

## Chapitre 1

# Organisation du système de santé suisse

*Ce chapitre décrit les principales caractéristiques du système de santé suisse. Il identifie les principaux acteurs opérant au sein du système et souligne leurs rôles et leurs relations. La section 1.1 replace ces caractéristiques dans le contexte du pays, sa structure administrative et politique, sa population et son environnement social. La section 1.2 donne un bref aperçu de la taille du système de santé et de son importance au sein de l'économie suisse. La section 1.3 se concentre sur la gouvernance et le partage des responsabilités pour l'élaboration des politiques de santé, leur mise en œuvre et l'offre de soins. La section 1.4 explique les mécanismes de financement du système de santé mais aussi les mécanismes de la couverture d'assurance-maladie de la population. La section suivante (section 1.5) décrit l'organisation de l'offre de services de santé et les relations entre prestataires et patients. Une dernière section explique le système de paiement et les mécanismes contractuels entre les prestataires et les tiers-payants.*

Depuis que la Suisse s'est dotée, en 1848, d'une constitution fédérale ne conférant à l'État fédéral qu'une responsabilité limitée en matière de santé, le haut degré d'autonomie des cantons a façonné le système de santé suisse. Depuis cette époque, on n'a cessé de débattre des responsabilités et du rôle respectif des cantons et de la Confédération helvétique et ces discussions ont conduit, au fil des ans, à un élargissement modeste des responsabilités fédérales.

En Suisse, comme dans de nombreux pays de l'OCDE, l'évolution du système de santé pendant le XX<sup>e</sup> siècle s'est caractérisée par la place primordiale donnée aux soins curatifs et le rôle clé de la profession médicale. Ce n'est qu'au cours des 25 dernières années que l'on s'est intéressé davantage aux politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Si l'offre de soins de santé est restée une responsabilité cantonale, l'assurance sociale est devenue une responsabilité fédérale depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle. Avant l'adoption, en 1911, d'une loi fédérale sur l'assurance-maladie, l'offre en la matière était le fait d'un large éventail de caisses-maladie. L'adhésion à ces caisses-maladie reposait principalement sur l'affiliation à un syndicat, l'activité professionnelle, l'appartenance religieuse et la localisation géographique. En 1903, le nombre des caisses-maladie était estimé à 2 006 et 14 % seulement de la population bénéficiait d'une couverture. Les caisses-maladie étaient de petites structures : la moitié d'entre elles comptaient moins de 100 membres et 50 % n'étaient présentes que dans une commune. En outre, le manque de coordination entre les caisses-maladie, le choix arbitraire des membres et l'opacité des mécanismes de fixation des primes étaient chose courante (Mulheim, 2003).

Pour s'attaquer au problème du regroupement de systèmes fragmentés, le gouvernement a d'abord proposé, en 1889, une loi fédérale sur l'assurance-maladie qui comportait une couverture obligatoire pour tous les travailleurs jusqu'à un certain niveau de revenu, mais la proposition soumise à référendum a été rejetée. La première Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident (LAMA)<sup>1</sup> a été adoptée en 1911. Son champ d'action était moins ambitieux que celui de la proposition de 1889. Initialement, la loi visait simplement à subventionner les assureurs-maladie reconnus et à imposer des exigences réglementaires minimales (encadré 1.1). Au fil des ans, cette loi a fait l'objet de plusieurs révisions et des réglementations lui ont été incorporées pour faciliter le libre passage d'une assurance à une autre et mieux définir les avantages couverts par la LAMA. En 1994, les préoccupations relatives à la hausse des coûts des soins de santé, l'équité de la couverture et l'offre de services de grande qualité ont conduit à l'adoption d'une nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, le système de santé suisse est financé dans une large mesure (un tiers) par les primes de l'assurance-maladie obligatoire<sup>3</sup> qui sont définies par les assureurs sur la base de risques collectifs plutôt que sur la base des revenus des assurés. Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, près de 7.4 millions de résidents suisses, dont 71 % d'adultes, 21 % d'enfants et 8 % de jeunes en formation, avaient une assurance obligatoire (Office fédéral de la santé publique, 2004d). Le nombre des assurés est demeuré relativement stable depuis 1996 et pratiquement personne n'est dépourvu d'assurance. Le graphique 1.1 présente le système de santé suisse.

### Encadré 1.1. Le système d'assurance-maladie sociale selon la LAMA

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident (LAMA) de 1911 est une loi suisse inspirée d'un modèle bismarckien d'assurance sociale qui couvrait l'assurance-maladie en Suisse jusqu'à son remplacement par la LAMal en 1996. La Loi de 1911 établissait un paquet de prestations de base mais l'affiliation restait essentiellement volontaire et les conditions de l'assurance variaient considérablement d'un assureur à l'autre; tous les assureurs étaient des caisses maladie à but non lucratif. Les primes individuelles étaient calculées sur la base de l'âge d'entrée et du sexe de la personne assurée. Les primes pour les femmes pouvaient être supérieures à celles des hommes dans une proportion pouvant atteindre 10 % tandis que l'âge d'entrée dans le système entraînait des variations importantes en termes de primes. Les primes nominales n'étaient pas liées aux gains. Les personnes ayant un profil de risque important (mauvais risques) ne pouvaient passer librement d'un assureur à l'autre car les caisses-maladie pouvaient refuser de les assurer et leur facturer des primes qui ne tenaient pas compte des primes que leur facturait leur caisse-maladie antérieure. Dans ces conditions, il était difficile de parvenir à un système solidaire. La concurrence entre les caisses-maladie n'était pas non plus très loyale. Les caisses recevaient des aides financières publiques qui ne prenaient en compte que d'une manière imparfaite les différences de structure de risque d'un assureur à l'autre. Ce problème a subsisté même après l'adoption d'un système de compensation des risques par la LAMal. Les caisses qui avaient un pourcentage plus élevé de mauvais risques étaient forcées de facturer des primes moyennes plus élevées, ce qui incitaient les personnes plus jeunes et en meilleure santé à les quitter. Certaines caisses-maladie ont disparu du marché ou ont dû fusionner avec d'autres pour éviter la faillite. Bien que la nécessité de réviser et de moderniser la LAMA soit apparue depuis les années 60 sous l'effet de la pression grandissante des coûts et du souci de solidarité, les électeurs ont rejeté toutes les tentatives de corriger ses faiblesses jusqu'à la ratification en 1994 et l'entrée en vigueur en 1996 de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Gilliand, 1990).

Source : Adapté de Colombo (2001).

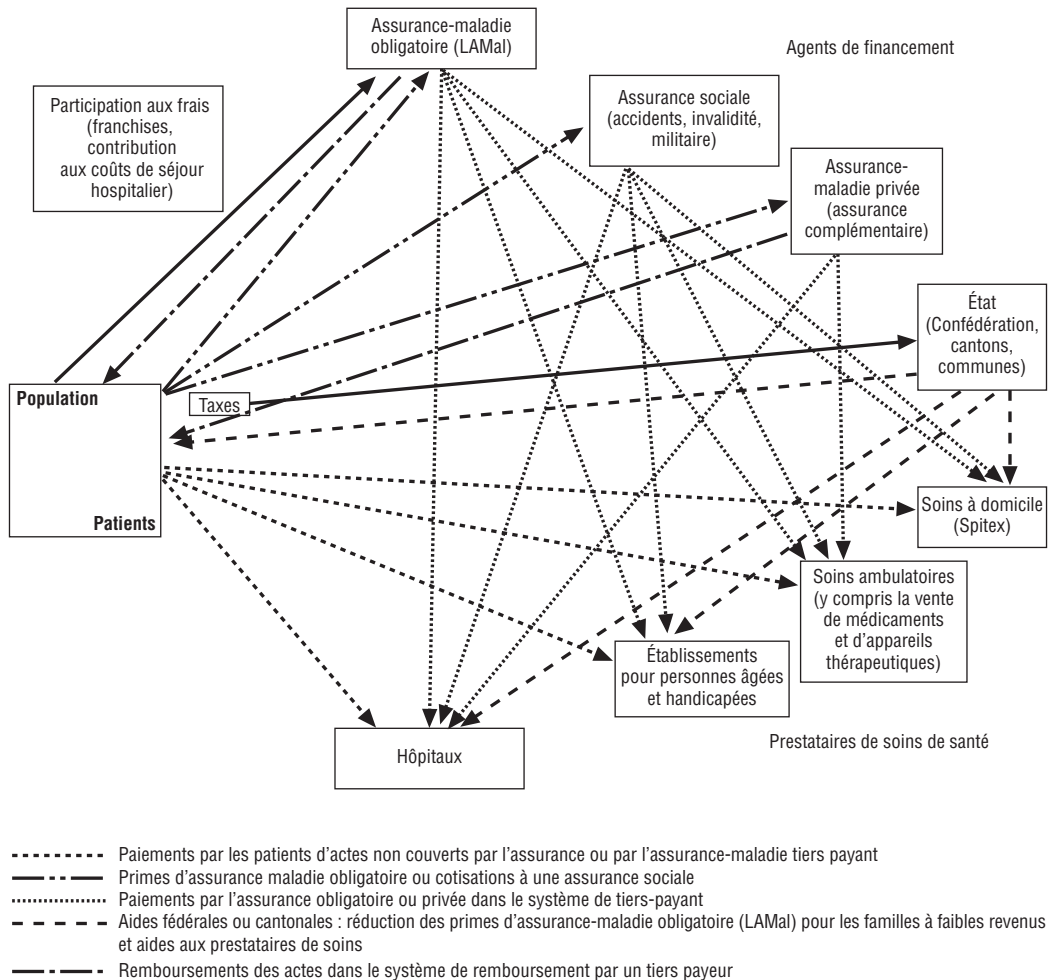
## 1.1. Principales caractéristiques de la Suisse

La Suisse est un petit pays de 7.4 millions d'habitants<sup>4</sup> occupant une superficie de 41 285 km<sup>2</sup>. C'est un État fédéral constitué de 26 cantons (graphique 1.2). L'allemand est la langue maternelle d'environ 65 % de la population, le français de 20 % et l'Italien de 6.5 %. Une infime partie (0.5 %) de la population a le romanche comme langue maternelle tandis que les 8 % restants parlent d'autres langues non officielles (Office fédéral de la statistique, 2005c).

### 1.1.1. Structure politique et administrative

Dans la structure fédérale suisse, les responsabilités de gouvernement sont partagées entre trois niveaux différents : la Confédération, les cantons (26) et les communes (2 873 en 2004 mais leur nombre diminue au fil des ans). La décentralisation des pouvoirs au profit des niveaux inférieurs est considérable. Chaque canton a sa propre constitution, son Parlement, son gouvernement et ses tribunaux et les cantons détiennent tous les pouvoirs qui ne sont pas spécifiquement délégués à la Confédération. La Confédération a différents degrés de responsabilité dans des domaines comme la politique étrangère, la sûreté nationale, la politique monétaire, l'environnement, la santé et les transports. Enfin, les communes ont autorité dans plusieurs domaines dont l'éducation, la politique sociale et la planification locale, avec des degrés divers d'autonomie en matière de décision qui leur sont attribués par chaque canton.

Graphique 1.1. Le système suisse de santé : flux financiers, 2005

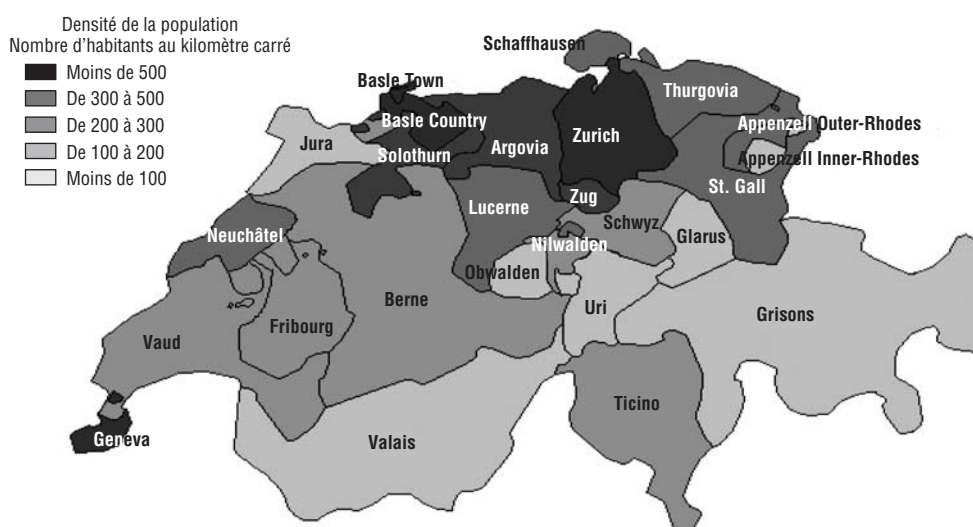


Source : OCDE (2005), *Eco-Santé* OCDE 2005, Paris.

La Confédération suisse se caractérise par la stabilité et la continuité de ses institutions politiques. Le pouvoir législatif est exercé par un Parlement composé de deux chambres : le Conseil national où les cantons sont représentés au prorata de leur nombre d'habitants et le Conseil des États où chaque canton est représenté par deux membres<sup>5</sup>. Les membres des deux chambres sont élus au suffrage universel direct<sup>6</sup>. Le gouvernement est composé par les sept membres du Conseil fédéral ; il est élu tous les quatre ans par l'assemblée des deux chambres parlementaires. Les sept ministres exercent une présidence tournante. Le Tribunal fédéral de Lausanne, le Tribunal fédéral des assurances de Lucerne et, depuis 2004, le Tribunal fédéral pénal de Bellinzone<sup>7</sup> représentent les plus hautes instances juridiques en Suisse.

L'une des caractéristiques du système politique suisse est le droit d'initiative et de référendum. Le droit d'initiative (à la demande d'au minimum 100 000 électeurs) concerne les modifications à apporter à la constitution fédérale. Un référendum peut être initié à propos d'une nouvelle législation ou d'amendements à une législation existante et doit être demandé par un minimum de 50 000 électeurs. Dans certains cas, par exemple pour l'adhésion à des organismes supranationaux, l'organisation d'un référendum est obligatoire selon la constitution.

Graphique 1.2. Carte de la Suisse



Source : OCDE (2005), *Découpages territoriaux des pays membres de l'OCDE*, OCDE, Paris.

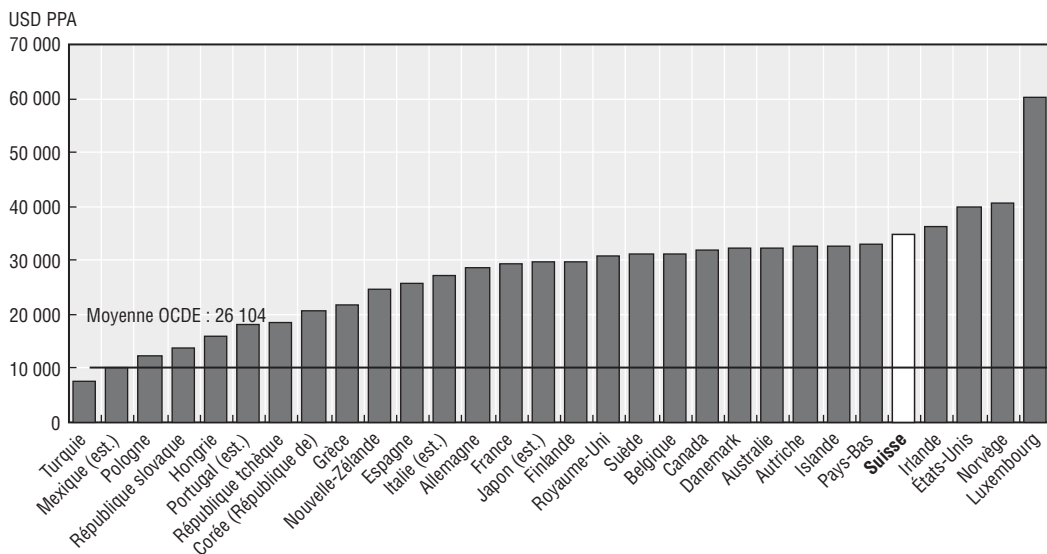
Depuis de nombreuses années, les relations avec l'Union européenne, qui représente 50 % des échanges de la Suisse, sont en première ligne du débat public. La Suisse n'est pas membre de l'Union européenne mais elle a signé avec l'UE des accords bilatéraux qui ont considérablement facilité la libre circulation des personnes entre les États membres et la Suisse. Il en résulte une ouverture progressive du marché du travail entre l'UE et la Suisse. Dans le secteur de la santé, la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins et d'infirmières est une mesure qui illustre cette tendance<sup>8</sup>.

### 1.1.2. Contexte économique et social

La Suisse compte parmi les pays les plus riches de l'OCDE. Son PIB par habitant la classe en 5<sup>e</sup> position derrière le Luxembourg, la Norvège, les États-Unis et l'Irlande (graphique 1.3). En 2004, son PIB par habitant, qui avoisinait les 35 000 dollars en parités de pouvoir d'achat (PPA), était supérieur de 25 % à la moyenne de l'OCDE (26 000 dollars PPA). Les principaux secteurs économiques suisses sont les microtechnologies, les biotechnologies et l'activité pharmaceutique mais aussi la banque et l'assurance. L'une des principales caractéristiques de l'économie suisse est son ouverture aux échanges et aux investissements internationaux (OCDE, 2005d), même si de fortes barrières aux importations subsistent et si les producteurs nationaux sont largement subventionnés.

Les cantons diffèrent considérablement par leur taille (en moyenne 40 km<sup>2</sup>), leur démographie et leur situation socio-économique (tableaux 1.1 et 1.2). Avec une population de 1.2 million d'habitants, le canton de Zurich est le plus peuplé tandis que le demi-canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures n'a qu'une population de 15 000 habitants. La densité de population varie selon un facteur de 190 entre le canton dont la densité est la plus forte, celui de Bâle-Ville, et celui dont la population est la plus clairsemée, celui des Grisons (Office fédéral de la statistique, 2005c). Environ 75 % de la population suisse vit en milieu urbain et les disparités sont grandes d'un canton à l'autre; 13 % de la population vit dans les plus grandes villes<sup>9</sup> de Zurich, Genève, Bâle, Berne et Lausanne (Office fédéral de la

Graphique 1.3. PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2004



Est. : estimations.

Source : OCDE (2005), *Système de comptes de la santé*, OCDE, Paris.

statistique, 2004c). En termes de revenus et de capacité financière, les inégalités sont importantes. Le revenu par habitant du canton de Bâle-Ville, le plus élevé du pays, est plus de deux fois supérieur à celui du canton d'Obwald, le plus faible du pays (Office fédéral de la statistique, 2005c). Un mécanisme de péréquation fiscale, financé par la Confédération et par les cantons les plus riches, compense dans une large mesure les disparités de recettes fiscales des cantons. En dépit d'un faible taux de chômage (de l'ordre de 4 % en 2004), l'économie suisse manque de dynamisme et les gains de productivité sont faibles comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2006a).

### 1.1.3. Tendances démographiques

Comparée à celle d'autres pays de l'OCDE, la population suisse est relativement âgée. En 2003, 15.7 % de la population avait plus de 65 ans et 22.5 % avait moins de 19 ans, tandis que les moyennes de l'OCDE sont respectivement de 14.1 % et de 25.4 % (OCDE, 2005a). En Suisse, le vieillissement de la population, engendré par la chute de la fécondité et l'allongement de la durée de vie, a été progressif. Le taux de fécondité diminue depuis les années 70. L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans a augmenté régulièrement depuis le début du siècle et cette tendance s'est poursuivie depuis 1970 (graphique 1.4) grâce à une baisse du taux de mortalité qui a été pratiquement divisé par deux sur la période 1970-2001. Avec une espérance de vie à la naissance estimée à 77.8 ans pour les hommes et à 83 ans pour les femmes, la Suisse est au-dessus de la moyenne de l'OCDE de plus de trois ans pour les hommes et de plus de 2.3 ans pour les femmes (graphique 1.5). Pour l'espérance de vie, la Suisse se classe en quatrième position de la zone OCDE pour les hommes, derrière l'Islande, le Japon et la Suède, et en troisième position pour les femmes, derrière le Japon et l'Espagne (OCDE, 2005a). En conséquence, le nombre des plus de 64 ans a plus que doublé depuis 1950, tandis que le nombre des plus de 80 ans a quadruplé (Office fédéral de la statistique, 2004k).

Tableau 1.1. Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2003

		Population <sup>1</sup>	Part de la population vivant dans les villes <sup>2</sup>	Part de la population vivant en milieu rural <sup>2</sup>	Densité de population <sup>3</sup>	Taux de dépendance économique <sup>4</sup>	Taux de dépendance économique des personnes âgées <sup>5</sup>
CH	Suisse	7 364	73 %	27 %	178	0.61	0.25
AI	Appenzell Rhodes-Intér.	15	0 %	100 %	87	0.78	0.28
AR	Appenzell Rhodes-Extér.	53	53 %	47 %	218	0.69	0.28
AG	Argovie	561	65 %	35 %	399	0.59	0.22
BL	Bâle-Campagne	264	92 %	8 %	511	0.61	0.27
BS	Bâle-Ville	187	100 %	0 %	5 045	0.61	0.33
BE	Berne	952	62 %	38 %	160	0.63	0.29
FR	Fribourg	247	55 %	45 %	148	0.63	0.21
GE	Genève	424	99 %	1 %	1 501	0.58	0.23
GL	Glaris	39	0 %	100 %	56	0.68	0.28
GR	Grisons	187	49 %	51 %	26	0.62	0.26
JU	Jura	69	30 %	70 %	82	0.70	0.28
LU	Lucerne	353	51 %	49 %	236	0.65	0.25
NE	Neuchâtel	167	74 %	26 %	208	0.67	0.29
NW	Nidwald	39	87 %	13 %	142	0.58	0.21
OW	Obwald	33	0 %	100 %	68	0.66	0.23
SH	Schaffhouse	74	74 %	26 %	248	0.66	0.30
SZ	Schwyz	135	80 %	20 %	149	0.61	0.22
SO	Soleure	247	77 %	23 %	312	0.63	0.27
SG	St.Gall	457	67 %	33 %	226	0.65	0.24
TG	Thurgovie	232	49 %	51 %	234	0.65	0.24
TI	Tessin	317	86 %	14 %	113	0.61	0.30
UR	Uri	35	0 %	100 %	33	0.67	0.27
VS	Valais	285	56 %	44 %	55	0.62	0.25
VD	Vaud	639	75 %	25 %	199	0.63	0.25
ZG	Zoug	104	96 %	4 %	434	0.56	0.20
ZH	Zurich	1 250	95 %	5 %	723	0.56	0.24

1. Milliers de personnes au 31 décembre 2003.

2. Définie par le recensement de population de 2000 (Recensement fédéral de la population – RFP, 2000).

3. Habitants au kilomètre carré.

4. Défini comme le pourcentage de la population des 0-19 ans et des 65 ans et plus rapportée à la population des 20-64 ans.

5. Défini comme le pourcentage de la population des 65 ans et plus rapportée à la population des 20-64 ans.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Encyclopédie statistique de la Suisse*, Neuchâtel.

La population est passée de 5.3 millions d'habitants en 1960 à près de 7.4 millions en 2004, progressant à un taux annuel moyen de 0.7 %, ce qui est conforme à la moyenne de l'OCDE de 0.8 % (OCDE, 2005a). La proportion de personnes nées à l'étranger est estimée à 22.4 % de la population totale, ce qui place la Suisse en troisième position des pays de l'OCDE, derrière le Luxembourg et l'Australie (OCDE, 2005f). Dans des hypothèses d'allongement continu de l'espérance de vie et de stabilité du taux de fécondité et des flux migratoires, la population totale devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, pour diminuer ensuite. Selon les prévisions, à l'horizon 2050, la population devrait se situer à peu près au niveau de celui de la fin des années 90 (Nations unies, 2003). Dans le même temps, le taux global de dépendance (pourcentage de la population des plus de 65 ans rapportée à la population des 19-64 ans) devrait passer de 48.5 % de la population en 2005 à près de 80 % en 2050. À l'inverse, la part de la population active devrait diminuer, pour passer de 62 % en 2003 à 55 % en 2050 (graphique 1.8) (Nations unies, 2003).

Tableau 1.2. **Revenu national par habitant, par canton, 2003**

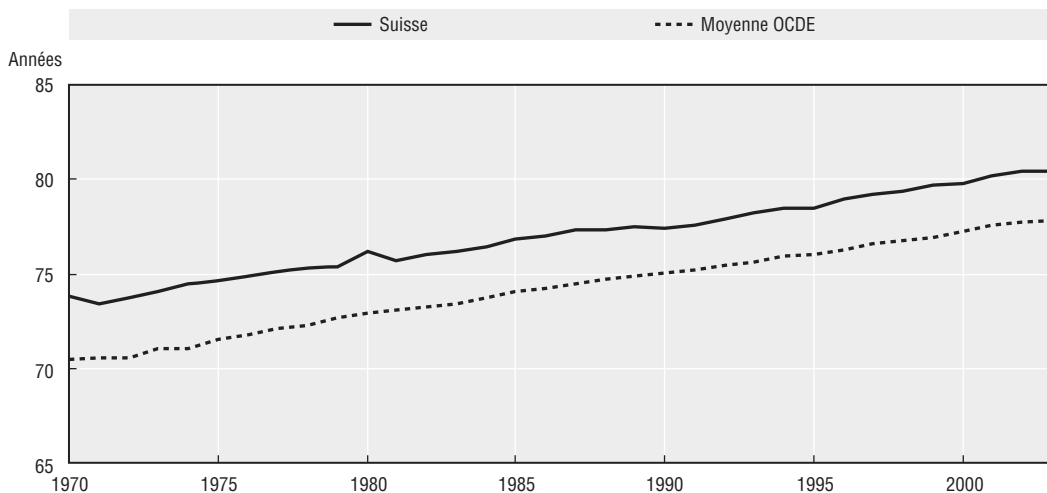
Par ordre décroissant

		En CHF
BS	Bâle-Ville	99 865
ZG	Zoug	86 499
ZH	Zurich	66 050
GL	Glaris	64 318
NW	Nidwald	61 934
GE	Genève	59 123
SH	Schaffhouse	52 781
BL	Bâle-Campagne	51 849
VD	Vaud	51 332
<b>CH</b>	<b>Suisse</b>	<b>51 230</b>
AG	Argovie	48 145
SZ	Schwytz	46 696
UR	Uri	45 630
GR	Grisons	45 565
NE	Neuchâtel	45 474
SO	Soleure	43 902
SG	Saint-Gall	43 388
TG	Thurgovie	43 121
BE	Berne	43 066
AI	Appenzell Rh.-Int.	42 633
AR	Appenzell Rh.-Ext.	42 232
LU	Lucerne	41 219
TI	Tessin	38 745
FR	Fribourg	38 342
VS	Valais	37 367
JU	Jura	36 901
OW	Obwald	35 359

Note : 1 CHF = 0.740 USD et 0.659 EUR (2003).

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Comptes nationaux*, Neuchâtel; OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

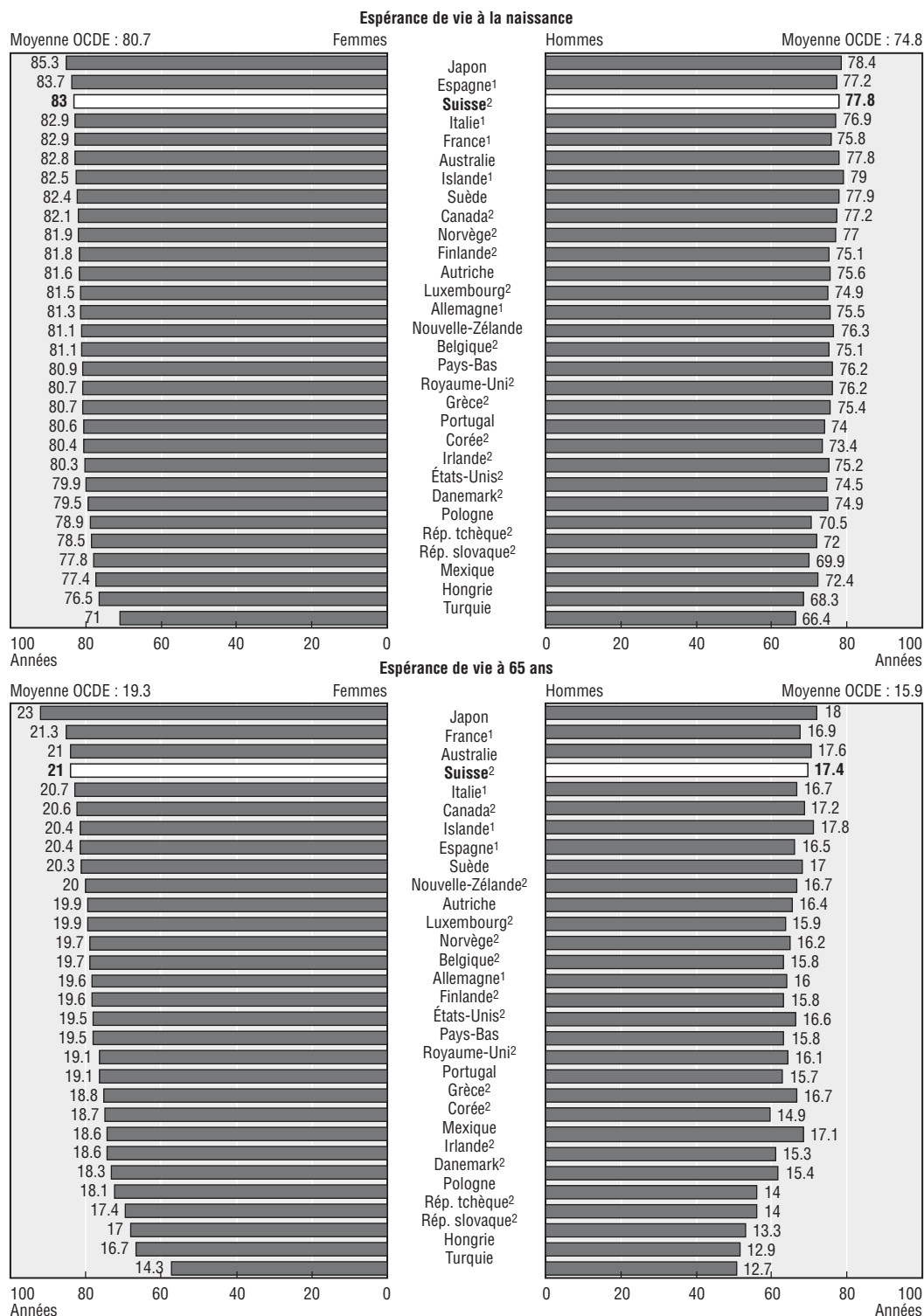
Graphique 1.4. **Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003**



Note : Jusqu'en 1985, la moyenne de l'OCDE inclut certains pays à séries incomplètes. La moyenne de l'OCDE exclut la Corée.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.



Graphique 1.5. **Espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

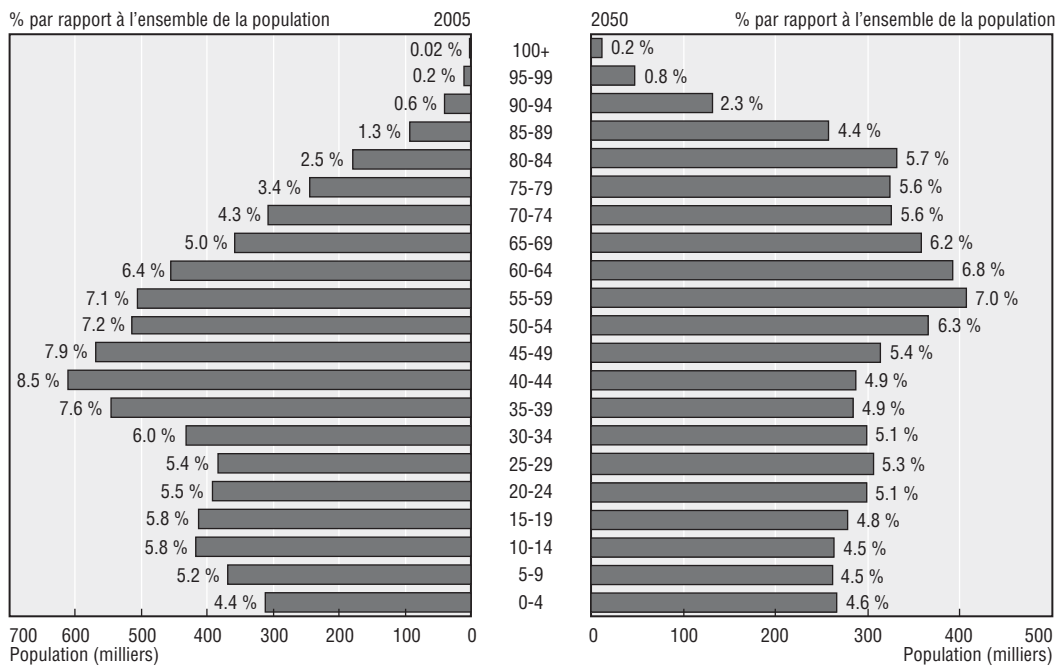
Note : Valeurs classées respectivement par ordre décroissant d'espérance de vie des femmes à la naissance et à 65 ans.

1. 2001.

2. 2002.

Source : OCDE (2005), Eco-Santé OCDE 2005, Paris.

Graphique 1.6. La population suisse par groupe d'âge, 2005 et 2050



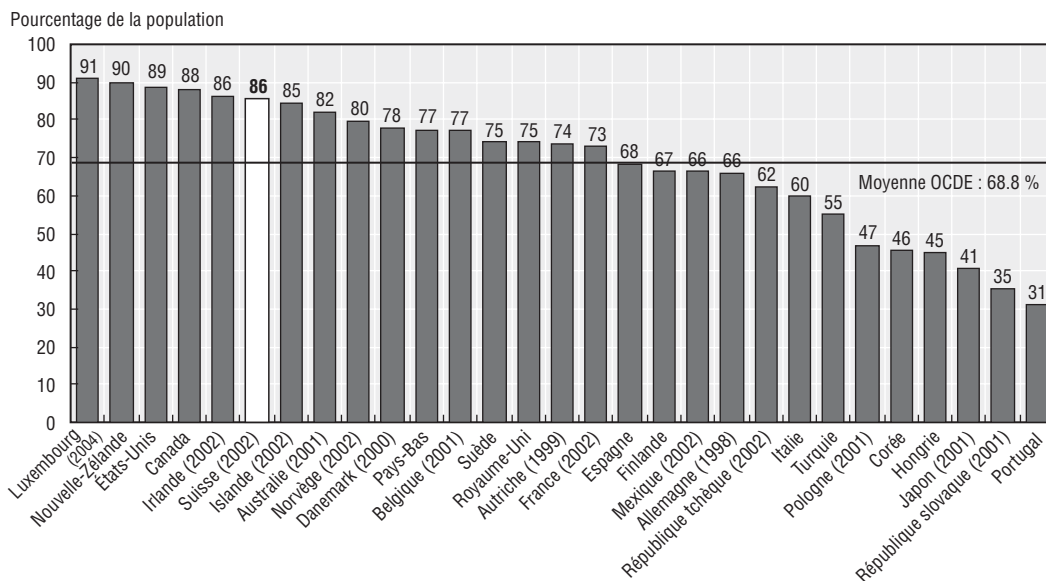
Source : Nations unies (2003), *Perspectives de la population mondiale 1950-2050 (Révision 2002)*, New York.

#### 1.1.4. Profil épidémiologique

Les Suisses se considèrent généralement en bonne santé. Environ 86 % de la population affirme être en bonne, voire en très bonne santé, contre 68 % pour la moyenne de l'OCDE (graphique 1.6) (OCDE, 2005a). Toutefois, environ 15 % de la population fait état d'un problème de santé chronique constituant une gêne dans la vie quotidienne et 13 % de la population de plus de 65 ans vivant au sein d'un ménage privé déclare souffrir d'un handicap sévère (déficience visuelle ou auditive, mobilité réduite, etc.), ou avoir des difficultés dans ses gestes quotidiens (pour s'habiller, manger, etc.) (Office fédéral de la statistique, 2003c). Si la proportion de la population en état de surcharge pondérale ou d'obésité demeure inférieure à la moyenne de l'OCDE (on considère que 37 % de la population suisse est en état de surcharge pondérale contre 48 % pour l'ensemble de l'OCDE), le problème de surpoids est en train de devenir un important problème de santé publique. D'autres indicateurs de risques pour la santé publique montrent qu'en Suisse la consommation de tabac et celle d'alcool sont légèrement supérieures à la moyenne de l'OCDE (tableau 1.3) (OCDE, 2005a).

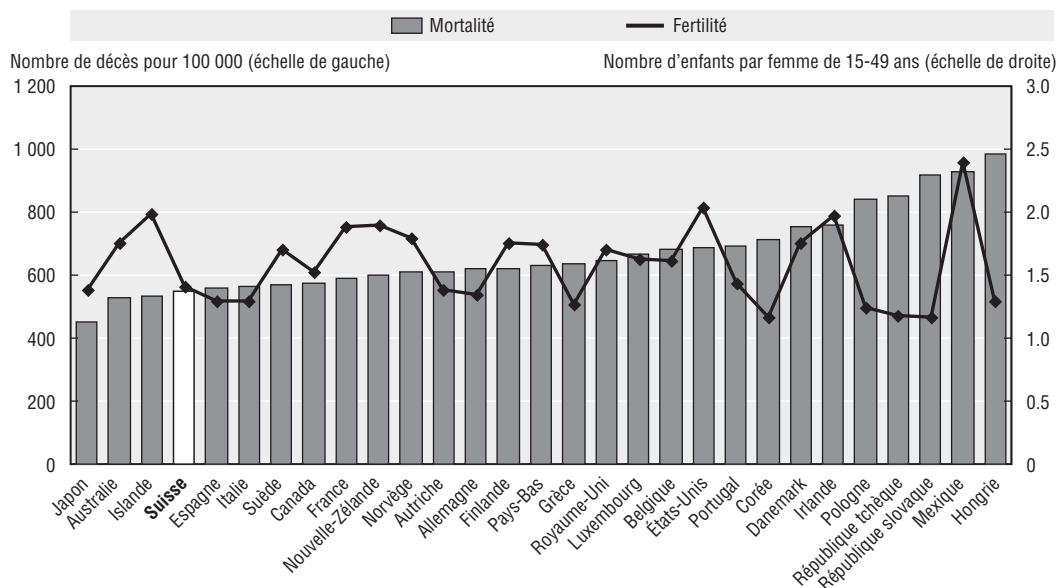
En Suisse, le taux global de mortalité standardisé selon l'âge est estimé à 550 décès pour 100 000 habitants, ce qui place le pays au quatrième rang parmi les pays de l'OCDE ayant le plus bas taux de mortalité, derrière le Japon, l'Australie et l'Islande (OCDE, 2005a) (graphique 1.6). En Suisse, comme dans d'autres pays de l'OCDE, les maladies non transmissibles, notamment les pathologies liées à l'âge, sont la principale cause de décès. En 2000, les maladies du système circulatoire ont représenté 40 % de tous les décès, suivies des tumeurs malignes ou cancers (25 %) et des maladies respiratoires qui ont représenté 6 % des décès (OCDE, 2005a) (graphique 1.9). Sur les dernières années, le taux global de mortalité a encore diminué suite à une baisse des décès dus à des problèmes circulatoires. Toutefois, la mortalité due aux troubles mentaux, dont la maladie d'Alzheimer, et au cancer du poumon chez les femmes, est en augmentation (Office fédéral de la statistique, 2005e).

**Graphique 1.7. Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

**Graphique 1.8. Mortalité et fécondité dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**



Note :

**Mortalité :**

Mexique :

1995. Belgique : 1997. Danemark et France : 1999. Canada, États-Unis, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande et Suisse : 2000. Allemagne, Australie et Suède : 2001. Corée, Espagne, Grèce, Islande, Japon, Norvège, Pologne, République slovaque et Royaume-Uni : 2002.

**Fertilité :**

Australie, Canada, Corée et Mexique : 2002.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

**Tableau 1.3. Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

	Consommation d'alcool (litres par habitant pour la population des plus de 15 ans)	Consommation de tabac (% de fumeurs quotidiens dans la population)	Population en surpoids et obèse <sup>1</sup> (% de la population ayant un IMCI > 25 kg/m <sup>2</sup> )
Australie	9.8 <sup>2</sup>	19.8 <sup>3</sup>	58.4 <sup>4</sup>
Autriche	11.1	36.3 <sup>4</sup>	46.1 <sup>4</sup>
Belgique	10.7	27	44.4 <sup>3</sup>
Canada	7.8 <sup>2</sup>	17	46.5
République tchèque	12.1	24.1 <sup>2</sup>	51.1 <sup>2</sup>
Danemark	11.5	28.0	41.7 <sup>5</sup>
Finlande	9.3	22.2	45.0
France	14.8 <sup>2</sup>	27.0	37.5 <sup>2</sup>
Allemagne	10.2	24.3	49.2
Grèce	9.2 <sup>2</sup>	35 <sup>5</sup>	57.1
Hongrie	13.4 <sup>2</sup>	33.8	52.8
Islande	6.5	22.4	48.8 <sup>2</sup>
Irlande	13.5	27 <sup>2</sup>	47 <sup>2</sup>
Italie	8.0	24.2	42 <sup>2</sup>
Japon	7.6	30.3	24.9
Corée	9.3	30.4	30.6 <sup>3</sup>
Luxembourg	15.5	33 <sup>3</sup>	52.8
Mexique	4.6	26.4 <sup>2</sup>	62.3 <sup>5</sup>
Pays-Bas	9.7	32.0	45 <sup>5</sup>
Nouvelle-Zélande	8.9	25.0	56.2
Norvège	6.0	26.0	42.7 <sup>2</sup>
Pologne	8.1	27.6 <sup>3</sup>	n.d.
Portugal	11.4	20.5 <sup>4</sup>	49.6 <sup>4</sup>
République slovaque	7.6	24.3 <sup>2</sup>	57.6 <sup>2</sup>
Espagne	11.7	28.1	48.4
Suède	7.0	17.5	42.8
<b>Suisse</b>	<b>10.8</b>	<b>26.8<sup>2</sup></b>	<b>37.1<sup>2</sup></b>
Turquie	1.5	32.1	43.4
Royaume-Uni	11.2	26.0	62.0
États-Unis	8.3 <sup>2</sup>	17.5	65.7 <sup>2</sup>
<b>Moyenne de l'OCDE</b>	<b>9.6</b>	<b>26.4</b>	<b>47.9</b>

1. IMC signifie indice de masse corporelle c'est-à-dire la masse (en kilos) divisée par le carré de la hauteur (en mètres). Les estimations se rapportent à la population adulte (c'est-à-dire, sauf indication contraire, à la population des 15 ans et plus) et se fondent sur les enquêtes nationales de santé pour la plupart des pays (autoévaluations) excepté l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis pour lesquels les données sont basées sur l'évaluation réelle du poids et de la taille. Cette différence de méthode limite la comparabilité des données car les chiffres des évaluations réelles sont sensiblement supérieurs à ceux des autoévaluations.

2. 2002.

3. 2001.

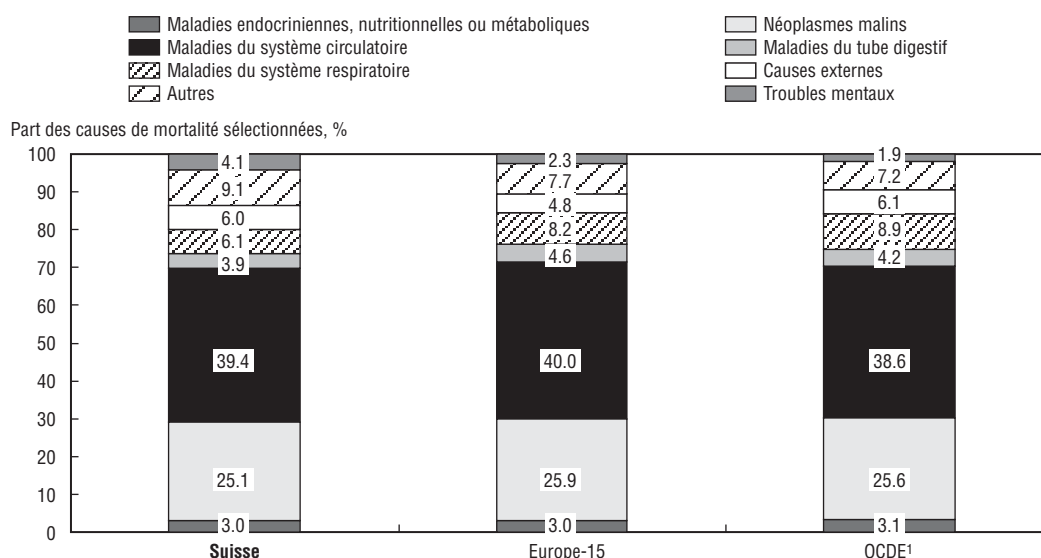
4. 1999.

5. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

### Graphique 1.9. Répartition de certaines causes de mortalité, début des années 2000

Suisse et autres pays de l'OCDE



Note :

Autriche, Espagne, Finlande, Hongrie, Luxembourg et Pays-Bas : 2003. Corée, Grèce, Islande, Japon, Norvège, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque et Royaume-Uni : 2002. Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Irlande, Italie, Suède et Suisse : 2001.

Danemark et Nouvelle-Zélande : 2000.

1. La moyenne de l'OCDE exclut la Belgique, le Mexique et la Turquie.

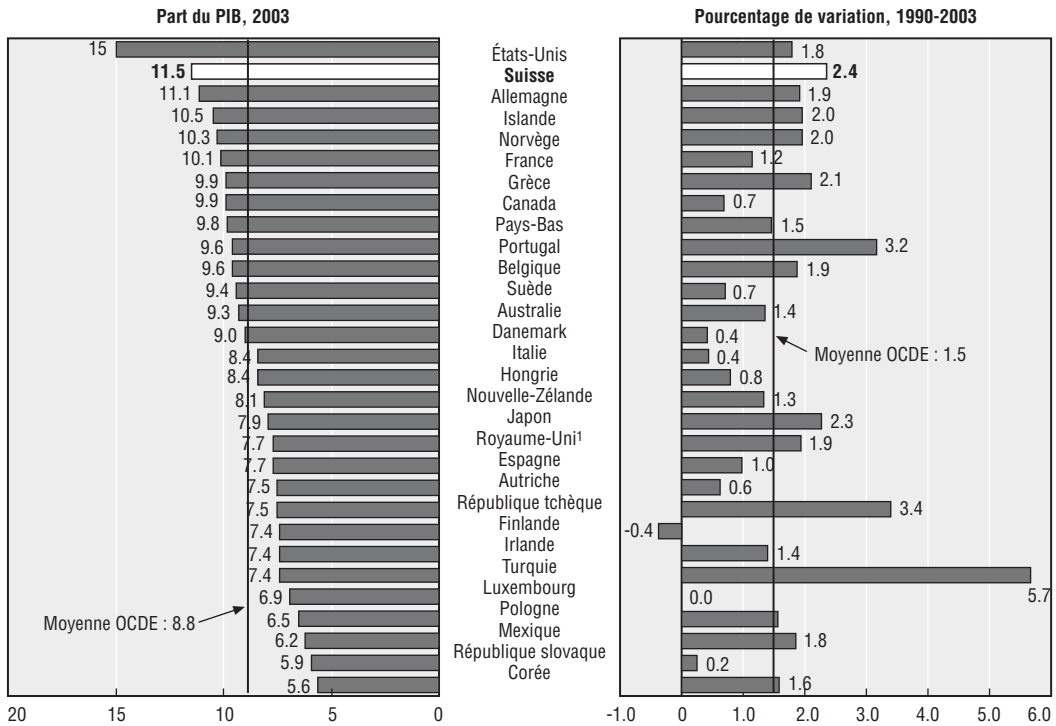
Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

## 1.2. Le poids économique du secteur de la santé

En part de son PNB, la Suisse consacre à ses dépenses de santé plus de ressources que tout autre pays de l'OCDE hormis les États-Unis et l'Allemagne. En 2003, la Suisse a consacré à la santé 10.7 % de son PNB contre 15 % pour les États-Unis et 11.1 % pour l'Allemagne. Les comparaisons internationales sont moins favorables pour la Suisse lorsque les données sont normalisées par le PIB. Dans ce cas, les dépenses de santé représentent 11.5 % de son PIB et la Suisse se classe en deuxième position derrière les États-Unis (graphique 1.10)<sup>10</sup>. En termes de dépenses de santé par tête, la Suisse se classe à une place analogue (graphique 1.11). La part des dépenses de santé dans le PIB a progressé régulièrement au fil des ans, augmentant de 2.4 points de pourcentage entre 1990 et 2003, ce qui est supérieur à la progression de la moyenne de l'OCDE (+1.5 point de pourcentage). Cette progression s'explique, dans une certaine mesure, par la croissance modérée du PIB de la Suisse ces dernières années. La part des dépenses publiques totales de santé a été de 14 % en 2003, dont près de 13 % pour les subventions cantonales aux hôpitaux<sup>11</sup>.

Avec environ un demi-million de personnes travaillant dans le domaine de la santé, soit 12 % de l'emploi total, ce secteur est l'un des principaux employeurs de la Suisse (Office fédéral de la statistique, 2003d). Sur les dernières années, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé a été bien plus importante que dans le reste de l'économie. Entre 1985 et 2001, l'emploi dans le secteur de la santé a augmenté de 70 % contre 12 % seulement pour l'ensemble de l'économie suisse (Office fédéral de la statistique, 2003d).

Graphique 1.10. Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003



Note :

La part des dépenses de santé dans le PIB suisse est de 10.7 %. Pour plus de détails, voir le corps du texte.

Les séries suivantes présentent des ruptures, années entre parenthèses :

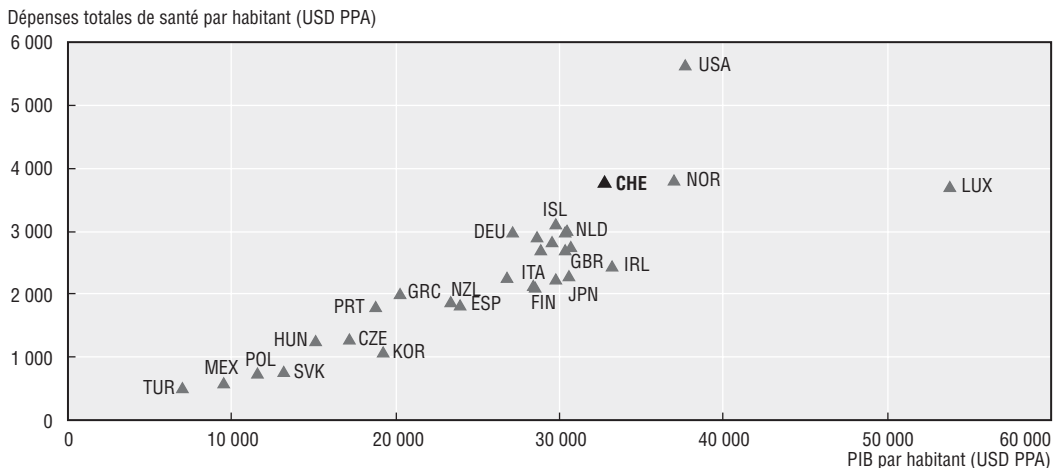
Allemagne (1992), Espagne (1991), Finlande (1993), Hongrie (1998), Japon (1995), Mexique (1999), Norvège (1997), Pays-Bas (1998), Portugal (1995), Suède (1993), Royaume-Uni (1997) et Turquie (1999).

Les données sont estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie. Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont l'une des composantes de ses dépenses totales de santé.

1. 2002.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.11. Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003



Note : Les données pour 2003 ont été estimées pour les pays suivants : Canada, France, Hongrie, Islande, Japon, Norvège, Suisse et Turquie.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

### 1.3. Gouvernance du système de santé suisse

Sauf à être spécifiquement attribuée à la Confédération, la responsabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé incombe aux cantons. Dans les faits, ces derniers jouent un rôle clé dans l'offre et le financement des services de santé, tandis que l'élaboration des politiques, la réglementation et la surveillance du système de santé sont l'objet d'une implication à la fois des cantons et de la Confédération. L'encadré 1.2 résume les principales responsabilités de la Confédération, des cantons et des communes. La grande décentralisation du pouvoir politique et le large degré d'autonomie locale dans l'organisation des soins de santé ont abouti à des systèmes de santé légèrement différents dans chacun des 26 cantons. C'est peut-être ce qui explique que les autorités suisses n'ont jamais défini de manière explicite les objectifs globaux du système de santé ou des normes et des mesures permettant d'apprécier si ces objectifs sont atteints.

Ces dernières années, la Confédération a été investie de nouvelles responsabilités, soit par un transfert de pouvoir des cantons, la révision de lois fédérales (en particulier de la Loi sur l'assurance-maladie) ou l'adoption de nouvelles lois fédérales. Ainsi, après la création de Swissmedic<sup>12</sup>, la responsabilité de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et des appareils médicaux est revenue à la Confédération. Plus récemment, la Confédération est devenue de plus en plus impliquée dans la médecine hautement spécialisée, la recherche et l'enseignement postgradué mais le fondement constitutionnel de ce rôle accru n'est pas toujours très évident. Si l'enseignement de la médecine relève de la responsabilité de la Confédération depuis 1877, les responsabilités de l'enseignement paramédical sont actuellement transférées des cantons à la Confédération.

Diverses institutions ont juridiction sur les activités de santé tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui appartiennent tous deux au Département fédéral de l'Intérieur, sont des acteurs centraux au niveau fédéral tandis qu'au niveau cantonal, les départements cantonaux de la santé publique jouent un rôle majeur. Comme la capacité des différents cantons à entreprendre des activités dans le domaine de la santé peut varier considérablement, un organisme de coordination politique, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a été créée en 1919 pour promouvoir la coopération entre les 26 cantons et entre les cantons et la Confédération. À travers des réunions régulières, la CDS facilite l'élaboration de politiques communes entre les cantons et la Confédération. Toutefois, ce processus n'aboutit pas à des décisions obligatoires pour toutes les parties; il facilite plutôt l'obtention d'un consensus. Ce n'est que lorsque les cantons conviennent de conclure un accord formel qu'une décision prise via la CDS devient juridiquement obligatoire pour les parties.

### 1.4. Financement de la santé et couverture par un système d'assurance

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie impose à chaque personne résidant en Suisse de souscrire une assurance-maladie de base auprès de l'une des nombreuses caisses d'assurance-maladie. Cette assurance-maladie obligatoire prend en charge un tiers des dépenses totales de santé tandis que près d'un autre tiers est pris en charge directement par les assurés eux-mêmes (Office fédéral de la statistique, 2005i). Le solde est financé par l'État, les autres régimes d'assurance sociale et l'assurance-maladie volontaire.

### Encadré 1.2. Principales responsabilités en matière de santé au niveau fédéral, cantonal et communal<sup>1</sup>

#### Niveau fédéral

##### Rôle législatif et de contrôle dans les domaines suivants :

- contrôle et éradication des maladies transmissibles ;
- encouragement de la pratique du sport ;
- assurance sociale ;
- surveillance des examens médicaux professionnels et reconnaissance des qualifications des médecins ;
- promotion de la science, de la recherche et de l'enseignement tertiaire ;
- génie génétique, médecine de la reproduction, médecine de la transplantologie et recherche médicale ;
- protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ;
- protection de l'environnement ;
- contrôle de la qualité et de la sécurité des médicaments et des appareils médicaux ;
- sécurité alimentaire ;
- abus de substances psychoactives ;
- formation (non universitaire) aux professions de santé ;
- fourniture de statistiques de santé.

#### Niveau cantonal

- offre de soins de santé et financement partiel des coûts hospitaliers ;
- autorisation d'ouverture d'un cabinet médical ou d'une pharmacie ;
- prévention des maladies et éducation sanitaire ;
- mise en œuvre des lois fédérales sur délégation du gouvernement fédéral.

#### Niveau communal

- mise en œuvre des responsabilités déléguées par les cantons, par exemple de l'offre de soins infirmiers et de soins à domicile.

1. Cette liste n'est pas exhaustive. Voir Kocher (2005) pour des domaines supplémentaires de responsabilités des niveaux fédéral, cantonal et communal.

Source : Observatoire européen des systèmes de santé (2000) ; Kocher (2005).

#### 1.4.1. Régimes d'assurance obligatoire

##### La Loi fédérale de 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>13</sup>

La LAMal régit le régime de l'assurance-maladie obligatoire de manière à atteindre trois grands objectifs<sup>14</sup> : i) renforcer la solidarité (par rapport au cadre juridique antérieur de la LAMA) en promouvant des conditions de couverture identiques à des personnes dont le profil de risque en termes de santé est différent ; ii) maîtriser les dépenses de santé ; et iii) garantir des services de santé de base de grande qualité. Si la plupart des mécanismes de cette loi, analysés dans cette section, sont directement liés au financement et à la couverture, ce cadre juridique global aborde plusieurs autres aspects du système de santé, comme les prestataires de soins de santé et la tarification des services de santé (voir les sections 1.5 et 1.6 ci-dessous).



Les principales dispositions réglementaires liées à l'assurance-maladie obligatoire sont les suivantes :

- *Affiliation obligatoire.* Tous les résidents suisses doivent souscrire une assurance-maladie de base. L'assurance est souscrite à titre *individuel*, c'est-à-dire qu'elle ne couvre pas les personnes à charge, et elle n'est pas financée par l'employeur.
- *Exigence de but non lucratif et obligation de séparer l'assurance-maladie de base des autres activités d'assurance.* L'assurance-maladie obligatoire est proposée par un grand nombre d'assureurs concurrents autorisés à proposer cette couverture. Les assureurs doivent proposer cette couverture indépendamment de leurs autres activités d'assurances (l'assurance-maladie volontaire complémentaire, par exemple); ils ne doivent pas réaliser de profit sur cette branche de leurs activités et sont soumis à des exigences réglementaires et de surveillance (tableau 1.4).
- *Paquet de prestations standardisées.* Les prestations couvertes par l'assurance-maladie obligatoire sont définies dans la LAMal et les règlements connexes. Elles englobent les services de santé et les produits médicaux nécessaires au diagnostic et au traitement des maladies. Selon la LAMal, les prestations couvertes doivent être efficaces, appropriées et efficientes (voir également encadré 3.1, p. 98).

Tableau 1.4. **Régime réglementaire de surveillance du marché suisse de l'assurance-maladie**

Autorités responsables de la surveillance des activités d'assurances et des participants					
	Conseil fédéral	Département fédéral de l'Intérieur	Canton	OFSP <sup>1</sup>	OFAP <sup>2</sup>
Surveillance des assureurs				Caisses maladie	Assureurs privés vie et non-vie
Surveillance des activités					
Assurance-maladie obligatoire de base (LAMal)	Globalement responsable de l'application de la LAMal.	Autorise les assureurs à proposer une couverture LAMal.	Responsable du contrôle des affiliations individuelles.	Met en œuvre les mesures et est responsable de la surveillance de la LAMal (par exemple, approbation des primes).	–
Assurance prestations journalières en espèces				Responsable de la surveillance de ce type d'assurance, lorsqu'elle est proposée dans le cadre de la LAMal.	Responsable de la surveillance de ce type d'assurance, lorsqu'elle est proposée dans le cadre du régime LCA.
Assurance-maladie volontaire complémentaire					Responsable de la surveillance de l'assurance-maladie volontaire complémentaire.

Note :

LCA = Loi sur le contrat d'assurance.

LAMal = Loi fédérale sur l'assurance-maladie.

1. Office fédéral de la santé publique.

2. Office fédéral des assurances privées.

Source : OCDE selon des données fournies par les autorités nationales.

- *Portée cantonale de la couverture.* Les personnes doivent souscrire une assurance dans le canton de leur lieu de résidence. Les assureurs fixent des niveaux de primes différents dans chacun des cantons où ils opèrent. Les assurés choisissent librement leur prestataire à l'intérieur du canton dans lequel ils sont assurés et peuvent obtenir le remboursement d'un traitement en dehors du canton en cas d'urgence ou lorsqu'un traitement cliniquement nécessaire n'est pas disponible dans leur canton<sup>15</sup>.
- *Acceptation sans réserves et libre choix de l'assureur.* Les assureurs LAMal sont tenus d'accepter sans réserves toute personne résidant dans le canton. Les personnes sont libres de choisir leur assurance et d'en changer à l'intérieur du canton sous réserve de respecter certaines règles en matière de préavis.
- *Tarifification uniforme des primes.* Chaque assureur fixe, dans des conditions de concurrence, la prime facturée et les primes sont identiques pour tous ses assurés (autrement dit, les assureurs ne peuvent ajuster les primes au risque perçu de différents assurés). Les primes ne sont pas liées aux revenus; autrement dit, les primes sont les mêmes pour les pauvres comme pour les riches.
- *Compensation des risques.* Un système de répartition des risques s'efforce de compenser pour les assureurs les différences de coûts résultant de la variation de leur structure de risque; la formule de compensation comporte des coefficients d'ajustement qui prennent en compte l'âge et le sexe.
- *Participation aux coûts.* Toutes les personnes (hormis celles admises à bénéficier d'une exemption) participent au financement du coût des services de santé par le biais d'un système de franchise, de coassurance et d'une contribution aux coûts du séjour hospitalier<sup>16</sup>. Les exigences de participation aux coûts sont différentes pour l'assurance-maladie ordinaire et pour les formes d'assurances particulières (tableau 1.5).
- *Formes d'assurances particulières.* Les personnes peuvent choisir les formes d'assurances particulières que leur propose leur assureur LAMal. Ces produits d'assurances leur permettent de bénéficier de réductions de primes en échange de restrictions frappant les conditions d'une couverture ordinaire. Deux de ces assurances particulières (l'assurance avec franchise supérieure élevée et l'assurance avec bonus, voir encadré 1.3) impliquent pour les assurés un risque financier plus grand. Un troisième type d'assurance particulière impose à l'assuré d'accepter un choix limité de prestataires (par exemple, une HMO ou une assurance avec un système de médecin référent) (tableau 1.5).
- *Aides aux personnes et aux familles à faibles revenus.* Les cantons versent des aides sous conditions de ressources aux personnes et aux familles à faibles revenus qui sont éligibles à ces aides dans le but d'atténuer les effets régressifs de primes non liées aux revenus. Ces aides sont cofinancées par la Confédération.

L'encadré 1.3 et les tableaux 1.4 et 1.5 donnent plus de détails sur le cadre juridique de l'assurance-maladie obligatoire et la manière dont elle est organisée. L'évolution du marché est analysée au chapitre 4, tandis que les propositions récentes de réforme de certains éléments de la LAMal sont discutées aux chapitres 4 et 5 ci-dessous.

### ***Autres régimes d'assurance sociale prenant en charge les coûts de santé***

En plus de la LAMal, le système de santé suisse a trois autres régimes d'assurance sociale couvrant les risques en matière de santé : l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire.

Tableau 1.5. **Contrats d'assurances particulières à l'intérieur du régime de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal)**

	assurance-maladie obligatoire de base	Assurance avec choix de franchises	Assurance avec bonus	Assurance avec choix limité de prestataires (HMO « réseau de santé »)
Niveau des primes	Les primes ordinaires sont fixées à un niveau concurrentiel par chaque assureur LAMal pour chaque canton; les assureurs peuvent appliquer un maximum de trois échelles de primes dans chaque région géographique de chaque canton.	Les primes doivent être égales à 50 % au moins de la prime au titre de l'assurance ordinaire. Les primes sont réduites par rapport au montant de la franchise, à concurrence d'une réduction maximum de : – Adultes : 160; 560; 960; 1 360; 1 760 CHF. – Enfants (moins de 18 ans) : 80; 160; 240; 320; 400; 480.	Réductions des primes annuelles en cas de non-sollicitation de remboursement auprès de l'assureur au cours de la période. La prime initiale payée la première année est supérieure de 10 % à l'assurance ordinaire. Les primes peuvent ensuite baisser jusqu'à atteindre 45 % des primes ordinaires au bout de cinq ans.	S'agissant des primes ordinaires, les réductions de primes sont fixées par la caisse mais ne peuvent excéder 20 %.
Participation aux coûts <sup>1</sup>	<i>Franchise</i> : 300 CHF par an. <i>Coassurance</i> : 10 % du coût des produits et services de santé au-delà du montant de la franchise. <i>Contribution aux coûts du séjour hospitalier</i> : 10 CHF par jour pour chaque hospitalisation d'un patient. <i>Plafond</i> : la coassurance de 10 % ne peut dépasser un montant annuel individuel cumulé de 700 CHF pour les adultes et 350 CHF pour les enfants.	<i>Franchises</i> : les assureurs peuvent proposer des produits d'assurances avec cinq niveaux possibles de franchise: – Adultes : 500; 1 000; 1 500; 2 000; 2 500 CHF. – Enfants : 100; 200; 300; 400; 500; 600. <i>Coassurance, contribution aux coûts du séjour hospitalier et plafonds</i> : comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire. Les assureurs peuvent proposer des polices avec un choix limité de prestataires qui sont totalement ou partiellement exemptés de la participation aux coûts.
Choix du médecin/ de l'hôpital	Liberté de choix entre tous les médecins et hôpitaux habilités à être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Limité aux prestataires appartenant au réseau.

1. Exemptions de participation aux coûts pour les familles nombreuses, les femmes en situation de maternité, les bénéficiaires de l'aide sociale et de prestations complémentaires de vieillesse et d'invalidité. Les montants des franchises et les réductions relatives de primes sont ceux approuvés pour 2005.

Source : Version révisée de Colombo, F. (2001), «Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland», Politique du marché du travail et politique sociale : document hors série, n° 53, OCDE, Paris; Office fédéral de la santé publique (2005), *Primes de l'assurance de base 2005*, Berne.

Selon la Loi fédérale sur l'assurance accident (LAA)<sup>17</sup>, toutes les personnes travaillant en Suisse sont obligatoirement assurées contre le risque d'accident et de maladie professionnelle (Ludwig et Morger, 2005). L'assurance est souscrite par l'employeur ou l'entreprise<sup>18</sup>. Les primes sont fixées en fonction des salaires et varient selon le secteur d'activité. Les prestations fournies le sont à la fois en espèces et en nature. Les premières couvrent la perte de revenus mais aussi l'invalidité et les pensions de réversion à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Les secondes englobent les paiements directs effectués par l'assureur pour couvrir le coût des prestations de soins de santé reçues par un assuré. En 2003, l'assurance accident a représenté 3 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2004i) (tableau 1.6). Les assurés peuvent choisir librement leur prestataire et, contrairement à ce qui se passe pour la LAMal, ils ne sont pas tenus de payer des franchises ou de payer le montant de la contribution aux coûts du séjour hospitalier au titre des soins reçus. L'assurance-accident obligatoire est proposée par plusieurs assureurs, qui couvrent différents

### Encadré 1.3. **LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance**

#### **Surveillance**

Le Conseil fédéral a une responsabilité déterminante pour la mise en œuvre de la LAMal. Les assureurs désireux de proposer l'assurance-maladie obligatoire (92 en 2004) doivent demander l'autorisation du Département fédéral de l'Intérieur et satisfaire à certaines exigences s'agissant de leur structure financière et organisationnelle. Les assureurs peuvent avoir un statut juridique différent mais ils doivent pratiquer l'assurance obligatoire selon le principe de « mutualité ». Si les assureurs commerciaux du risque de maladie et les caisses maladie peuvent devenir des assureurs LAMal, jusqu'ici aucun assureur commercial du risque de maladie n'a demandé l'autorisation de proposer une couverture de base. Il incombe aux cantons de vérifier l'affiliation individuelle à l'assurance-maladie de base; ils peuvent assurer automatiquement toutes les personnes qui ne l'ont pas fait d'elles-mêmes (l'inscription automatique est effectuée par l'autorité cantonale). Dans ce cas, l'assuré ne pourra pas choisir son assureur et sera tenu de payer les primes de l'assurance-maladie de base. Les cantons sont également responsables de l'organisation du système d'aides aux personnes à faibles revenus. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de la surveillance de la mise en œuvre de la loi. Les assureurs LAMal doivent soumettre leurs rapports annuels, leurs budgets et leurs rapports financiers à l'OFSP, et lui communiquer, pour approbation, la liste des primes pour l'année suivante. Il incombe également à l'OFSP de contrôler la viabilité financière des assureurs LAMal.

#### **Paquet de prestations**

L'ensemble des services couverts est spécifié par une « Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie » (OPAS). Les risques couverts sont la maladie, la maternité et l'accident\*. Pour les services médicaux, la couverture obligatoire repose sur un catalogue non exclusif de services de diagnostic et de traitements. Les services hospitaliers sont couverts uniquement pour le coût équivalent du traitement reçu en division commune. La loi spécifie également quelques exclusions. Les produits pharmaceutiques, les médicaments complémentaires et, plus généralement, les services non médicaux (physiothérapie, par exemple) sont couverts sur la base d'une liste positive. Certaines mesures de prévention et de dépistage comme les tests de PAP, tests VIH, coloscopies et vaccinations, y compris la vaccination contre la grippe, sont également couvertes. Les soins dentaires sont couverts lorsqu'ils concernent une maladie grave.

#### **Libre choix de l'assureur**

Le libre passage d'un assureur LAMal à un autre assureur LAMal est total. Les personnes peuvent changer d'assureur LAMal à la fin des mois de juin et de décembre d'une année donnée, à l'intérieur de leur canton de résidence. Elles doivent communiquer leur décision de changer d'assureur avec un préavis minimum de trois mois ou, en cas de changement de prime, d'un mois par rapport à ces dates (les assureurs LAMal doivent communiquer par écrit à tous les assurés les niveaux de primes applicables l'année suivante avec un préavis minimum de deux mois). L'assureur ne peut s'opposer à la décision d'un assuré de changer d'assureur que si celui-ci n'est pas à jour de ses primes. L'assuré est également tenu d'envoyer à l'assureur précédent une attestation certifiant qu'il s'est assuré auprès d'un autre assureur. Les personnes titulaires d'un contrat LAMal d'assurances particulières ne peuvent décider de changer d'assureur que le 31 décembre et les titulaires d'une assurance avec bonus doivent souscrire une police d'une durée de cinq ans.

### Encadré 1.3. **LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance** (suite)

#### **Tarification uniforme des primes**

En dépit de la tarification uniforme, les primes varient d'un assureur à l'autre et, pour chaque assureur, d'un canton à l'autre. La loi autorise aussi des différenciations supplémentaires de primes. Premièrement, les personnes qui bénéficient déjà d'une assurance accident obligatoire peuvent demander une réduction de la prime de l'assurance de base. Deuxièmement, les assureurs peuvent appliquer au maximum trois échelons de prime dans chaque canton, reflétant les disparités des coûts de santé d'une région à l'autre à l'intérieur du canton. Troisièmement, l'assureur a fixé trois catégories de primes dont la progressivité est liée à l'âge : enfants (0-18 ans), jeunes en formation (19-25 ans) et adultes. Quatrièmement, les personnes choisissant des formes particulières d'assurance-maladie (voir ci-dessous) obtiennent des réductions de primes.

#### **Compensation des risques**

Le mécanisme de compensation des risques a été instauré en 1993 afin de réduire les incitations à une concurrence entre assureurs sur la base d'une sélection des risques. Les assureurs ayant une structure de risques plus favorable (mesurée par l'âge et le sexe) que la moyenne doivent verser à une institution commune un montant compensatoire afin d'aider les assureurs ayant une structure de risques moins favorable. On recense 30 groupes de risques (15 cohortes d'âge pour les hommes et 15 pour les femmes). L'institution commune procède à des transferts sur une base cantonale, reflétant ainsi les différences de coût d'un canton à l'autre. Selon la LAMal, le mécanisme devait être suspendu après dix années d'application de la loi, car on supposait qu'à ce stade les structures de risque des assureurs seraient égalisées, rendant le système de compensation superflu. Cette hypothèse ne s'étant pas vérifiée, en octobre 2004, le Parlement fédéral a approuvé la prorogation du système pour cinq années supplémentaires, sans modifier sa structure.

#### **Formes d'assurances particulières** (voir tableau 1.5)

L'assurance-maladie ordinaire de base permet aux personnes de choisir librement les prestataires et leur impose d'acquitter des primes types ainsi qu'une franchise légale annuelle. L'assurance assortie d'une franchise à option offre une réduction des primes ordinaires lorsque les personnes optent pour une franchise plus importante. L'assurance avec bonus impose aux personnes de ne solliciter aucun remboursement de la part de l'assureur durant une année afin d'obtenir une diminution de leur prime par rapport à celle de l'année précédente. L'assurance assortie d'un choix limité de prestataires permet aux personnes d'obtenir des réductions de leurs primes d'assurance-maladie de base si elles s'engagent à n'utiliser que certains prestataires désignés dans les accords de réseau de soins intégrés (« managed care »). Tous les assureurs LAMal proposent des assurances ordinaires et des assurances assorties d'une franchise à option. En moyenne, environ un assureur sur dix propose des assurances de type HMO, c'est-à-dire des assurances avec un choix réduit de prestataires (voir section 1.5.2) et environ un sur sept propose des assurances avec bonus dans quel que canton que ce soit.

#### **Réductions de primes pour les personnes à faibles revenus**

Chaque année, la Confédération met à la disposition des cantons un certain montant d'aides affectées aux réductions de primes. Pour recevoir ces aides fédérales, les cantons doivent eux-mêmes acquitter un montant minimum. Le Parlement suisse fixe, tous les quatre ans, à la fois le montant annuel global de l'aide allouée par la Confédération et le montant minimum que chaque canton doit verser en contrepartie. Bien entendu, les cantons sont libres de verser davantage. L'aide fédérale globale est répartie entre les

**Encadré 1.3. LAMal : principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance (suite)**

cantons sur la base de la population résidente et du pouvoir économique du canton. La loi autorise les cantons à réduire d'au maximum 50 % le montant budgété qu'ils sont censés payer. Dans ce cas, l'aide fédérale est réduite. Au strict minimum, les cantons doivent acquitter un tiers de l'aide fédérale. Chaque canton établit le montant de l'aide individuelle, les critères d'éligibilité et les procédures. Selon une révision de la LAMal approuvée au printemps 2005, les cantons seront également tenus de réduire, d'au moins 50 %, les primes d'assurances pour les enfants et les jeunes en formation vivant dans des familles à revenus faibles ou moyens. En 2004, 40 % des ménages (représentant un tiers des individus) ont reçu des aides (voir chapitre 3).

\* L'assurance-accident de la LAMal ne couvre que les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime d'assurance-accident obligatoire comme dans le cas de chômeurs.

Source : Chancellerie fédérale (1994); Britt et al. (2005); Gilliland et Rossini (1997); Colombo (2001).

secteurs de l'activité économique désignés par la loi. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) couvre 53 % des travailleurs, opérant principalement dans le secteur secondaire (industrie, artisanat, commerce industriel, etc.). À cela s'ajoutent les assureurs privés, les caisses d'assurance-maladie et les caisses publiques d'assurance-accident (Ludwig et Morger, 2005). La SUVA a adopté une approche de gestion intégrée des soins (« case management ») par laquelle les gestionnaires prennent activement des mesures pour orienter la manière dont les soins sont dispensés aux assurés, en particulier dans le cas de personnes ayant des besoins multiples et complexes. Cette approche vise à minimiser le temps nécessaire à la réinsertion des assurés sur le marché du travail après un accident ou une maladie professionnelle. Les personnes qui ont une assurance-accident en vertu de la LAA ont droit à une réduction des primes LAMal ordinaires de la part de l'assureur.

L'assurance-invalidité est proposée dans le cadre juridique de la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI)<sup>19</sup>. Elle est organisée de manière décentralisée avec des bureaux dans chaque canton qui administrent conjointement les prestations vieillesse et invalidité (AVS-AI) (Lauenberger et Demund, 2005). Les dépenses d'invalidité sont financées à hauteur de 50 % par l'État (Confédération et cantons); les 50 % restants sont financés par des cotisations assises sur les salaires. On entend par invalidité une dégradation de l'état de santé entraînant une incapacité à travailler permanente ou de longue durée (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Les prestations couvrent les dépenses de réadaptation (y compris le coût des services médicaux, infirmiers et autres), les rentes d'invalidité (59 % des dépenses globales) et les indemnités d'invalidité. Des prestations complémentaires sont également disponibles. En 2003, les dépenses de santé dans le cadre des AVS-AI ont représenté 4.7 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2005i) (tableau 1.6).

Créée en 1852, l'assurance militaire (AM) couvre toutes les personnes employées dans le domaine de la défense et du maintien de la sécurité (Gebel, 2005). Les prestations versées vont de l'indemnité pour perte de revenu aux rentes d'invalidité, accident et maladie, et vieillesse. En 2003, les dépenses de santé dans le cadre du régime d'assurance militaire ont représenté 0.1 % des dépenses totales de santé (Office fédéral de la statistique, 2005i) (tableau 1.6).

Tableau 1.6. **Financement des dépenses de santé en Suisse, 2003**

Agent de financement	Millions de CHF	Pourcentage du total
<b>TOTAL</b>	<b>49 881</b>	<b>100</b>
<b>État</b>	<b>8 949</b>	<b>17.9</b>
<i>Confédération</i>	<i>156</i>	<i>0.3</i>
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	1	0.0
– Prévention	66	0.1
– Administration	88	0.2
<i>Cantons</i>	<i>7 404</i>	<i>14.8</i>
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	6 418	12.9
– Soins à domicile	224	0.4
– Prévention	251	0.5
– Administration	183	0.4
– Invalidité	307	0.6
– Services auxiliaires	21	0.0
<i>Communes</i>	<i>1 390</i>	<i>2.8</i>
– Aides aux prestataires institutionnels (hôpitaux et établissements de soins de longue durée)	759	1.5
– Soins à domicile	176	0.4
– Prévention	125	0.3
– Administration	61	0.1
– Invalidité	65	0.1
– Services auxiliaires	203	0.4
<b>Régimes d'assurance sociale</b>	<b>20 226</b>	<b>40.5</b>
Assurance-maladie obligatoire (LAMal)	16 304	32.7
Assurance-accidents (LAA)	1 512	3.0
Assurance-invalidité (AVS-AI)	2 361	4.7
Assurance militaire (AM)	48	0.1
<b>Assurance volontaire (LCA)</b>	<b>4 478</b>	<b>9.0</b>
Assureurs LAMal	1 645	3.3
Assureurs commerciaux	2 833	5.7
<b>Ménages</b>	<b>15 743</b>	<b>31.6</b>
Participation aux coûts (assurance sociale)	2 589	5.2
Participation aux coûts (assurance volontaire)	39	0.1
Paiements directs (autres que la participation aux coûts)	13 116	26.3
<b>Autres financements privés</b>	<b>485</b>	<b>1.0</b>

LAMal = Loi fédérale sur l'assurance-maladie.

LCA = Loi sur le contrat d'assurance.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Coût et financement du système de santé en 2003*, Neuchâtel.

#### 1.4.2. L'assurance-maladie volontaire

Il existe en Suisse deux grands types d'assurance-maladie volontaire : i) l'assurance indemnités journalières en espèces et ii) l'assurance-maladie complémentaire.

L'assurance indemnités journalières en espèces est souvent financée par les employeurs pour le compte de leurs salariés et couvre l'obligation pour eux de continuer à verser les salaires en cas de maladie ou d'hospitalisation (perte de revenu). Les assureurs peuvent proposer une assurance indemnités journalières en espèces selon le cadre juridique de la LAMal ou de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)<sup>20</sup>.

Les assureurs<sup>21</sup> LAMal et autres assureurs vie et non-vie peuvent proposer une *assurance-maladie complémentaire* dans le cadre juridique de la LCA. Dans ce contexte, les assureurs peuvent ajuster les primes au risque, refuser les mauvais risques et résilier les contrats des personnes ayant omis de révéler toutes les pathologies ayant un impact en terme de risque sur leur état de santé. L'assurance-maladie complémentaire est habituellement souscrite à titre individuel et les assurés peuvent obtenir la déduction fiscale de leurs primes d'assurance à concurrence d'un certain montant. L'assurance peut couvrir les services spéciaux d'hôtellerie en cas d'hospitalisation (comme l'hébergement en division privée ou semi-privée) mais aussi les prestations qui ne sont pas remboursées par la LAMal (comme les soins dentaires). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001<sup>22</sup>, il est interdit à l'assurance complémentaire de couvrir l'obligation de participation aux coûts de l'assurance-maladie obligatoire.

Depuis la mise en place de l'assurance-maladie obligatoire, le marché de l'assurance-maladie complémentaire a diminué (voir section 3.1.1). Il a également évolué avec un recul de la domination des assureurs LAMal au profit des assureurs privés. En 1996, les assureurs LAMal détenaient les trois quarts du marché (Colombo, 2001). En 2003, 64 % des primes globales étaient encaissées par les 66 assureurs privés opérant sur ce marché et 36 % des primes étaient encaissées par les 56 assureurs LAMal (Office fédéral de la santé publique, 2004d; Britt et al., 2005).

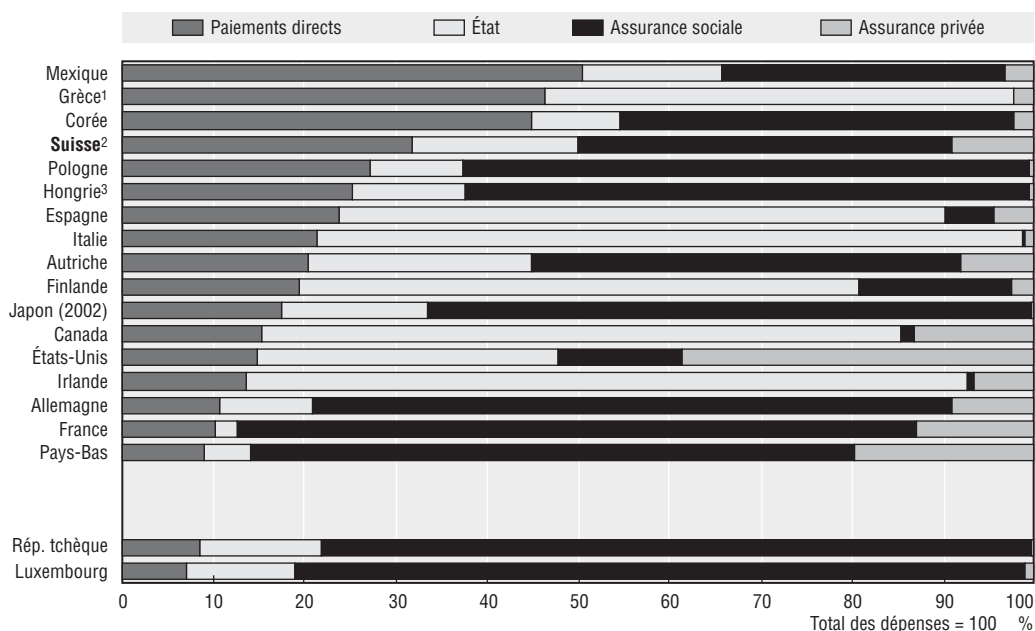
L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) est en charge de la surveillance institutionnelle des assureurs commerciaux vie et non-vie et du contrôle des régimes d'assurance-maladie volontaire dans le contexte de la LCA, même lorsque ces régimes sont offerts par des assureurs LAMal (tableau 1.4).

### **1.4.3. Financement des dépenses de santé**

En 2003, les paiements via l'État et l'assurance sociale ont représenté en Suisse 58 % des dépenses totales de santé (tableau 1.6) (Office fédéral de la statistique, 2005i). En 2003 toujours, la part des dépenses de santé financée par l'État a été de 18 %, se ventilant ainsi : cantons (15 %), communes (3 %), gouvernement fédéral (0.3 %). Ces fonds sont destinés à subventionner des prestataires institutionnels (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, soins à domicile), mais aussi la prévention, la santé publique et les dépenses administratives<sup>23</sup>. Avec un pourcentage de paiements « out-of-pocket » représentant 32 % des dépenses globales de santé, la Suisse se classe en quatrième position de la zone OCDE derrière le Mexique (51 %), la Grèce (46 %) et la Corée (45 %) (graphique 1.12). Enfin, 10 % des dépenses totales de santé se font par le canal de l'assurance-maladie volontaire privée, ce qui représente l'une des principales parts dans la zone de l'OCDE derrière les États-Unis, les Pays-Bas, la France et le Canada.

La part relative des différents agents de financement a évolué depuis 1990 (graphique 1.13). La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est demeurée relativement constante sur la période 1990-2003. Le financement accru des dépenses totales de santé par l'assurance-maladie de base (en vertu de la LAMA avant 1996 puis de la LAMal après 1996) explique la réduction de la part des paiements directs et de l'assurance-maladie volontaire.

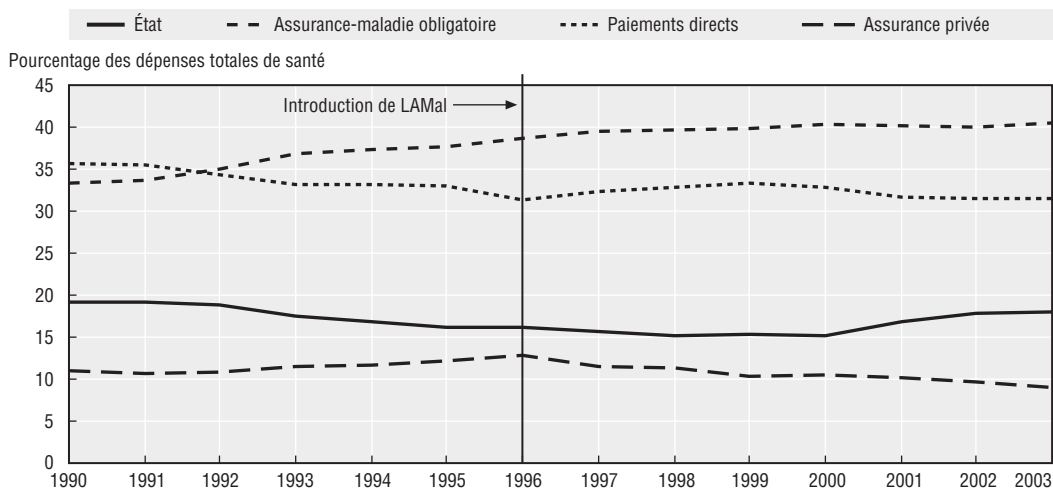


Graphique 1.12. **Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003**

Note : Les pays sont classés par ordre décroissant des paiements « out-of-pocket ».

1. Les données pour la Grèce relatives à l'État incluent les données relatives à l'État et les données relatives à l'assurance sociale.
2. Dans le cas de la Suisse, l'assurance sociale fait référence à l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) et aux autres régimes obligatoires d'assurance sociale effectuant des paiements au titre des soins de santé (assurance militaire, accidents et invalidité).
3. Les données pour la Hongrie sont des estimations.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.13. **Évolution de la part relative des agents de financement de la santé, en Suisse, 1990-2003**

Note : L'assurance-maladie obligatoire fait référence aux dépenses de santé financées par l'assurance-maladie de base (LAMal), l'assurance-accidents (AA), l'assurance militaire (MI) et l'assurance-invalidité (AI).

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

## 1.5. Offre des services de santé

L'administration du système d'offre des services de santé est hautement décentralisée. Les cantons sont responsables de l'offre des services de santé dont la population a besoin. Le financement de ces services en vertu de la LAMal est également organisé au niveau cantonal. En dehors des médecins salariés des hôpitaux, les médecins qui dispensent des soins ambulatoires sont des travailleurs libéraux et exercent dans le cadre de cabinets indépendants. La plupart des hôpitaux sont la propriété des cantons et des communes, bien que les hôpitaux spécialisés soient souvent privés. La responsabilité des initiatives de santé publique et des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé incombe aux cantons et, dans une mesure plus limitée, à la Confédération.

En Suisse, les ressources allouées à l'offre de services de soins de santé sont généralement supérieures à la moyenne de l'OCDE. C'est particulièrement le cas pour l'ensemble des emplois liés aux soins de santé, notamment les médecins praticiens et infirmières praticiennes, ainsi que pour les lits de soins de longue durée et certains équipements médicaux tels que les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (tableau 1.7).

### 1.5.1. Programmes de santé publique

En Suisse, de même que dans d'autres pays de l'OCDE, les dépenses de prévention et de promotion de la santé sont bien inférieures aux dépenses en soins curatifs. En Suisse, 2.2 % des dépenses de santé, soit environ un milliard de francs suisses, est consacré à la prévention et à la promotion de la santé, contre 2.7 % en moyenne pour tous les pays de l'OCDE (graphique 1.14) (OCDE, 2005a)<sup>24</sup>. Ce montant est financé par des contributions cantonales, municipales et fédérales mais aussi par des organisations privées (graphique 1.15). La plupart des programmes de l'Office fédéral de la santé publique sont orientés vers les activités de prévention primaire dans le domaine du VIH/SIDA, du tabagisme, et de la consommation abusive d'alcools et autres drogues (graphique 1.16).

Les problèmes de santé publique ne concernent pas uniquement le secteur de la santé. Les politiques menées dans d'autres secteurs comme l'éducation, le logement, les transports, l'environnement et la fiscalité, peuvent également avoir un impact sur l'état de santé et les résultats sanitaires (Allin et al., 2004).

La Confédération joue un rôle de santé publique dans des domaines spécifiques définis par la Constitution et par d'autres lois fédérales. Ces domaines incluent la surveillance des maladies transmissibles, la sécurité alimentaire, la protection contre les rayonnements et le contrôle des produits chimiques, les taxes sur les substances créant une dépendance (alcool, tabac), la promotion de la pratique du sport, la promotion de la santé et la prévention en relation avec la LAMal et l'assurance accident (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000; Office fédéral de la santé publique, 2005d). Ces dernières années, la Confédération s'est efforcée de renforcer son rôle dans la prévention et la promotion de la santé par la mise en place de politiques nationales dans des domaines où elle n'avait auparavant qu'une responsabilité limitée voire nulle. À titre d'exemple, des programmes nationaux nouveaux ou révisés ont été mis en place concernant la prévention du sida, la consommation de tabac et la consommation abusive de drogues. Mais la Confédération a du mal à trouver une base juridique globale pour le développement de ses activités de santé publique à l'intérieur du cadre juridique actuel. En conséquence, un rapport sur un nouveau cadre réglementaire possible pour la prévention et la promotion de la santé a été présenté récemment (Commission spécialisée prévention + promotion de la santé – PPS2010).

Tableau 1.7. **Moyens disponibles dans le système d'offre de soins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible**

	Effectif total du secteur de la santé (pour 1 000 personnes)	Médecins praticiens (pour 1 000 personnes)	Infirmières praticiennes (pour 1 000 habitants)	Lits de soins aigus (pour 1 000 habitants)	Lits de soins de longue durée <sup>1</sup> (pour 1 000 habitants)	Scanners de tomo- densitométrie (par million d'habitants)	Imagerie à résonance magnétique (par million d'habitants)
Australie	34.6	2.5 <sup>2</sup>	10.2	3.6 <sup>2</sup>	3.6 <sup>2</sup>	n.d.	3.7
Autriche	n.a.	3.4	9.4	6.0	1.7	27.2	13.5
Belgique	n.d.	3.9 <sup>2</sup>	5.8	4 <sup>2</sup>	2.9 <sup>2</sup>	28.8 <sup>2</sup>	6.6 <sup>2</sup>
Canada	39.6	2.1	9.8	3.2 <sup>2</sup>	13 <sup>3</sup>	10.3	4.5
République tchèque	25.0	3.5	9.4	6.5	0.7	12.6	2.4
Danemark	28.1	2.9 <sup>2</sup>	10.3 <sup>2</sup>	3.4 <sup>3</sup>	5.1	14.5	9.1
Finlande	31.2 <sup>2</sup>	2.6	9.3	2.3	7.1	14.0	12.8
France	32.8	3.4	7.3	3.8	1.3	8.4	2.8
Allemagne	46.2	3.4	9.7	6.6	8.2 <sup>3</sup>	14.7	6.2
Grèce	14.8 <sup>4</sup>	4.4 <sup>3</sup>	3.9 <sup>4</sup>	n.d.	n.d.	17.1 <sup>2</sup>	2.3 <sup>2</sup>
Hongrie	n.d.	3.2	5.1	5.9	1.9	6.9	2.6
Islande	43.3	3.6	13.7	n.d.	8.5 <sup>2</sup>	20.7	17.3
Irlande	31.2	2.6	14.8	3.0	6.9 <sup>2</sup>	n.d.	n.d.
Italie	19.9	4.1	5.4	3.9 <sup>2</sup>	2.9	24.0	11.6
Japon	n.d.	2 <sup>2</sup>	7.8 <sup>2</sup>	8.5	5.0	92.6 <sup>2</sup>	35.3 <sup>2</sup>
Corée	n.d.	1.6	1.7	5.9	0.2	31.9	9.0
Luxembourg	13.1 <sup>5</sup>	2.7	10.6 <sup>2</sup>	5.7	5.9	26.7	11.1
Mexique	6.7	1.5	2.1	1.0	n.d.	1.5	0.2
Pays-Bas	31.1	3.1	12.8 <sup>3</sup>	3.2 <sup>2</sup>	3.7 <sup>3</sup>	n.d.	n.d.
Nouvelle-Zélande	27.3	2.2	9.1	n.d.	n.d.	11.5	3.7
Norvège	52.1	3.1	10.4 <sup>3</sup>	3.1	9.1	n.d.	n.d.
Pologne	n.d.	2.5	4.9	5.1	4.0	6.3	1.0
Portugal	13.8	3.3	4.2	3.1	n.d.	12.8	3.9
République slovaque	19.7	3.1	6.5	5.9	1.3	8.7	2.0
Espagne	18.3	3.2	7.5	3.1	0.3	13.0	7.3
Suède	n.d.	3.3 <sup>2</sup>	10.2 <sup>2</sup>	2.4 <sup>4</sup>	n.d.	14.2 <sup>5</sup>	7.9 <sup>5</sup>
<b>Suisse</b>	<b>59.3<sup>3</sup></b>	<b>3.6<sup>2</sup></b>	<b>10.7<sup>4</sup></b>	<b>3.9</b>	<b>11.7</b>	<b>18.0</b>	<b>14.2</b>
Turquie	n.d.	1.4	1.7	2.3	n.d.	7.3	3.0
Royaume-Uni	33.1	2.2	9.1	3.7	3.5	5.8 <sup>3</sup> (est.)	5.2 (est.)
États-Unis	37.6	2.3 <sup>2</sup>	7.9 <sup>2</sup>	2.8	6.1 <sup>2</sup>	13.1 <sup>2, 6</sup>	8.6 <sup>6</sup>
<b>Moyenne OCDE</b>	<b>29.9</b>	<b>2.9</b>	<b>8.0</b>	<b>4.1</b>	–	<b>17.8</b>	<b>7.7</b>
<b>Médiane OCDE</b>	<b>31.2</b>	<b>3.1</b>	<b>9.1</b>	<b>3.7</b>	–	<b>13.6</b>	<b>6.2</b>

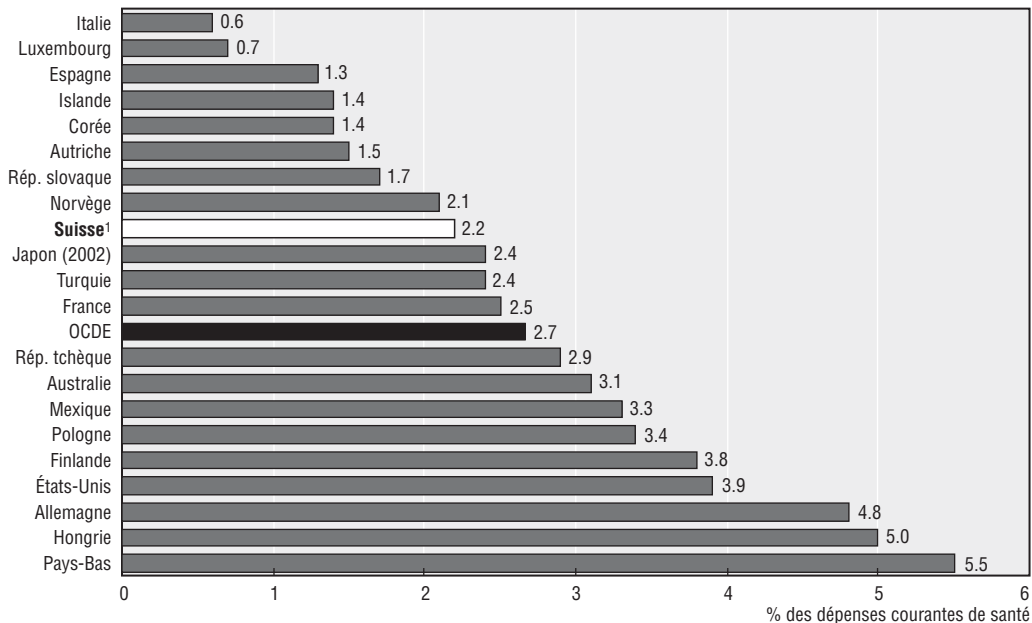
n.d. = non disponible.

est. = estimation.

1. Lits pour personnes ayant besoin d'une assistance continue du fait de déficiences chroniques et d'une certaine dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Cette offre de lits peut regrouper différents cadres institutionnels, dont les hôpitaux, les centres médicalisés de long séjour et autres. Certains pays ne font état que de l'offre de lits de ces centres tandis que d'autres incluent également les lits des hôpitaux de soins non actifs (salles communes). Cela limite sérieusement la comparabilité internationale des données sur les lits de soins de longue durée; en conséquence aucune moyenne ou médiane n'a été calculée pour cet indicateur.
2. 2002.
3. 2001.
4. 2000.
5. 1999.
6. Les chiffres des États-Unis sous-estiment considérablement le nombre réel d'appareils dans ce pays, car ils font référence au nombre d'hôpitaux déclarant posséder au moins un appareil de ce type et au non pas au nombre total d'appareils dans les hôpitaux et autres établissements (par exemple, cliniques spécialisées).

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

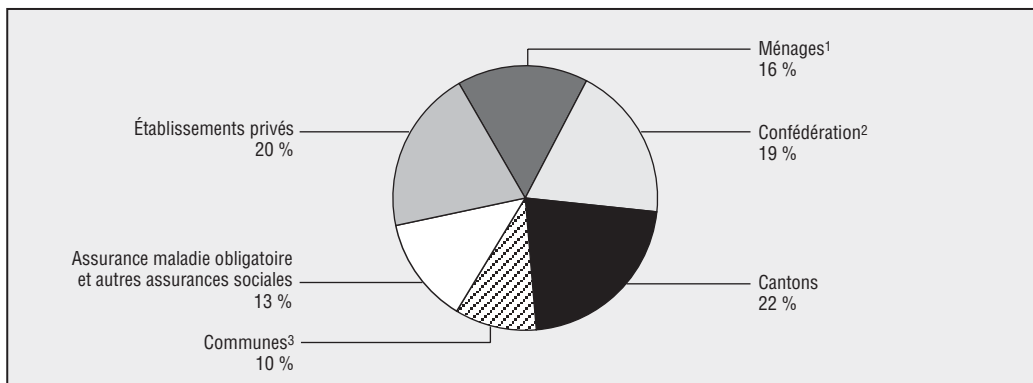
Graphique 1.14. **Dépenses de prévention et promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2003**



1. La Suisse englobe certaines dépenses au titre des programmes de santé maternelle et infantile dans les soins externes plutôt que dans la prévention et la santé publique.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Graphique 1.15. **Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2004**



Note : Pour les cantons, les communes, l'assurance-maladie obligatoire et autres assurances sociales, les établissements privés et les ménages, ces données concernent l'année 2002.

1. Inclut les paiements directs (par exemple les soins prophylactiques dentaires).

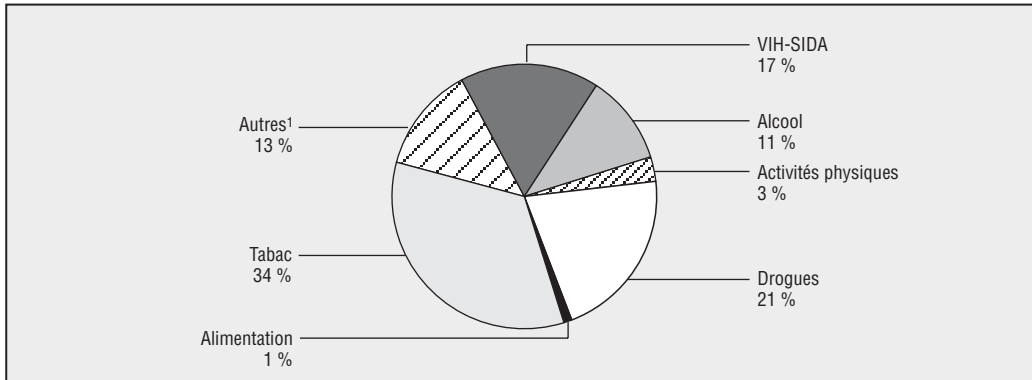
2. Inclut, entre autres institutions, l'Office fédéral de la santé publique, la SUVA, Promotion Santé Suisse et le Fonds pour la sécurité routière.

3. Programmes scolaires principalement.

Source : Office fédéral de la santé publique (2005), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »*, Version novembre 2005, Berne.

Les cantons sont responsables des activités de prévention primaire comme la mise en œuvre de programmes d'immunisation et d'enquêtes sur la couverture vaccinale<sup>25</sup>. La responsabilité de la prévention secondaire et tertiaire est du ressort des cantons. Ainsi, il n'existe pas en Suisse de programmes nationaux de dépistage et il incombe à chaque

Graphique 1.16. **Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, par niveau de financement, 2004**



1. Inclut la surveillance des maladies infectieuses, à l'exclusion du sida.

Source : Office fédéral de la santé publique (2005), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »*, Version novembre 2005, Berne.

canton de mettre en place ses propres programmes<sup>26</sup>. Les cantons sont également responsables de la mise en œuvre d'actions de lutte contre les maladies, qui sont décidées et coordonnées par les autorités fédérales.

La mise en œuvre des programmes de promotion de la santé est dans une large mesure laissée aux nombreuses associations et fondations à but non lucratif. Parmi celles-ci, les fondations « Promotion Santé Suisse » et « Radix », ainsi que l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé ont des programmes importants<sup>27</sup> (voir encadré 1.4).

### 1.5.2. Organisation des soins ambulatoires

Le secteur ambulatoire dispense des soins médicaux généraux, effectue des diagnostics, dispense des soins obstétricaux, des soins périnataux et des soins aux enfants, s'occupe de planning familial, de petite chirurgie, de réadaptation, prodigue des soins dentaires et des soins à domicile. Les services ambulatoires sont, dans une large mesure, assurés par des médecins libres praticiens (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001) mais ils le sont également par les unités ambulatoires des hôpitaux publics et privés et par des organisations de soins de santé intégrés.

Dans le secteur ambulatoire, le choix des médecins traitants est entièrement libre et l'accès aux généralistes ou aux spécialistes est illimité. Bien qu'aucun système de contrôle d'accès n'ait été mis en place, la plupart des personnes semblent avoir un médecin habituel ou médecin de famille. Une exception à ce libre choix concerne les patients titulaires de polices d'assurances particulières (voir ci-dessus) limitant le choix des prestataires. Ces personnes s'engagent à ne recourir qu'à certains prestataires désignés appartenant à une organisation de soins de santé intégrés (HMO), à un système de médecin de famille référent, à des associations de praticiens exerçant seuls (IPA), à des organismes dispensateurs de services à tarif préférentiel (PPO) ou à des systèmes analogues de soins intégrés en échange de réductions des primes de leur police d'assurance-maladie de base. Habituellement, les médecins participant à des réseaux de soins intégrés jouent le rôle de médecin référent en ce sens qu'ils orientent les soins. Jusqu'ici, 10 % seulement de tous les

#### Encadré 1.4. **Sélection d'institutions impliquées dans des activités de prévention et de promotion de la santé en Suisse**

##### **Promotion Santé Suisse**

Promotion Santé Suisse est une fondation créée en 1989 par les cantons et les assureurs. En 1998, la LAMaL a fourni la base juridique lui permettant de conduire des activités de promotion de la santé sous le contrôle du gouvernement fédéral. Les principaux objectifs de cette fondation sont: i) transformer en projets efficaces de bonnes idées visant à promouvoir la santé; ii) atteindre en Suisse un niveau professionnel élevé en matière de promotion de la santé par rapport à ce qui se fait au plan international; et iii) une plus grande visibilité de la promotion de la santé dans l'agenda politique suisse.

Les quatre grands programmes prioritaires sont les suivants:

1. *Activité physique, alimentation et détente.* Ce programme a pour but de permettre aux individus de retrouver quotidiennement une certaine qualité de vie.
2. *Santé et travail.* Les principaux centres d'intérêt de ce programme sont la sécurité sur le lieu de travail et la prévention des accidents et des maladies professionnelles.
3. *Adolescents et jeunes adultes.* L'objectif de ce programme est de renforcer le sens de l'estime de soi chez les jeunes.
4. *Santé mentale.* Au vu de l'importance grandissante des problèmes de santé mentale, une attention plus importante est portée à la prévention, et en particulier à la prévention des problèmes liés au stress. En outre, des mesures sont également envisagées pour aider les personnes à mieux organiser leur vie et à mieux se prendre en mains.

Promotion Santé Suisse soutient également des projets qui sont planifiés et mis en œuvre en coopération avec les cantons et les communes.

Les activités de la Fondation sont financées par une cotisation annuelle (qui était à l'époque de la rédaction de ce document de 2.40 CHF par an) de toutes les personnes assurées auprès d'une caisse d'assurance-maladie obligatoire. Cette cotisation génère un budget total annuel d'environ 17 millions de CHF. Les cotisations sont collectées par les assureurs LAMaL via la prime d'assurance.

##### **L'Association des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS)**

L'objectif de cette association est d'assurer une meilleure coordination des mesures de promotion de la santé prises par les cantons et une meilleure coordination entre les projets du gouvernement fédéral et les projets cantonaux dans le domaine de la promotion de la santé. L'association est composée de quatre groupes régionaux : Suisse latine, nord-ouest de la Suisse, Suisse orientale et Suisse centrale qui, à leur tour, mènent des activités coordonnées de promotion de la santé au niveau régional.

##### **Radix**

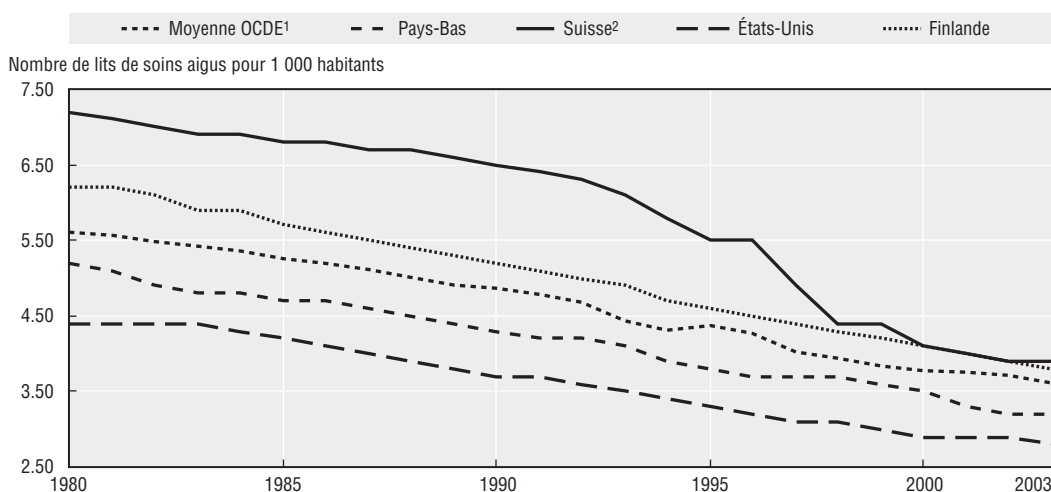
Radix est une fondation spécialisée dans les activités de promotion de la santé pour les communes, écoles et entreprises. Son objectif est d'encourager les communes et les cantons à considérer la promotion de la santé comme une question importante. Elle fournit des prestations aux communes, aux écoles et aux entreprises; son budget annuel, de l'ordre de 3.5 millions de CHF est, dans une large mesure, financé par les subventions et les dons fédéraux et cantonaux.

assurés ont souscrit une police d'assurance comportant un choix limité de prestataires. Ce chiffre n'a que légèrement augmenté au cours des dernières années. Ce chiffre serait probablement supérieur si les assureurs proposaient ce type d'accords (HMO) dans tous les cantons, les régions et les villes.

### 1.5.3. Organisation de l'offre hospitalière

Avec 3.9 lits de soins aigus pour 1 000 habitants, la Suisse se situe légèrement au-dessus de la médiane de l'OCDE, qui est de 3.7 lits (tableau 1.7). En Suisse comme dans les autres pays de l'OCDE, l'offre de lits par habitant a eu tendance à diminuer au cours des vingt dernières années (graphique 1.17). Cette tendance peut s'expliquer par une rationalisation du fonctionnement des hôpitaux dans certains cantons mais aussi par une diminution du temps de séjour moyen (voir chapitre 4).

Graphique 1.17. **Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2003**



Note :

Les États-Unis sont un système fédéral comme la Suisse, tandis qu'en Finlande le système de santé est très décentralisé.

Les Pays-Bas ont un système d'assurance qui présente plusieurs caractéristiques du système suisse.

1. Moyenne OCDE non pondérée. Englobe les pays suivants : Australie, Belgique, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Suède, Suisse et Turquie.
2. Pour la Suisse, rupture de la série chronologique en 1997.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Les hôpitaux diffèrent au regard de la propriété et de leur statut juridique. Les hôpitaux publics appartiennent et, bien souvent, sont gérés par les cantons, les communes ou des fondations, tandis que les hôpitaux privés peuvent être des organisations à but lucratif ou non lucratif (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). En termes de rôle fonctionnel, les hôpitaux généraux opèrent aux côtés des hôpitaux spécialisés pour la réadaptation et les soins psychiatriques. Les traitements médicaux hautement spécialisés et de haute technologie sont administrés par plusieurs établissements, bien souvent sans coordination, dont les cinq hôpitaux universitaires (Zurich, Berne, Bâle, Lausanne et Genève) et quelques grands hôpitaux cantonaux. La plupart des services d'urgence sont assurés par les hôpitaux publics (Undritz, 2005). Les établissements privés, qui représentent environ 20 % du nombre total de lits d'hôpitaux, effectuent généralement les interventions chirurgicales

simples, les soins de jour et la chirurgie électorive. Toutefois, un petit nombre d'institutions privées proposent également des soins hautement spécialisés.

Selon la LAMal, les cantons sont explicitement responsables de la planification hospitalière. Cette planification est censée organiser la capacité et la structure de l'offre hospitalière sur la base des besoins de la population et d'objectifs de maîtrise des coûts. La manière dont les plans cantonaux sont établis varie considérablement car la loi n'établit pas de critères et de méthodes spécifiques. Tous les hôpitaux publics et une partie des hôpitaux privés<sup>28</sup> sont inclus dans le processus de planification. Ces hôpitaux figurent sur une liste cantonale, ce qui leur donne le droit de demander le remboursement des services couverts par l'assurance obligatoire. Toutefois, il n'y a pas de critères spécifiques à remplir ou de méthodes à appliquer pour être inscrit sur les listes bien que les cantons se soient entendus sur un ensemble commun de recommandations (par exemple, adéquation du personnel médical, des équipements et des services médicaux) (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2002 et 2005b). Les subventions cantonales couvrent les coûts d'investissement, de formation et de recherche et une partie des coûts d'exploitation pour les traitements couverts par la LAMal et dispensés en division commune (ou équivalent si le service est dispensé en division privée, voir section 1.6 ci-dessous). Environ trois hôpitaux sur cinq (soit 81 % du nombre total de lits) reçoivent des aides cantonales (tableau 1.8) (Office fédéral de la statistique, 2005a). L'obligation d'élaborer une planification hospitalière ne s'étend pas aux accords intercantonaux de coordination de l'offre.

#### **1.5.4. Soins de longue durée**

Les communes et, dans une moindre mesure, les cantons sont responsables de l'organisation et de l'offre de soins aux personnes âgées. Les soins professionnels sont prodigués principalement dans les établissements médico-sociaux (EMS), les homes pour personnes âgées et au domicile des bénéficiaires (Spitex). Les soignants non qualifiés jouent également un rôle important, bien que non quantifié. On a estimé que la proportion des plus de 65 ans ayant besoin de prestations de soins de longue durée se situe juste entre 10 et 11.5 %, ce qui correspond à nombre de personnes âgées compris entre 109 000 et 126 000 (Mosle, 2005; Hoepflinger et Hugentobler, 2003).

Les cantons subventionnent généralement les coûts de construction et d'exploitation des EMS et des homes publics pour personnes âgées mais aussi d'un certain nombre qui sont privés. Ces établissements sont soumis au même système de planification cantonale que les hôpitaux. Les deux tiers des centres médicalisés de long séjour et autres prestataires institutionnels de soins de longue durée sont des établissements publics ou des organisations à but non lucratif, tandis que le tiers restant correspond à des établissements privés à but lucratif (OCDE, 2005b). La capacité d'accueil totale est d'environ 85 200 lits, avec des taux d'occupation de 95 à 97 % (Office fédéral de la statistique, 2005a; Mosle, 2005). Si les services de soins de longue durée ont tendance à diminuer dans les hôpitaux généraux (OCDE, 2000), certaines personnes âgées nécessitant des soins infirmiers sont néanmoins admises dans les hôpitaux en raison des listes d'attente à l'entrée dans les centres médicalisés de long séjour. La majorité des résidents des centres médicalisés sont âgés de 80 ans et plus. Il n'y a pas en Suisse de critère standard pour l'évaluation de la gravité des cas. Les établissements utilisent trois systèmes différents (Plaisir, Rai/Rug et Besa) pour évaluer le besoin de soins médicaux.

Les activités de soins à domicile sont sensiblement moins importantes. Mais la préoccupation grandissante que suscite le vieillissement des populations et leurs besoins



Tableau 1.8. Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2003

Nom du canton	Privés				Publics ou subventionnés				Total			
	Lits d'hôpitaux		Hôpitaux		Lits d'hôpitaux		Hôpitaux		Lits d'hôpitaux		Hôpitaux	
	Nombre	Ratio <sup>1</sup>	Nombre	Ratio <sup>2</sup>	Nombre	Ratio <sup>1</sup>	Nombre	Ratio <sup>2</sup>	Nombre	Ratio <sup>1</sup>	Nombre	Ratio <sup>2</sup>
Suisse	8 145	1.1	134	1.8	34 597	4.7	220	3.0	42 742	5.8	354	4.8
Appenzell Rhodes-Intérieures	17	0.0	1	6.7	97	0.1	1	6.7	114	0.1	2	13.3
Appenzell Rhodes-Extérieures	288	0.3	5	9.4	286	0.3	3	5.7	574	0.6	8	15.1
Argovie	920	2.6	11	2.0	2 519	7.1	11	2.0	3 439	9.7	22	3.9
Bâle-Campagne	181	5.2	7	2.7	1 182	33.7	6	2.3	1 363	38.8	13	4.9
Bâle-Ville	133	1.0	3	1.6	2 229	16.5	11	5.9	2 362	17.5	14	7.5
Berne	1 141	34.4	14	1.5	4 214	127.1	22	2.3	5 355	161.6	36	3.8
Fribourg	138	3.5	3	1.2	779	19.9	5	2.0	917	23.5	8	3.3
Genève	495	12.9	10	2.4	2 378	61.8	6	1.4	2 873	74.6	16	3.8
Glaris					128	1.2	1	2.6	128	1.2	1	2.6
Grisons	482	2.0	8	4.3	990	4.0	16	8.6	1 472	6.0	24	12.9
Jura	80	0.3	1	1.4	365	1.5	2	2.9	445	1.8	3	4.3
Lucerne	287	1.5	3	0.9	1 210	6.5	6	1.7	1 497	8.0	9	2.6
Neuchâtel	21	0.1	2	1.2	875	3.3	11	6.6	896	3.4	13	7.8
Nidwald					98	1.3	1	2.6	98	1.3	1	2.6
Obwald					81	1.5	1	3.0	81	1.5	1	3.0
Schaffhouse	30	2.0	1	1.4	442	29.4	3	4.1	472	31.4	4	5.4
Schwyz	32	0.1	1	0.7	263	0.6	3	2.2	295	0.6	4	3.0
Soleure	47	0.3	2	0.8	881	4.7	7	2.8	928	5.0	9	3.7
St.Gall	237	0.4	4	0.9	2 063	3.7	15	3.3	2 300	4.1	19	4.2
Thurgovie	633	2.7	10	4.3	779	3.4	4	1.7	1 412	6.1	14	6.1
Tessin	950	3.0	16	5.1	1 148	3.6	8	2.5	2 098	6.6	24	7.6
Uri					143	0.2	1	2.8	143	0.2	1	2.8
Valais	169	0.6	2	0.7	1 433	5.0	15	5.3	1 602	5.6	17	6.0
Vaud	758	4.5	12	1.9	3 120	18.7	23	3.6	3 878	23.2	35	5.5
Zoug	127	0.3	2	1.9	357	0.8	3	2.9	484	1.1	5	4.9
Zurich	979	14.2	16	1.3	6 537	94.7	35	2.8	7 516	108.8	51	4.1

1. Lits de soins aigus pour 1 000 habitants. Inclut tous les lits des hôpitaux suisses. Le chiffre est différent de celui indiqué au tableau 1.7 car il inclut les soins aigus, les soins psychiatriques, les soins aigus gériatriques et tous les autres soins spécialisés.

2. Hôpitaux pour 100 000 personnes.

Source : Office fédéral de la statistique (2005), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Neuchâtel.

de soins spécifiques a donné à ces problèmes une dimension plus politique et désormais le rôle des soins à domicile fait l'objet d'une plus grande attention. La couverture accrue des prestations à domicile depuis l'adoption de la LAMal (qui couvre aussi les soins médicaux aux personnes âgées en milieu institutionnel) a contribué à cette sensibilisation.

Spitex est le sigle suisse allemand qui désigne les services d'aide ménagère et de soins de jour prodigués aux personnes âgées handicapées et en perte d'autonomie en dehors de l'hôpital (OCDE, 2000). Les soins à domicile sont organisés sur une base locale ou cantonale, essentiellement (93 %) par des organisations privées à but non lucratif. Spitex offre un large éventail de prestations relativement globales : 44 % sont considérées comme des soins de longue durée et 56 % correspondent à des aides ménagères et familiales. Environ la moitié du coût est financée sur fonds publics. Selon les statistiques les plus récentes, le volume et le financement des prestations de soins à domicile n'ont guère bougé entre 1997 et 2000 (OCDE, 2005b).

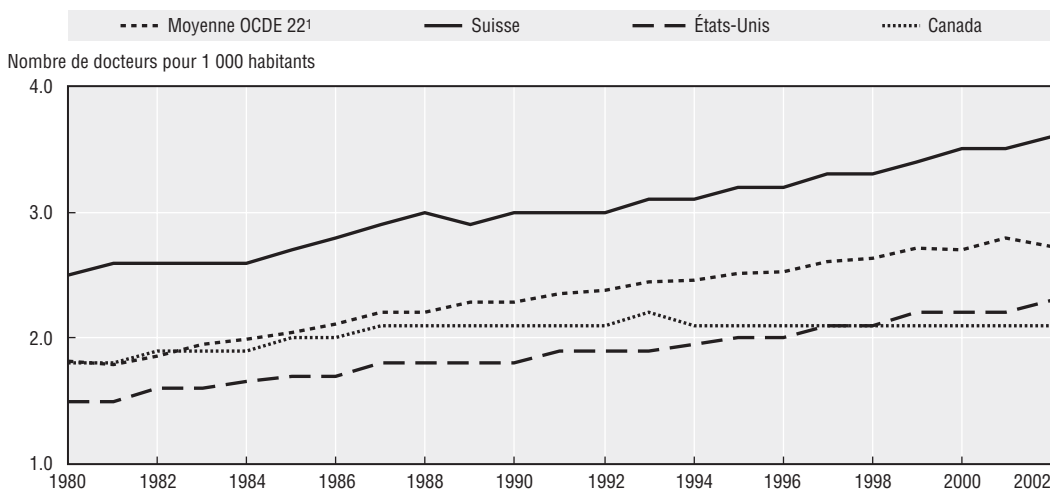
Le système suisse de soins en établissement pour les personnes âgées en perte d'autonomie est financé pour un tiers via un système complexe d'aides publiques, d'assurance et d'assistance et pour les deux tiers restants par les personnes elles-mêmes (OCDE, 2000). Contrairement à ce qui se passe en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, il n'existe pas en Suisse d'assurance sociale obligatoire-soins de longue durée pour les personnes âgées. La LAMal couvre la composante soins de santé dans le cadre des soins à domicile, des EMS et des homes pour personnes âgées. Mais les assureurs LAMal n'assument pas 100 % du coût des soins de longue durée. Le financement peut venir d'autres régimes d'assurance sociale<sup>29</sup>, des paiements directs et, si cela ne suffit pas, du système d'assistance sociale des cantons et des communes (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). L'accès à l'assistance sociale se fait sous condition de ressources et il n'est possible que lorsque la personne a épuisé ses propres ressources, y compris patrimoniales (OCDE, 1999).

Le coût global (public et privé) des soins (médicaux et non médicaux) de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie est estimé à environ 1.3 % du PIB pour les soins en établissement et 0.2 % pour les prestations de soins à domicile, ce qui place la Suisse au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Cela semble lié à une proportion de personnes de plus de 80 ans dans la population totale plus importante que dans d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2005b).

### 1.5.5. Ressources humaines

Les personnes employées dans le secteur de la santé le sont majoritairement dans le secteur des soins en établissement (environ 56 %), puis dans le secteur des soins ambulatoires, dans l'industrie et dans le secteur commercial. L'emploi dans le secteur de la santé a fortement augmenté au cours des dernières années. Entre 1980 et 2002, le nombre des médecins praticiens est passé de 2.4 à 3.6 pour 1 000 personnes (graphique 1.18).

Graphique 1.18. **Évolution de la densité de médecins en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2002**



1. La moyenne de l'OCDE exclut les pays suivants pour lesquels on ne dispose pas de données sur la période de 23 ans : Allemagne, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Mexique et République slovaque.

Le Canada et les États-Unis sont des systèmes fédéraux comme la Suisse.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Avec 3.6 médecins, 10.7 infirmières, 0.5 dentiste et 0.5 pharmacien pour 1 000 habitants, la Suisse a une offre de professionnels de santé supérieure à celle de la plupart des pays de l'OCDE (tableau 1.7). Toutefois, le nombre de praticiens généralistes en Suisse (0.4 pour 1 000 habitants) est inférieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 0.8 pour 1 000 (OCDE, 2005a).

La proportion de médecins étrangers est estimée à 16 % (Office fédéral des migrations, 2001) (tableau 1.9), ce qui est inférieur aux proportions enregistrées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie, lesquelles se situent entre 23 % et 28 % (Mullan, 2005), mais supérieur aux proportions enregistrées en France et en Allemagne, où les médecins étrangers représentent moins de 10 % du nombre total de médecins (Couffinhal et Mousquès, 2001; Bundesaertzkammer, 2003). En Suisse, les médecins étrangers viennent en majorité de pays développés, en particulier d'Allemagne; ce pays fournit 60 % des médecins étrangers travaillant en Suisse (Office fédéral des migrations, 2001).

L'offre de médecins et la perspective d'une augmentation importante du nombre des médecins formés dans un pays de l'Union européenne et venant s'établir en Suisse suite à la signature par la Suisse et l'UE, en 2002, d'accords de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux, ont amené à craindre une offre excédentaire de médecins avec ce que cela implique en termes de coûts. Cette inquiétude a conduit à une politique plus stricte en matière d'admission dans les écoles de médecine avec l'introduction d'un système de *numerus clausus* dans les universités de Berne, Zurich, Bâle et Fribourg. En outre, un gel des autorisations d'ouverture de cabinet médical pour une durée de trois ans pour les praticiens travaillant selon la LAMal (Chancellerie fédérale, 2002) a été décidé, en 2002 puis prolongé jusqu'à la fin de l'année 2008. Cette mesure s'applique aux médecins libéraux, qui sont majoritaires en Suisse, qu'ils aient été formés en Suisse ou à l'étranger. Les médecins qui ne sont pas autorisés à ouvrir un cabinet médical peuvent chercher un emploi en milieu hospitalier ou exercer hors du cadre de la LAMal.

Les infirmières représentent, en Suisse, la catégorie la plus importante de travailleurs professionnels de santé; viennent ensuite les physiothérapeutes. On recense environ 78 000 infirmières (professionnelles) (Office des assurances sociales, 2003a), travaillant pour la plupart en hôpitaux. Les centres médicalisés de long séjour et les soins à domicile représentent une petite partie des emplois infirmiers. Dans les hôpitaux, la surcharge de travail, le stress et une forte rotation des effectifs sont monnaie courante (Dumont et Longchamp, 1999; Künzi et al., 2002). Ces facteurs ont contribué à rendre la profession moins attractive ce qui peut expliquer la baisse de 20 % du nombre d'étudiantes en formation entre 1991 et 2001 et les difficultés accrues de recrutement (Weyermann et Brechbuhler, 2005). Le recrutement d'infirmières formées à l'étranger contribue largement à l'équilibre de l'offre et de la demande dans ce secteur du marché du travail. Le nombre des autorisations de pratiquer accordées à des infirmières formées à l'étranger a augmenté au fil des ans. Si les infirmières formées à l'étranger représentaient 34 % des 4 600 autorisations annuelles de pratiquer accordées en 2004 (tableau 1.10) (Croix-Rouge suisse, 2005), les infirmières nées à l'étranger représentent en Suisse 25 % du nombre total d'infirmières (tableau 1.9) (Office fédéral des migrations, 2001). L'estimation la plus récente est de 17 % pour la Nouvelle-Zélande, 8 % pour le Royaume-Uni et 4 % pour les États-Unis (Simoens et al., 2005)<sup>30</sup>.

L'adoption de la LAMal a ouvert aux infirmières de nouvelles opportunités de travail en tant que praticiennes indépendantes pouvant facturer leurs prestations à la LAMal. Le nombre des infirmières ayant opté pour cette formule était estimé à 900 en 2002 (Weyermann et

**Tableau 1.9. Proportion de médecins et d'infirmières de nationalité étrangère travaillant en Suisse, 2001**

Pays d'origine	Médecins (2001)	Pays d'origine	Infirmières (2001)
Allemagne	59.8 %	Allemagne	26.6 %
France	6.1 %	France	12.2 %
Italie	5.6 %	Serbie-Monténégro	9.4 %
Autriche	3.9 %	Italie	7.2 %
Espagne	1.4 %	Croatie	5.4 %
Belgique	1.4 %	Pays-Bas	4.4 %
Pays-Bas	1.1 %	Autriche	4.4 %
Grèce	0.7 %	Bosnie-Herzégovine	3.4 %
Royaume-Uni	0.6 %	Espagne	2.7 %
Suède	0.5 %	Inde	2.6 %
Luxembourg	0.2 %	Portugal	2.5 %
Portugal	0.1 %	Belgique	2.2 %
Finlande	0.1 %	Canada	2.2 %
Danemark	0.1 %	Philippines	2.0 %
Norvège	0.05 %	Macédoine	1.5 %
Islande	0.02 %	Turquie	1.4 %
Irlande	0.02 %		
Autres pays	18.4 %	Autres parties	9.9 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>Total</b>	<b>100 %</b>
Total médecins étrangers	4 148	Total infirmières étrangères	19 095
En % du nombre total de médecins en Suisse	16 %	En % du nombre total d'infirmières en Suisse	25 %

Source : Office fédéral des migrations (2001), *Erwerbstätige ausländische Ärzte aus Staaten de EU und EFTA, Stand : Ende août 2001*, Berne et communication personnelle; OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Brechbuhler, 2005). Des changements interviennent également dans la formation du personnel infirmier. Avec la création de Hautes Écoles spécialisées<sup>31</sup> pour les professions de santé, la Confédération a accru ses responsabilités à l'égard des professions médicales. Son intention est de relever le niveau d'instruction du personnel infirmier, pour passer d'un enseignement secondaire à un enseignement tertiaire, comme dans de nombreux pays de l'OCDE.

### 1.5.6. Produits pharmaceutiques

La population suisse dépense 398 USD en PPA par habitant pour les produits pharmaceutiques, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE (380 USD PPA) mais ne représente qu'environ la moitié des dépenses des États-Unis (graphique 1.19). En 2003, les médicaments administrés à des patients externes ont représenté 10.5 % des dépenses totales de santé, ce qui est sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE pour cette même année (plus de 18 %) (tableau 1.11). Les deux tiers de ces dépenses sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire ou par d'autres assureurs sociaux, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 60 % (OCDE, 2005a) (graphique 1.20).

L'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, créé le 1<sup>er</sup> janvier 2002, est responsable de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux. Il a remplacé l'ancien Office intercantonal de contrôle des médicaments. Swissmedic évalue et certifie que les médicaments et les appareils médicaux mis sur le marché suisse sont des produits de

Tableau 1.10. **Enregistrement en Suisse des infirmiers/ères et des sages-femmes formés à l'étranger, 2004**

Pays de formation	Total (infirmiers/ères et sages-femmes)
Autriche	18
Belgique	26
Danemark	1
Finlande	6
France	442
Allemagne	468
Grèce	0
Islande	0
Irlande	2
Italie	143
Luxembourg	0
Pays-Bas	12
Norvège	2
Portugal	1
Espagne	8
Suède	3
Suisse <sup>1</sup>	24
Royaume-Uni	4
Autres pays	390
<b>Total formés à l'étranger</b>	<b>1 550</b>

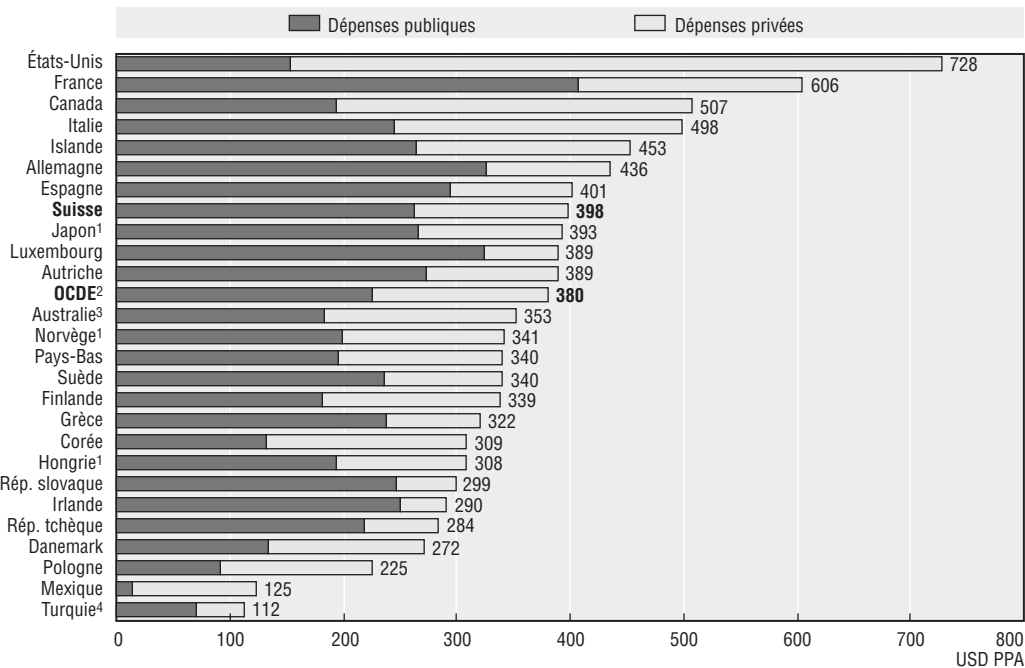
1. Hommes et femmes suisses formés hors de Suisse.

Source : Croix-Rouge suisse (2005), *Reconnaissance des titres professionnels étrangers*, Berne.

grande qualité, sûrs et efficaces. Les examens des produits prennent en moyenne six à huit mois; il existe une procédure accélérée (trois à cinq mois) pour les traitements de pathologies mettant en jeu le pronostic vital, les affections pour lesquelles on ne dispose d'aucune thérapie satisfaisante et les médicaments présentant un grand intérêt thérapeutique. Les examens sont répétés cinq ans après la date de leur entrée sur le marché suisse. Une fois l'autorisation de mise sur le marché accordée, le fabricant peut demander à l'Office fédéral de la santé publique l'inscription du médicament sur la liste des produits remboursés; cet Office décide si un médicament satisfait aux conditions requises pour le remboursement et fixe le prix maximum de remboursement (voir section 1.6).

La grande majorité des produits pharmaceutiques vendus en Suisse sont des produits de marque vendus, pour la plupart, sur ordonnance. En 2002, les médicaments vendus uniquement sur prescription médicale ont représenté les quatre cinquièmes du chiffre d'affaires global du marché pharmaceutique national (Cueni, 2005a). Les ventes de génériques ont été multipliées par trois entre 2000 et 2005; elles représentaient à cette date 8 % du marché. Dans les premiers mois de l'année 2006, leur part est passée à 12 % (Zubler, 2006)<sup>32</sup>. Cette progression rapide semble liée à la mise en place de systèmes différenciés de participation aux coûts pour les génériques.

Environ 55 % des médicaments consommés en Suisse (en termes de valeur au prix fabricant) sont vendus en pharmacie. Viennent ensuite les médecins propharmaciens (23 % du marché), suivis des hôpitaux (19 %) et des drogueries (moins de 3 %) (Interpharma, 2005). Seuls les médecins indépendants ayant une licence spéciale accordée par les cantons sont autorisés à délivrer des médicaments; il s'agit, en principe, de médecins exerçant en milieu rural ou dans des cantons où l'on trouve relativement peu de pharmacies.

Graphique 1.19. **Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003**

Note :

Dépenses publiques fait référence aux dépenses financées par l'État ou par l'assurance-maladie sociale et obligatoire. Dépenses privées fait référence aux dépenses financées par l'assurance-maladie privée ou par les individus (dép. directes).

1. 2002.

2. La moyenne de l'OCDE exclut la Pologne et la Turquie.

3. 2001.

4. 2000.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

Cette pratique existe dans 13 cantons. Les médecins propharmaciens représentent environ un quart de tous les praticiens indépendants (Hänggeli *et al.*, 2005). Au fil du temps, la part des pharmacies et des magasins de vente au détail dans les ventes totales de médicaments a diminué, tandis que celle des hôpitaux et des médecins propharmaciens a augmenté (Cueni, 2005a).

Un quart des produits pharmaceutiques vendus en Suisse (4 066 millions de CHF en 2004 au prix fabricant) sont produits par des sociétés nationales (graphique 1.21) dont les plus grosses (Novartis, Roche et Serono) représentent 61 % de la production (Interpharma, 2005). Les trois quarts restants sont des médicaments fabriqués par des sociétés étrangères; une petite partie de ces médicaments est également fabriquée en Suisse.

Plus de 90 % des produits pharmaceutiques fabriqués en Suisse sont destinés à l'exportation (Cueni, 2005b). Les exportations de médicaments (40 milliards de CHF en 2005) représentent près d'un quart des exportations totales de la Suisse; elles sont supérieures aux importations de 50 % (Interpharm, 2005). Les fabricants suisses représentent également 8 % du marché mondial des produits pharmaceutiques. Les principaux marchés destinataires se trouvent en Europe. Les entreprises nationales investissent principalement dans le développement de nouveaux médicaments. En 2004, les six plus gros laboratoires pharmaceutiques suisses<sup>33</sup> ont consacré à la R-D un cinquième de leurs recettes globales.

Tableau 1.11. Répartition des dépenses de santé par type dans les pays de l'OCDE, 2003

Pourcentage des dépenses totales de santé	Patients hospitalisés	Patients externes	Soins à domicile	Services auxiliaires	Produits médicaux	
					Total pour les patients externes	Dont produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables
Australie (2001)	39.7	24.9	0.1	5.3	18.1	14.0
Autriche	36.1	29.8	n.d.	n.d.	22.5	16.9
Canada	31.7	25.2	1.8	6.3	19.2	16.9
République tchèque	33.9	28.3	0.3	1.0	25.5	21.9
Danemark	50.7	28.5	3.6	n.d.	12.1	9.8
Finlande	39.5	30.0	n.d.	1.4	18.9	16.0
France	41.2	22.9	0.4	4.0	24.7	20.9
Allemagne	34.7	20.9	5.2	6.3	19.9	14.6
Hongrie (2002)	29.0	22.6	0.1	5.4	31.8	27.6
Islande	56.5	21.8	n.d.	0.3	16.8	11.8
Italie	41.5	30.2	n.d.	n.d.	22.1	22.1
Japon (2002)	40.0	32.4	0.5	0.8	19.3	18.4
Corée	22.4	35.9	n.d.	n.d.	31.2	28.8
Luxembourg	37.8	23.6	6.1	6.2	13.0	10.5
Mexique	38.0	30.0	0.3	0.2	21.4	21.4
Pays-Bas	39.6	21.8	3.8	2.4	16.7	11.4
Norvège	45.3	17.7	7.7	5.6	13.6	9.4
Pologne	29.5	22.1	4.1	3.0	32.4	30.3
République slovaque	30.4	15.4	0.1	4.0	43.6	38.5
Espagne	27.2	39.6	n.d.	0.9	25.1	21.8
Suède	32.0	47.7	n.d.	n.d.	14.8	12.6
<b>Suisse</b>	<b>47.9</b>	<b>27.3</b>	<b>2.1</b>	<b>3.1</b>	<b>12.7</b>	<b>10.5</b>
États-Unis	27.1	43.7	2.4	n.d.	13.2	12.9
<b>Moyenne OCDE<sup>1</sup></b>	<b>37.0</b>	<b>27.9</b>	<b>2.4</b>	<b>3.3</b>	<b>21.2</b>	<b>18.2</b>

Note :

n.d. = non disponible.

La Belgique, la Grèce, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, la Turquie et le Royaume-Uni ne sont pas inclus dans le tableau car les données disponibles pour ces pays s'arrêtent au milieu des années 90.

1. Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont une composante importante des dépenses de santé des patients hospitalisés (DSPH). Les données sur les DSPH englobent également les investissements, que d'autres pays de l'OCDE enregistrent séparément et qui représentent 5.7 % des DSPH et 2.7 % des dépenses globales de santé. Il se peut qu'en Suisse ces facteurs gonflent la part globale des dépenses de santé des patients hospitalisés par rapport à d'autres pays de l'OCDE.

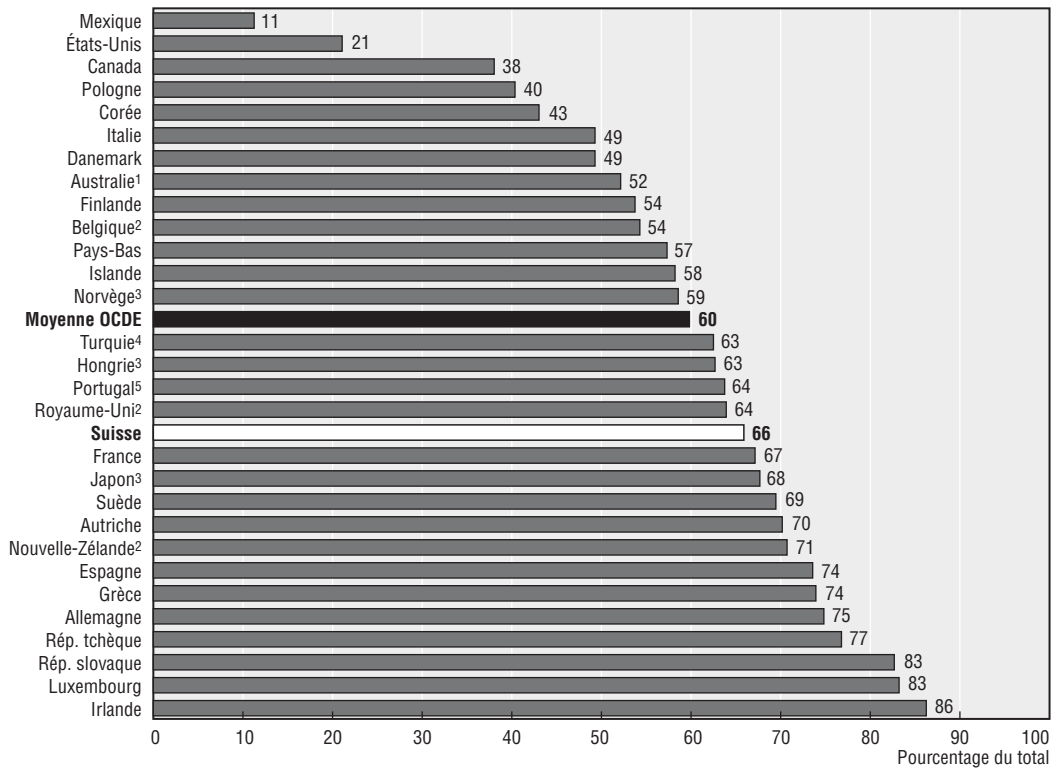
2. La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte l'Autriche, la Finlande, l'Islande, l'Italie, la Corée et l'Espagne pour les soins à domicile, l'Autriche, le Danemark, l'Italie, la Corée et les États-Unis pour les services auxiliaires.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

### 1.5.7. Dépenses par type de services de santé

En 2003, la Suisse a consacré 48 % de ses dépenses totales de santé aux soins de patients hospitalisés, 27 % aux soins de patients externes et 10.5 % aux produits pharmaceutiques délivrés à des patients externes. Par rapport à la moyenne de l'OCDE (tableau 1.11), la part des soins aux patients hospitalisés est bien supérieure tandis que celle des médicaments est inférieure. La part relative des dépenses par type de soins est restée stable dans le temps.

**Graphique 1.20. Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2003**

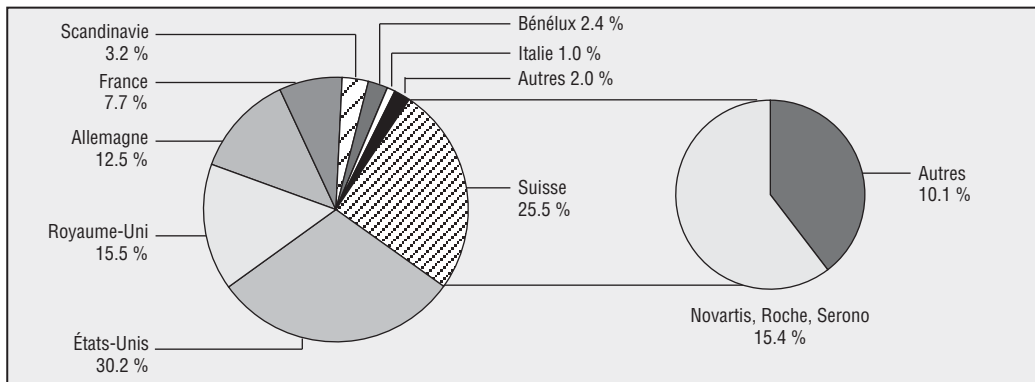


Note : Les dépenses concernent les produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables.

- 1. 2001.
- 2. 1997.
- 3. 2002.
- 4. 2000.
- 5. 1998.

Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.

**Graphique 1.21. Pays d'origine des médicaments vendus sur le marché pharmaceutique intérieur suisse**



Source : Interpharma (2005), *Le marché du médicament en Suisse*, Bâle.



## 1.6. Paiement des prestataires, remboursement et contrats

Les prestataires suisses reçoivent des paiements de tiers assureurs, des administrations cantonales ou directement des patients. En 2003, les subventions versées aux hôpitaux par les autorités cantonales et communales ont représenté 13 % des dépenses totales de santé, ou 44 % du coût total des patients hospitalisés<sup>34</sup>. Actuellement, les services de soins en ambulatoire sont essentiellement payés sur une base de rémunération à l'acte tandis que les modalités de paiement des services hospitaliers sont plus variées.

Selon la loi, les factures des prestataires doivent être établies sur la base de tarifs conventionnés convenus entre les assureurs et les prestataires, ou fixés par les autorités<sup>35</sup>. Pour les prestations couvertes par la LAMal, les assureurs sont tenus de rembourser les prestations effectuées par tous les prestataires autorisés à exercer dans le contexte de la LAMal (« obligation de contracter »). Les assureurs LAMal et autres assureurs sociaux (LAA, AI, AM) négocient séparément avec les prestataires. Pour les services non remboursés par les assureurs sociaux, les prix sont établis sur la base du prix de marché.

### 1.6.1. Mécanismes de paiement, niveaux de prix et de tarifs

#### Secteur des soins ambulatoires

Les généralistes et les spécialistes travaillant dans des unités de soins ambulatoires et ceux admis à exercer en milieu hospitalier<sup>36</sup> sont rémunérés à l'acte. Pour les autres professionnels de la santé travaillant en tant que libre praticien (comme les infirmières, les dentistes, les sages-femmes et les physiothérapeutes), c'est également le principal mode de rémunération. Depuis 2001, la rémunération de la majorité des pharmaciens est basée également sur les prestations et non plus, comme dans le système antérieur, sur une marge réalisée sur le prix de vente des médicaments délivrés<sup>37</sup>. Habituellement, les personnes payent les prestataires directement et sont ensuite remboursées par les assureurs. Mais, pour les médicaments, les patients payent le service du pharmacien et le montant requis de participation aux coûts; le solde est remboursé directement par l'assureur.

Les médecins qui traitent des patients ayant choisi une police d'assurance LAMal comportant un choix limité de prestataires sont rémunérés différemment selon le modèle spécifique du réseau de soins intégrés. Dans le cas des HMO, les médecins sont payés à la capitation et peuvent passer contrat avec différents assureurs. Dans le cas de cabinets de groupe ayant une responsabilité budgétaire (réseau de soins intégrés de type IPA), comme MediX Zurich et Bubenberg Berne, les différents médecins sont rémunérés à l'acte. Un budget global, qui est calculé sur la base du coût prospectif par groupe d'assurés<sup>38</sup>, est convenu entre l'organisation de cabinets indépendants (IPA) et ses assureurs partenaires. Ces budgets peuvent englober les coûts hospitaliers associés. Lorsque le coût réel du traitement de patients assurés est inférieur au montant budgété, les médecins participants se partagent l'excédent. De même, les participants à des modèles de médecin référent, qui représentent en Suisse les deux tiers des modèles de réseau de soins intégrés, sont rémunérés à l'acte et peuvent recevoir une partie des avantages reçus par le réseau (Baur, 2004).

Enfin, la plupart des médecins hospitaliers et autres professionnels de santé employés par des hôpitaux ou des centres médicalisés de long séjour sont salariés. En général, ces médecins ne travaillent qu'en milieu hospitalier et n'ont pas le droit d'exercer en libéral.

À l'intérieur des régimes d'assurance sociale, toutes les professions médicales et paramédicales ont une grille tarifaire convenue au niveau national qui fixe le poids relatif

des différentes prestations. Ces poids relatifs ont été négociés entre les associations professionnelles concernées<sup>39</sup> et les assureurs (santé, accident, militaire et invalidité). Un certain nombre de points sont attribués à chaque prestation (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les honoraires médicaux sont établis sur la base d'un système tarifaire unifié (TARMED). TARMED spécifie le nombre de points tarifaires de chaque type de traitement médical calculé sur la base des moyens mis en œuvre. TARMED est également utilisé comme base de fixation des tarifs pour les prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux. Pour l'assurance-accident, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, la valeur effective associée à chaque point est également fixée au niveau national. Pour les assureurs LAMal, il existe des accords nationaux sur la valeur du point pour les dentistes et les diététiciens. Toutefois, pour les honoraires médicaux, la valeur du point fait l'objet de négociations collectives entre les associations cantonales d'assureurs et les prestataires; la valeur du point peut donc refléter les différences de salaires et de prix d'un canton à l'autre. Des accords cantonaux analogues existent pour les chiropracteurs, les ergothérapeutes, les infirmières et les physiothérapeutes.

En dehors de la LAMal, les prestataires fixent leurs prix librement, mais habituellement cela se fait sur la base de la structure de points convenue au niveau national. Nous faisons ici référence aux prestations non couvertes par la LAMal, aux médecins qui ont explicitement refusé de participer au système LAMal (et donc dont les prestations ne sont pas remboursées par les assureurs LAMal), ou à ceux qui ne peuvent facturer aux assureurs LAMal dans un contexte de gel de l'ouverture de nouveaux cabinets.

### ***Hôpitaux et centres médicalisés de long séjour***

Le principal mécanisme de paiement pour les hôpitaux est le tarif journalier ou la journée d'hospitalisation. Toutefois, depuis l'adoption de la LAMal, et compte tenu notamment des propositions de révision du système de financement des hôpitaux<sup>40</sup>, il y a une orientation vers l'adoption de nouveaux mécanismes de rémunération basée sur les prestations, comme les paiements par cas par département, service ou spécialité ou DRG (en utilisant principalement la classification AP-DRG des diagnostics regroupés pour la gestion applicables à tous les patients). Les mécanismes de paiement varient considérablement d'un canton à l'autre et parfois d'un assureur social et d'un hôpital à l'autre (tableau 1.12). Un nouveau projet (connu sous le nom de « Swiss DRG ») visant à établir un système national uniforme en DRG est en cours<sup>41</sup>. Pour les prestations couvertes par une assurance, les hôpitaux sont habituellement payés directement par l'assureur.

À l'instar des prestations ambulatoires, les tarifs hospitaliers pour les patients hospitalisés (tarif journalier ou autre mode de paiement) pour des services couverts par les régimes d'assurance sociale sont négociés entre les associations d'hôpitaux et les assureurs. Sauf si les parties à la négociation en décident autrement, le coût des médicaments utilisés dans le cadre d'hospitalisations est compris dans le tarif, ainsi que le coût des services de diagnostic et des services thérapeutiques. Le tarif peut varier selon les régimes d'assurance sociale. Par exemple, les tarifs payés par l'assurance-accident sont supérieurs à ceux convenus avec les assureurs LAMal car ils reflètent à la fois les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation et non pas simplement les coûts de fonctionnement.

Le financement des hôpitaux ne repose pas uniquement sur les paiements effectués par les assureurs. Les cantons financent intégralement les coûts d'investissement, les frais de recherche et d'enseignement des hôpitaux publics et de certains hôpitaux privés inscrits sur les listes hospitalières cantonales. Ils financent également une partie des coûts

Tableau 1.12. **Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004**

Canton		Soins aigus	Psychiatrie	Remarques
Appenzell Rhodes-Intérieures	AI	Tarif journalier		
Appenzell Rhodes-Extérieures	AR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Argovie	AG	Paiement fixe modèle MIPP, paiement/service fixe ou tarif journalier	Tarif journalier	Le MIPP est un système de rémunération pratiqué à l'hôpital cantonal d'Aarau et fondé sur la phase de traitement des patients
Bâle-Campagne	BL	Tarif journalier individualisé intégral	Tarif journalier individualisé intégral	
Bâle-Ville	BS	Tarif journalier	Tarif journalier	Procédures spécifiques comptabilisées en supplément
Berne	BE	Paiement spécifique individualisé par pathologie/service pour l'hôpital de l'île. Paiement individualisé par pathologie/service pour tous les autres hôpitaux publics	Tarif journalier	AP-DRG depuis le 1/1/2004 pour le secteur AA/AI/AM
Fribourg	FR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Genève	GE	Tarif journalier	Tarif journalier	Procédures spécifiques comptabilisées en supplément
Glaris	GL	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier		Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Grisons	GR	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Jura	JU	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Supplément payé pour les unités de soins intensifs
Lucerne	LU	Tarif journalier	Tarif journalier	Paiements individualisés pour interventions de chirurgie cardiaque
Neuchâtel	NE	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier		Supplément payé pour les unités de soins intensifs; la ventilation par AP-DRG sera appliquée au secteur AA/AI/AM à partir de 2005 et à la LAMal à partir de 2006
Nidwald	NW	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients exérieurs		
Obvald	OW	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients exérieurs	Tarif journalier	
Schaffhouse	SH	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Les greffes sont comptabilisées en supplément
Schwyz	SZ	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMal		
Soleure	SO	Tarif journalier		
St. Gall	SG	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	Les greffes sont comptabilisées en supplément
Thurgovie	TG	Paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier	Tarif journalier	
Tessin	TI	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMal	Tarif journalier	Des projets AP-DRG de l'assureur Helsana sont actuellement à l'étude et n'ont pas encore été approuvés par le gouvernement cantonal
Uri	UR	Paiements individualisés par pathologie/service pour les résidents du canton et tarif journalier partiel pour les patients extérieurs (y compris un supplément pour les greffes)		
Valais	VS	Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la population assurée d'Helsana relevant de la LAMAL et tarif journalier	Tarif journalier	
Vaud	VD	Modèle AP-DRG appliqué depuis 2002 au secteur AA/AI/AM et à la LAMAL	Tarif journalier	

Tableau 1.12. **Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004 (suite)**

Canton	Soins aigus	Psychiatrie	Remarques
Zoug	ZG Modèle AP-DRG appliqué depuis le 1/1/2004 au secteur AA/AI/AM et à la LAMAL	Tarif journalier	
Zurich	ZH Paiements spécifiques individualisés et tarif journalier à l'hôpital universitaire de Zurich (USZ); paiements individualisés par pathologie/service et tarif journalier pour tous les autres hôpitaux publics	Tarif journalier	Inclut un supplément pour greffes

AA = Assurance-accident ; AI = Assurance-invalidité ; AM = Assurance militaire ; LAMal = Assurance-maladie obligatoire. AP-DRG = All Patients Diagnosis-related Groups.

Source : Adapté de : [www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsoekonomie/Spitalfinanzierung/Spitaltarife\\_Kantone/Stuktur\\_Spitaltaxen-f.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsoekonomie/Spitalfinanzierung/Spitaltarife_Kantone/Stuktur_Spitaltaxen-f.pdf).

d'exploitation des traitements hospitaliers remboursés selon la LAMal. Cette part est fixée par la loi à au moins 50 % pour les personnes soignées en division commune et elle varie d'un canton à l'autre selon le niveau de remboursement négocié entre les assureurs et les hôpitaux<sup>42</sup>. Selon la LAMal, les cantons peuvent fixer des budgets globaux pour les subventions aux hôpitaux, établis sur la base de coûts historiques ou prospectifs<sup>43</sup>. Certains cantons passent des contrats de services avec les hôpitaux qui spécifient le montant de l'aide transférée et les prestations à fournir. En dépit de ces contrats, la plupart des cantons couvrent les déficits des hôpitaux publics, encore que certains commencent à infliger des pénalités aux hôpitaux qui dépassent le budget. Les prestations qui ne sont pas couvertes par les assureurs sociaux, notamment les coûts additionnels de services d'hôtellerie et ceux associés à un confort de qualité supérieure, sont réglées directement par le patient ou par l'assurance-maladie complémentaire.

La LAMal rembourse les coûts médicaux des séjours dans les établissements médico-sociaux (EMS) mais pas les autres éléments de coûts comme l'hôtellerie et les loisirs. Les assureurs peuvent convenir avec les centres médicalisés de long séjour de paiements par cas. Comme pour les hôpitaux, les cantons versent des subventions aux centres médicalisés publics de long séjour et à certains centres privés et peuvent fixer des budgets globaux.

### Produits pharmaceutiques

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'Office fédéral de la santé publique est en charge du remboursement des produits pharmaceutiques et de la fixation des prix selon la LAMal. Seuls sont remboursables par l'assurance-maladie obligatoire les produits pharmaceutiques inscrits par l'OFSP sur une liste positive de médicaments appelée « liste des spécialités » (LS). Pour chaque produit pharmaceutique, cette liste indique deux prix différents : un prix public, qui correspond au montant remboursé par la LAMal (avant déduction de la participation aux coûts), lequel inclut une TVA de 2.4 %, et un prix de vente du fabricant. En 2004, quelque 2 500 médicaments étaient inscrits sur la LS<sup>44</sup>. Les médicaments non remboursés ne sont pas soumis à des contrôles des prix bien que l'Autorité de surveillance des prix soit responsable d'assurer une pratique de prix « raisonnables ».

L'OFSP examine si un médicament peut être remboursé et fixe son prix de remboursement maximum, après avis de la Commission fédérale des médicaments (Cueni, 2005a). Cette commission examine l'efficacité, l'adéquation et le rapport coût-efficacité du médicament avant de conseiller l'OFSP. Elle est composée de représentants des compagnies

d'assurance-maladie, de l'industrie pharmaceutique, des professionnels de santé, de l'Autorité de surveillance des prix de Swissmedic et des représentants des assurés. Ses décisions sont guidées par des comparaisons de prix avec d'autres médicaments thérapeutiquement équivalents mais aussi avec les prix de vente des fabricants dans des pays de référence (Allemagne, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni). S'ils sont disponibles, les prix des médicaments pour la France, l'Italie et l'Autriche peuvent également être examinés à titre d'indications complémentaires pour informer la prise de décision, en particulier lorsqu'il existe d'importantes différences de prix pour le même produit dans les quatre pays de référence ou lorsque le médicament n'est en vente que dans les pays examinés à titre complémentaire (Cueni, 2005a). Lorsque le médicament n'est pas encore en vente dans les pays de référence pour les prix (la Suisse est souvent le premier marché de lancement), la décision relative au prix remboursé est guidée par la comparaison des prix avec celui d'autres médicaments thérapeutiquement équivalents. Une prime reflétant le degré d'innovation peut être rajoutée au prix pour couvrir les coûts de R-D.

Les prix fixés par l'OFSP sont revus périodiquement. Les examens interviennent à quatre stades différents dans le temps : lors de l'inscription du médicament sur la LS, deux ans après sa mise sur le marché (depuis juillet 2002), sept ans après sa mise sur le marché (depuis juillet 2006)<sup>45</sup> et enfin à l'expiration du brevet ou après 15 années d'inscription dans le catalogue de remboursement. À cette occasion, le prix du médicament est aligné sur le prix moyen observé dans les pays de référence. À compter de juillet 2006, les prix des génériques devront être inférieurs d'au minimum 30 % par rapport au prix des médicaments innovants lors de leur mise sur le marché. Après 24 mois, les prix des génériques devront aussi baisser de 15 % supplémentaire par rapport au prix des produits originaux.

Dès lors qu'un médicament est inscrit sur la LS, les assureurs remboursent le prix de ce médicament, après déduction du montant correspondant à la participation aux coûts (franchises et coassurance). Depuis le début de l'année 2006, des systèmes différenciés de participation aux coûts ont été mis en place pour les médicaments de marque lorsqu'il existe des substituts génériques.

Dans la distribution de médicaments, grossistes et détaillants se partagent les marges. Auparavant, la répartition des marges était fixée par la Sanphar, association d'entreprises de distribution de médicaments en Suisse, mais en 2000 la Commission suisse de la concurrence (Comco) a interdit ces accords en raison de leur impact négatif sur la concurrence (OCDE, 2003).

### 1.6.2. Contrats

La loi accorde aux prestataires une certaine souplesse pour ce qui est de l'adhésion à un accord tarifaire donné. Un prestataire (par exemple, un médecin, un pharmacien, une infirmière) peut décider d'adhérer à un accord, même s'il n'est pas membre d'une association professionnelle. En outre, les membres ne sont pas tenus d'adhérer à un accord tarifaire avec les assureurs (Britt *et al.*, 2005). Ceux qui décident de ne pas y adhérer (ils sont actuellement peu nombreux)<sup>46</sup> doivent négocier avec les assureurs un tarif séparé.

Inversement, les assureurs ont *de facto* une obligation de conclure des contrats avec tous les prestataires autorisés à exercer dans le contexte de la loi. Sont inclus tous les hôpitaux qui satisfont à certaines exigences en matière d'infrastructures et de services et participent à la planification hospitalière cantonale et tous les médecins libres praticiens<sup>47</sup>.

**Tableau 1.13. Remboursement des traitements médicalement nécessaires dispensés en division commune et en division privée**

Agent de financement	Division commune		Division privée ou semi-privée	
	A l'intérieur du canton	En dehors du canton	A l'intérieur du canton	En dehors du canton
Canton/commune	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : 50 % au moins des coûts d'exploitation applicables aux salles communes et coûts d'investissements.</li> <li>Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : facture de l'hôpital (établie sur la base des actes pour les patients extérieurs au canton) déduction faite de la partie couverte par les assureurs LAMal.</li> <li>Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : la contribution des cantons est égale au montant équivalant au prix des traitements dispensés en division commune.</li> <li>Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : la contribution des cantons est égale au montant équivalant au prix des traitements dispensés en division commune.</li> <li>Aucune aide cantonale pour les coûts supportés dans d'autres hôpitaux privés.</li> </ul>
Assurance obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : au mieux 50 % des coûts d'exploitation applicables aux divisions communes.</li> <li>Autres hôpitaux privés : coûts d'exploitation et d'investissement (le pourcentage des coûts couverts n'est pas fixé par la loi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les hôpitaux : couverture jusqu'à hauteur des tarifs facturés par l'hôpital aux résidents du canton traités en division commune.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpitaux publics ou hôpitaux privés inscrits sur la liste cantonale : 50 % au moins des coûts d'exploitation applicables aux divisions communes.</li> <li>Autres hôpitaux privés : coûts d'exploitation et coûts d'investissements (le pourcentage des coûts couverts n'est pas fixé par la loi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture jusqu'à concurrence des tarifs facturés par l'hôpital aux résidents du canton traités en division commune.</li> </ul>
Assurance complémentaire			<ul style="list-style-type: none"> <li>Supplément pour traitement administré en division privée ou semi-privée (confort supérieur, repas spéciaux, etc.) et coûts résiduels.</li> </ul>	
Paiements « out-of-pocket »	Participation aux coûts : 1) Franchises : entre 300 et 2 500 CHF pour les adultes 2) Coassurance : 10 % du coût des services médicaux au-delà de la franchise, maximum 700 CHF par an et par adulte et 350 CHF par enfant 3) Contribution aux coûts du séjour hospitalier : montant fixe de 10 CHF par jour et par hospitalisation pour les personnes vivant seules.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Supplément pour traitement administré en division privée ou semi-privée (confort supérieur, repas spéciaux, etc.) et coûts résiduels, s'ils ne sont pas remboursés par l'assurance complémentaire.</li> </ul>	

Source : Adapté de « Tribunal fédéral des assurances, décision du 30 novembre 2001 ».

En dehors des médecins travaillant dans le cadre de réseaux de soins intégrés, les assureurs ne sont pas libres de passer des contrats sélectifs.

Dans le secteur ambulatoire, les tarifs cantonaux s'appliquent à tous les traitements dispensés par les prestataires du canton en question. Dans le secteur des patients hospitalisés, les prestataires peuvent fixer des prix plus élevés pour les patients venant d'un autre canton. Si une personne reçoit un traitement en dehors de son canton de résidence, son assureur rembourse à concurrence du tarif que le prestataire facturerait aux résidents en cas d'urgence ou lorsque la prestation en question n'existe pas dans le canton d'origine de l'assuré. Dans ce cas, le canton d'origine couvre une partie de la différence entre le montant effectivement facturé au patient et le tarif remboursé par l'assureur (tableau 1.13). Un tel système de protection tarifaire et de remboursement ne s'applique pas lorsqu'une

personne choisit de recevoir un traitement médical en dehors de son canton d'origine sans raison médicale valable ou sans avoir obtenu l'accord de son canton d'origine. Dans ce cas, les patients sont tenus de payer toute la différence entre le montant facturé par le prestataire (lequel correspond aux honoraires pour les patients extérieurs au canton) et le tarif applicable (et donc remboursé) dans son canton d'origine. Les cantons peuvent conclure des accords concernant la couverture des coûts pour les traitements administrés en dehors du canton<sup>48</sup>.

## Notes

1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie et l'assurance-accident, 13 juin 1911.
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie, 18 mars 1994. La loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996.
3. Appelée « assurance-maladie sociale », « assurance-maladie obligatoire » ou « assurance-maladie de base » dans la LAMal et les règlements correspondants.
4. Ce qui en fait respectivement le neuvième et le troisième plus petit pays de l'OCDE. Les données relatives à la population se réfèrent à la population résidente permanente à fin 2004.
5. Un membre dans le cas des demi-cantons comme Bâle-Ville et Bâle-Campagne.
6. Le Conseil national compte 200 membres et le Conseil des États en compte 46. Au moment de la rédaction de ce rapport, le Parlement a une majorité de centre droit.
7. À compter de 2007, le Tribunal fédéral suprême et le Tribunal fédéral des assurances seront fusionnés.
8. Au fil des ans, la Suisse et l'UE ont développé une politique commune en matière de santé.
9. À l'exclusion des banlieues de ces villes.
10. Dans le cas de la Suisse, le PNB a été supérieur au PIB de 8 % en 2003, reflétant les flux de revenus importants en provenance de l'étranger. Lorsqu'on utilise un agrégat des comptes nationaux comme indicateur de la capacité à financer le système de soins de santé, le PNB est probablement préférable au PIB utilisé habituellement pour ces types d'évaluations. Rares sont les autres pays de l'OCDE affichant un écart important entre leur PNB et leur PIB.
11. Ces chiffres ne tiennent pas compte des aides aux personnes à faibles revenus que les statistiques des pouvoirs publics suisses ne comptabilisent pas dans les dépenses fédérales de santé.
12. Swissmedic est l'Institut suisse des produits thérapeutiques. Il veille à ce que seuls des médicaments et des appareils médicaux de grande qualité, efficaces et sans risque soient mis sur le marché suisse.
13. Cette section s'appuie sur des travaux antérieurs de Colombo (2001) sur le système d'assurance-maladie obligatoire.
14. Ces objectifs étaient contenus dans le Message relatif à la révision de la Loi de 1911 sur la maladie et l'accident (LAMA) du 6 novembre 1991, pp. 3-5.
15. Les personnes qui sollicitent des soins en dehors de leur canton sans raison médicale ou pour des considérations d'ordre personnel peuvent se voir facturer la différence entre le coût des soins dans leur canton d'origine et le coût facturé par le canton dispensant les soins. Toutefois, le coût facturé par le canton dispensateur des soins ne peut excéder son propre tarif externe. Le patient peut, cependant, se couvrir contre ses suppléments de coûts à l'aide d'une assurance complémentaire.
16. Les franchises sont des montants forfaitaires que les assurés doivent déboursier jusqu'à hauteur du montant à partir duquel leur assurance prend le relais. La co-assurance consiste en des exigences de participation aux coûts aux termes desquelles les personnes assument une partie du coût des services médicaux (10 % des coûts dépassant la franchise). La contribution aux coûts du séjour hospitalier est un montant fixe (10 CHF, par exemple) par jour pour chaque séjour hospitalier.
17. Loi fédérale sur l'assurance accident, du 20 mars 1981.
18. En 2005, elle incluait 400 000 entreprises représentant 3.5 millions d'assurés (Ludwig et Morger, 2005).
19. Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 19 juin 1959.

20. Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2 avril 1908.
21. L'article 12 de la LAMal autorise les assureurs proposant une couverture obligatoire à proposer en parallèle des produits d'assurance-maladie volontaire. Habituellement, les assureurs créent des compagnies distinctes pour gérer l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance-maladie volontaire.
22. Date de promulgation de la version révisée de la LAMal du 24 mars 2000.
23. Les aides aux personnes et aux familles à faibles revenus pour la souscription d'une assurance-maladie, dont le gouvernement fédéral et les administrations cantonales se partagent le coût, n'apparaissent pas ici car elles sont une composante des dépenses de santé au titre des primes d'assurance. La ventilation des dépenses de santé par agent de financement, qui est le mode de présentation utilisé par la publication *Eco-Santé* de l'OCDE, présente les dépenses de santé en fonction de l'agent qui paye les biens et services plutôt que de l'agent qui supporte la charge du financement. Si l'on inclut les aides, la part globale des dépenses liées à la santé qui est financée sur le produit des recettes fiscales fédérales et cantonales a été de 24 % en 2003 (Office fédéral de la statistique, 2005i) (voir tableau 3.2). À l'exception de ces aides, la Confédération n'alloue pas aux cantons de fonds affectés au financement des dépenses de santé. Chaque canton reçoit sa juste part des recettes fiscales fédérales sur la base d'un système de transferts et de partage des recettes mais décide librement de leur affectation. Les cantons prélèvent également des recettes propres via les impôts qu'ils lèvent et diverses autres charges.
24. Les données suisses sur les dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé sont probablement légèrement sous-estimées car : i) le coût de certains programmes de santé maternelle et infantile est inclus dans le coût des soins aux patients externes; ii) les dépenses totales de santé incluent une surestimation des dépenses au titre des soins de longue durée. La part dans le PIB des dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé est donc probablement voisine de la moyenne de l'OCDE.
25. L'Office fédéral suisse de la santé publique publie des recommandations relatives à la politique d'immunisation. Toutefois, il n'y a ni politique nationale en matière d'immunisation ni obligation légale d'immunisation au niveau fédéral.
26. Le dépistage du cancer du sein en est une bonne illustration. Dans la plupart des cantons, les activités de dépistage sont menées à l'initiative des patients, qui consultent de leur propre chef un généraliste ou un spécialiste (« dépistage opportuniste »). En 2005, cinq cantons seulement (Vaud, Genève, Valais, Jura et Fribourg) avaient élaboré un programme, systématique et de qualité, de dépistage du cancer du sein. Ce programme est ciblé sur les femmes âgées de 50 à 69 ans. Dans ces cantons, l'assurance-maladie obligatoire ne couvre que le dépistage dans le cadre d'un programme; elle ne couvre pas le dépistage opportuniste.
27. Un certain nombre d'autres initiatives ont été lancées, notamment le Conseil suisse pour la prévention des accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance-accident, la Conférence des directeurs cantonaux sur l'abus de substances psychoactives, la Ligue suisse contre le cancer et la Ligue pulmonaire suisse, le Conseil suisse pour la prévention des accidents.
28. Si les hôpitaux inscrits sur les listes cantonales sont normalement des établissements publics ou privés à but non lucratif, des hôpitaux privés à but lucratif peuvent également être inscrits sur ces listes lorsqu'ils reçoivent des autorités cantonales un mandat de soins spécifique.
29. Les coûts non médicaux sont payés selon une formule associant l'assurance-accident, le premier et le deuxième pilier des pensions de retraite ou les prestations d'invalidité et les prestations complémentaires de l'AVS-AI. Si une personne a besoin d'être aidée dans quatre activités de la vie quotidienne, l'assurance-vieillesse lui verse une indemnité d'incapacité. Les frais de subsistance (à domicile ou en établissement) sont à la charge du patient. Les prestations complémentaires de l'AVS-AI sont versées aux personnes âgées dont les ressources ne leur permettent pas de couvrir la différence entre le coût réel et les montants à leur disposition grâce aux pensions vieillesse et incapacité. Ces prestations sont régies par la Confédération et payées par les cantons; elles consistent en des indemnités mensuelles et des aides pour frais médicaux et dépenses liées à l'incapacité. Toutefois, de nombreuses personnes âgées éligibles à ces prestations n'en font pas la demande, considérant que c'est une forme d'aide sociale (OCDE, 2000).
30. Pour les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, ces chiffres tiennent compte des infirmières formées à l'étranger.
31. Les Hautes Écoles spécialisées sont au niveau des universités suisses mais leurs programmes d'études sont davantage orientés vers l'application et les réalisations.
32. Selon les chiffres d'Interpharma (2005), les génériques ont représenté 180 millions de CHF en 2004, contre 4 066 millions de CHF pour l'ensemble du marché intérieur.



33. Novartis, Roche, Serono, Actelion, Vifor et Cileg.
34. Ces pourcentages ont été calculés à partir de données sur la mise en œuvre d'un système de comptes de la santé pour la Suisse, que l'on peut consulter sur le site de l'OCDE à l'adresse [www.ocde.org/santé](http://www.ocde.org/santé).
35. Selon la LAMal, les tarifs peuvent être établis sur la base du temps passé (par exemple pour les infirmières effectuant des services Spitex d'aide et de soins à domicile), des prestations (par exemple pour les médecins exerçant en libéral), ou de prix fixés, c'est-à-dire de forfaits (par patient, par groupe de diagnostics, par groupe de patients mais aussi de budgets globaux prospectifs pour un groupe d'assurés). Lorsque les associations professionnelles et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une structure nationale uniforme d'honoraires, c'est le Conseil fédéral qui fixe les honoraires.
36. Les médecins admis à exercer dans un hôpital public ou privé doivent, dans certains cas, reverser à l'hôpital une partie des honoraires perçus des patients. Une infime partie des médecins se trouve dans ce cas.
37. Le grand principe qui sous-tend la rémunération basée sur les prestations est de rémunérer les pharmaciens sur la base du service rendu en termes de conseils spécialisés aux patients mais aussi d'investissements en capital et logistique (Cueni, 2005a). Les pharmaciens sont rémunérés pour le traitement des prescriptions, les conseils prodigués aux patients mais aussi pour le fait de conserver un dossier des patients (Jordan et Enderle, 2005).
38. Le coût par tête et par groupe d'assurés est calculé sur la base de l'âge, du sexe et autres caractéristiques du groupe. MediX utilise plus de 700 groupes de capitation. Ces contrats comportent souvent des dispositions complexes de partage des risques pour tenir compte des imprévus et des patients coûtant cher.
39. Associations de médecins (FMH), association d'hôpitaux (H+), association de pharmaciens (Société suisse des pharmaciens), etc.
40. « Message concernant la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) » du 15 septembre 2004.
41. Le Comité stratégique des projets suisses AP-DRG a décidé de ne pas inclure les coûts d'investissement dans les DRG pour l'instant mais a recommandé de les inclure ultérieurement (Comité stratégique, 2005).
42. Il est fait référence aux hôpitaux publics ou aux hôpitaux subventionnés par les cantons. En revanche, les hôpitaux privés peuvent être couverts par les assureurs jusqu'à hauteur de 100 % en fonction des accords négociés entre les hôpitaux privés et les assureurs.
43. Les cantons de Vaud, Schwyz, Zurich, Valais, Berne et quelques autres gèrent actuellement des budgets hospitaliers.
44. La liste est disponible sur Internet ([www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/00265/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/00265/index.html?lang=de)).
45. Mais seulement si l'utilisation du médicament n'a pas été étendue au traitement d'autres pathologies.
46. Par exemple, seuls huit assureurs sur 95 et environ 70 pharmacies sur 1 680 n'ont pas adhéré à la convention pour la rémunération des pharmaciens basée sur les prestations.
47. Toutefois, les médecins qui ont refusé de participer au régime LAMal ou qui ne peuvent pas facturer les assureurs LAMal en sont exclus.
48. Actuellement, seuls les traitements administrés par des prestataires exerçant en Suisse sont couverts par la LAMal. Le Département fédéral de l'Intérieur a proposé d'autoriser le remboursement des traitements reçus à l'étranger dans le but de stimuler la concurrence par les prix. Une initiative pilote a été lancée dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne en coopération avec le comté allemand de Lörrach.



## Liste des sigles

<b>AA</b>	Assurance-accident
<b>AELE</b>	Association européenne de libre-échange
<b>AM</b>	Assurance militaire
<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché
<b>AP-DRG</b>	All Patient Diagnosis Related Groups
<b>AVS-AI</b>	Assurance-vieillesse et survivants – assurance-invalidité
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CHOICE</b>	Choosing Interventions that are Cost-Effective (Choisir des interventions d'un bon rapport coût-efficacité)
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>DALY</b>	Disability Adjusted-Life Years (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité)
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DRG</b>	Diagnosis-related Groups (groupes homogènes de maladies)
<b>DSPH</b>	Dépenses de santé des patients hospitalisés
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>GATT</b>	Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>IPA</b>	Independent Practice Association (Association des praticiens exerçant seuls)
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accident
<b>LAI</b>	Loi sur l'assurance-invalidité
<b>LAMA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident
<b>LAMaI</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>LCA</b>	Loi sur le contrat d'assurance
<b>LEPM</b>	Loi fédérale concernant la pratique professionnelle de la pharmacie et de la médecine humaine et vétérinaire
<b>LS</b>	Liste des spécialités
<b>MPOC</b>	Maladie pulmonaire obstructive chronique
<b>OFAP</b>	Office fédéral des assurances privées
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>OFST</b>	Office fédéral de la statistique

---

<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>OMC</b>	Organisation mondiale du commerce
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>OPAS</b>	Ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins
<b>OSSI</b>	Organisation de soins de santé intégrés
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PNB</b>	Produit national brut
<b>PPA</b>	Parité de pouvoir d'achat
<b>PPO</b>	Organisme dispensateur de services à tarifs préférentiels
<b>PPPS 2010</b>	Commission spécialisée Prévention Plus Promotion de la Santé 2010
<b>SPITEX</b>	Acronyme pour « Services d'aide et de soins à domicile »
<b>SUVA</b>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<b>SWISSMEDIC</b>	Institut suisse des produits thérapeutiques
<b>TARMED</b>	Tarif médical unifié
<b>UE</b>	Union européenne

## *Abréviations des cantons*

CH	Suisse
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures
AG	Argovie
BL	Bâle-Campagne
BS	Bâle-Ville
BE	Berne
FR	Fribourg
GE	Genève
GL	Glaris
GR	Grisons
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
NW	Nidwald
OW	Obwald
SH	Schaffhouse
SZ	Schwyz
SO	Soleure
SG	St.Gall
TG	Thurgovie
TI	Tessin
UR	Uri
VS	Valais
VD	Vaud
ZG	Zoug
ZH	Zurich



## Références

- Abelin, T. (1993), « Rauchen », in W. Weiss (éd.), *Gesundheit in der Schweiz*, Seismo-Verlag, Zurich, pp. 219-233.
- Abrahamsen, Y., J. Hartwig et B. Schips (2005), « Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz », Communiqué de presse, Zürich.
- Achtermann, W. et C. Berset (2006), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale : vol. 1, Analyse et perspectives*, Office fédéral de la santé publique, Bern.
- Allin, S. et al. (2004), *Making Decisions on Public Health: a review of eight countries*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhagen. [www.euro.who.int/observatory/publications/20041014\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/publications/20041014_1).
- Balthasar, A. (1998), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 21/98, OFAS, Berne.
- Balthasar, A. (2001), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2000 », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 2/01, OFAS, Berne.
- Balthasar, A. (2003), « Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons: Monitoring 2002 », *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 20/03, OFAS, Berne.
- Balthasar, A., O. Bieri et F. Muller (2005), *Monitoring 2004 – Die sozialpolitische Wieksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Baur, R. (2004), *Managed Care-Modelle Bestandesaufnahme 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Beck, K. (2000), « Growing Importance of Capitation in Switzerland », *Health Care Management Science*, vol. 3, n° 2, pp. 111-119.
- Beck, K. (2004a), *Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Haupt, Berne.
- Beck, K. (dir. pub.) (2004b), *Enlèvement de la réforme de la compensation des risques? Expériences internationales et solutions concrètes pour la Suisse*, Risk Adjustment Network (RAN), Lucerne.
- Beck, K. et P. Zweifel (1998), « Cream Skimming in Deregulated Social Health Insurance: evidence from Switzerland », in P. Zweifel (dir. pub.), *Developments in Health Economics and Public Policy series*, vol. 6, Dordrecht, Boston et Kluwer Academic, Londres, pp. 211-228.
- Beck, K., L. Gardiol et S. Spycher (2003), « Risk Adjustment in Switzerland », *Health Policy*, vol. 65, n° 1, pp. 63-74.
- Berk, M.L. et A.C. Monheit (2001), « The Concentration of Health Care Expenditures, Revisited », *Health Affairs*, vol. 20, n° 2, pp. 9-18.
- Biersack, O. (2000), « Évaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'Article 39 LAMal – Les méthodes de planification des cantons », à l'intention du Secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Bâle.
- Bjørnerud, S., C. de la Maisonneuve et J. Oliveira Martins (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: what are the main drivers? », Document de travail de l'OCDE du Département des affaires économiques, n° 477, OCDE, Paris.
- Bolgianni, I., G. Domenighetti et J. Quaglia (2003), « Satisfaction des Suisses à l'égard des soins de santé et des primes de l'assurance-maladie », *Sécurité sociale CHSS*, n° 4, pp. 219-222.
- Bolliger-Salzmann, H., B. Cloetta, G. Bähler, F. Müller et C. Hofmann C. (2000), *Programme global tabac 1996-1999 de l'Office fédéral de la santé publique : rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne, Berne.

- Bopp, M. et C. Minder (2003), « Mortality by Education in German-speaking Switzerland, 1990-1997: results for the Swiss National Cohort », *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, n° 3, pp. 346-354.
- Bouchardy, C., H. Verkooijen et G. Fioretta (2006), « Social Class is an Important and Independent Prognostic Factor of Breast Cancer Mortality », *International Journal of Cancer* (article à paraître mais version préliminaire disponible en ligne sur <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/112550793/ABSTRACT>).
- Britt, F., M. Brombacher Steiner et P. Streit (2005), « Assurance-maladie », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Editions Hans Huber, Berne, pp. 36-56.
- Bundesaerztekammer (2003), *Aerztstatistik*, Berlin. [www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztstatistik/100Archiv/01Stat2003/70Ausland.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztstatistik/100Archiv/01Stat2003/70Ausland.html).
- Bureau suisse de prévention des accidents (2005), « 509 morts sur les routes suisses », *Info média*, 11 février, Berne. [www.bpa.ch/medias/info\\_medias/infomedia\\_2005/2005\\_02\\_11.htm](http://www.bpa.ch/medias/info_medias/infomedia_2005/2005_02_11.htm).
- Buske, L. (2004), « Younger Physicians Providing Less Direct Patient Care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 8, pp. 1217.
- Busse, R. et A. Riesberg (2004), *Health Care System in Transition: Germany*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.
- Camenzind-Frey, E. et U. Zybach (2005), « Five Servings of Fruit and Vegetables a Day Campaign », in M. Eichholzer, E. Camenzind-Frey, A. Matzke, R. Amadò, P. Ballmer, M. Beer, R. Darioli K. Hasler, J. Lüthy, U. Moser, R. Sieber et C. Trabichet (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 897-904.
- Capocaccia, R. G. Gatta, P. Roazzi, E. Carrani, M. Santaquilani, R. De Angelis, A. Tavilla et le Groupe de travail EURO CARE (2003), « The EURO CARE-3 Database: methodology of data collection, standardisation, quality control, and statistical analysis », *Annals of Oncology*, vol. 14 (supplément 5), pp. v14-v27.
- Chaloupka, F. et W. Warner (2000), « The Economics of Smoking », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 1539-1627.
- Chancellerie fédérale (2001), *Message concernant la révision de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMA)*, Chancellerie fédérale, 6 novembre 1991.
- Chancellerie fédérale (2002), *Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004a), *The Swiss Federation – A Brief Guide*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004b), *Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004c), *Message concernant la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents)*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004d), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter)*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004e), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et à l'Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004f), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (participation aux coûts)*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004g), *Message concernant la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004h), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chancellerie fédérale (2004i), *Ordonnance sur le Fonds de prévention du tabagisme*, Chancellerie fédérale, Berne.
- Chisholm, D. et al. (2004), « Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a comparative cost-effectiveness analysis », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 65, n° 6, pp. 782-793.



- Colombo, F. (2001), « Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland », Document hors série Politique du marché du travail et politique sociale, n° 53, OCDE, Paris.
- Commission européenne (2006a), « Excise Duty Table: Part I – Alcoholic beverages », Bruxelles. [http://europa.eu.int/comm/taxation\\_customs/resources/documents/taxation/excise\\_duties/tobacco\\_products/rates/excise\\_duties-part\\_III\\_tobacco-en.pdf](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_III_tobacco-en.pdf).
- Commission européenne (2006b), « Excise Duty Table: Part III – Manufactured tobacco », Bruxelles. [http://europa.eu.int/comm/taxation\\_customs/resources/documents/taxation/excise\\_duties/tobacco\\_products/rates/excise\\_duties-part\\_III\\_tobacco-en.pdf](http://europa.eu.int/comm/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_III_tobacco-en.pdf).
- Comité national Mouvement populaire des familles (2006), *Argumentaire en faveur d'une caisse-maladie unique et sociale*, Initiative pour une caisse-maladie unique et sociale, février.
- Comité stratégique (2005), *Projet SwissDRG: Sous-projet 1 – Règles pour le calcul des poids relatifs et recommandations pour le calcul du prix de base*, Version approuvée par le Comité stratégique (StA), 19 août 2005. Consultable sur : [www.swissdrg.org/assets/pdf/fr/SwissDRG\\_RGB\\_f.pdf](http://www.swissdrg.org/assets/pdf/fr/SwissDRG_RGB_f.pdf).
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2002), *Recommandations révisées concernant la planification hospitalière, la planification des établissements médico-sociaux, la liste des hôpitaux et la liste des établissements médico-sociaux selon l'Article 39 LAMal*, 3 mai 2002.
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)(2004), *Managed Care*, Fiche d'information et d'intervention, n° 6, Berne.
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2005a), *Assemblée annuelle de la conférence des directeurs sanitaires du 19 mai à Fribourg*, communiqué.
- Conférence suisse des Directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2005b), *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations*, Berne, juillet.
- Conseil fédéral suisse (2004a), *Message relatif à la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Participation aux coûts)*, 26 mai.
- Conseil fédéral suisse (2004b), *Message relatif à la révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)*, 15 septembre.
- Couffinhal, A. et J. Mousquès (2001), « Les médecins diplômés hors de France: statuts et caractéristiques », *Questions d'économie de la santé* n° 45, CREDES, Paris.
- Coulter, A. (2001), « Quels patients sont les moins bien lotis? », *Observateur de l'OCDE*, OCDE, Paris, décembre. Consultable sur : [www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/560/Which\\_patients\\_get\\_the\\_worst\\_deal\\_.html](http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/560/Which_patients_get_the_worst_deal_.html).
- Courrier du médecin vaudois (2005), « Dossier: La planification hospitalière », *Revue de la Société vaudoise de médecine* n° 3, pp. 3-9.
- Crivelli, L. (2004), « La Sanità in Svizzera: tra "devolution" di poteri allo Stato centrale e le riforme dell'assicurazione malattia », *Epistula ALASS*, vol. 55, mars, pp. 17-21.
- Crivelli, L. et G. Domenighetti (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*, vol. 43, n° 3, pp. 397-426.
- Crivelli, L. et M. Filippini (2003), « Federalismo e sistema sanitario svizzero », in N. Falcitelli, M. Trabucchi et F. Vanara (dir. pub.), *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari, tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Mulino, Bologne, pp. 87-119.
- Crivelli, L., G. Domenighetti et M. Filippini (2006), « Federalism versus Social Citizenship: investigating the preference for equity in health care », à paraître dans P.L. Porta et L. Bruni (dir. pub.), *Handbook of Happiness in Economics*, Edward Elgar, Cheltenham, Università della Svizzera italiana, Istituto di microeconomia ed economia pubblica (MecoP), Lugano.
- Crivelli, L., M. Filippini et I. Mosca (2003), « Federalismo e spesa sanitaria regionale: Analisi empirica per i cantoni svizzeri », in D. Franco et A. Zanardi (éd.), *Welfare State e decentramento fiscale*, Società italiana di economia pubblica, Franco Angeli, Milan.
- Crivelli, L., M. Filippini et I. Mosca (2006), « Federalism and Regional Health Care Expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons », *Health Economics Letters*, vol. 10, n° 1.
- Croix-Rouge suisse (2005), *Formation professionnelle : reconnaissance des titres professionnels étrangers*, Berne.

- Cueni, T.B. (2005a), « Médicaments », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 202-209.
- Cueni, T.B. (2005b), « Industrie pharmaceutique », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 157-163.
- Dang, T.T. et al. (2001), « Fiscal Implications of Ageing: projections of age-related spending », Document de travail de l'OCDE du Département des affaires économiques, n° 305, OCDE, Paris.
- Danon-Hersch, N. et F. Paccaud (2005), « Future Trends in Human Resources for Health Care: a scenario analysis », *Raisons de santé*, n° 110, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Département fédéral des finances (2005), Impôt spécial sur les alcools, Berne. [www.efd.admin.ch/f/dok/faktenblaetter/efd-schwerpunkte/7\\_alcools.htm](http://www.efd.admin.ch/f/dok/faktenblaetter/efd-schwerpunkte/7_alcools.htm).
- Docteur, E. et H. Oxley (2003), « Health Care Systems: lessons from the reform experience », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 9, OCDE, Paris.
- Domenighetti, G. (2005), « Grandeur et misère des systèmes universels de santé », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 86, n° 4, pp. 221-226.
- Domenighetti, G. et E. Pipitone (2002), « Induction de l'offre de prestations médicales par la demande », *Primary Care*, vol. 2, pp. 241-245.
- Domenighetti, G. et J. Quaglia (2001), « Analyse comparative de la performance du système sanitaire suisse », *La Vie économique – Revue de politique économique*, n° 9, pp. 8-13.
- Domenighetti, G., F. Gutzwiller et S. Martinoli (1993), « Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 9, n° 4, pp. 505-513.
- Domenighetti, G., P. Luraschi, A. Casabianca, E. Pedrinis et A. Spinelli (1984), « Prévalence de l'hystérectomie et cancer de l'utérus dans la population du canton du Tessin », *Sozial und Präventivmedizin*, vol. 29, n° 4-5, pp. 178-179.
- Domenighetti, G., P. Luraschi, A. Casabianca, F. Gutzwiller, A. Spinelli, E. Pedrinis et F. Repetto (1988), « Effect of Information Campaign by the Mass Media on Hysterectomy Rates », *Lancet*, vol. II, pp. 1470-1473.
- Dubois-Arber, F. et al. (2003), *Évaluation de la stratégie de prévention du VIH/SIDA en Suisse : septième rapport de synthèse 1999-2003*, Hospices/CHUV, Département universitaire de médecine et de santé communautaires – Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Dumont, J-P. (1999), « Les réseaux de soins coordonnés en Suisse », *Notes et documents d'URCAM*, n° 12, URCAM, Bourgogne, juin.
- Eichholzer, M., E. Camenzind-Feey, A. Matzke et al. (2005), *5<sup>e</sup> rapport sur la nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Eisler, R. (2005), *Krankenkassenprämien – Wer kann sie noch bezahlen?*, Comparis, Zürich, 18 octobre.
- Enthoven, A.C. et L.A. Tollen (2005), « Competition in Health Care: It takes systems to pursue quality and efficiency », *Health Affairs* publié en ligne le 7 septembre 2005, <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w5.420v1>.
- Ess, S.M., S. Schneeweiss et T.D. Szucs (2003), « European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure », *Pharmacoeconomics*, vol. 21, n° 2, pp. 89-103.
- Evans, D.B., D. Chisholm et T. Tan Torres Edejer (2006), « Generalized Cost-effectiveness Analysis », in A. Jones (dir. pub.), *The Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar Press, Cheltenham, UK & Northampton, Mass., États-Unis.
- Evans, D.B., S.S. Lim, T. Adam, T. Tan-Torres Edejer et The WHO-CHOICE MDG Team (2005), « Achieving the Millennium Development Goals for health: methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7525, pp. 1137-1140.
- Fédération des médecins suisses (FMH) (2005), *Statistiques médicales*, Berne. [www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/statistique\\_medicale\\_2002.htm](http://www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/statistique_medicale_2002.htm).
- Filippini, M. et M. Farsi (2005), *Analyse de l'efficience et de la productivité des hôpitaux suisses*, Rapport final à l'Office fédéral de la statistique et à l'Office fédéral des assurances sociales, juin.
- Frei, A. (1998), « Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit », *Health Econ*, Bâle.

- Fuchs, V. (1978), « The Supply of Surgeons and the Demand for Operations », *Journal of Human Resources*, vol. 13, supplément, pp. 35-56.
- Gardiol, L., P.Y. Geoffard et C. Grandchamp (2005), « Separating Selection and Incentive Effects in Health Insurance », Document de travail Paris-Jourdan Sciences Économiques, n° 38.
- Gebel, F. (2005), « Assurance militaire », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 57-59.
- Gerdtham, U. et al. (1998), « The Determinants of Health Expenditures in the OECD Countries: a pooled, data analysis », *Development in Health Economics and Public Policy*, vol. 6, Dordrech, Boston et Kluwer Academic, Londres.
- Gilliand, P. (1990), *assurance-maladie – Quelle révision?*, Editions Réalités sociales, Lausanne.
- Gilliand, P. et S. Rossini (1997), *La protection sociale en Suisse*, Éditions réalités sociales, Lausanne.
- Ginsberg G., S. Lim, J. Lauer, C. Sepulveda et T. Tantorres-Edeger (2004), *Prevention, Screening and Treatment of Colorectal Cancer – A Global and Regional Generalized Cost Effectiveness Analysis*, Organisation mondiale de la santé, Genève (non publié).
- Gress, S., D. Niebuhr, H. Rothgang et J. Wasem (2005), « Criteria and Procedures for Determining Benefit Packages in Health Care. A comparative perspective », *Health Policy*, vol. 73, n° 1, pp. 78-91.
- Groot M.T. et al. (à paraître), « Costs and Health Effects of Breast Cancer Interventions in Epidemiologically Different Regions of Africa, North America, and Asia », *Breast Journal*.
- Hänggeli, C. et al. (2005), « Médecins libres praticiens », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Editions Hans Huber, Berne, pp. 191-201.
- Hesse, S., P. Staeger et A. Pecoud (2005), « Mandatory Continuing Medical Education: did the doctors follow the rule? A survey in the state of Vaud », *Revue médicale suisse*, vol. 1, n° 38, pp. 2463-2466.
- Höpflinger, F. et V. Hugentobler (2003), *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Prévisions et scénarios pour le XXI<sup>e</sup> siècle*, Huber Verlag, Berne.
- Hofmarcher, M.M. et M. Riedel (2003), *Impact of Case-Mix Hospital Payment Reforms on Health Systems Case Study – Austria*, Rapport commandé par la Banque mondiale, Europe et Asie centrale (ECA) Unité sectorielle du développement humain, avril.
- Holly, A. et M. Benkassmi (2003), « Health and Health Care Inequalities in Switzerland: a brief review of the literature », Rapport préparé pour le projet RUIG/UNRISD « mondialisation, égalité, santé ».
- Holly, A., L. Gardiol et Y. Egli (2004), *Health-based Risk Adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior hospitalisation*, Rapport final révisé, Institut d'économie et de management de la santé (IEMS), Université de Lausanne, Lausanne.
- Hussey, P. et G.F. Anderson (2003), « A Comparison of Single- and Multi-payer Health Insurance Systems and Options for Reform », *Health Policy*, n° 66, pp. 215-228.
- IMS Consulting (2003), *A Comparison of Pharmaceutical Pricing in Switzerland with Selected Countries*, Bristol.
- INFRA BASYS (2002), *Auswirkungen staatlicher Eingriffe auf das Preisniveau im Bereich Humanarzneimit.*
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2001), *Cause de mortalité : consommation d'alcool*, Lausanne. [www.presseportal.ch/fr/story.htx?nr=100013345&firmid=100000980&lang=3](http://www.presseportal.ch/fr/story.htx?nr=100013345&firmid=100000980&lang=3).
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (2004), *Tabac : chiffres et données*, Lausanne.
- Interpharma (2005), *Le marché du médicament en Suisse*, Interpharma, Bâle.
- Ippolito, P. et A. Mathios (1996), « Information and Advertising Policy: a study of fat and cholesterol consumption in the United States, 1977-1999 », Bureau of Economics Staff Report, Federal Trade Commission, Washington, DC.
- Jordan, D. et M. Enderle (2005), « Pharmacies et drogueries », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 223-243.
- Kägi, W., S. Siegrist et M. Schäfli (2004), *Influence de la LAMal sur les transferts entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire*, Rapport de recherche 2/04, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Kägi, W., B. Koller; E. Staehelin et M. Schäfli (2003), *Modifications induites par la LAMal dans le domaine de l'approbation des primes*, Rapport de recherche 23/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

- Kenkel, D. (2000), « Prevention », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 1539-1627.
- Klauss, G., A. Busato et D. Zahnd (2005a), « Analyse des régions de desserte hospitalière en Suisse », *Sécurité sociale CHSS*, n° 2/2005, pp. 104-109.
- Klauss, G., L. Staub, M. Widmer et A. Busato (2005b), « Hospital Service Areas – A new tool for health care planning in Switzerland », *BMC Health Services Research*, vol. 5, n° 33.
- Kocher, G. et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne.
- Kocher, G. (2005), « Confédération, cantons et communes: partage des compétences et des tâches », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 90-96.
- Künzi, K. et M. Schär-Moser (2002), *Situation professionnelle du personnel soignant dans le canton de Berne* Rapport de synthèse, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, Berne.
- Lang P., U. Pillar et R. Steffen (2005), *Swiss Vaccination Coverage Survey: vaccination coverage of children in Switzerland, 1999-2003*, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Zürich, Zürich.
- Laske-Aldershof, T. et al. (2004), « Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets: a five-country comparison », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 3, n° 4, pp. 229-241.
- Lauenberger, R. et C. Demund (2005), « Assurance-invalidité », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 30-35.
- Lehmann, P. et al. (2004), *Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse*, Politique nationale suisse de la santé, Berne.
- Leu, R.E. (2005), *Monistische Spitalfinanzierung*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Leu, R.E. et M. Schellhorn (2004), « The Evolution of Income-related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland Over time », *Diskussionsschriften*, n° 04-13, Université de Berne, Berne, Berne.
- Leuenberger, P. et C. Longchamp (1999), *Enquête auprès des membres de l'ASI*, Berne (non publié).
- Lindsay, M.P. et al. (2005), « The Canadian Stroke Quality of Care Study: establishing indicators for optimal acute stroke care », *CMAJ*, vol. 172, n° 3, pp. 363-365.
- Ludwig, C.A. et W. Morger (2005), « Assurance accidents », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 19-25.
- Mackenbach, J.P. (2005), *Health Inequalities: Europe in profile*, Rapport indépendant commandé par, et publié sous les auspices, de la Présidence britannique de l'UE, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam.
- Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhof, J.J. Geurts, O. Andersen et al. (1997), « Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health », *The Lancet*, vol. 349, n° 9066, pp. 1655-1659.
- Mattke, S. (2004), « Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux : un nouveau défi pour les responsables politiques des pays de l'OCDE », *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, OCDE, Paris.
- Mattke, S. et al. (2006), « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 22, OCDE, Paris.
- Mehta, R.H. et al. (2002), « Improving the Quality of Care for Acute Myocardial Infarction: the guidelines applied in practice in the GAP initiative », *JAMA*, vol. 287, n° 10, 13 mars, pp. 1269-1276.
- Ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports (2006), *Health Insurance in the Netherlands. The new health-insurance system from 2006*, La Haye.
- Mosle, H. (2005), « Établissements médico-sociaux et divisions de soins », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 123-133.
- Muheim, D. (2003), « Caisses privées et assurances sociales: retour sur les premiers projets d'assurance-maladie (1893-1912) », in FEAS (dir. pub.), *Aspect de la sécurité sociale : Dossiers problèmes non résolus*, Lausanne.

- Mullan, F. (2005), « The Metrics of the Physician Brain Drain », *New England Journal of Medicine* vol. 353, pp. 1810-1818.
- Murray, C.J.L. (1994), « Quantifying the Burden of Disease: the technical basis for disability-adjusted life years », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, pp. 429-445.
- Murray, C.J.L. et al. (2003), « Effectiveness and Costs of Interventions to Lower Systolic Blood Pressure and Cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk », *Lancet*, vol. 361, n° 9359, pp. 717-725.
- Nations unies (2003), *World Population Prospects 1950-2050 (The 2002 Revision)*, New York.
- Nordly, S., T. Jørgensen, A.H. Andreassen, N. Hermann et H.B. Mortensen (2003), « Danish Study Group on Childhood Diseases. Quality of diabetes management in children and adolescents in Denmark », *Diabet Med*, vol. 20, n° 7, pp. 568-574.
- Notzer, N. et S. Brown (1995), « The Feminization of the Medical Profession in Israel », *Medical Education*, vol. 29, n° 5, pp. 377-381.
- Observatoire européen des systèmes de santé (2000), *Health Care Systems in Transition – Switzerland*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.
- Observatoire européen des systèmes de santé (2004), *Health Care Systems in Transition: Germany*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.
- OCDE (1999), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale au Canada et en Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2000), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2002), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2003a), *Rapport annuel sur les développements en matière de politique de la concurrence en Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2003b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Corée*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004a), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004b), *Vers des systèmes de santé plus performants*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004c), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005a), *Eco-Santé OCDE 2005*, Paris.
- OCDE (2005b), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005c), *Découpages territoriaux des pays membres de l'OCDE*, Paris.
- OCDE (2005d), *Examens de l'OCDE de la réforme de la réglementation Suisse : saisir les opportunités de croissance*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005e), *Systèmes de comptes de la santé*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005f), *Tendances des migrations internationales*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006a), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, Paris.
- OCDE (2006b), *Maladie, incapacité et travail : améliorer les opportunités en Norvège, Pologne et Suisse*, Paris.
- Office fédéral de la justice (2004), *Efficacité des mesures prises par la Confédération – Propositions de mise en œuvre de l'Article 170 de la Constitution fédérale dans le contexte des activités du Conseil fédéral et de l'administration fédérale*, rapport du Groupe de contact interdépartemental « Évaluations de l'efficacité » à la Conférence des secrétaires généraux de la Confédération suisse, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (1997), *Guidelines for Health Programme and Project – Évaluation planning*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2002), *Plan directeur de recherche – Santé 2004-2007*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2003a), *Prévention et promotion de la santé chez les enfants et les jeunes*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2003b), *Migration and Public Health: the Confederation's strategic orientation 2002-2006*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004a), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

- Office fédéral de la santé publique (2004b), *Primes 2005 : augmentation de 3.7 % en moyenne*, Communiqué de presse du 28 septembre 2004, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004c), *Révisions de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) – Réformes LAMal 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne. [www.bag.admin.ch/ku/projekte/f/index.htm](http://www.bag.admin.ch/ku/projekte/f/index.htm).
- Office fédéral de la santé publique (2004d), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004e), *Primes de l'assurance de base 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004f), *Primes de l'assurance de base UE/AELE 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004g), *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung – Managed Care-Modelle – Bestandesaufnahme 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004h), Office fédéral du sport (OFSP), Swiss olympic association, développement et formation, Prévention dans le sport, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2004i), *Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Tarmed*, Office fédéral de la santé publique, Institut für Politikwissenschaft, Université de Zürich, Zürich.
- Office fédéral de la santé publique (2005a), *Primes de l'assurance de base 2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2005b), *Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2005c), *Monitoring 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2005d), *Prévention et promotion de la santé en Suisse – Bases à l'attention de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »*, Version novembre 2005, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2005e), *Assurance obligatoire des soins, Augmentation des coûts de 6.8 % en 2004*, Office fédéral de la santé publique, Conférence de presse, 8 septembre 2005.
- Office fédéral de la santé publique (2005f), *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2004*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2006), *Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Rapport national*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Office fédéral de la statistique (2002), *Progression du français, meilleure intégration des étrangers*, Communiqué de presse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003a), *Enquête suisse sur la santé 2002 – Stress et précarité dans le monde du travail affectent la santé*, communiqué de presse du 31 octobre 2003, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003b), *Emplois dans le domaine de la santé : Résultats du recensement des entreprises de 1998*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003c), *Enquête suisse sur la santé 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003d), *Emploi dans le domaine de la santé: Résultats du recensement des entreprises de 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004a), *Structure et évolution de l'emploi dans le domaine de la santé: analyse des chiffres des recensements des entreprises de 1995, 1998 et 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004b), *Les Working Poor en Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004c), *Enquête sur les revenus et la consommation 2002 (ERC 2002)*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004d), *Résultats du recensement des entreprises de 2001*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

- Office fédéral de la statistique (2004e), *Coût et financement du système de santé en 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004f), *Estimation des coûts imputables LAMal, Art. 49 1<sup>er</sup>*, Office fédéral de la statistique, Section de la santé, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004g), *Enquête suisse sur la santé 2002*, Communiqué de presse, 28 mai 2004, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004h), *Enquête suisse sur la santé 2002 – Économiser sur les primes de l'assurance-maladie*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 28 mai 2004, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004i), *Santé et travail – Tensions psychosociales au travail : une menace pour la santé*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 23 novembre 2004, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004j), *StatSanté – Résultats des statistiques Suisse de la santé : Emploi dans le domaine de la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004k), *Portrait démographique de la Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005a), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005b), *Coût et financement du système de santé*, Communiqué de presse, 31 mars 2005, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005c), *Statistical Data on Switzerland*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005d), *Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1992-2002 : Enquête suisse sur la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005e), *Les causes de décès en 2001-2002 : une évolution réjouissante avec des disparités régionales*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse n° 0351-0508-90, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005f), *Comptes nationaux*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch).
- Office fédéral de la statistique (2005g), *Encyclopédie statistique de la Suisse*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch).
- Office fédéral de la statistique (2005h), *Délinquance routière : les effets des récentes mesures*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse n° 0351-0509-60, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005i), *Coût et financement du système de santé en 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005j), *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2003*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2005k), *Statistique des causes de décès : Causes de mortalité en 2001 et 2002*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Office fédéral des assurances sociales (1998), *Évaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie, Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 1/98, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (2000), *Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung?* Rapport de recherche n° 3/00, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (2001), *Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse, Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche n° 16/01, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (2002), *assurance-maladie : Le Conseil fédéral veut réformer l'assurance-maladie en trois étapes*, Office fédéral de la statistique, Communiqué de presse, 23 mai 2002, Berne. [www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/fj/02052301.htm](http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/fj/02052301.htm).
- Office fédéral des assurances sociales (2003a), « Ressources humaines dévolues aux soins de santé en Suisse », *Aspect de la sécurité sociale*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (2003b), *Les institutions d'assurance privées en Suisse*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

- Office fédéral des assurances sociales (2003c), *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf : Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Rapport de recherche n° 22/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Office fédéral des assurances sociales (2004), *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer*, Büro Vatter Politikforschung&-beratung, Office fédéral des assurances sociales, Berne. [www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/3\\_04d\\_eBericht.pdf](http://www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/3_04d_eBericht.pdf).
- Office fédéral des migrations (2001), *Erwerbstätige ausländische ärzte aus Staaten de EU und EFTA, Stand : Ende August 2001*, Office fédéral des migrations, Berne.
- Ombudsman de l'assurance-maladie sociale (2004), *Rapport d'activité 2004*, Lucerne.
- Or, Z. (2000a), « Déterminants de la performance dans les pays industrialisés », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, OCDE, Paris.
- Or, Z. (2000b), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality across OECD Countries », Document hors série Politique du marché du travail et politique sociale, n° 46, OCDE, Paris.
- Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2002), *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine*, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2003), *La Convention-cadre pour la lutte anti-tabac*, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2005), *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Facts*, WHO, Genève. [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/).
- Organisation mondiale de la santé (2005), *WHO Sites, Mental Health, Suicide Prevention and Special Programmes*, WHO, Genève.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe (2001), *Panorama de la santé, Suisse*, Copenhague.
- Orosz, E et D. Morgan (2004), « SHA-based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 16, OCDE, Paris.
- Paccaud, F. et D. Fäh (2005), « Evolution of Eating Habits and their Impact to Risk Factors and Incidence of Cardiovascular Diseases in Switzerland », in M. Eichholzer et al. (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 493-512.
- Paris, V. et D. Polton (2006), *Targets in the French Health System* (à paraître).
- Peters, M., C. Furrer et H. Bolliger-Salzmann (2002), *Programme alcool 1999-2002 « ça débouche sur quoi? »* Groupe de travail évaluation du programme alcool 1999-2002, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Polikowski, M. et B. Santos-Eggimann (2002), « How Comprehensive Are the Benefit Packages of Health Services? An international comparison of six health-insurance systems », *Journal of Health Services Research and Policy* vol. 7, n° 3, pp. 133-142.
- Promotion santé suisse (2005), *Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene*, Berne.
- Rochell, B. et N. Roeder (2000), « G-basierte Entgeltsysteme in Europa », in M. Arnold, M. Litsch and et H. Schellschmidt (dir. pub.), *Krankenhaus-Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs*, Schattauer.
- Rossel, R. et Y.A. Gerber. (2004), « Switzerland – National Health Accounts, 2001 », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 12, OCDE, Paris.
- Rossini, S. et Y.-L. Martignoni (2000), « L'importance des institutions privées sans but lucratif dans la protection sociale en Suisse », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Rüefli C., C. Andereggen et Y. Boggio (2005), *Wirkungsanalyse der kantonalen spitalplanungen*, Berne.
- Rüesch, P. et P. Manzoni (2003), *La santé psychique en Suisse. Monitorage*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Rothenhühler, M. (1999), *Évaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'Article 39 LAMal*, Rapport au Secrétariat central de la conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Version 11 juillet 1999.
- Sager, F. (2003), « Kompensationsmöglichkeiten federaler Vollzugsdefizite. Das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken », *Swiss Political Science Review* vol. 9, n° 1, pp. 309-333.



- Sager, F. et A. Vatter (2000), *Strukture and Strategie der Kantone in der Alkoholpraventionpolitik: Eine kompartive Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung des Alkoholzehntels*. Studie zur Hande der Stiftung fur Alkoholforschung, Berne.
- Schroeder, S.A. (2004), « How Many Hours is Enough? An old profession meets a new generation », *Annals of Internal Medicine* vol. 140, n° 10, pp. 838-839.
- Schut, F.T., S. Gress et J. Wasem (2003), « Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 3, pp. 117-138.
- Secrétariat d'État à l'Économie (2005), *La situation sur le marché du travail en février 2005*, Document de presse, Berne.
- Seematter-Bagnoud L. et al. (1999), « Overuse and Underuse of Diagnostic Upper Gastrointestinal Endoscopy in Various Clinical Settings », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 11, n° 4, pp. 301-308.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 7, OCDE, Paris.
- Simoens, S., M. Villeneuve et J. Hurst (2005), « Tackling Nurse Shortages in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 19, OCDE, Paris.
- Société suisse pour la politique de la santé (2003), « The Future Patient in Switzerland », *Cahiers d'études de la SSPS* n° 71, Berne.
- Sommer, G. et O. Biersack (2005), *Hochkostenfälle in der Krankenversicherung*, OFSP, Berne.
- Sprumont, D., F. Gutner et G. Roduit (2004), « Health Care Coverage Determinations in Switzerland », in T.S. Jost (dir. pub.), *Health Care Coverage Determinations: an international comparative study*, Open University Press, Londres.
- Sprumont, D., F. Gurtner et G. Roduit (2005), « Health Coverage Determinations in Switzerland », in T.S. Jost (dir. pub.), *Health Care Coverage Determinations: an international comparative study*, Open University Press, Londres.
- Spycher, S. (1999), *Analyse des effets de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (condensé)* Rapport de recherche n° 2/99, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Spycher, S. (2000), *Reform des Risikoausgleichs in der krankversicherung?*, Rapport de recherche n° 3/00, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Spycher, S. (2002), *Compensation des risques et pools possible (pools de hauts risques) dans l'assurance-maladie obligatoire*, Rapport de recherche No. 19/03, Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Spycher, S. (2004a), *Prévisions et planification dans le domaine des soins ambulatoires*, Document de travail n° 5, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel.
- Spycher, S. (2004b), *La compensation de risques dans le cadre de la 3e révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie*, sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, 6 janvier 2004.
- Spycher, S. (2005), *Gesundheits- und Krankenversicherungs-politik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung*, BASS, Berne. [www.buerobass.ch/studienverz\\_d.html](http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html).
- StatSanté (2004), *Emploi dans le domaine de la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Stern, S., A. Vettori et T. von Stokar, (2004), *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*, Office fédéral de la santé public, Zürich.
- Sturny, I. (2004), « Comparaison 1999-2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en suisse », Document de travail n° 10, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Surveillant des prix (2003), *Annexe au Communiqué de presse*, 27 novembre 2003.
- Surveillant des prix (2005), *Communiqué de presse Surveillant des prix*, 2 mars 2005.
- Suter, P. (2005), « Diet, Lifestyle and Obesity in Children and Adolescents in Switzerland », in M. Eichholzer (dir. pub.), *5th Swiss Report on Nutrition*, Office fédéral de la santé publique, Berne, pp. 167-198.
- Swiss Cigarette (2006), *Le tabac : fiscalité – Décomposition du prix de vente d'un paquet de cigarettes*, Fribourg. [www.swiss-cigarette.ch/F/tabac/fiscalite.html](http://www.swiss-cigarette.ch/F/tabac/fiscalite.html).
- Tan-Torres Edejer, T., R. Baltussen, T. Adam, R. Hutubessy, A. Acharya, D.B. Evans et C.J.L. Murray (2003), *Making Choices in Health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

- Telser, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel et P. Eugster (2004), *Was leistet unser Gesundheitswesen?*, Verlag Rüegger, Zürich.
- Townsend, J., P. Roderick et J. Cooper (1994), « Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex and Age, Effects of Price, Income and Health Publicity », *British Medical Journal*, vol. 309, pp. 923-927.
- Undritz, N. (2005), « Hopital », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Editions Hans Huber, Berne, pp. 142-156.
- Unternährer, R. (2005), « Interkantonale Zusammenarbeit: Sinnvoll? Zu lasten der Individualität », *Competence*, pp. 23-24.
- van de Ven, W.P. et R.P. Ellis (2000), « Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets » in A.J. Cuyler et J.P. Newhouse (dir. pub.), *Handbook of Health Economics*, Editions 1, vol. 1, chapitre 14, Elsevier Science, Amsterdam, pp. 755-845.
- van der Linde, F. (2005), « Gesundheitsförderung und Prävention stärken Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz », *Gesundheitsförderung Schweiz* Berne.
- van Doorslaer, E. et al. (1997), « Socioeconomic Inequalities in Health, Some International Comparisons », *Journal of Health Economics* vol. 16, n° 1, pp. 93-112.
- van Doorslaer, E. et al. (1999), « The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries » *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3, pp. 291-313.
- van Doorslaer, E., C. Masseria et les membres du Groupe de recherche sur l'équité dans le domaine de la santé (2004), « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 14, OCDE, Paris.
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (1992), « Equity in the Finance of Health Care: some international comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 11, pp. 361-290.
- Wagstaff, A. et al. (1999), « Equity in the Finance of Health Care: some further international comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, pp. 263-290.
- Wälti, S. (2001), « Balance and Imbalance in the Swiss Federal System », Symposium international sur le déséquilibre fiscal organisé par la Commission sur le déséquilibre fiscal créée par le gouvernement québécois, Québec, 13-14 septembre.
- Weyermann U. et M. Brechbühler (2005), « Soins infirmiers », in G. Kocher et W. Oggier (éd.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 301-313.
- Zimmerman M., C. Gubeli C. Puntener et L. Molinari (à paraître), « Overweight and Obesity in 6-12 Year-old Children in Switzerland », *American Journal of Clinical Nutrition*.
- Zobel, F. et al. (2003), *Évaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*, 4<sup>e</sup> rapport de synthèse 1999-2002, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Zubler, V. (2006), « Les génériques cartonnent, la pharma passe à la caisse », *24 Heures*, 18 avril 2006.

## Table des matières

<b>Note de synthèse</b> .....	11
<b>Introduction</b> .....	15
<b>Chapitre 1. Organisation du système de santé suisse</b> .....	17
1.1. Principales caractéristiques de la Suisse .....	19
1.2. Le poids économique du secteur de la santé .....	29
1.3. Gouvernance du système de santé suisse .....	31
1.4. Financement de la santé et couverture par un système d'assurance .....	31
1.5. Offre des services de santé .....	42
1.6. Paiement des prestataires, remboursement et passation de marchés .....	57
Notes .....	63
<b>Chapitre 2. La performance du système de santé suisse : efficacité et qualité</b> .....	67
2.1. Niveaux de santé et inégalités .....	68
2.2. Mode de vie et facteurs de risque .....	74
2.3. Prévention des maladies et promotion de la santé .....	78
2.4. Qualité des soins .....	84
Notes .....	91
<b>Chapitre 3. La performance du système de santé suisse : accès aux soins et réactivité aux attentes des usagers</b> .....	93
3.1. Les soins de santé : accès et couverture .....	94
3.2. Réactivité du système de santé suisse .....	109
Notes .....	113
<b>Chapitre 4. La performance du système de santé suisse : efficacité et viabilité financière</b> .....	115
4.1. La viabilité financière des dépenses de santé .....	116
4.2. L'efficacité du système de santé suisse .....	129
Notes .....	148
<b>Chapitre 5. Réformes récentes et propositions de réforme du régime suisse d'assurance-maladie</b> .....	151
5.1. La première révision de la LAMal .....	152
5.2. Deuxième et troisième révisions de la LAMal .....	153
5.3. Réformes ultérieures dans le domaine des soins de longue durée .....	157
Notes .....	158

<b>Chapitre 6. Les défis de la politique de santé et les pistes possibles pour les réformes</b> .....	159
6.1. Efficacité et qualité du système de santé suisse .....	162
6.2. Accès aux soins et protection financière .....	166
6.3. Efficience et viabilité financière .....	169
6.4. Problèmes systémiques à plus long terme .....	179
<b>Liste des sigles</b> .....	185
<b>Abréviations des cantons</b> .....	187
<b>Références</b> .....	189
<b>Liste des encadrés</b>	
1.1. Le système d'assurance-maladie sociale selon la LAMA .....	19
1.2. Principales responsabilités en matière de santé au niveau fédéral, cantonal et municipal .....	32
1.3. LAMal: principales exigences réglementaires relatives à la couverture par une assurance .....	36
1.4. Sélection d'institutions impliquées dans des activités de prévention et de promotion de la santé en Suisse .....	46
2.1. Activités de prévention du sida .....	82
2.2. La Loi française relative à la politique de santé publique .....	83
2.3. Interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les principaux facteurs de risque en Suisse .....	86
2.4. Gestion et amélioration de la qualité en Suisse : sélection d'initiatives .....	89
3.1. Procédures d'inclusion ou d'exclusion de biens et de services dans le paquet de prestations de la LAMal .....	98
3.2. Différences entre les cantons dans la gestion des aides à la réduction des primes .....	105
3.3. Mécanismes de protection des consommateurs en Suisse .....	111
4.1. Projections à long terme des dépenses au titre de la santé et des soins de longue durée .....	120
4.2. Gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux .....	124
4.3. Vieillissement de la population active et autres tendances émergentes en Suisse .....	125
4.4. Nombre et taille des assureurs LAMal .....	142
4.5. Améliorer les mécanismes de compensation des risques .....	143
4.6. Mesures prises par les assureurs pour influencer l'offre de soins et la maîtrise des coûts .....	146
6.1. Recommandations pour une réforme du système de santé suisse .....	182
<b>Liste des tableaux</b>	
1.1. Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2003 .....	23
1.2. Revenu national par habitant, par canton, 2003 .....	24
1.3. Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible .....	28
1.4. Régime réglementaire de surveillance du marché suisse de l'assurance maladie .....	33

1.5. Contrats d'assurances particulières à l'intérieur du régime de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) .....	35
1.6. Financement des dépenses de santé en Suisse, 2003 .....	39
1.7. Moyens disponibles dans le système d'offre de soins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible .....	43
1.8. Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2003 .....	49
1.9. Proportion de médecins et d'infirmières nés à l'étranger travaillant en Suisse, 2001 .....	52
1.10. Enregistrement en Suisse des infirmiers/ères et des sages-femmes formés à l'étranger, 2004 .....	53
1.11. Répartition des dépenses de santé par type dans les pays de l'OCDE, 2003 ..	55
1.12. Systèmes de paiements hospitaliers dans les cantons suisses, 2004 .....	59
1.13. Remboursement des traitements médicalement nécessaires dispensés en salle commune et en chambre individuelle .....	62
2.1. Part de la population se considérant comme en « bonne » ou en « meilleure » santé dans les pays de l'OCDE, 1992 et 2002 .....	73
2.2. Proportion d'hommes et de femmes ayant été sous traitement médical au cours des 12 derniers mois, Suisse, 2002 .....	74
2.3. Taux de mortalité imputable au cancer du sein en Suisse parmi une population de femmes âgées de 55 à 74 ans, 1995-2002 .....	74
2.4. Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la mortalité, Suisse, 2002 .....	76
2.5. Les dix grands facteurs de risque, maladies ou accidents pour la charge de maladie, Suisse, 2002 .....	76
2.6. Taxation des cigarettes et du vin non pétillant dans une sélection de pays de l'OCDE, 2005 .....	85
3.1. Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement, Suisse, 2003 .....	96
3.2. Financement des dépenses de santé en Suisse par l'État, l'assurance sociale et les ménages, 2003 .....	99
3.3. Couverture de l'assurance-maladie et proportion des paiements « out-of-pocket » dans les pays de l'OCDE, 2003 .....	100
3.4. Aides aux personnes à faibles revenus pour la souscription d'une assurance maladie .....	102
3.5. Importance des différents produits d'assurance-maladie obligatoire 1996-2003 .....	105
3.6. Évolution des aides aux personnes à faibles revenus et nombre de bénéficiaires, 1996-2003 .....	106
3.7. Moyens, par canton, en termes de soins de santé .....	107
3.8. Ressources du système de santé au niveau cantonal, dépenses LAMal et capacité économique des cantons .....	108
3.9. Adéquation perçue des services médicaux suisses et des payeurs, 1992-2002 ..	110
4.1. Dépenses au titre des patients hospitalisés, des patients externes et des médicaments en Suisse, 1985-2003 .....	122
4.2. Indicateurs de l'intensité d'utilisation des ressources en soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible .....	133
4.3. Productivité et taux d'utilisation des lits d'hôpitaux dans les pays de l'OCDE, 1993 et 2003 .....	134
4.4. Le financement parallèle des hôpitaux en Suisse, 2002 .....	137

4.5. Coûts administratifs, ratios sinistres-primés et réserves des assureurs LAMal, 1996-2003 . . . . .	148
5.1. Propositions du Conseil fédéral au Parlement pour la révision la plus récente de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) . . . . .	154

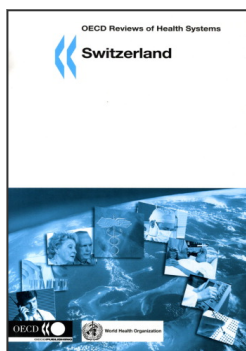
### Liste des graphiques

1.1. Le système suisse de santé : flux financiers, 2005 . . . . .	20
1.2. Carte de la Suisse . . . . .	21
1.3. PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2004 . . . . .	22
1.4. Allongement de l'espérance de vie en Suisse, 1960-2003 . . . . .	24
1.5. Espérance de vie à la naissance et à 65 ans dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible . . . . .	25
1.6. La population suisse par groupe d'âge, 2005 et 2050 . . . . .	26
1.7. Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible . . . . .	27
1.8. Mortalité et fécondité dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003 ou dernière année disponible . . . . .	27
1.9. Répartition de certaines causes de mortalité, début des années 2000 . . . . .	29
1.10. Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003	30
1.11. Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	30
1.12. Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	41
1.13. Évolution de la part relative des agents de financement de la santé, en Suisse, 1990-2003 . . . . .	41
1.14. Dépenses de prévention et promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	44
1.15. Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2004 . . . . .	44
1.16. Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de santé publique, par niveau de financement, 2004 . . . . .	45
1.17. Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2003 . . . . .	47
1.18. Évolution de la densité de médecins en Suisse et dans une sélection de pays de l'OCDE, 1980-2002 . . . . .	50
1.19. Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	54
1.20. Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	56
1.21. Pays d'origine des médicaments vendus sur le marché pharmaceutique intérieur suisse . . . . .	56
2.1. Années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002 . . . . .	69
2.2. Taux de mortalité pour les maladies cardiaques ischémiques et cérébrovasculaires, Suisse et sélection de pays de l'OCDE, 2002 . . . . .	70
2.3. Taux de mortalité pour tous les cancers, Suisse et sélection de pays	

de l'OCDE, 2002 ou dernière année disponible . . . . .	71
2.4. Taux de mortalité par cancer du sein, de la prostate et du poumon, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1960-2002 . . . . .	72
2.5. Taux de mortalité imputable aux maladies mentales, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1995-2002 . . . . .	73
2.6. Sélection d'indicateurs de la qualité des soins de santé, Suisse et moyenne de l'OCDE . . . . .	75
2.7. Augmentation de la proportion de personnes en surpoids et obèses parmi la population adulte, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1992-2002 . . . . .	77
2.8. Consommation de fruits et légumes, Suisse et moyenne de l'OCDE, 1961-2002	77
2.9. Taux de suicides pour 100 000 personnes dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000 . . . . .	81
2.10. Couverture vaccinale des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole, Suisse et pays de l'OCDE, 2003 . . . .	83
3.1. Dépenses de santé au titre des différents types de soins par agent de financement dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000.	97
3.2. Proportion des paiements « out-of-pocket » dans la consommation totale des ménages, 2003 ou dernière année disponible . . . . .	101
3.3. Primes LAMal en pourcentage du revenu disponible après versement des aides à la réduction des primes . . . . .	103
3.4. Corrélations entre le revenu par tête, les primes, les aides et le nombre de bénéficiaires . . . . .	104
3.5. Disparité des primes au sein d'un même canton et d'un canton à l'autre, 2004	112
4.1. Taux moyens annuels de croissance réelle du PIB par habitant et des dépenses de santé dans la zone OCDE, 1996-2003 . . . . .	117
4.2. Variation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 1996 et 2003 . .	117
4.3. Dépenses de santé selon la LAMal, 2003 . . . . .	118
4.4. Augmentation des primes LAMal et de l'indice des prix à la consommation	119
4.5. Densité de médecins et prime moyenne selon la LAMal dans les cantons suisses . . . . .	123
4.6. Technologies médicales en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2003 . . .	127
4.7. Revenus des médecins en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, dernière année disponible . . . . .	129
4.8. Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2003 . . .	130
4.9. Durée moyenne de séjour pour les soins aigus dans les pays de l'OCDE, 1990 et 2002 . . . . .	132
4.10. Procédures cardiovasculaires, Suisse et pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	135
4.11. Ressources et utilisation des soins de santé dans les cantons suisses . . . . .	136
4.12. Proportion des opérations de la cataracte et des amygdales effectuées en chirurgie de jour dans les pays de l'OCDE, 2003 . . . . .	138
4.13. Part des dépenses administratives dans les dépenses totales de santé dans une sélection de pays de l'OCDE, début des années 2000 . . . . .	147







Extrait de :  
**OECD Reviews of Health Systems: Switzerland  
2006**

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264025837-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE/Organisation mondiale de la Santé (2006), « Organisation du système de santé suisse », dans *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2006*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264018365-3-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).