Università della Svizzera italiana
Facoltà di scienze economiche
Istituto di microeconomia ed economia pubblica MecoP

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
SUPSI
Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali

Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud.

Décentralisation: état des lieux et comparaisons
La situation de la Suisse

Luca Crivelli

Università della Svizzera italiana e DSAS SUPSI

Bucharest (CALASS), 24. septembre 2004

Structure de la présentation

- Fédéralisme en Suisse (en général et dans la santé)
- Le modèle suisse d'assurance-maladie
- Histoire des réformes de l'assurance-maladie et évolution suivie depuis 1996
- Structure et équité du financement
- Incitatifs pervers
- Variabilité entre les Cantons
- Explication de la dépense sanitaire au niveau cantonal
- Conclusions

Fédéralisme en Suisse (en général)

- État fédéral (depuis 1848) avec trois niveaux de gouvernement: communes (2700), cantons (26) et Confédération
  - Principe de la "subsidiarité": les compétences politiques sont confiées au niveau le plus bas possible (péréquation financière verticale et horizontale);
  - Cantons et communes suisses se différencient beaucoup par dimension, organisation, capacité financière, structure administrative, etc.
- Art. 3 de la Constitution fédérale:

  Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération (parmi lesquels l'organisation et la réglementation du secteur sanitaire).

Fédéralisme dans le secteur de la santé

- Le système de santé suisse est axé sur les trois niveaux de gouvernement et connaît de nombreuses et confuses répartitions des compétences et des problèmes de délimitation des tâches vis-à-vis d'autres domaines d'action (tel que les affaires sociales, la prévoyance vieillesse, la protection de l'environnement, la recherche et la formation).
- Selon la Consitution fédérale la Confédération devrait s'occuper en particulier:
  - de la réglementation de l'assurance-maladie et de la surveillance des assurances privées,
  - de la protection, prévention et promotion de la santé
  - de la formation médicale et de la recherche scientifique.

- Les compétences plus importantes en matière sanitaire appartiennent aux **cantons**. En particulier les cantons:
  - assurent la surveillance en domaine sanitaire
  - garantissent l'approvisionnement sanitaire (hôpitaux, EMS, aide et soins à domicile, psychiatrie) et préparent la planification respective
  - organisent la formation des professions non-universitaires
  - assurent une partie du financement de diverses institutions de soins et repartissent les subsides aux primes de caisses-maladie pour les familles moins aisées
  - approuvent les conventions et le tarifs
- Les **communes** participent à l 'organisation de l'approvisionnement sanitaire et au financement des institutions tel que les EMS, les soins à domicile, les hôpitaux.

Le dernier mot sur d'importantes décisions de changement appartient au peuple (démocratie directe)!

Le modèle suisse d'assurance-maladie (1)

En partie il s'agit de décisions prises en 1911:

- Assurance **par tête** et **facultative** au niveau fédéral (obligation pour tous les citoyens d'être assurés depuis 1996);
- Pluralité de caisses maladies privées formellement en concurrence à l'intérieur de chaque canton (depuis 1996 définition - au niveau national - du catalogue des prestations à accès universel);
- Cotisations indépendantes du revenu et de la fortune; depuis 1996 les cotisations sont aussi indépendantes de l'âge et du sexe (community rating);
- Réduction des primes par l'État (depuis 1996 subventions ciblées aux couches sociales moins favorisées et participation financière des Cantons à côté de la Confédération).

Le modèle suisse d'assurance-maladie (2)

Depuis 1996:

- Autorisation de nouvelles formes d'assurance sur la base de modèles de "managed care", à la condition que l'adhésion du citoyen soit volontaire (HMO, PPO, Bonus-Malus, Franchises à option).
- Condition ambivalente des caisses maladies (sans but lucratif vs. for profit) qui dépend du secteur d'activité (assurance de base ou assurances complémentaires) et des bases juridiques respectives (droit des assurances sociales - LAMal vs. droit privé - LCA).

Histoire des réformes de l'assurance-maladie

1911 - LAMI

1949 – *Référendum abouti*

1964 - *Petite révision*

1974 – initiative *rejetée*

1987 – *Référendum abouti*

1992 – *initiative rejetée*

1994 – *initiative rejetée*

1996 - LAMal

2000 – initiative *rejetée*

2001 - *Première révision*

2003 – initiative *rejetée*

2003 – deuxième révision rejetée

2005/6 (?) - *Deuxième révision*

En préparation - *Troisième révision*

- Pas de réformes au niveau fédéral pendant 85 ans (différents projets ont été rejetés en votation populaire)
- Vitalité au niveau des cantons dans les années 70-80
- Accélération des réformes depuis 1996

Évolution suivie depuis 1996

- La Suisse ne dispose donc d'un seul système de santé mais de 26 sous-systèmes cantonaux différents quant à la densité de l'offre et à l'organisation des soins. Depuis 1996 les 26 systèmes sont soumis aux mêmes règles du jeux décidées au niveau fédéral (LAMal) pour ce qui concerne les mécanismes de financement de l'activité sanitaire.
- Économies d'échelle qui ne sont pas exploitées dans les établissements de soins suisses (65% des hôpitaux publics et 50% des EMS n'atteignent pas la dimension minime efficiente).
- Plusieurs compétences ont été transférées des Cantons à la Confédération; malheureusement cette démarche n'a pas été accompagnée par une discussion ouverte sur la répartition des taches (reforme de la Constitution) et par une réorganisation du financement de la dépense sanitaire publique.

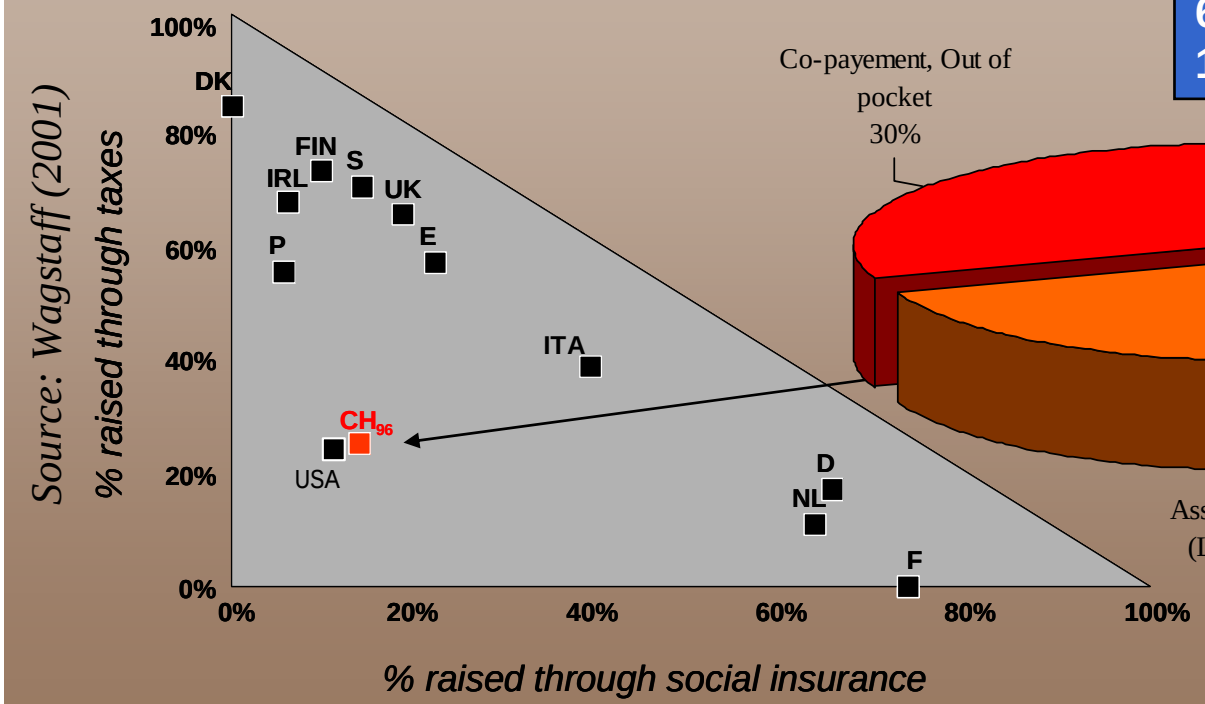
Répartition des taches aujourd'hui

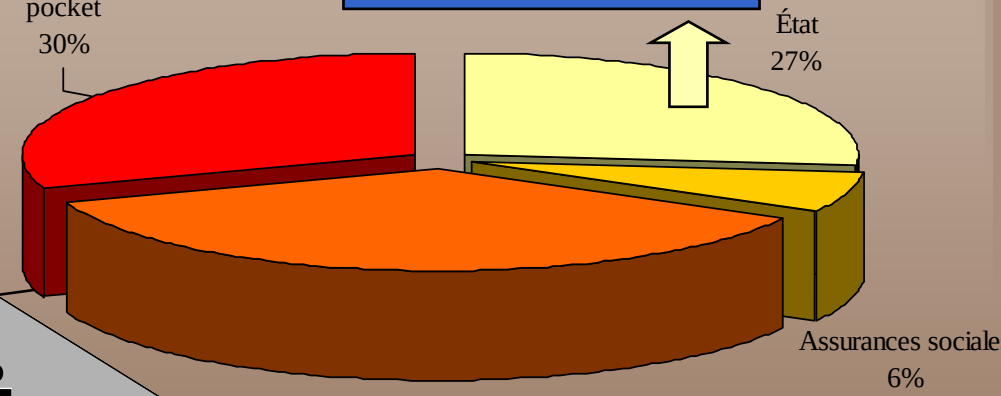
	réglemente l'assurance-maladie	définit le catalogue des prestations à accès universel	établit le nombre de médecins en pratique privée	établit la planification hospitalière	Paie les subventions aux hôpitaux d'utilité publique	finance la réduction des primes
Confédération	✖	✖		(X)	1.82 mia (2001)	✖
Cantons			✖	✖	✖	✖
Marché			à partir du 2002		6.2 mia (2001)	0.85 mia (2001)

Structure et équité du financement (1)

- Le financement du système de santé suisse, comparé aux autres pays Européens, est fortement inéquitable.

Dont ca:
20% Confédération
65% Cantons
15% Communes



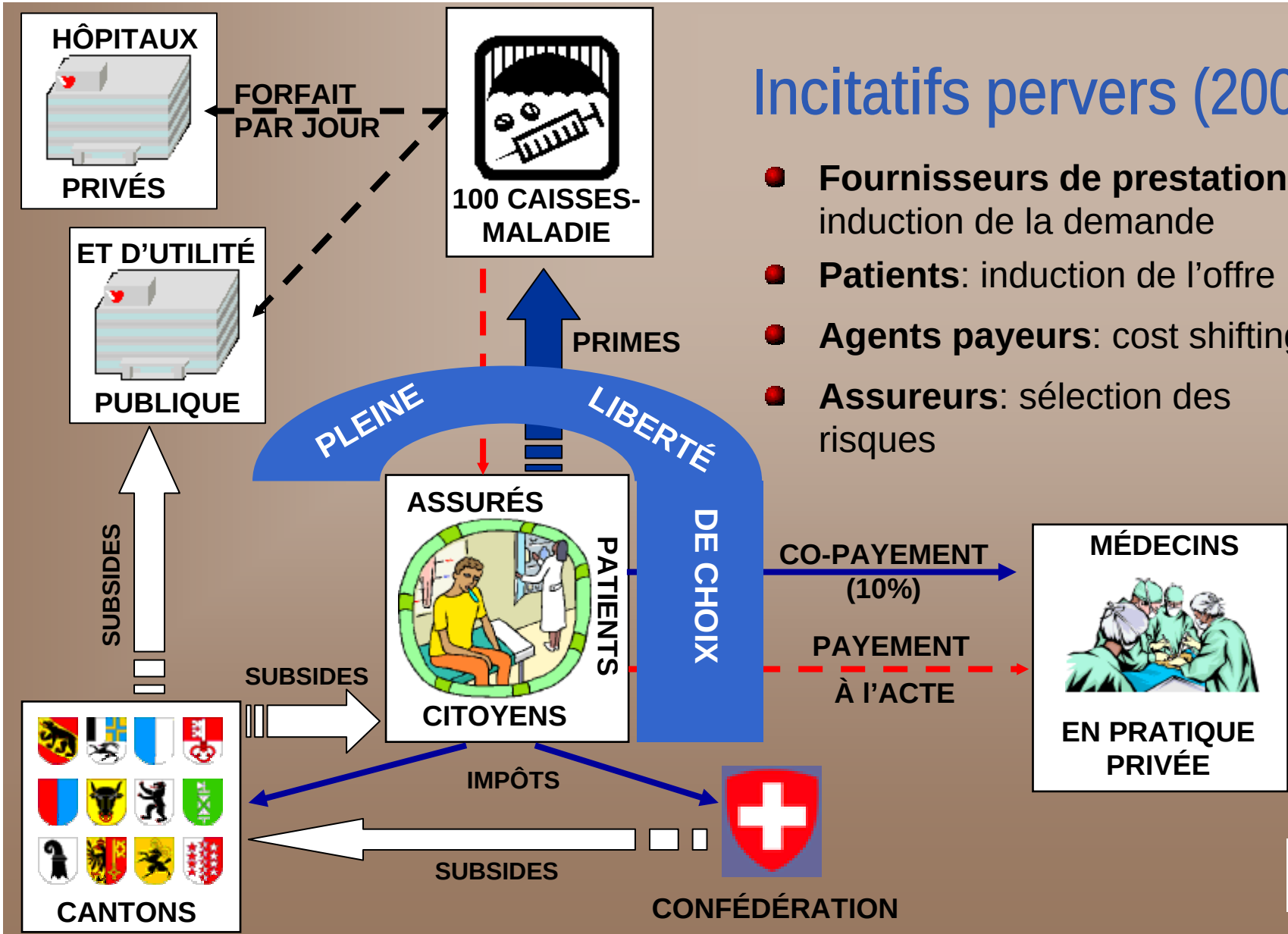


Structure et équité du financement (2)

- Évolution qui a commencé en 2001 et qui se confirmera dans le cadre de la deuxième révision de la LAMal:
  - Tendance à une majeure fiscalisation des coûts de la santé, en particulier:
    - Grâce à l'octroi de plus grandes subventions publiques pour le payement des primes des caisses maladies aux couches sociales moins favorisées.
    - Grâce à une plus forte participation publique aux frais hospitalières, qui pourrait devenir indépendante de la propriété des hôpitaux (publique vs. privée) et de la division de soins (commune vs. privée).
  - Tendance à une augmentation de la participation des assurés aux coûts des prestations (franchise optionnelle et quote-part en %).
- Problème majeur: état actuel des finances publiques!

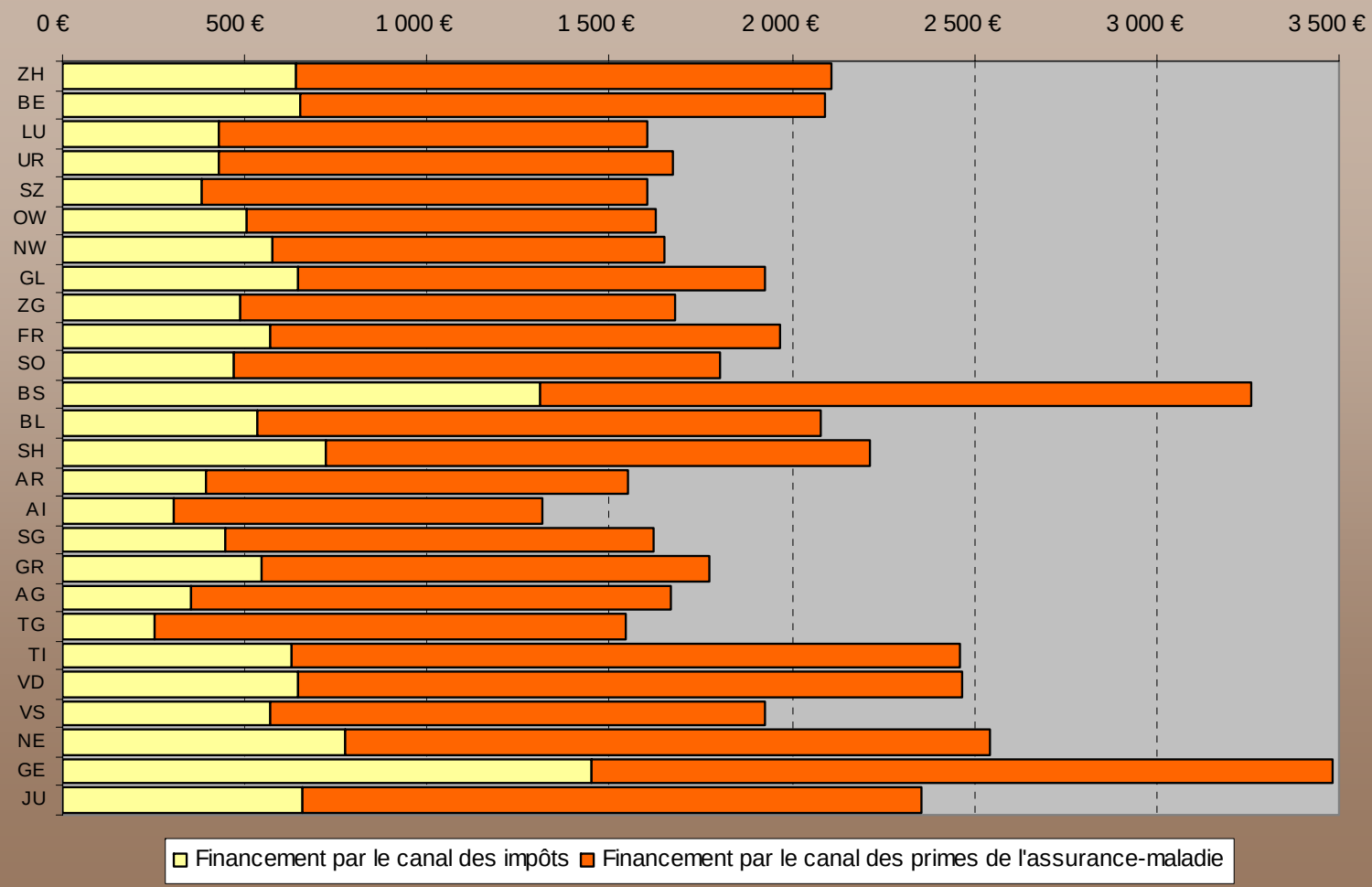
Incitatifs pervers (2003)

- **Fournisseurs de prestations**: induction de la demande
- **Patients**: induction de l'offre
- **Agents payeurs**: cost shifting
- **Assureurs**: sélection des risques



Variabilité (1): Dépense pour les soins de base (2001)

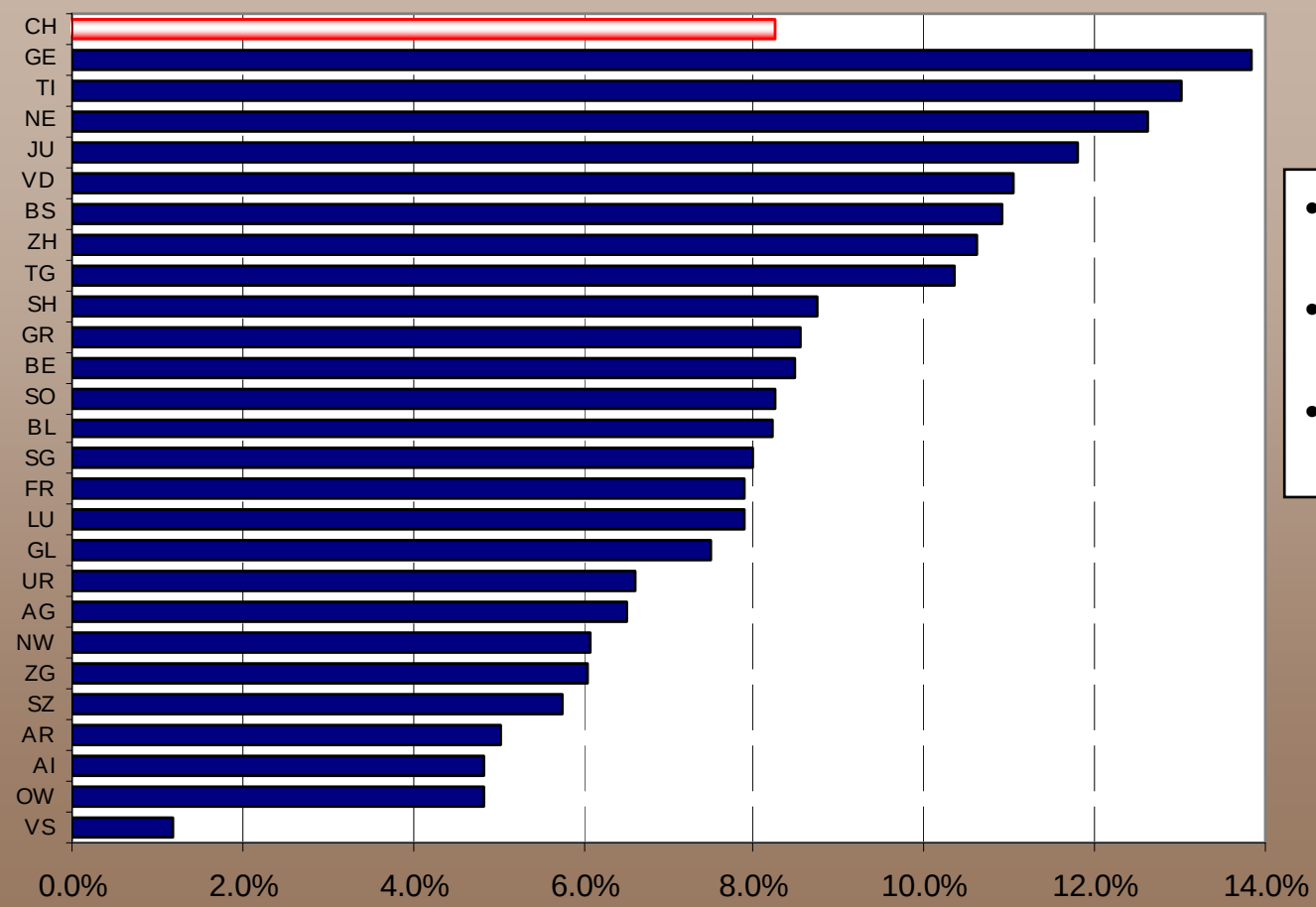
(par tête d'habitant)



Source: OFS + Santesuisse

Variabilité (2): Equité de financement (2002)

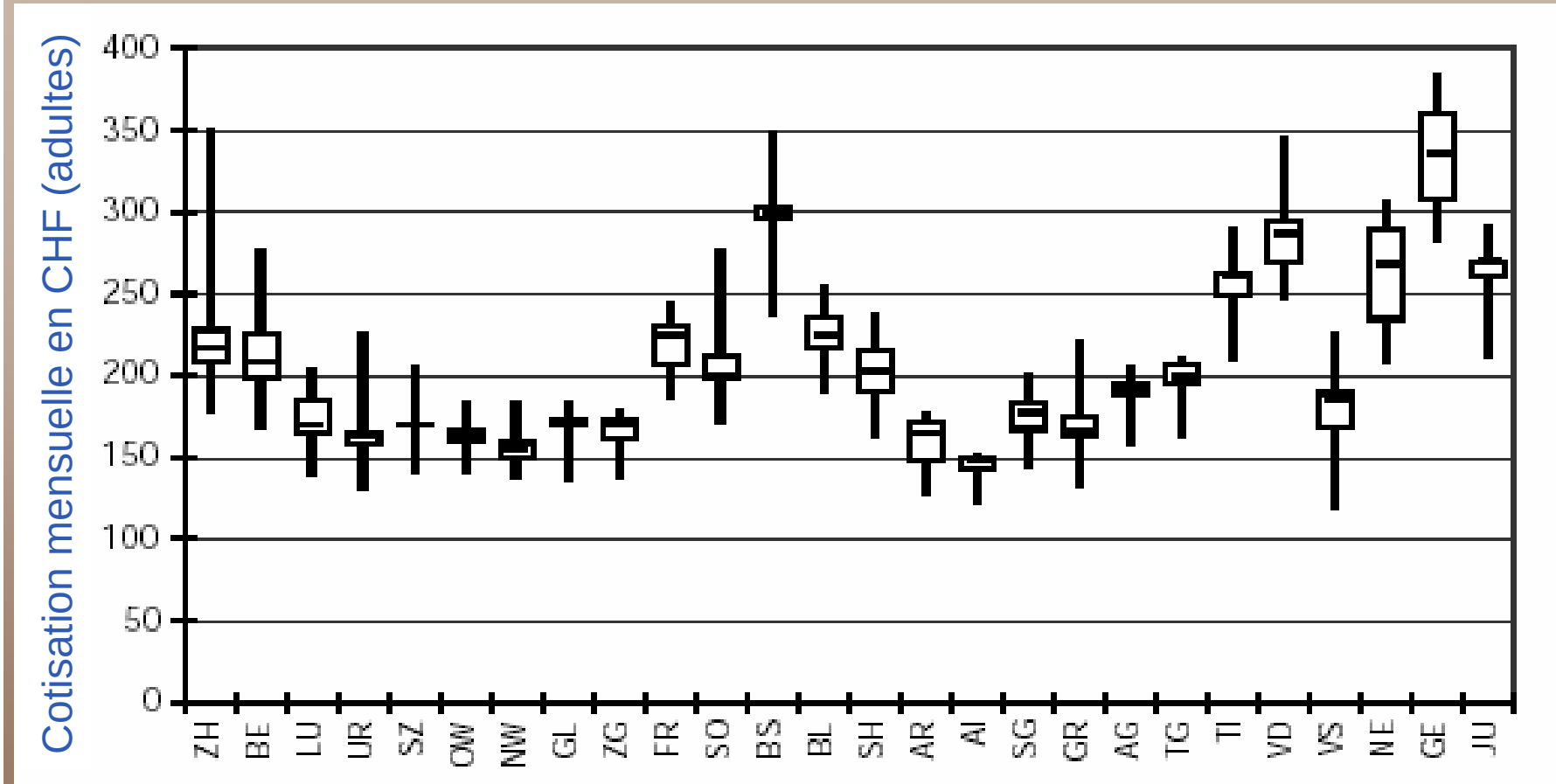
(Primes nets de l'assurance-maladie en % du revenue disponible)



- Famille avec 2 adultes et 2 enfants
- Revenue brut de 45'000 Euros
- Fortune de 45'000 Euros

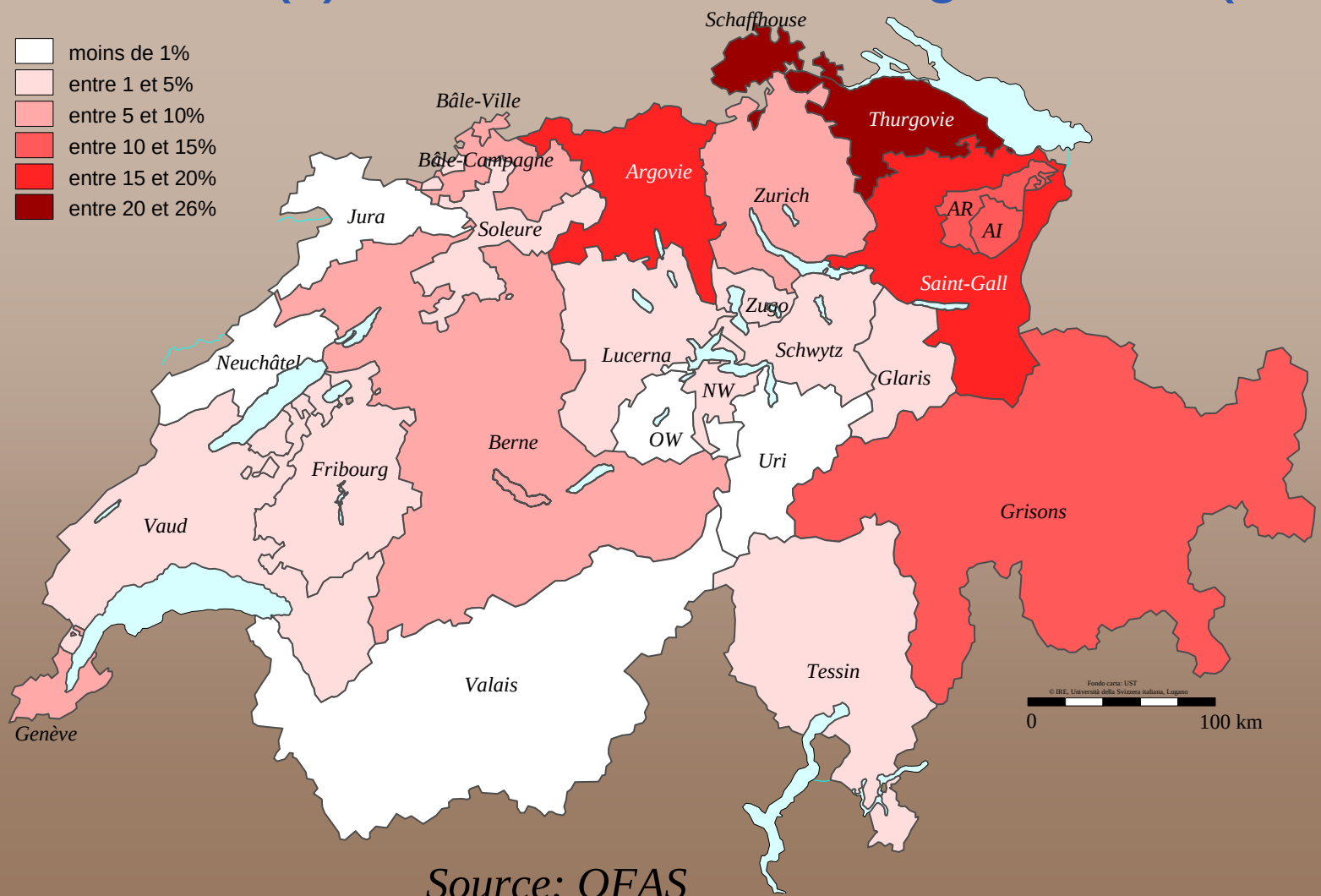
Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud.

Variabilité (3): Cotisation mensuelle 2001



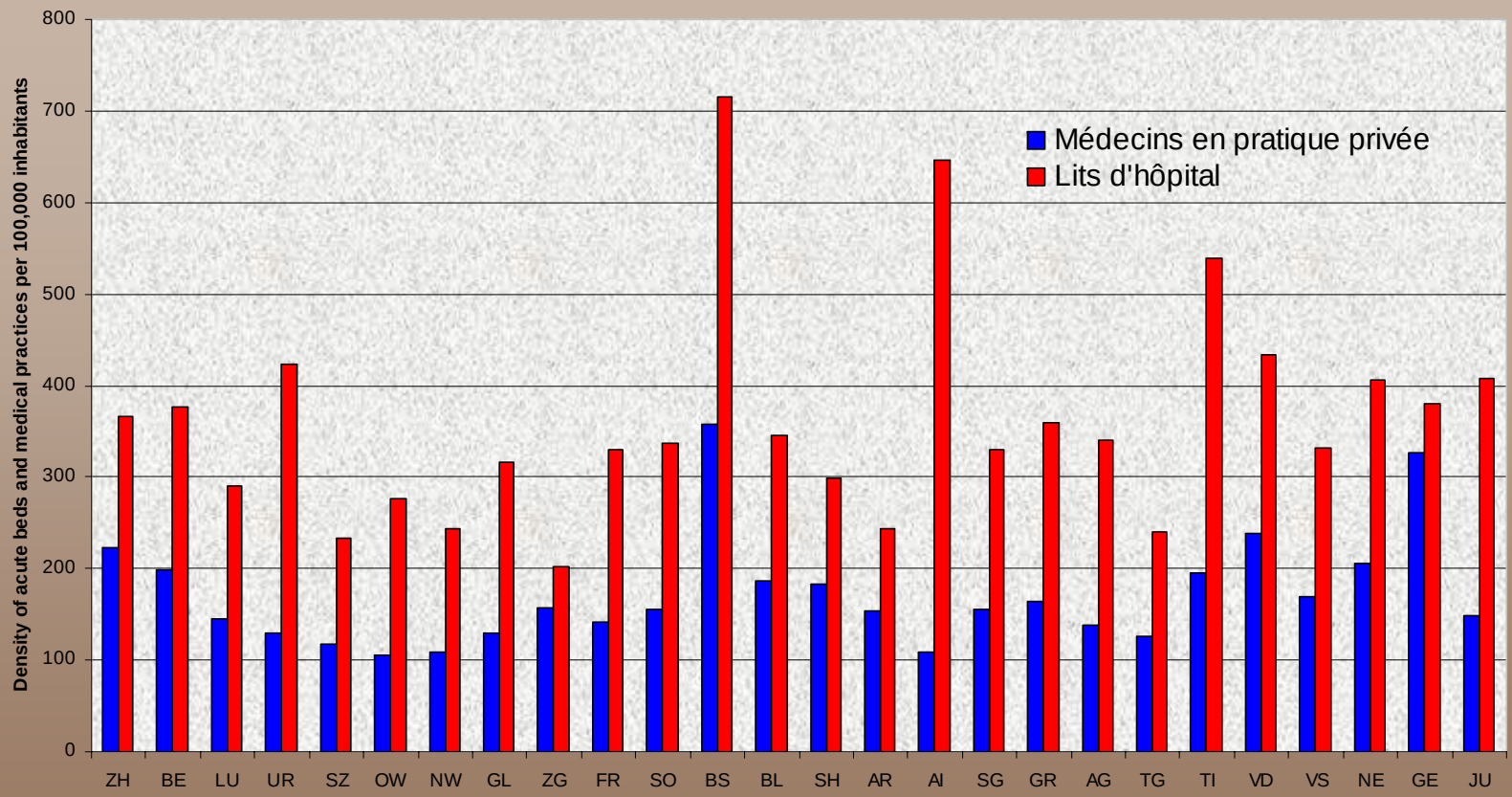
Source: OFAS(2003)

Variabilité (4): Diffusion du “managed care” (2001)



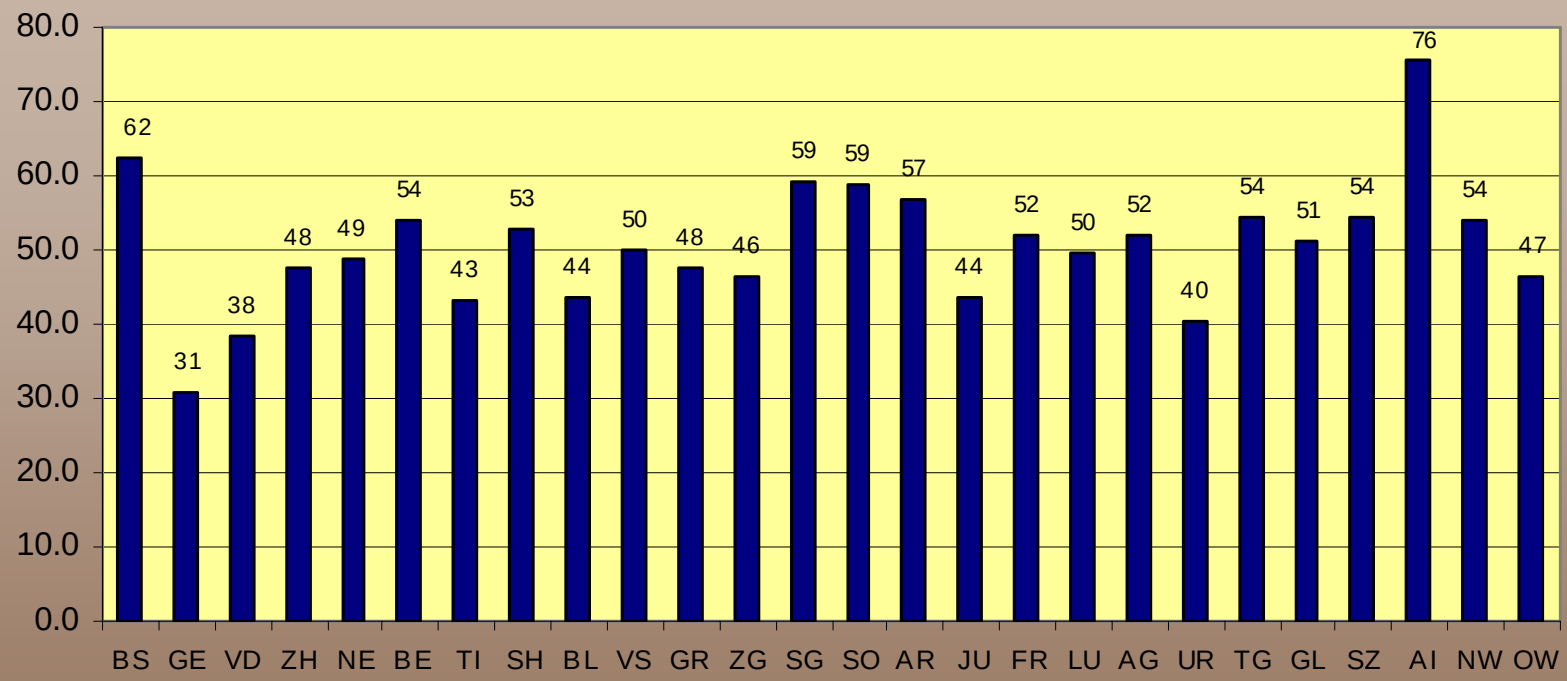
Source: OFAS

Variabilité (5): Capacité sur le côté de l'offre (2001)



Source: FMH et OFS

Variabilité (6): Taux standardisés de mortalité évitable pour 10'000 habitants (moyenne 95-99)



Source: OFS

The econometric model

$$SHE_{it} = f\,(Y_{it}, UN_{it}, PO_{it}, A75_{it}, A05_{it}, MO_{it}, DP_{it}, DDI_{it}, PHY_{it}, BEDS_{it}, MCARE, T)$$

SHE	=	Per-capita Socialized Health Expenditure
Y	=	Per-capita income
UN	=	Unemployment rate
PO	=	Poverty rate
A75	=	% of population older than 75
A05	=	% of population aged under 5
MO	=	Mortality rate amenable to health care
DP	=	Population density
DDI	=	Cantonal index for direct democracy
PHY	=	Physicians'density per 100,000 inhabitants
BEDS	=	Density of acute beds in hospitals per 100,000 inhabitants
MCARE	=	% of cantonal population opting for a managed care programme
T	=	Time trend

Panel data estimates for 26 Cantons (1996-2001)

Per capita income (-)

Mortality rate amenable to health care (-)

Poverty index

Unemployment rate (+)

Density of acute beds

% of population opting for *managed care* plans

Socialized health expenditures per capita

Physicians' density (+)

Cantonal index for direct democracy

Percentage of population aged under 5

Population density (+)

Percentage of population older than 75 (+)

Conclusions (1)

- L'expérience de la Suisse montre que le fédéralisme dans le secteur de la santé peut conduire à une exaspération des différences entre les cantons du point de vue de la capacité sur le côté de l'offre et des dépenses sanitaires, avec des lourdes conséquences pour l'équité du financement.
- Les variables plus importantes qui expliquent les différences existantes au niveau des dépenses sanitaires par tête sont: (1) le pourcentage des personnes âgées et (2) la densité de médecins en pratique privée.
- Le fédéralisme peut amener à des différences entre les régions par rapport à l'équité du financement, mais en même temps il semble en mesure de réaliser l'équité d'accès, grâce à l'adoption d'un catalogue de prestations reconnu par l'assurance-maladie obligatoire et valable pour tous les citoyens et les citoyennes.

Conclusions (2)

- Les réformes en discussion devraient introduire des nouvelles restrictions à l'autonomie des Cantons (système de réduction des primes, financement des hôpitaux) et renforcer le pouvoir des assureurs maladies.
- Dans cette démarche le législateur ne devrait pas oublier que:
  - Il faut discuter d'une façon ouverte sur la répartition des taches entre Confédération et cantons et, si necéssaire, changer la Constitution et la subdivision de la dépense publique en matière de santé.
  - Il faut tout d'abord démontrer que la concurrence entre assureurs maladies puisse vraiment jouer (jusqu'à maintenant l'évidence, soit pour les formes particulières d'assurance type "*managed-care*" soit pour la forme "traditionnelle" fondée sur le libre choix par le patient de tout fournisseur de prestation, est très faible en Suisse). Si les conditions nécessaire au fonctionnement du libre marché ne sont pas données, en lieu de simplement « croire à la main invisible » il serait mieux d'essayer des nouvelles formes de réglementation qui soient en mesure d'améliorer l'economie du système suisse.