'application

3. Caractéristiques

- Nombreux acteurs publics et privés
- Différentes logiques de régulation

4. Distribution des ressources

- Maîtrise des coûts
- Allocation optimale des ressources : économicité - efficience

Cadre de référence et de réflexion

Les 4 types de crises selon Constandriopoulos (1999)

1. Crise du financement

- Garantir une meilleure allocation des ressources sans mettre en péril les grands principes (solidarité, universalité, liberté d'accès aux soins, etc.)

2. Crise de régulation

- Rapport entre les acteurs: personnel médical/soins, gestionnaires, patients, organismes payeurs

3. Crise des connaissances

- Définir les principaux déterminants de la santé et les moyens alloués aux secteurs porteurs de santé

4. Crise éthique ou des valeurs

- Evolution démographique, progrès technologiques, crise du financement impliquent des choix d'allocation de ressources

Valeurs fondamentales des systèmes de soins (Constandriopoulos, 1999)

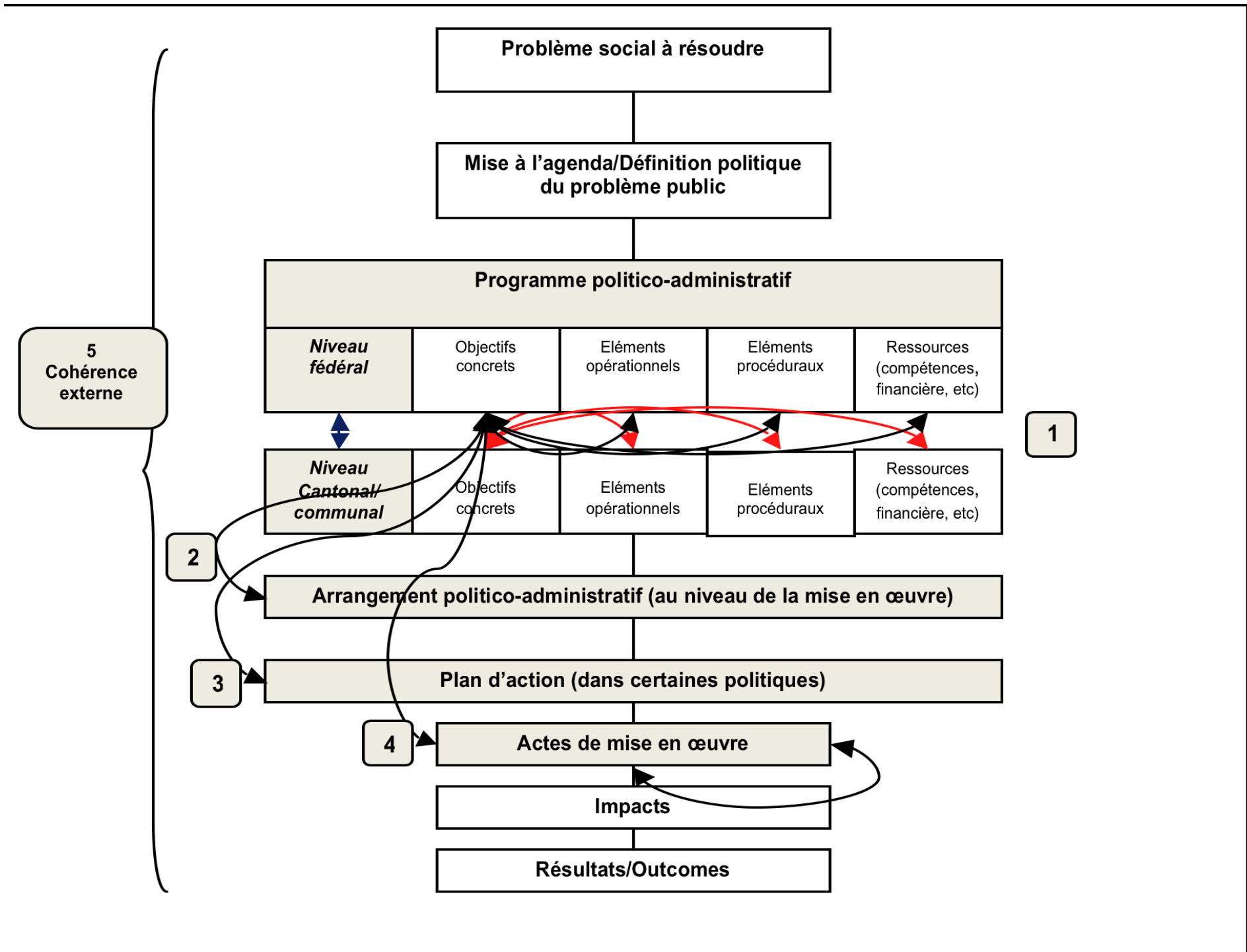
- Equité (verticale et horizontale)
- Liberté (autonomie individuelle)
 - Autonomie d'action
 - Capacité à agir avec indépendance
- Efficience

Trouver un compromis entre les trois types de valeurs représente le plus grand défi que doivent relever les systèmes de santé.

La question de la cohérence

« Le système de santé suisse, fragmenté entre différents acteurs, est constitué en pratique de 26 systèmes semi-autonomes qui ne sont guère reliés entre eux. Cette caractéristique propre à la Suisse rend difficile l'élaboration de politiques nationales cohérentes » (Fornerod, 2007)

- Problématique peu thématifiée et analysée en Suisse
- L'enjeu :
Pour qu'une politique publique soit cohérente, les différentes décisions et activités doivent **se renforcer, ne pas se contredire et être adéquates par rapport aux objectifs visés.**
- 3 critères d'analyse utilisés:
 - **Renforcement entre les niveaux et les acteurs (macro- meso- micro-)**
 - **La Non-contradiction**
 - **L'adéquation**



5 domaines analysés

1. La planification hospitalière
2. **La réduction des primes de l'AOS**
3. Le financement des soins
4. **La clause du besoin – gel des cabinets médicaux**
5. Médicaments

Dans 8 cantons

Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud.

1. Planification hospitalière

Trois périodes distinguables, des années 1960 à 2014...

- 1. Antérieurement à LAMal** : des années 1960 jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal. La planification hospitalière telle qu'effectuée durant cette période se caractérise par un recensement des structures hospitalières existantes. L'accent est mis sur l'existence d'une offre pour répondre aux besoins, sans que l'ampleur de l'offre ne soit remise en question.
- 2. LAMal, de 1996 à 2007** : modification importante de l'offre : concentrations hospitalières, mises en réseau – hospitalière et sanitaire - regroupements des structures, collaborations intercantionales.
- 3. Seconde révision de la LAMal** : Réforme du Financement hospitalier, seconde révision LAMal entrée en vigueur au 1.1.2012. Egalité de traitement des hôpitaux publics, semi-publics et privés. Financement par cas APDRG.

Angles d'analyse

Éléments opérationnels, instrumentaux, procéduraux : législation relative à la planification hospitalière qui serviront à définir le principe de cohérence.

Economicité (LAMal, art. 39, al. 2ter)

Qualité (LAMal, art. 39, al. 2ter)

Statistique (OAMal, art. 58b, al. 1)

Comparaisons (OAMal, art. 58b, al. 1)

Réexamen régulier des planifications (OAMal, art. 58a, al. 2)

Effizienz (OAMal, art. 58b, al. 5, let. a)

Coordination intercantonale (LAMal, art. 39, al. 1)

+ Législations cantonales = mise en perspective

Questions liées à la problématique de la cohérence

- L'intégration des éléments opérationnels présentés ci-dessus
- Cohérence entre cantons
- Cohérence entre le niveau fédéral et le niveau cantonal

On dira d'une planification hospitalière qui intègre autant que possible ces éléments qu'elle tend vers la cohérence.

Conclusions provisoires

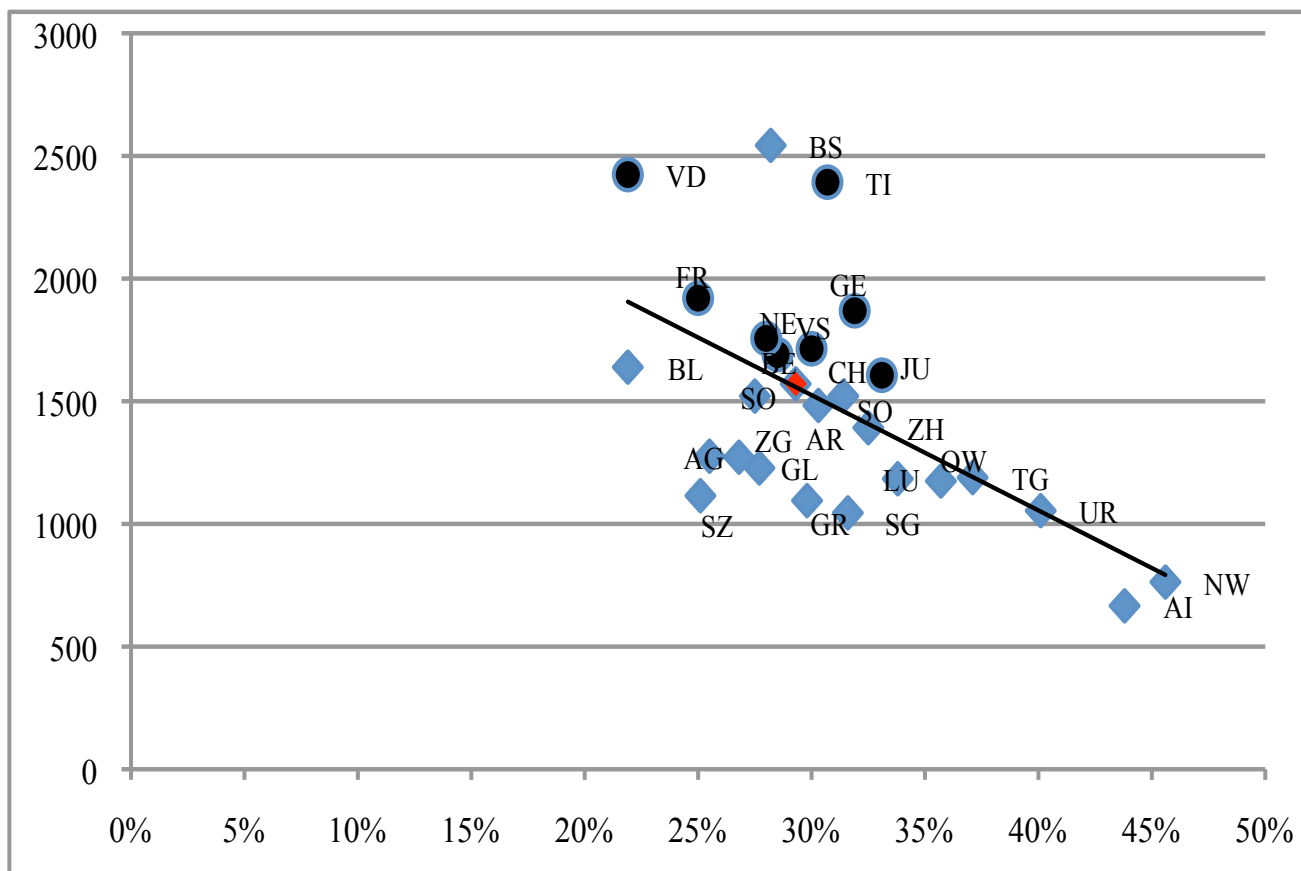
- Un sujet politique hautement sensible
- Le poids du fédéralisme, non-ingérence de la Confédération
- Pas de méthodologie commune d'action : critères
- Compétences institutionnelles plurielles
- Le régionalisme politique et économique : en contradiction avec les enjeux médicaux
- Les espaces de pouvoir multiples et contradictoires
- La réalité des collaborations intercantionales
- L'effet « levier » des comparaisons ?
- Vers une illusoire dépolitisation ?
- Le marché de la santé et la conciliation public-privé

2. Réduction des primes

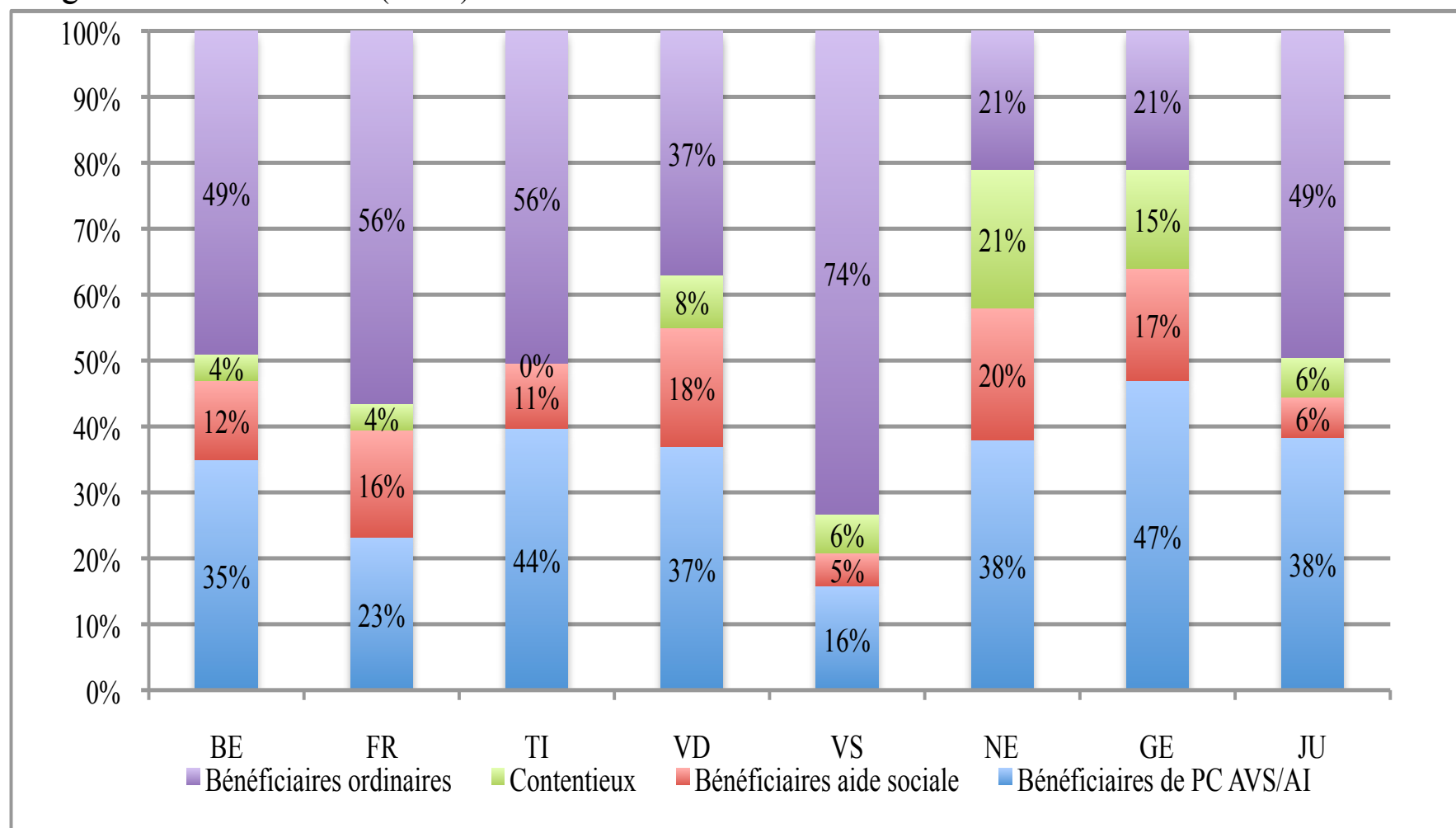
Systeme de réduction des primes pour
les assurés économiquement modeste
dans l'assurance-maladie

Diversité des pratiques cantonales

Graphique 1.1 : Taux de bénéficiaires de la réduction des primes par canton et total de la réduction des primes par bénéficiaires en francs par canton en 2009



Graphique : Répartition des ressources financières de la réduction des primes en % par canton et par catégorie de bénéficiaires (2008)



Sources : Rapport « Subventionnement des primes d'assurance-maladie dans les cantons du GLAS. Groupement latin des assurances sociales. 2009

Conséquences : réduction des primes

- Absence d'objectif social de la réduction des primes, objectif de financement
- Enormes disparités cantonales
- Systèmes choisis: paliers-classes de revenu (BE, VS, NE, GE, JU, FR), modèles pourcentage-palier (VD, TI).
- Revenus déterminants (dont fortune)
- Limites de revenus
- Choix de la prime de référence pour les bénéficiaires PC/Aide sociale (moyenne ou autre)
- Montants des subsides
- Définition des ayants droits
- Equité horizontale et verticale définie au niveau cantonal
- Impact fédéralisme fiscal
- Type d'information aux assurés (systématique, automatique, par annonce)

3. La clause du besoin – cabinets médicaux

2002

- L'admission des fournisseurs à exercer à charge de l'AOS est soumise à la preuve d'un besoin (2002)
- OLAF: fixent les seuils en termes de nbre et de densités de médecins à ne pas dépasser par canton et par discipline
- Cantons doivent tenir compte de la couverture sanitaire dans les autres cantons
- Cantons peuvent prévoir des exceptions lorsque couverture sanitaire insuffisante

2005 - prolongation (expiration des admissions)

2008 - prolongation

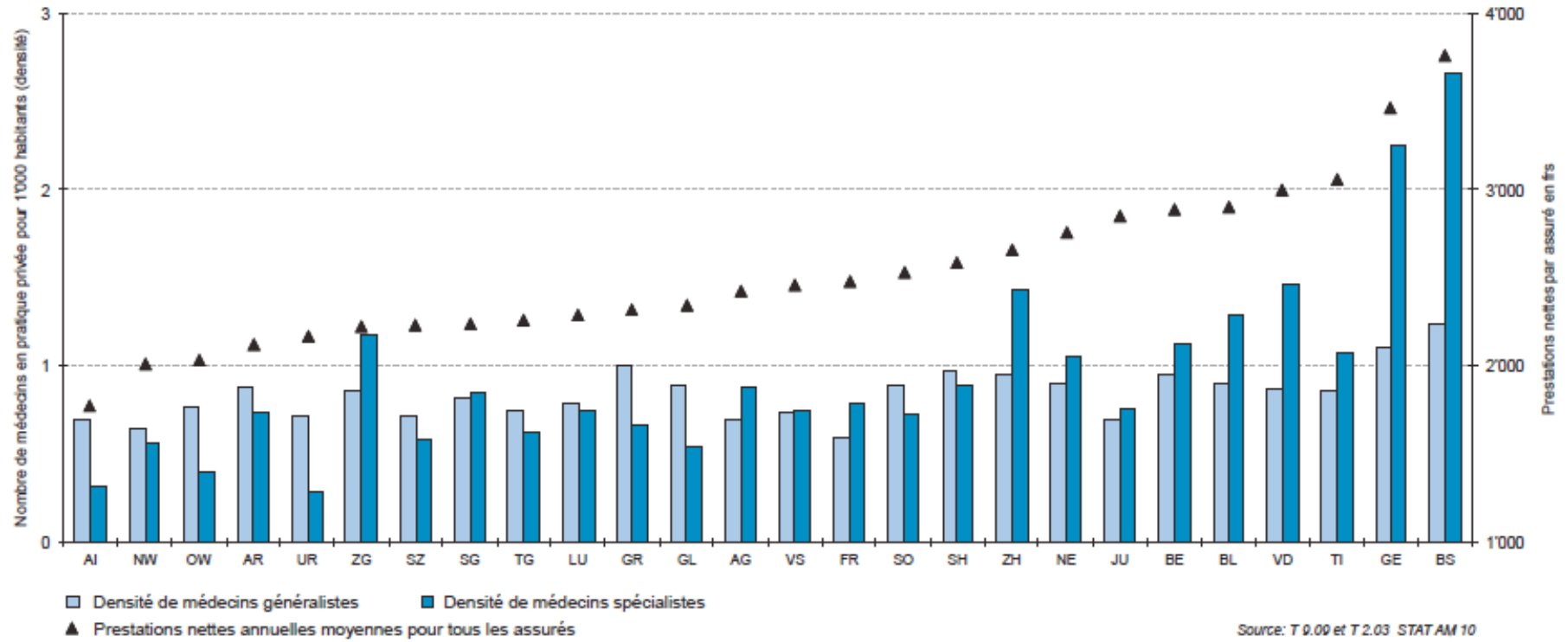
2009 - initiative parlementaire

- Soumission médecins exerçant au sein d'institutions et secteur ambulatoire des hôpitaux.
- Médecins de 1^{er} recours plus soumis à la clause (seulement les spécialistes)
- Possibilité d'assortir l'autorisation de conditions sur le lieu d'activité

Fin 2011 – mort de la clause du besoin

A nouveau : 1^{er} juillet 2013 -> 30 juin 2016 (message en préparation, Conseil fédéral)

Pénurie ou pléthore



Potentiels de pilotage pour les cantons

	Limitation		Répartition		Divisions ambulatoires hôpitaux
Offre de médecins	Liste d'attente/refus d'admissions		Charges liées au lieu ou au type d'activité à exercer		
	Densités inférieures aux limites OLAF	Densités supérieures aux limites OLAF	Densités inférieures aux limites OLAF	Densités supérieures aux limites OLAF	
Berne	Non	Oui	Non	Non	Non
Fribourg	Non	Non	Non	Non	Non
Tessin	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Vaud	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Valais	Non	Non	Non	Non	Non
Neuchâtel	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Genève	Non	Oui	Non	Non	Oui
Jura	Non	Non	Non	Non	Non

Incohérence - problèmes

- Incapacité du marché à répartir de manière optimale l'offre de fournisseurs
- Pas d'études approfondies sur « les besoins » et « l'offre de fournisseurs »
- Cantons: développement de stratégies de mise en œuvre pendant 9 ans (stop and go !) puis 2013...
- Aucune évaluation de la clause du besoin, notamment en termes de maîtrise des coûts
- Faiblesses: bases quantitatives, jeunes médecins touchés, pas de critères de qualité ou d'économicité, explosion des prix de remise des cabinets, sur-spécialisation
- Absence de réflexion globale et cohérente sur la qualité des soins souhaitées et les ressources à investir
- Accès des cantons au secteur ambulatoire des soins – développement d'un système d'informations nationale sur la démographie ambulatoire
- Importance de la collaboration entre cantons et sociétés médicales

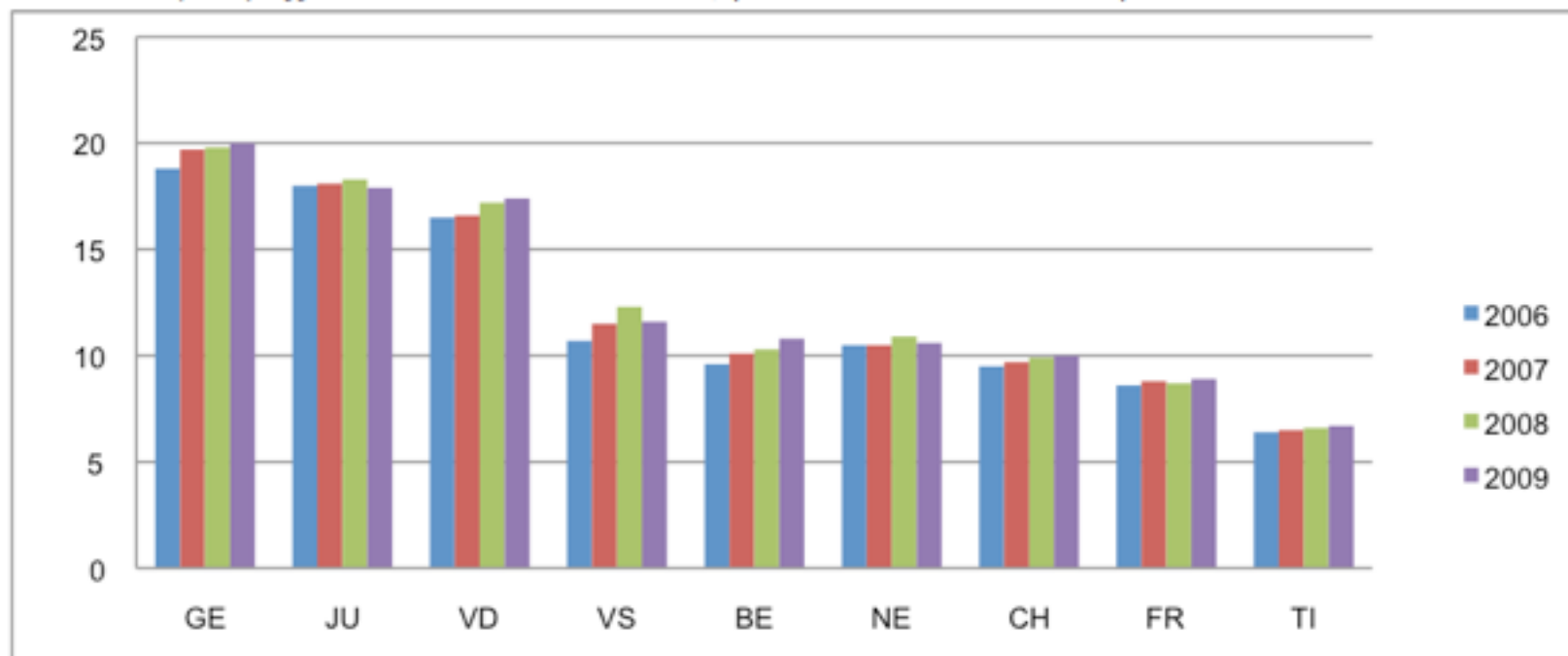
4. Financement des soins

- Domaines : application LAMal dans les EMS et les soins à domicile
- Lien étroit aux développements historique des politiques sanitaires cantonales
- 3 phases législatives : 1994 LAMal / 1998 Tarifs-cadre / 2011 Nouveau fin soins
- Enjeux : maîtrise des coûts, économicité, efficience et qualité des soins

- Contraintes de cohérence : bases légales, offre, financement, transparence,

Fédéralisme pur et disparités

Personnel (EPT) affecté aux soins à domicile, pour 1000 habitants de plus de 65 ans



Sources : OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile

Cohérence : pluralité ou inégalités de traitement ?

- Bases légales 1 : lois spécifiques, séparées, pas de loi du tout !
- Bases légales 2 : grande pluralité de contenu et conceptuelle
- Offre (EMS et Spitex) : aucune norme de référence (évolutions disparates)
- Secteur exclusivement public : conflits d'intérêts quasi inexistant
- Objectifs identiques globalement partagés par tous : universalité, accès
- Méthodes d'évaluation des soins différentes
- Modalités de financement plurielles : part à charge des patients

5. Le marché des médicaments

- Une perspective différente : processus d'intervention (et non fédéralisme)
- Approche de gouvernance / cohérence par plusieurs questionnements :
 1. Les médicaments contribuent-ils directement à l'amélioration de l'état de santé du patient ?
 2. Dans quelle mesure dépendent-ils, marginalement ou essentiellement, d'autres intérêts, dont économiques ?
 3. L'inadéquation des rôles entre demandeur (patient, prescripteur) et payeur génère-t-elle des espaces d'inefficience ?
 4. L'innovation dans ce secteur répond-elle toujours à des impératifs de santé publique ?
 5. Quels éléments composent le prix des médicaments ?
 6. Les intérêts particuliers des acteurs coïncident-ils avec l'intérêt général caractérisant les objectifs de santé publique ?
 7. Compte tenu de ses caractéristiques particulières, ce marché fonctionne-t-il de manière optimale ?

Economie – santé publique : quelle cohérence ?

- Intérêts économiques particuliers et cohérence de santé publique
- Place de la régulation et libre-marché
- Posture des acteurs : OFSP, Swissmedic, patient, fournisseurs de soins, pharmaciens, industrie, etc.

Evolution du domaine - problématiques

1996 – 2013 : interventions multiples et régulières : pas une année sans décision ou changements de pratiques

- 1998 : droit de substitution et liste des spécialités
- 2000 : dissolution de Sanphar
- 2001 : ordonnance, initiative populaire et rémunération
- 2002 : loi sur les produits thérapeutiques
- 2005 : nouvel accord et ordonnance
- 2006 et 2007 : nouvelle modification de l'ordonnance
- 2008 : loi fédérale sur les brevets
- 2009 : paquet de mesures du Conseil fédéral
- 2011 : génériques et quote-part
- 2012 et 2013 : prix et taux de change
- 2014 - 2015 : révision de la loi sur les produits thérapeutiques

Des thèmes récurrents

- Panier de comparaison des prix avec l'étranger
- Génériques
- Importations parallèles
- Positionnement – rémunération des pharmaciens
- Innovation, fausses innovations et coûts
- Recherche : maladies rares
- Remboursement des nouveaux médicaments

Éléments de synthèse

- **Les cloisonnements du fédéralisme**

L'étude des pratiques cantonales débouche sur plusieurs constats saillants :

- absences d'objectifs communs dans la définition des politiques sanitaires sectorielles, de références et de critères uniformes dans l'application de la législation fédérale ;
- disparités multiples dans l'allocation des ressources ;
- incohérences de décisions et mesures régulièrement influencées par des éléments de nature étrangère aux références propres à la politique sanitaire.

Les absences de normes communes, de processus structurés et effectifs de coordination ou d'harmonisation expliquent la coexistence de systèmes de santé indépendants dans la détermination de leurs principes, buts et règles de fonctionnement.

- **Le couple libéralisme - régulation**

L'orientation de la législation fédérale, la définition, l'organisation et les modalités d'allocation des prestations en dépendent directement. Il en est ainsi des relations suivantes :

- public - privé en matière de planification hospitalière ;
- assureurs – cantons dans le cadre de la réduction des primes d'assurance-maladie ;
- cantons – médecins s'agissant de la démographique médicale ;
- cantons et communes – EMS et organisations d'aide et de soins à domicile pour le financement des soins ;
- Confédération – industrie pharmaceutique dans le marché des médicaments.

De plus, la cohabitation d'acteurs publics, para-publics et privés est source de tensions, voire de contradictions.

- **La dimension éthique**

La dimension éthique s'exprime au travers des notions d'équité, d'égalité de traitement ou de liberté des citoyens, assurés, patients.

- Par exemple, en matière de réduction des primes en faveur des assurés économiquement modestes, chaque canton définit les contours de « sa » propre justice sociale.
- En ce qui concerne la régulation du nombre de médecins par le gel des nouveaux cabinets, la mesure touche principalement les jeunes médecins, de facto interdits d'installation en pratique privée ambulatoire.
- S'agissant du marché des médicaments, l'objectif de gain maximal conduit les entreprises pharmaceutiques à privilégier les volumes de production et de vente, ce qui provoque une concentration de la recherche et des développements sur les maladies à fort potentiel économique, notamment à travers les fausses innovations, et non sur les maladies rares et orphelines.

- **La géométrie des pouvoirs**
- Dans les différents domaines de la santé, l'entente entre les acteurs ne va pas de soi. Ainsi, la cohabitation entre Confédération et cantons est à la fois subtile et fragile.
- Il est parfois difficile de faire coïncider les attentes des uns et des autres. D'où la question de la qualité et de l'efficacité du pilotage et de la régulation des politiques de santé.
- L'élaboration des planifications hospitalières, l'organisation des soins ou la détermination du prix des médicaments expriment avec éloquence ces tensions.
- Entre intérêts contradictoires et/ou particuliers et objectifs différents, la bonne gouvernance relève quasiment de la quadrature du cercle.

Quelques réflexions prospectives

1. Sous l'angle de la (bonne) gouvernance du système santé ...
2. Dans la perspective d'une régime de « sécurité sociale » et de ses principes ...
 - Une réforme du fédéralisme semble inévitable : uniformisation des règles de référence ; harmonisation – coordination de l'offre ; égalité de traitement des citoyens – assurés ; allocation optimale des ressources ; etc.
 - Réforme ne signifie pas Nationalisation ! : intercantonalisation et coordination renforcées, règles uniformes, soutien fédéral aux processus de rationalisation
 - Régulation nécessaire pour respecter les principes de la sécurité sociale