

## « LES INCITATIONS À RENONCER À LA LIBERTÉ DE CHOIX SONT TROP PEU NOMBREUSES »

Plusieurs solutions sont envisagées pour maîtriser les dépenses de santé. La Voix des Consommateurs a rencontré Urs Brügger et Harry Telser, experts en économie de la santé. Débat sur la politique de replâtrage, les voies du managed care, leur vision d'un système de santé moins cher et de ce qui est faisable du point de vue politique.

Interview : Jonas Grossniklaus, Peter Dügge

**Urs Brügger, Harry Telser, si vous pouviez réformer le système suisse en vue de réduire les dépenses de santé, sans considérations politiques, que changeriez-vous ?**

**Urs Brügger.** Pour abaisser les dépenses de santé, je commencerais par renforcer la responsabilité des assurés. Ils devraient payer leurs dépenses de leur poche jusqu'à un certain plafond, 5 000 francs par an par exemple, et les caisses maladie joueraient le rôle d'assurances « grands risques ». Ensuite, je réviserais le catalogue des prestations pour le réduire partiellement. Et troisièmement, je mettrais l'accent sur le managed care, ces programmes d'organisation des soins, et surtout sur la gestion des maladies chroniques. Sur ce point, le système suisse souffre du manque d'incitations financières en matière de coopération entre professionnels de la santé. Ce qu'il faudrait, c'est une sorte de forfait pour les malades chroniques.

**Harry Telser.** Ces propositions sont judicieuses, mais personnellement, je privilégierais une autre vision en donnant plus de pouvoir aux assureurs. Ils sont en effet les seuls, de tout le système de santé, à avoir intérêt à voir baisser les dépenses. A mon avis, l'action la plus importante serait d'améliorer la péréquation des risques. Sans ce pas en avant, toutes les autres réformes ne feront qu'accroître la sélection des risques. Deuxièmement, je lèverais l'obligation de contracter. Les caisses maladie pourraient alors choisir les professionnels de la santé avec lesquels elles souhaitent travailler. Enfin, les cantons devraient arrêter de fournir (indirectement) des prestations de soins. Actuellement, ils ont trop de casquettes différentes : ils offrent des prestations de soins, les remboursent et sont les employeurs. Il y a trop de temps morts et de doublons. Ces propositions renforceraient la concurrence et les prestations seraient mieux adaptées aux assurés.

**Est-il réaliste d'envisager l'application de ces propositions et en combien de temps serait-ce faisable ?**

**U.B.** Pour le catalogue des prestations, il faudrait disposer d'études scientifiques afin de pouvoir prendre les bonnes décisions, mais



Urs Brügger, professeur en économie de la santé, ZHAW

« Il est injuste que les jeunes familles, qui perçoivent presque toujours des subsides, doivent payer des primes aussi élevées »

instaurer une assurance grands risques pourrait être très rapide. Toutefois ces deux mesures sont à peine envisageables sur le plan politique. Le plus faisable serait d'améliorer les incitations financières pour le managed care, mais il faudrait trouver des solutions intelligentes et surmonter les intérêts particuliers.

**H.T.** Le managed care rencontre aussi des obstacles. Je pense au plafonnement des rabais des modèles d'assurance alternatifs. Il n'incitera jamais les malades chroniques et les assurés âgés à opter pour un modèle de managed care. Pour les cas particulièrement coûteux, les assurances auraient même intérêt à garantir un rabais supérieur aux primes, parce que l'économie réalisée sur les dépenses serait alors très importante. C'est un cas typique de surrégulation.

**Comme vos propositions sont difficilement envisageables du point de vue politique, il va être difficile de réduire les dépenses...**

**H.T.** Ne soyons pas si négatifs. La Suisse s'est dotée d'un système de santé cher, c'est vrai, mais les assurés ont de vraies contreparties. Je ne changerais pas pour un système étranger.

**Quelles seront les conséquences des mesures de managed care ?**

**H.T.** Tout dépendra des modalités retenues. Aux USA par exemple, certaines mesures se sont traduites par une dégradation de l'accès aux soins. Aux Pays-Bas en revanche, certaines assurances se sont spécialisées dans les maladies chroniques.

**U.B.** Des études sur les programmes de gestion des maladies montrent que la qualité augmente et que les coûts diminuent. Mais il est primordial que le patient suive une certaine procédure. Pour l'instant, les incitations sont trop peu nombreuses pour que les assurés renoncent à leur liberté de choix.

**Les grands espoirs placés par les politiques dans le managed care sont-ils justifiés ?**

**U.B.** C'est sûrement une bonne approche. La délivrance des soins est fragmentée et peu coordonnée. Les modèles de managed care mis en place jusqu'à présent par les caisses maladie n'intègrent pas les hôpitaux, c'est une lacune parce que c'est le plus gros poste de dépenses du système. Je ne suis pas sûr non plus que le nouveau mode de finance-

ent des hôpitaux aboutisse à des économies. Des études dans d'autres pays montrent qu'au total les dépenses ne baissent pas ; on assiste simplement à une recrudescence des prestations en amont et en aval, et globalement à davantage de soins en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire.

#### Faire du managed care sans les hôpitaux : est-ce manquer de vision globale ?

H.T. Oui, cette politique de replâtrage est la principale difficulté. On identifie un problème, on prend des mesures, et les dépenses augmentent ailleurs par ricochet. Il faudrait être plus radical mais ce n'est pas faisable politiquement.

#### Nos dépenses de santé élevées ne sont-elles pas simplement le reflet de notre société d'abondance ?

U.B. La population est ambivalente : elle tempête tous les ans contre les augmentations de primes mais quand il s'agit de fermer un hôpital, elle met son veto. Et elle ne veut pas renoncer à sa liberté de choix, ou alors seulement en partie. Au fond, combien les gens sont-ils prêts à payer pour leur santé ? C'est la question. Or, la santé est à l'évidence un sujet sensible dans une société qui vieillit.

H.T. C'est ça, on peut se le permettre, alors on se le permet. Ce qui me gêne, c'est que la plupart des problèmes découlent de la défaillance des politiques. On prend des mesures inadéquates et quand la machine ne fonctionne pas, on cherche l'erreur du côté du marché.

#### La caisse unique serait-elle une solution ?

U.B. Une caisse unique permettrait d'économiser des frais administratifs, peut-être bien de l'ordre de 100 à 200 millions, tout compris. Mais si en contrepartie la caisse unique contrôle encore moins les dépenses, il faudra faire face à 30 milliards de dépenses au lieu de 25. Dès lors, les millions économisés grâce

#### Qui sont-ils ?

**Urs Brügger** a fait ses études et a passé son doctorat à l'Université de Saint-Gall. Professeur, il dirige depuis 2003 l'institut d'économie de la santé de la School of Management and Law (ZHAW) de Winterthur. Il est aussi conseiller municipal PLR de la ville de Winterthur depuis 2009.

**Harry Telser** a fait ses études, puis son doctorat à l'Université de Zurich. Il travaille depuis 2003 à l'Institut d'économie sociale de l'Université de Zurich. Directeur du secteur économie de la santé depuis 2007, il est aussi membre du Comité de direction de la société Polynomics et de la fondation de l'hôpital d'Einsiedeln. •



Harry Telser, expert en économie de la santé

« La politique de replâtrage est la principale difficulté : on traite un problème et les dépenses augmentent ailleurs par ricochet »

à la caisse unique ne pèseront pas lourd. Il se peut qu'actuellement la concurrence entre les caisses ne soit qu'apparente, mais je ne crois pas la caisse unique soit la solution. Toucher au mode de financement sans considérer les prestations me semble un peu naïf.

H.T. La question du rôle politique des caisses maladie se pose. On peut les cantonner au rôle de trésorières, encaissant et remboursant. Dans ce cas, une caisse unique serait la meilleure solution. Mais à partir du moment où les caisses doivent maîtriser les dépenses, le système doit être concurrentiel.

U.B. Une caisse unique permettrait de réduire les dépenses à condition d'instaurer en même temps un système de santé public, comme en Angleterre par exemple. Mais cela aboutirait à des moins-values qualitatives, comme des listes d'attente pour les opérations.

H.T. Ce genre de système favorise une médecine à deux vitesses. D'ailleurs, les Anglais qui en ont les moyens sont assurés en privé et ne sont donc pas obligés d'attendre des mois avant d'être opérés.

#### Pourrait-on comparer la caisse unique à la Suva ?

U.B. En partie seulement. D'abord la Suva a des frais administratifs nettement plus élevés, et elle rembourse environ un milliard en soins. Le volume de dépenses géré par les caisses maladie est à peu près 25 fois plus important. Est-il encore possible d'être efficace à ce niveau-là ? Ensuite, les accidents sont un domaine bien délimité alors que les maladies sont un réservoir à problèmes et sont

nettement plus difficiles à gérer. En outre, la Suva paie les mêmes prestations plus cher que les caisses maladie. Tous les médecins sont contents lorsque c'est la Suva qui rembourse leurs prestations, parce que le même travail leur rapporte davantage. Ce qui montre qu'une caisse unique, même pesant très lourd sur le marché, ne pourrait quasiment pas négocier de meilleurs tarifs.

#### Une famille de quatre personnes vivant à Zurich paie actuellement entre 8 000 et 10 000 francs de primes maladie. Dans dix ans, à combien s'élèvera ce montant ?

U.B. A raison de 5 % de hausse par an, ce sera presque 17 000 francs. Mais j'espère que les politiques auront redressé la barre d'ici là. Il est injuste que les jeunes familles, qui perçoivent presque toujours des subsides, doivent payer des primes aussi élevées. Cela débouche sur une solidarité transgénérationnelle ascendante. Or, à l'heure actuelle, les seniors sont en moyenne plus aisés qu'auparavant. Faire payer les jeunes familles pour eux, c'est une anomalie du système.

H.T. Une de nos études montre qu'aujourd'hui 4,5 milliards sont prélevés sur les moins de 60 ans au profit des plus de 60 ans. En 2030, ce sera 10 à 12 milliards. Alors, une des solutions serait de faire dépendre les primes maladie de l'âge de l'assuré. Pour pouvoir réduire la charge financière qui pèse sur tous, les assurés devraient être libres de choisir : s'ils acceptent de se restreindre, ils n'auraient plus que 10 000 francs à payer au lieu de 17 000. •