

SECURITE DE L'APPROVISIONNEMENT EN MEDECINE DE VILLE DANS LE CADRE DE LA SUPPRESSION DE L'OBLIGATION DE CONTRACTER

Prof. Dr. Gianfranco Domenighetti

Institut d'économie et management de la santé (IEMS) - Université de Lausanne
Gianfranco.Domenighetti@ti.ch

Dr. oec. Luca Crivelli

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana (SUPSI)
Istituto Mecop, Università della Svizzera italiana (USI)
Luca.Crivelli@lu.unisi.ch

AOUT 2001

TABLE DES MATIERES

MANDAT.....	2
1. PREMISSE.....	3
1.1 Pourquoi un rôle actif de Santesuisse dans la promotion de la sécurité de l'approvisionnement?	4
<i>a) Le cas des GP-Fundholders dans la réforme du système sanitaire anglais</i>	<i>6</i>
<i>b) Problèmes dans la diffusion en Suisse du modèle PPO en tant que forme particulière d'assurance.....</i>	<i>7</i>
1.2 Est-il vraiment nécessaire de confier aux cantons la tâche de définir le nombre minimum de médecins ?	10
1.3 Définitions de “sécurité de l’approvisionnement”	13
<i>a) “sécurité de l’approvisionnement” au sens stricte.....</i>	<i>13</i>
<i>b) "sécurité de l’approvisionnement" au sens large</i>	<i>14</i>
2. APPROCHE PRAGMATIQUE A LA DEFINITION DE LA SECURITE DE L'APPROVISIONNEMENT EN MEDECINS LIBRES PRATICIENS.....	16
2.1 Avant propos	16
2.2 Sécurité de l'approvisionnement et indicateurs de performance	19
<i>a) Densités médicales et satisfaction de la population.....</i>	<i>19</i>
<i>b) Densités médicales et perception de signes de rationnement</i>	<i>21</i>
<i>c) Densités médicales et mortalité évitable grâce aux interventions médicales ..</i>	<i>22</i>
<i>d) Densités médicales, coûts de la médecine ambulatoire, visites et consultations.....</i>	<i>24</i>
2.3 Proposition de standards pragmatiques pour le calcul de la sécurité de l’approvisionnement en médecine de ville.....	27
<i>a) Taux de densité médicale totale.....</i>	<i>27</i>
<i>b) Ratio généralistes, médecins de famille et spécialistes</i>	<i>29</i>
<i>c) Sécurité de l’approvisionnement et distribution spatiale des médecins.....</i>	<i>31</i>
2.4 Sécurité de l’approvisionnement et mise en oeuvre politique	32
3. SUPPRESSION DE L’OBLIGATION DE CONTRACTER ET SECURITE DE L’APPROVISIONNEMENT.....	36
3.1 Outils d’appui à l’approche pragmatique de la sécurité de l’approvisionnement	36
<i>a) Transparence dans la sélection des fournisseurs</i>	<i>36</i>
<i>b) Nécessité de garder la concurrence en vie</i>	<i>37</i>
<i>c) Prévoir un “espace de manœuvre” pour des corrections a posteriori</i>	<i>37</i>
<i>d) L’instrument de la « yardstick competition » pour maintenir la concurrence dans le temps.....</i>	<i>38</i>
3.2 Comment peut-on garder un nombre suffisant d’exclus dans le jeu avec un « système à deux tarifs » ?.....	41
4. Références	43
5. Annexe	46

MANDAT

Le 13 juin 2001, Santésuisse nous a conféré le mandat suivant: élaborer un concept pour la promotion de la sécurité de l'approvisionnement en tant qu'outil d'appui à l'abolition de l'obligation de contracter dans le cadre de la deuxième étape de révision de la LAMal. Dans la lettre de confirmation les objectifs suivants ont été précisés:

- la définition d'une méthodologie à adopter pour le calcul du nombre minimum de médecins avec lesquels il faudra souscrire un contrat dans le but de garantir la sécurité de l'approvisionnement;
- la discussion de possibles problèmes liés à la mise en oeuvre de ce concept;
- une réponse aux questions suivantes:
 - est-il raisonnable d'attribuer aux cantons la compétence de définir le nombre de fournisseurs de prestation avec lesquels les assureurs devront stipuler un contrat afin de garantir la sécurité de l'approvisionnement?
 - quels critères le Canton devra-t-il considérer dans la définition de ce nombre minimum ? Les critères mentionnés par la *Commission de la sécurité sociale et de la santé publique*, à savoir facteurs démographiques et une certaine équité d'accès (voir la proximité d'au moins un fournisseur de prestation garantie sur tout le territoire) sont-ils suffisants?

Nous avons jugé opportun d'étendre quelque peu la perspective de l'expertise, en y ajoutant les points suivants:

- analyse de l'intérêt politique, pour les assureurs maladie, à assumer un rôle actif dans la définition d'un modèle de contrats fondé sur la concurrence, qui soit en mesure d'offrir aux citoyens des garanties suffisantes en termes d'efficacité de la prise en charge médicale et de sauvegarde de l'équité;
- discussion du principe de la "sécurité de l'approvisionnement" au sens étroit du terme (définition d'un nombre minimum de médecins) par rapport à une "sécurité de l'approvisionnement" au sens large, qui puisse aussi considérer l'efficacité et l'équité de l'approvisionnement. Des mesures d'accompagnement sont à ce sujet proposées.

Il a été convenu avec les mandataires, que la date de remise de l'expertise serait lundi 13 août 2001.

1. PREMISSE

Ce document n'a pas le but de délivrer une analyse complète des conséquences et des mécanismes de fonctionnement de la concurrence suite à la suppression de l'obligation de contracter.

Objectif premier de cette analyse est celui de proposer un paramètre national de densité en médecins libres praticiens (nombre de médecins travaillant « full-time » pour 10'000 habitants) susceptible de garantir à la population la sécurité de la prise en charge en soins de médecine de ville.

Il s'agit donc :

- D'un paramètre de disponibilité minimale de médecins qui devra être respecté en cas d'acceptation de la suppression de l'obligation de contracter. Au niveau cantonal ce paramètre minimal pourra toutefois être modifié en fonction de facteurs objectifs, par exemple : émigration ou immigration de patients (voir à ce propos le chapitre « Sécurité de l'approvisionnement et mise en œuvre politique »). Le nombre effectif de médecins sera par contre le résultat du jeu de la « concurrence ». Il ne s'agit donc pas d'une planification étatique de la main d'œuvre médicale.
 - D'un paramètre qui a été estimé sur la base de données non recueillies expressément pour cette analyse mais déjà existantes et donc « secondaires ». Il serait de conséquence utile une confirmation des résultats par une analyse « ad hoc » sur la base d'indicateurs « primaires ».
 - D'un paramètre qui nécessitera de révision suite à toute modification majeur du système de financement et d'organisation de l'activité médicale ambulatoire actuellement en vigueur en Suisse.
-

1.1 Pourquoi un rôle actif de Santesuisse dans la promotion de la sécurité de l'approvisionnement?

La consultation juin 2000 du Conseil Fédéral sur la suppression de l'obligation de contracter, a mis en évidence l'existence d'un consensus de principe sur les objectifs de ce projet de réforme, tandis que, sur les modalités de réalisation, des différences significatives sont apparues [1]. Le consensus sur les objectifs a été atteint surtout grâce à la volonté unanime de freiner la croissance du nombre de médecins en vue de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux avec l'UE. La confiance placée dans un nouveau mécanisme de contractation en mesure de stimuler la concurrence entre les divers fournisseurs de prestations n'a pas, au contraire, fait l'unanimité. L'interaction du libre accès des médecins au marché sanitaire (que la LAMal prévoit pour tous ceux qui disposent d'une formation adéquate¹) avec la rémunération à l'acte des prestations médicales (la philosophie fee-for-service va être déterminante aussi avec le Tarmed), constitue en effet un mélange explosif destiné à faire augmenter les dépenses sanitaires même en l'absence de bénéfices supplémentaires en termes de santé.

Comme mis en évidence par Domenighetti (1998) pour la Suisse [2], l'augmentation de la densité de médecins dans un canton génère une demande induite par l'offre. Dans la plupart des cas, il s'agit de prestations sanitaires non nécessaires ou non appropriées (pour lesquelles les coûts dépassent les bénéfices), que le patient est disposé à consommer suite au manque d'information et à son affiliation à une assurance ("moral hazard"). Les mécanismes qui régissent le marché de la santé ne sont pas comparables à ceux des autres secteurs économiques où l'augmentation du nombre d'acteurs renforce la concurrence tout en poussant les producteurs les moins efficaces à sortir du marché; cette dynamique ne comporte pas nécessairement une variation du chiffre d'affaires total du secteur. Une étude récente en Ontario-Canada [3] a estimé le rapport entre les revenus et les densités médicales dans un système où le remboursement des prestations a lieu, comme en Suisse, selon un schéma fee-for-service. Les revenus individuels des médecins (groupés en 51 "market areas") ont été mis en relation aux densités de médecins et à plusieurs autres variables (sexe, lieu de formation, expérience professionnelle, etc.); l'élasticité du revenu par rapport à la densité s'est avérée être de -0.59 . En d'autres termes, pour une croissance de 10% du nombre des médecins, les revenus diminuaient en moyenne (ceteris paribus) "seulement" de 5.9%. Dans la même étude, l'analyse de la relation entre densité médicale et plusieurs facteurs qui devraient légitimer une plus grande demande

¹ La faculté, que le nouvel article 55a de la LAMal donne au Conseil Fédéral, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins est, en effet, limitée à une durée de trois ans.

d'assistance primaire a montré que cette corrélation était très faible. Les conclusions de cette étude sont les suivantes: (a) encore une fois il existe une évidence empirique en faveur du phénomène de la demande induite par l'offre; (b) les forces de marché ne sont pas en mesure de localiser les médecins sur le territoire en fonction des besoins sanitaires effectifs des populations. Par conséquent, le risque de non équité dans l'accès aux soins est tout à fait réel.

Nous sommes convaincus que le renforcement de la concurrence engendré par la suppression de l'obligation de contracter est un instrument efficace et probablement essentiel pour atteindre l'objectif de la maîtrise de la démographie médicale et surtout celui de rendre financièrement moins attractif et plus incertain l'exercice de la profession médicale en Suisse², en donnant au médecin un "risque d'entreprise" qui, aujourd'hui, lui est pratiquement inconnu.

L'enjeu étant toutefois très élevé, il faut éviter de dangereux dérapages et enivresments suite au soutien politique que plusieurs Sénateurs et Conseillers nationaux ont donné à la suppression de l'obligation de contracter. Il ne faut pas en effet oublier qu'en Suisse les décisions politiques reviennent en dernière instance au peuple (à travers le droit de référendum) et non au Parlement. Comme l'histoire des votations populaires en matière sanitaire l'enseigne, il n'est pas aisé de porter à bon terme des projets de réforme à l'égard desquels les campagnes populistes et les arguments qui apeurent les gens pourraient avoir un jeu facile. Nous estimons donc qu'il est dans l'intérêt des assureurs (et en particulier de Santé Suisse) d'assumer un rôle actif dans la définition d'un modèle qui soit à même d'offrir aux citoyens des garanties suffisantes en termes d'efficacité de prise en charge et de sauvegarde de l'équité d'accès, tout en se présentant comme promoteurs de mesures qui pourront effectivement garantir, même dans un système marqué par la liberté contractuelle, la sécurité de l'approvisionnement.

Comme soutien de cette thèse, il est utile de rappeler deux expériences emblématiques, la première liée aux réformes du système sanitaire anglais dans les années 90, la deuxième tirée du contexte helvétique, d'où il ressort, d'une part, le risque politique de la non évaluation en termes d'efficacité et d'équité des réformes et, de l'autre, l'importance d'opérer et de gérer le changement avec un maximum de transparence et de procéder avec rigueur à la sélection des fournisseurs de prestation à soumettre aux contrats.

² Bien que la décision de la suppression n'a pas encore été prise, aujourd'hui les signes d'un risque financier accru associé à l'activité des médecins indépendants sont déjà visibles; en particulier on assiste à une pratique plus restrictive de la part des instituts de crédit par rapport au financement des investissements nécessaires à l'ouverture d'un cabinet médical.

a) Le cas des GP-Fundholders dans la réforme du système sanitaire anglais

En avril 1991, le gouvernement conservateur britannique (Premier Ministre Mme Thatcher), a implémenté dans le National Health Service de nouvelles formes d'incitations économiques dans le but déclaré d'encourager les opérateurs et les services sanitaires à satisfaire une demande de soins et de bien-être potentiellement illimitée tout en respectant une enveloppe budgétaire. Le point essentiel de la réforme était la stricte séparation de l'achat d'une partie des services par rapport à leur fourniture aux patients. Pour ce faire, une nouvelle figure professionnelle appelée GP-Fundholder, avait été créée. Au GP-Fundholder, l'Etat attribuait un budget et le devoir d'assurer, au travers de la pratique du "selective contracting", une série de services d'assistance secondaire et de prestations pharmaceutiques pour un groupe de patients donné. Le GP-Fundholder avait ainsi la fonction (dans sa qualité d'agent informé) de choisir et de contracter avec les hôpitaux le coût et les prestations au nom de ses patients. Le mécanisme a contribué à l'introduction de concurrence dans le secteur hospitalier britannique ("competition for the market"), ce qui était en principe susceptible d'améliorer l'efficacité du système.

En mai 1997, le laboriste de Tony Blair, à peine arrivé au pouvoir, annonçait la suppression du rôle du GP-Fundholder, rôle qui fut définitivement révoqué en avril 1999.

La particularité de cette réforme et contre-réforme a été, selon certains auteurs [4], l'essai de la part des politiciens anglais, de mettre en oeuvre uniquement sur base idéologique une politique sanitaire et ceci, sans se préoccuper de fonder le changement sur des données fiables qui auraient permis d'évaluer les effets et les implications économiques³. Ne disposant pas des instruments nécessaires à l'identification objective des forces et des faiblesses des mesures réalisées, ces auteurs arrivent à la conclusion que les décisions prises ont été fortement influencées par la "démopsychologie".

Tout en étant conscients des différences entre la Suisse et l'Angleterre (notamment pour ce qui a trait à l'exercice des droits politiques, au modèle de démocratie et quant à l'organisation du système sanitaire), l'expérience anglaise nous donne une importante leçon: afin d'éviter que les changements soient discutés et remis en question sur la base de simples convictions idéologiques, il est indispensable d'être en mesure d'offrir les meilleures garanties de transparence, en accompagnant les

³ Pour une tentative de tracer, à posteriori, un bilan sur l'expérience des quasi-marchés britanniques (en termes d'impact sur l'efficacité, l'équité, la qualité et le choix) voir [5].

processus de réforme avec des évaluations fondées sur l'évidence empirique et si possible scientifique.

b) Problèmes dans la diffusion en Suisse du modèle PPO en tant que forme particulière d'assurance

Une deuxième expérience, cette fois tirée de la réalité helvétique, nous paraît digne de considération en vue des changements prospectés pour le proche futur. La liberté contractuelle qui, dans l'hypothèse de l'abolition de l'obligation à contracter, va s'instaurer dans le contexte de la LAMal, existe en effet déjà depuis l'année 1996 pour la partie de population qui, volontairement, a accepté de limiter sa propre liberté de choix en achetant une des formes particulières d'assurance (toutes généralement liées à un système de *managed care*)⁴.

Les formes particulières d'assurance proposées sont:

- le système du médecin de famille – gatekeeper
- le système HMO (Health Maintenance Organization) et
- le système PPO (Preferred Providers Organization).

Parmi ces formes, celle étant la plus proche d'un possible régime futur est, sans aucun doute, le PPO. Dans l'hypothèse de la suppression de l'obligation de contracter, chaque assureur suisse se transformera automatiquement en PPO. Les médecins qui, par exemple, auront un contrat avec l'assureur A, vont en effet constituer le groupe des Preferred Providers pour les assurés à la caisse A, tandis que les médecins exclus du contrat pourront être choisis par un assuré de la même caisse, seulement si le patient sera disposé à payer de sa poche l'entière consultation. Tout en étant la formule la plus répandue aux Etats-Unis (voir p.ex. [6]), car moins « restrictive » dans la liberté de choix pour l'assuré par rapport à une HMO, en Suisse le PPO a été jusqu'à présent incapable de susciter l'intérêt populaire. Dans l'étude "Bestandesaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung" [7], on lit en effet qu'en 1999 moins de 50'000 assurés avaient opté pour un modèle alternatif de type PPO, contre environ 100'000 qui ont adhéré aux HMO et à plus de 350'000 affiliations au système dit du « médecin de famille ».

Pourquoi donc un modèle ayant reçu un large consensus aux Etats-Unis n'arrive pas à décoller en Suisse ? Sans doute pour plusieurs raisons dont la principale a été, à notre

⁴ Voir LAMal, art. 41.4 e art. 62.1

avis, la forte résistance de la part des médecins suisses vis-à-vis de cette forme alternative d'assurance qui, plus que toutes les autres, aurait pu contribuer à renforcer la concurrence entre les professionnels de la santé. Sans doute aussi l'échec peut être dû à un problème de transparence, d'image et de mauvaise gestion. A ce propos, il est utile de rappeler l'expérience vécue par le premier assureur suisse qui a promu le système PPO. Le lancement du nouveau produit d'assurance a dû faire face au boycottage de la part des associations de médecins dans les cantons de Zurich et Genève⁵. Le reproche majeur adressé à l'assureur a été celui d'avoir utilisé des statistiques non fiables [8] et d'avoir opéré une sélection des risques par l'exclusion de la liste des fournisseurs des médecins ayant un profil de clientèle particulièrement onéreux. Ce n'est pas ici le lieu de débat pour vérifier le bien-fondé des critiques à cette nouvelle forme d'assurance, toutefois il apparaît clairement que l'erreur fondamentale de l'assureur a été celle de ne pas avoir offert de garanties suffisantes quant à la transparence et notamment quant aux critères de sélection des *preferred providers*. Cette façon de procéder a encouragé l'action de ceux qui avaient tout intérêt à discréditer le PPO. Cette expérience a fini par produire une externalité négative pour tous les assureurs maladie, tout en donnant une image négative au niveau national du modèle PPO. Ce qui n'est pas résolu est le fait de savoir si la faible voir nulle diffusion du PPO réside surtout du côté de la demande (adversité des consommateurs vers cette forme particulière d'assurance)⁶ ou du côté de l'offre (renonciation de la part des assureurs à la promotion d'une forme apparemment controversée d'assurance)⁷.

⁵ Voir articles apparus dans le quotidien Tages Anzeiger le 18.10.1997, le 20.12.1997 et le 16.02.1998.

⁶ Cette interprétation est justifiée par exemple par l'insuccès du PPO par rapport aux autres formes d'assurances telles que HMO et médecin de famille, voir [7].

⁷ Un manque de créativité et de dynamisme de la part des assureurs maladie par rapport à la promotion des formes alternatives d'assurance a été notée par [9]. Cela est vraisemblablement aussi dû aux performances peu appréciables (en termes de réduction des coûts) atteint en Suisse par les différentes formes de « *managed care* » - voir [10].

Conclusion 1

Il est fort probable que la décision concernant l'introduction d'un modèle contractuel fondé sur la concurrence sera prise dans le cadre d'une votation populaire. Pour cette raison, nous suggérons de jouer un rôle particulièrement actif et constructif en matière de sécurité de l'approvisionnement. Ce concept devra être soutenu par des mesures d'accompagnement et notamment par: (1) la volonté d'évaluer sur des bases empiriques et scientifiques l'impact que le nouveau modèle contractuel aura sur l'efficacité et sur l'équité d'accès aux services sanitaires en Suisse, en s'engageant à introduire les mesures correctives nécessaires en cas d'impact négatif ; (2) la promotion d'un mécanisme transparent d'évaluation de la performance des fournisseurs de prestation (benchmarking).

1.2 Est-il vraiment nécessaire de confier aux cantons la tâche de définir le nombre minimum de médecins ?

La théorie de la main invisible du marché postule que la recherche du profit sur un marché parfaitement concurrentiel pousse les entrepreneurs à l'efficacité productive (par une réduction des coûts aux valeurs minimales par rapport à une technologie donnée) et à offrir ainsi les services pour lesquels les consommateurs seront disposés à payer un prix supérieur au coût de production. Transposé au marché sanitaire suisse, ce théorème pourrait conduire à la persuasion que la libre concurrence entre assureurs soit une condition suffisante à promouvoir et garantir la "sécurité de l'approvisionnement". La recherche du « profit » (au sens large du terme) devrait en effet pousser les assureurs à satisfaire la demande existante sur l'ensemble du territoire, en contractant avec un nombre suffisant de médecins de bonne réputation « qualitative », afin d'empêcher l'émigration de ses assurés vers d'autres caisses.

En réalité, et la théorie économique l'a reconnu, les prémisses fondamentales au fonctionnement du libre marché font défaut dans le cas de l'assurance maladie, ce qui impose un rôle régulateur des pouvoirs publics, bien que certains dysfonctionnements peuvent être liés à l'intervention redistributive de l'Etat⁸. Toutefois, le caractère de « bien méritoire » du sanitaire, qui a justifié et justifie l'intervention de l'Etat, est en effet le résultat d'un consensus social et politique. Ce dernier rend incontournable la promotion de l'équité d'accès et de l'équité de financement de la santé à travers plusieurs formes de solidarité (entre générations, sexes, classes à risque, classes sociales, etc.). La plupart des problèmes, cependant, sont de véritables faillites du marché. Les coûts élevés liés à l'information et les coûts de transaction entravent lourdement le jeu de la concurrence tout en réduisant la mobilité de la clientèle. L'exploitation des économies d'échelle et de portefeuille (« big is beautiful ») favorise la concentration du pouvoir sur le marché dans les mains d'un petit nombre d'assureurs.

Il est donc illusoire de croire que la sécurité de l'approvisionnement puisse se réaliser spontanément, par effet de la main invisible du marché, pour au moins trois raisons.

1. Malgré l'existence d'un fond de compensation des risques⁹, les assureurs maladie sont soumis à l'incitation à opérer une sélection des risques, par la pratique de "décharger" les collectifs de patients « coûteux » (cream skimming). Bien que la formule actuelle pour la compensation des risques puisse être ultérieurement

⁸ Par exemple le facteur stimulant à la sélection des risques (cream skimming) est en plus grande partie dû à l'obligation de calculer les cotisations indépendamment du risque de l'assuré.

⁹ La capacité de prédiction des variables actuellement utilisées dans le calcul des compensations est très limitée et donc incapable d'éliminer les bénéfices potentiels d'une stratégie de "cream skimming".

améliorée [11] le mécanisme de compensation ne pourra jamais être en mesure de résoudre complètement la sélection des risques. Le « cream skinning » sera toujours d'actualité car le système des primes indépendantes du risque constitue un des principes incontournables d'une assurance maladie sociale. Avec l'introduction d'un modèle contractuel fondé sur la concurrence, en réalité de nouveaux horizons pour la sélection des risques vont s'ouvrir. En l'absence d'un instrument qui lie les assureurs maladie à l'accréditation d'un nombre suffisant de médecins qui garantissent la couverture de l'ensemble du territoire, la stratégie de ne pas stipuler de contrats avec des fournisseurs localisés dans des régions à haute prévalence de personnes âgées ou caractérisées par des taux élevés de résidents en institutions médicalisées pourrait s'avérer avantageuse pour une caisse, le but étant celui de pousser ces assurés à changer de caisse. On pourrait aussi bien imaginer l'avantage d'exclure de sa propre liste de fournisseurs, les médecins qui pratiquent la gériatrie, le but étant dans ce cas celui d'encourager les patients âgés à changer d'assureur afin de pouvoir continuer le traitement chez son médecin de confiance.

2. La concurrence entre caisses maladie ne peut pas fonctionner correctement si les usagers ne sont pas parfaitement informés sur les mécanismes de fonctionnement du système, sur les niveaux des primes des différents assureurs et, dans le futur, également sur l'identité et sur la qualité des fournisseurs de prestation accrédités auprès de chaque caisse maladie¹⁰. De plus, la concurrence ne peut pas exercer son influence bénéfique sur le comportement des assureurs si les changements de caisse maladie impliquent des coûts de transaction qui, dans la perception subjective des assurés, sont considérés comme importants. Le fait que, cinq ans après l'introduction de la LAMal, il existe toujours de fortes différences de cotisations à l'intérieur d'un même canton, et ceci pour un produit d'assurance qui est assez homogène¹¹, doit probablement être interprété comme un indicateur que les coûts d'information sont bien loin d'être négligeables. Un bon nombre d'assurés est en effet resté toujours fidèle au même assureur bien que ce dernier, pour une couverture identique, exige une cotisation de 30-40% supérieure à la valeur médiane [13]. Ceci confirme une propension à la mobilité bien limitée. Suite à l'abolition de l'obligation de contracter, l'hétérogénéité des produits d'assurance augmentera sensiblement car les caisses maladie se différencieront suite aux diverses listes de fournisseurs sous contrat, ce qui engendrera une

¹⁰ Pour une évaluation de l'état d'information actuel des assurés suisse voir [12].

¹¹ Il y a des différences dans les temps de paiement des factures, dans les temps pour expédier les affaires, dans l'organisation administrative, etc.

ultérieure augmentation des coûts pour accéder à l'information et des coût de transaction.

3. Finalement, d'autres obstacles à la concurrence sont les comportements non encore pleinement compétitifs de la part des assureurs maladie helvétiques [9] et l'exploitation des économies d'échelle qui favorisera la concentration et les politiques d'acquisition ou de fusion entre assureurs. Dans une étude récente, Polsky e Nicholson [14] ont analysé les facteurs qui déterminent chez les HMO américaines des coûts par assuré d'environ 11% inférieurs par rapport au système traditionnel (fee-for service). Trois causes de réduction des coûts ont été mises en évidence :

- *risk selection*: les HMO disposent d'un portefeuille d'assurés particulièrement avantageux. Ceci n'est pas dû à un profil différent selon l'âge et le sexe des affiliés, mais au fait qu'ils sont mieux portants (plus sains) par rapport à la moyenne;
- *utilization effect*: le modèle HMO conduit à une rationalisation des prestations distribuées, dans le sens qu'une grande partie de l'actologie non nécessaire est évitée, et ceci sans conséquences quant à l'efficacité;
- *reimbursement effect*: l'importante force contractuelle des HMO vis-à-vis des fournisseurs de prestations exerce une pression favorable à la réduction des tarifs (ce qui cause une diminution des revenus des médecins conventionnés).

Les auteurs de cette étude ont démontré que parmi les trois « effets », celui qui est déterminant pour la baisse des coûts est le « reimbursement effect », à savoir une réduction des prix obtenue en vertu du pouvoir contractuel des HMO. Il s'agit d'un résultat important qui confirme que les avantages des systèmes « *managed care* » sont essentiellement dus au pouvoir contractuel, ce qui est généralement associé aux dimensions de l'organisation.

Conclusion 2:

Suite aux faillites du marché précédemment mentionnées, la main invisible de la concurrence ne donne pas de garanties suffisantes par rapport à la définition et à la mise en œuvre « spontanée » de la sécurité de l'approvisionnement. Une implication des pouvoirs publics est par conséquent nécessaire. Dans un état fédéral tel que la Suisse, où les compétences en matière d'organisation et de police sanitaire reviennent en premier lieu aux cantons, il est raisonnable (et l'opportunité politique le suggère) que le rôle de garant de la sécurité de l'approvisionnement reste confié aux gouvernements cantonaux.

1.3 Définitions de “sécurité de l’approvisionnement”

a) “sécurité de l’approvisionnement” au sens stricte

Le principe de sécurité de l’approvisionnement (Sicherstellung der Versorgung) est évoqué aussi bien par le Conseil Fédéral (dans le message du 18 septembre 2000 sur la révision de la loi fédérale sur l’assurance maladie [15]), que par la *Commission de la sécurité sociale et de la santé publique* du Conseil des Etats dans sa prise de position à l’intention du Sénat (10 juillet 2000). Dans les deux cas, il est fait allusion à l’éventualité que, suite à la suppression de l’obligation de contracter, l’approvisionnement sanitaire d’une partie de la population pourrait ne pas être garanti, ce qui minerait l’universalité de l’accès de la population aux prestations définies par l’assurance obligatoire¹². Pour contrecarrer ce risque, le nouveau texte de loi (cf. art. 35, vs. Ibis) prévoit que la liberté de contracter des assureurs maladie et des fournisseurs de prestations soit limitée par l’obligation de garantir l’approvisionnement en prestations médicales de la population¹³. La liberté contractuelle sera aussi subordonnée à la poursuite de l’économicité des soins et au maintien de la qualité des prestations distribuées.

Les textes cités montrent que le législateur poursuit, par le concept de “sécurité de l’approvisionnement”, l’objectif de maintenir une suffisante capacité de l’offre (en termes strictement numériques), bien qu’il ne précise pas de façon claire et rigoureuse comment cette capacité minimale doit être calculée¹⁴. Le texte de loi se limite en effet à une référence générique au droit des assurés à accéder (sous protection tarifaire) aux prestations sanitaires couvertes par la LAMal, tout en confirmant le principe selon lequel la tâche de surveillance sur la mise en oeuvre du droit revient aux gouvernements cantonaux. Il faut souligner, qu’il existe encore une divergence entre la proposition du Conseil Fédéral et celle de la Commission. En effet, pour le Conseil Fédéral la sécurité de l’approvisionnement est d’emblée formellement garantie dans la mesure où les gouvernements cantonaux exerceront leur responsabilité politique par

¹² On lit par exemple dans le message du Conseil Fédéral: "Sollte es nun aber auf Grund ausserordentlicher Umstände dazu kommen, dass zwischen den Vertragspartnern (Leistungserbringern und Versicherern) keine Zulassungsverträge zu Stande kommen und damit die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz in einem oder mehreren Leistungssektoren oder in bestimmten Fachspezialitäten nicht mehr gewährleistet ist, so müsste die Kantonsregierung (...) befristete Massnahmen ergreifen, um die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz unter Einhaltung des Tarifschutzes trotzdem sicherzustellen. Es ist dies eine Art ultima ratio, in der Annahme und mit dem Ziel, den Normalzustand so schnell wie möglich wiederherzustellen."

¹³ "Die Leistungserbringer und Versicherer sind in der Wahl der Vertragspartner frei, soweit:
a. die medizinische Versorgung gewährt ist;"

¹⁴ Evidemment n’est pas la loi mais plutôt l’ordonnance le lieu idéal pour une définition “technique” de ce principe.

un « droit » de regard » (à posteriori) par rapport au nombre de médecins bénéficiant d'un contrat. De son côté, la *Commission de la sécurité sociale et de la santé publique* recommande aux cantons de définir à priori le nombre minimum de médecins avec lesquels les assureurs devront en tout cas stipuler un contrat¹⁵. Dans la définition de cette capacité minimale, les cantons sont invités à considérer les spécificités de la demande locale (facteurs démographiques, épidémiologiques et géographiques), ainsi que l'offre des cantons limitrophes. Aussi bien l'approche du Conseil Fédéral que celle de la Commission peuvent être considérées comme des définitions étroites du principe de sécurité de l'approvisionnement.

b) "sécurité de l'approvisionnement" au sens large

La suppression de l'obligation de contracter fait partie d'un processus de redéfinition des mécanismes de fonctionnement d'un système sanitaire. De ce fait, il est indispensable de passer une « alliance sociale » avec les citoyens, en leur offrant des garanties suffisantes sur le fait que le changement prévu et/ou en cours (finalisé à une limitation des coûts par une amélioration de l'efficacité et une réduction de la demande induite) ne comporte pas de conséquences négatives et d'effets indésirables quant à l'efficacité des soins et à l'équité d'accès. A notre avis, il est dès lors indispensable de proposer une définition plus large de la « sécurité de l'approvisionnement », vue plutôt comme « sécurité de l'efficacité et de l'équité de l'approvisionnement ». Cette définition devrait par exemple être sensible au fait que les services ambulatoires pourraient, dans la période de transition, engendrer une baisse de la qualité (efficacité) pour au moins une partie de la population desservie (par exemple dans l'hypothèse que certains médecins particulièrement « performants » du point de vue de leur qualité ne vont pas décrocher de contrats). De même, il serait opportun que cette définition puisse répondre à des questions du type: si la réduction du nombre de médecins sous contrat devait déterminer une augmentation des temps d'attente (et donc des queues) pour accéder à des prestations médicales nécessaires et adéquates, quel serait l'écart acceptable afin de retenir toujours sauvegardée la sécurité de l'approvisionnement?

¹⁵ Voir Barrieren gegen die Ärzteflut, NZZ 159 (12.07.2001), p.13.

Ces questions posent, à notre avis, le problème de l'importance d'identifier un espace à l'intérieur duquel il sera possible d'évaluer l'impact des nouveaux mécanismes en termes d'efficacité et d'équité. Quelques idées intéressantes à ce propos nous viennent de l'économie sanitaire et de l'épidémiologie, en particulier des essais sur le thème de l'équité dans le secteur de la santé [16].

Conclusion 3

La définition de sécurité de l'approvisionnement au sens stricte, à savoir le nombre minimum de médecins en mesure de garantir l'accès aux prestations LAMal à toute la population, devrait être élargie (ou accompagnée) à une définition de sécurité de l'approvisionnement au sens large, c'est-à-dire à un concept qui soit sensible aux possibles variations de la qualité des prestations fournies (efficacité) et des coûts d'accès et des temps d'attente pour la population (équité).

Les assureurs maladie devraient en effet stipuler une « alliance sociale » avec les assurés, en promouvant une évaluation externe (sur des bases empiriques et si possible scientifiques) de l'impact que le nouveau modèle de contrat fondé sur la concurrence aura sur l'efficacité du système de santé suisse (état de santé « objectif » et « subjectif », satisfaction de la population) et sur l'équité d'accès aux services (par exemple évalué au niveau de macro-régions). Afin de réaliser une telle évaluation, il faudra que des projets de recherche soient aussitôt mis en oeuvre (à savoir avant que l'obligation de contracter soit abolie), afin de « photographier » l'état actuel (baseline) sur la base d'indicateurs pertinents qui puissent assurer le suivi (follow-up) de l'analyse.

2. APPROCHE PRAGMATIQUE A LA DEFINITION DE LA SECURITE DE L'APPROVISIONNEMENT EN MEDECINS LIBRES PRATICIENS

2.1 Avant propos

Du point de vue scientifique, il n'est pas possible de calculer avec certitude ou même de donner une estimation fiable et soutenable du nombre de médecins nécessaire pour satisfaire une demande générale de soins et de prise en charge médicale ambulatoire d'une population. Les variables à prendre en considération sont trop nombreuses, ainsi que les degrés de relations mutuelles entre les facteurs à considérer.

Du côté de l'expression de la *demande*, les principaux facteurs dont il faut tenir compte, au-delà de l'âge et du sexe, sont la culture, l'éducation, la confiance en la médecine, le statut socio-économique, l'environnement écologique, la qualité des relations sociales sans oublier l'influence exercée par les barrières économiques et organisationnelles posées à l'accès au système de soins.

La capacité de *l'offre* à "satisfaire" (prendre en charge) la demande dépendra, au-delà de l'âge et du sexe, du médecin et du temps de travail journalier que celui-ci a décidé de consacrer à l'exercice de la profession, du style de pratique, de l'équipement disponible au cabinet, de l'influence du marketing exercée par les autres producteurs de biens et services sanitaires (notamment par l'industrie pharmaceutique), ainsi que des engagements financiers, endogènes et exogènes à l'exercice de la profession, pris par le médecin. *L'offre* sera toutefois particulièrement sensible [i] aux incitations économiques présentes sur le marché (notamment à la forme choisie pour la rémunérée), [ii] au modèle d'organisation de la filière et de l'accès aux soins ("gatekeeper", médecin de famille, formes diverses de "managed care" ou de "disease and case management") dans lequel il opère et [iii] à la définition institutionnelle d'éventuelles priorités de prises en charge.

Un modèle étant capable de considérer toutes ces variables, ou même une partie significative, n'est pas concevable et même s'il l'était, il ne serait probablement d'aucune utilité pratique.

De plus, lorsqu'on parle de "sécurité de l'approvisionnement", il faudrait au préalable définir le contenu du concept de "sécurité" qui à l'évidence peut varier en fonction d'une ultérieure multitude de facteurs épidémiologiques, cliniques, individuels, sociaux et politiques.

De ce fait, la seule voie pragmatique praticable (et qui d'ailleurs semble la seule possible lorsqu'on traite des thématiques médico-sanitaires de par leur nature

constituée plus d'incertitude que de certitude) est probablement celle qui consiste à *procéder à des comparaisons* et se demander (étant donné que l'objectif est celui de la maîtrise de la démographie médicale qui produit des prestations en partie utiles et en partie induites qui engendrent à leur tour des coûts à la charge d'une assurance maladie sociale) comment fonctionne la distribution des soins médicaux ambulatoires dans les pays ou les régions d'un pays qui disposent de densités de médecins jugée "faibles" par rapport à d'autres.

L'analyse comparative doit nécessairement se fonder sur quelques indicateurs objectifs de résultats et prendre en compte la satisfaction des usagers.

La comparaison internationale des taux de densité médicale ne nous aide guère car les statistiques disponibles auprès de l'OCDE ne sont pas comparables pour deux raisons:

- premièrement on constate que la définition de "médecins en activité" est différente dans chaque pays (la plus grande partie des nations inclue aussi les médecins hospitaliers);
- le deuxième motif d'incomparabilité est notamment dû au fait que le volume de l'activité d'un médecin de ville dépend étroitement des mécanismes macro, meso et micro propres au système dans lequel il opère. De grande importance seront à ce propos le système de rémunération en vigueur ainsi que le modèle choisi pour organiser la distribution des soins (notamment système "gatekeeper" ou non) comme d'ailleurs les possibilités d'équipement au cabinet.

Ces derniers facteurs influencent de manière significative et décisive l'activité d'un médecin et notamment le nombre de patients qu'il sera en mesure de gérer. Par conséquent, les mécanismes propres à chaque système sanitaire influenceront aussi le nombre de médecins de ville nécessaire pour satisfaire la demande.

Conclusion 4

Afin de déterminer la « sécurité de l'approvisionnement », il faut procéder à des analyses comparatives. La seule comparaison fiable est celle effectuée à l'intérieur d'un même pays, ce qui garantit une analyse non biaisée par les mécanismes de financement et les règles d'organisation de l'activité médicale car identiques pour l'ensemble du territoire.

Nous allons donc procéder à la définition pragmatique du nombre de médecins nécessaires pour garantir la "sécurité de l'approvisionnement " sur la base de comparaisons d'indicateurs de résultats, de satisfaction et de coût à l'intérieur de la Suisse.

2.2 Sécurité de l'approvisionnement et indicateurs de performance

La définition d'une densité médicale (médecins en pratique privé) ou d'une "fourchette" de densités qui pourrait être retenue du point de vue pragmatique comme un ou des standards pour la définition de la « sécurité de l'approvisionnement », impose une analyse de l'influence du ratio médecins/population sur quelques indicateurs subjectifs et objectifs de performance.

Nous allons donc comparer l'influence de différentes densités médicales en Suisse par rapport [i] au degré de satisfaction de la population envers le fonctionnement des soins, [ii] au degré de perception de signes de rationnement par la population et [iii] aux taux standardisés de mortalité évitable grâce aux interventions médicales.

L'influence de ces mêmes densités sur l'activité et les coûts à la charge de l'assurance de base sera également considérée afin d'avoir une opinion sur l'efficacité économique par rapport aux différentes densités médicales.

a) Densités médicales et satisfaction de la population

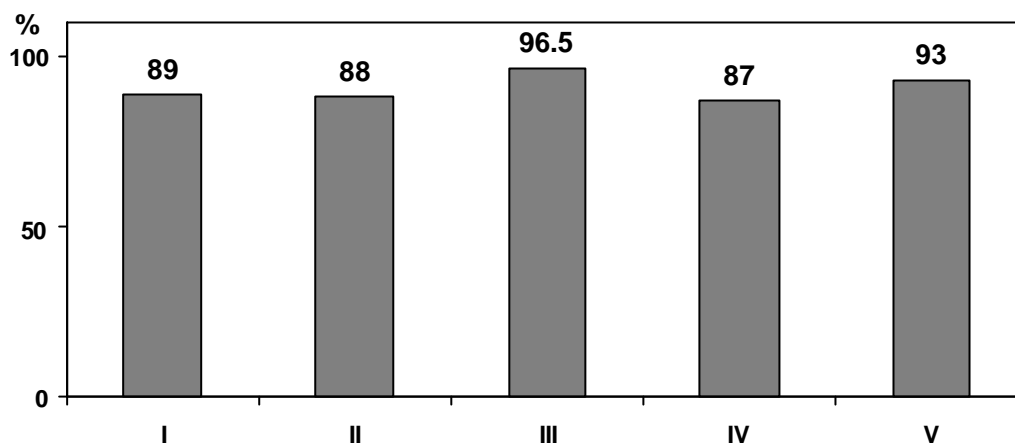
Un sondage [17] que nous avons conduit sur un échantillon représentatif de la population suisse en 1997 (N=900) nous permet d'explorer la relation entre différentes densités médicales et la satisfaction de la population envers le fonctionnement des soins de santé au niveau cantonal. Les cantons ont été regroupés en cinq catégories de densité médicale afin d'avoir un nombre suffisant de cas dans chaque groupe, à savoir:

Tableau 1: Densités médicales par groupes de cantons

Groupes de densité médicale	Nombre moyen de médecins en pratique privé pour 10'000 habitants (1997)	Cantons inclus
I	31.4	BS / GE
II	20.2	ZH / BE / TI / VD / NE
III	15.9	ZG / BL / SH / SG / GR / VS
IV	13.7	LU / FR / AR / AG / JU / SO
V	10.9	UR / SZ / OW / NW / GL / AI / TG
Suisse	18.3	

La *figure 1* donne la proportion de population *satisfaite* du fonctionnement des soins selon différentes densités médicales:

Figure 1: Pourcentage de personnes très ou plutôt satisfaites du fonctionnement des soins dans leurs cantons selon différentes densités médicales (1997)



GROUPES DE DENSITE MEDICALE(*)

(*) voir tableau 1

Les proportions correspondantes de population plutôt ou très *insatisfaite* étaient respectivement de 11% (groupe I), 12%, 3,5%, 13% et 7% (groupe V).

Bien que le sondage se référait à l'ensemble de la typologie des soins donnés dans le canton (donc médecine ambulatoire, hospitalière, etc) et compte tenu toutefois que le recours à la médecine de ville est de loin le plus fréquent, on peut faire l'hypothèse que:

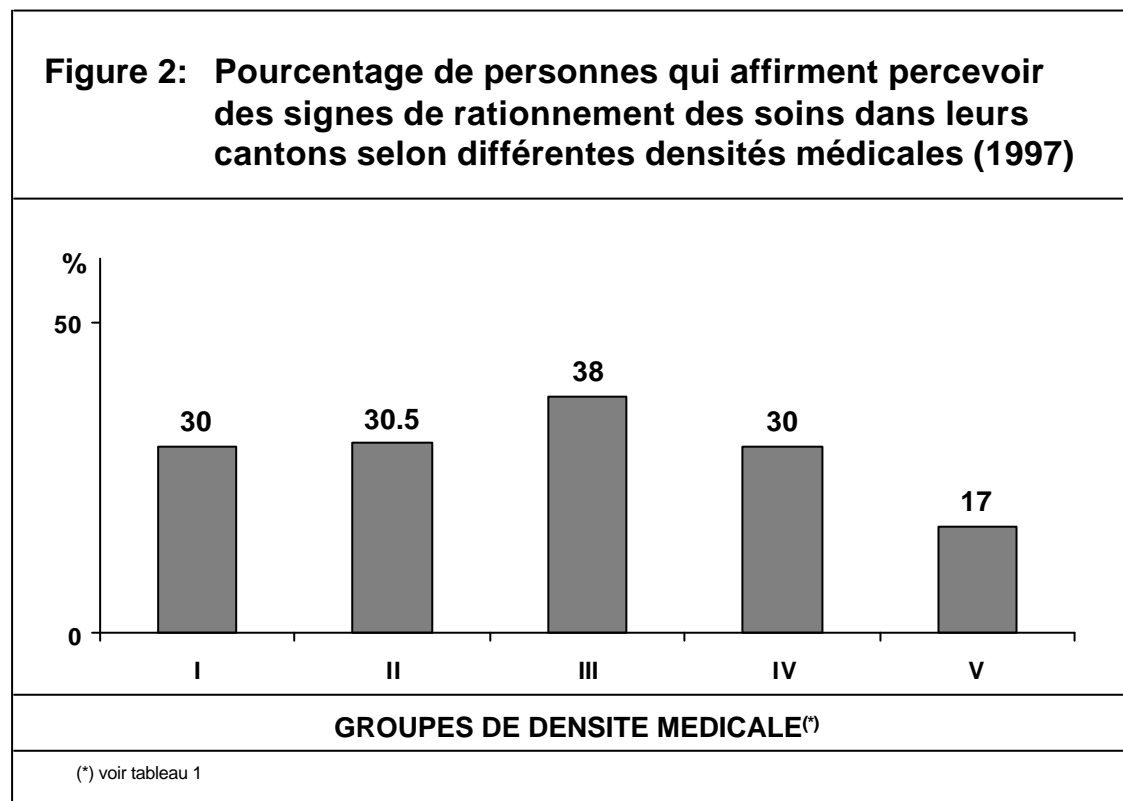
Conclusion 5

- *la satisfaction de la population envers le fonctionnement des soins médicaux-ambulatoires n'augmente pas avec la croissance de la densité médicale;*
- *la population est également satisfaite si elle dispose d'un médecin tout les 900 habitants ou d'un médecin pour en soigner 300.*
- *Il reste à clarifier si une réduction des « surcapacités » n'entraînera pas, au moins sur la courte période, une diminution de la satisfaction de la part de la population impliquée.*

b) Densités médicales et perception de signes de rationnement

Le même sondage nous permet de répondre à la question de savoir si la variabilité des densités médicales en Suisse génère auprès de la population une correspondante variabilité par rapport à la perception d'un rationnement des soins. On peut en effet supposer que là où il y a moins de médecins, l'accès à la médecine de ville soit plus problématique (temps d'attente, visites plus espacées, etc.) que dans les cantons à haute densité médicale.

La *figure 2* nous donne la réponse suivante :



Comme pour la satisfaction envers le fonctionnement des soins, on constate qu'il n'y a pas de relation entre densité médicale et perception de signes de rationnement.

Il faut ici mentionner que les cantons avec les plus hautes densités de médecins ont généralement aussi les plus importantes densités de lits dans le secteur hospitalier, ce qui devrait ultérieurement rassurer sur l'interprétation de ces résultats.

Il est d'ailleurs curieux de constater que seul le 17% de la population du groupe de densité V (qui se réfère aux cantons à plus faible densité, à savoir UR, SZ, OW, NW, GL, AI et TG) dit avoir perçu des signes de rationnement des soins.

Cette région a une densité médicale trois fois inférieure et une densité de lits hospitaliers du 50% inférieure à celles du groupe I (cantons de BS et GE), qui lui présente 30% de la population disant au contraire avoir déjà eu la perception concrète de signes de rationnement des soins.

Cette deuxième analyse postule que:

Conclusion 6

- *la perception de signes concrets de rationnement auprès de la population n'augmente pas avec la diminution de la densité médicale;*
- *la perception de signes concrets de rationnement est significativement inférieure, chez ceux qui disposent de la plus faible densité de médecins (et de lits hospitaliers).*
- *Il reste aussi dans ce cas à clarifier si une réduction des « surcapacités » ne vas pas entraîner, au moins sur la courte période, une perception de rationnement auprès de la population impliquée.*

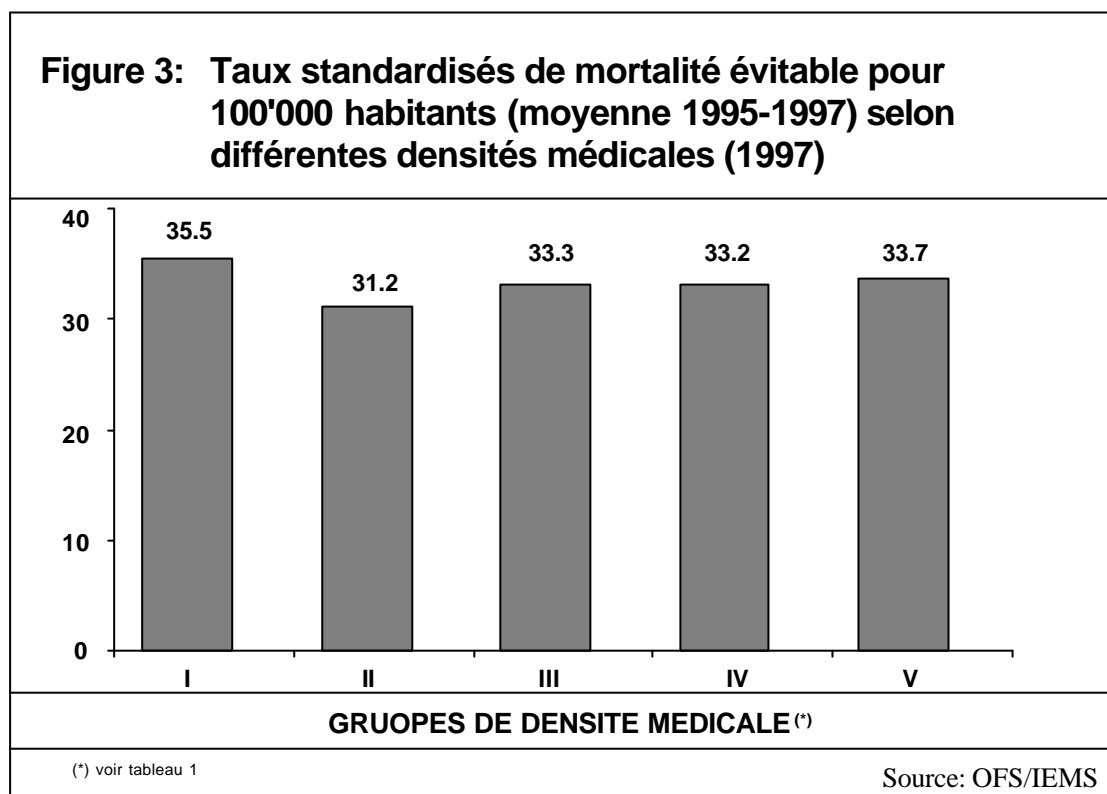
c) Densités médicales et mortalité évitable grâce aux interventions médicales

La mortalité évitable grâce aux interventions médicales (mortality amenable to medical intervention) est une liste de maladies pour lesquelles le décès pourrait être évité ou significativement éloigné si un traitement médical approprié peut être prodigué en temps utile. Une disponibilité suffisante de médecins sur le territoire devrait donc permettre la détection précoce de ces morbidités et la prise en charge en temps utile du patient soit par un médecin soit par d'autres services. Cette mortalité est définie par la littérature [18, 19] et pour cette analyse nous avons retenu les morbidités suivantes: pneumonie, cancer du col de l'utérus, tuberculose, maladie de Hodgkin, appendicite, hypertension, maladie chronique rhumatismale du cœur et la maladie chronique du foie et cirrhose. Nous n'avons au contraire pas pris en considération la maladie ischémique du cœur car la mortalité est très souvent liée à la qualité du secours pré-hospitalier et de la prise en charge hospitalière ainsi que à l'accès en temps utile aux ressources de la cardiologie interventionnelle et de la cardiochirurgie.

L'objectif de cette analyse est celui de voir si la variabilité de la densité médicale a une influence sur les taux standardisés de cette mortalité.

Autrement dit, nous voulons voir si le ratio médecins/population a eu un effet sur la prise en charge appropriée et en temps utile de ces morbidités ce qui aurait dû éviter ou significativement éloigner le décès.

La *figure 3* nous donne la réponse suivante:



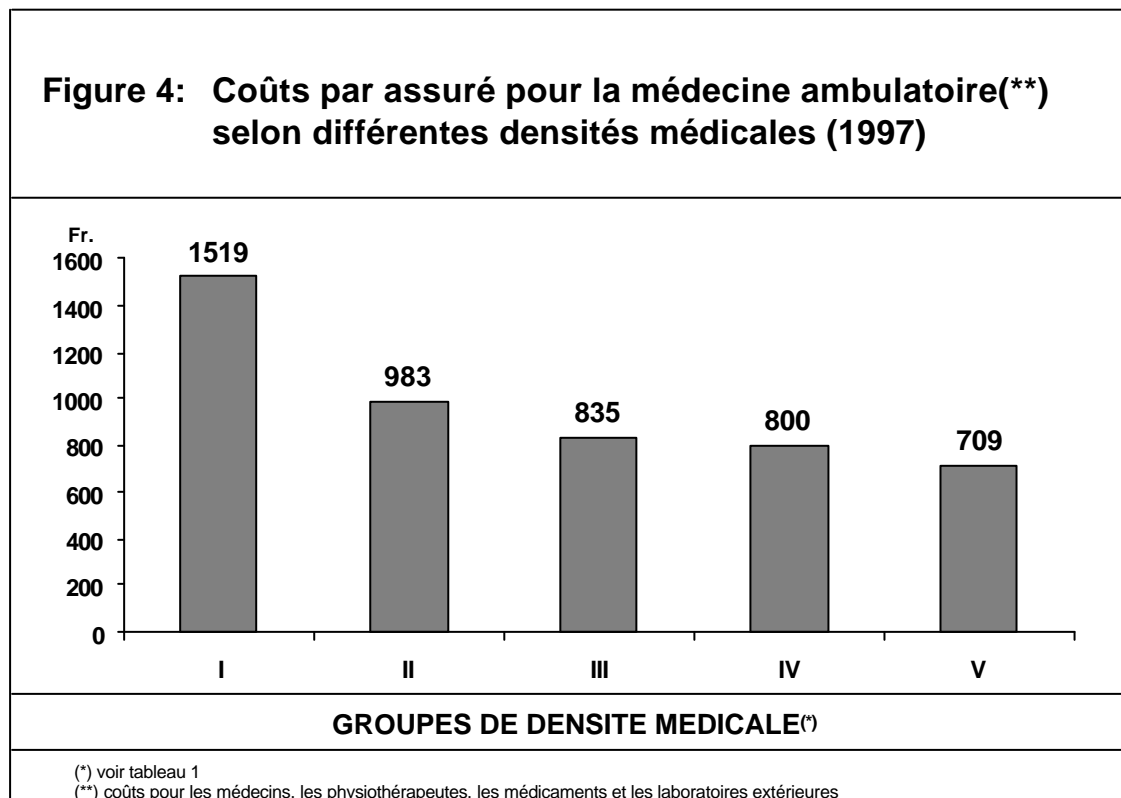
De même que pour les indicateurs "subjectifs" de performance (satisfaction / perception du rationnement), pour la mortalité évitable grâce aux interventions médicales, aucune relation significative n'a été mise en évidence par rapport à la variabilité de la densité médicale. Bien qu'une analyse multivariée aurait été utile, ces résultats nous permettent de postuler que:

Conclusion 7

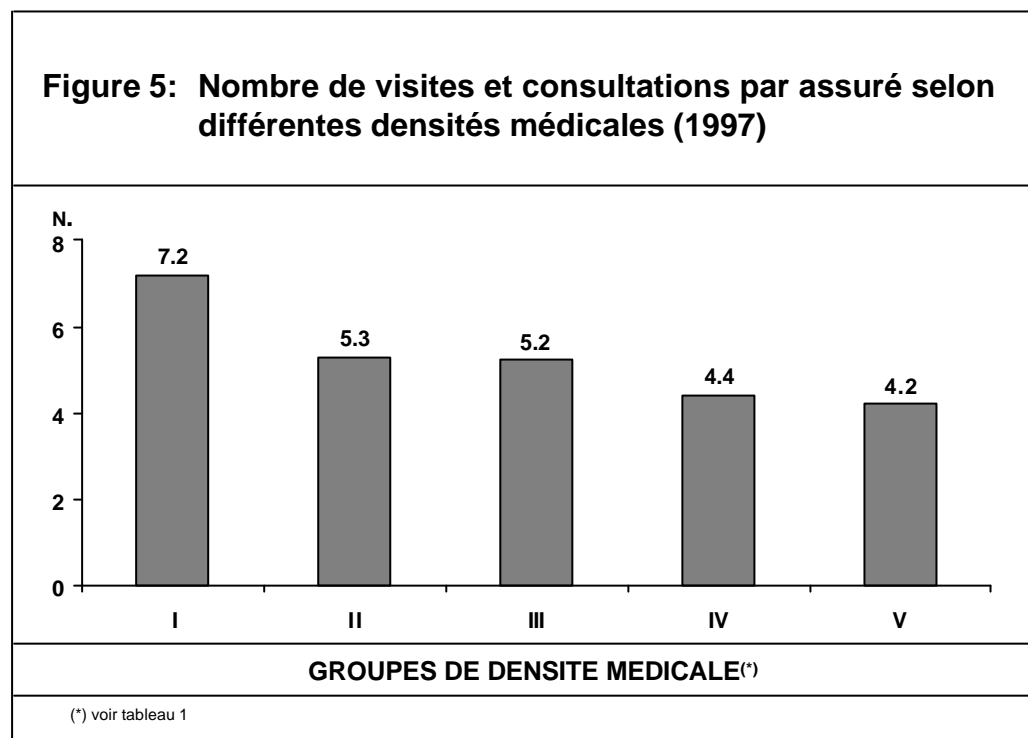
- *la performance sanitaire mesurée en terme de mortalité évitable grâce aux interventions médicales est pratiquement identique pour tout les groupes de densité médicale;*
- *bénéficier d'un médecin tout les 300 habitants ne réduit pas plus les décès évitables par rapport à ceux qui disposent d'un médecin pour 900 habitants.*

d) Densités médicales, coûts de la médecine ambulatoire, visites et consultations

La relation entre la densité médicale et le coût par assuré pour la médecine ambulatoire (coûts pour les médecins + physiothérapie + médicaments + laboratoires extérieurs) a déjà été mise en évidence par plusieurs études [2]. Ici nous voulons la mettre ultérieurement en évidence pour les cinq groupes de densité (voir tableau 1) utilisés lors des analyses précédentes.



La *figure 4* montre clairement la relation positive existant entre les densités et les coûts à la charge des assurés (et aussi sur les cotisations), tandis que la *figure 5* met en évidence un trend identique pour le nombre de visites et de consultations par assuré.



Conclusion 8

L'analyse comparative des indicateurs de résultat de coûts et d'activité nous permet de constater que:

- *le degré de satisfaction de la population envers le fonctionnement des soins, ainsi que le degré de perception de signes de rationnement, comme d'ailleurs les résultats sanitaires mesurés en terme de mortalité évitable, sont pratiquement identiques en dépit de différences de la densité médicale allant du simple au triple.*
- *Les densités médicales ont, au contraire, une influence claire et nette sur l'activité (visites et consultations) et sur les coûts par assuré à la charge de l'assurance de base.*
- *Il en résulte que des degrés identiques de satisfaction générale de la population et d' "outcomes" sanitaires pourraient être atteints avec*

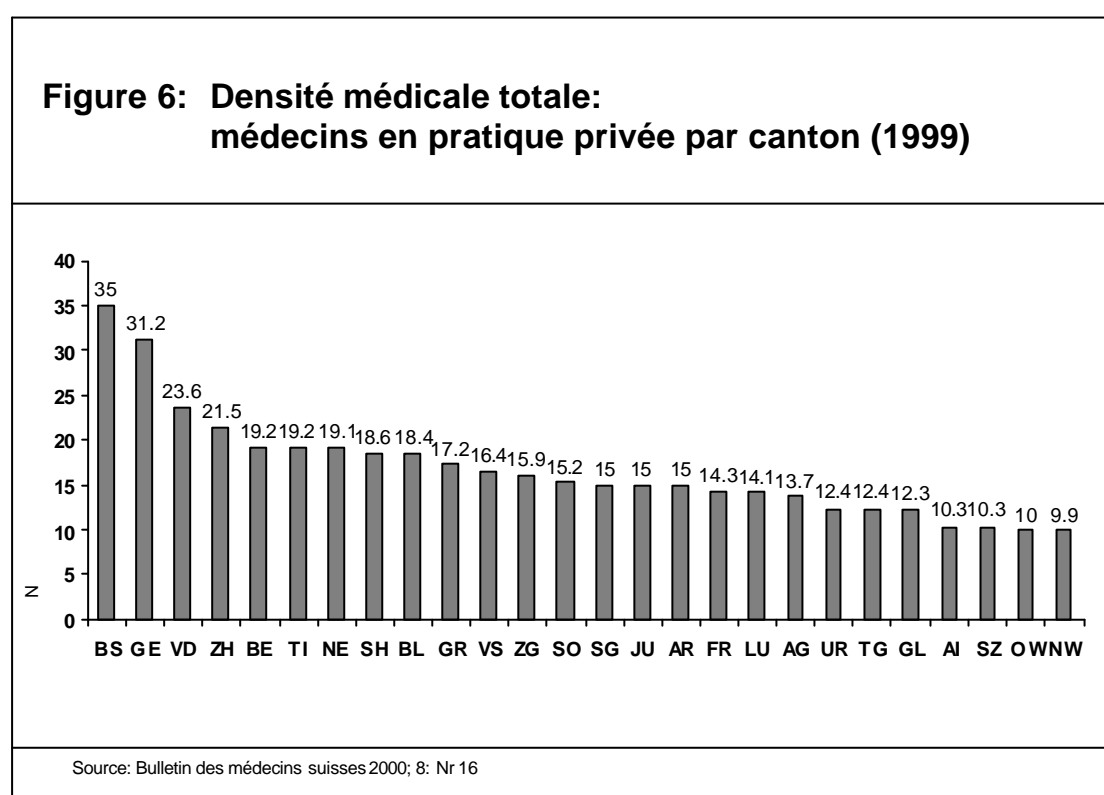
des densités moindres de médecins auxquelles correspondraient des coûts moindres.

- *Sur la base de cette analyse empirique, la sécurité de l'approvisionnement en médecins libres praticiens en Suisse pourra en principe être décidée sur la base des moindres densités de cantons non exportateurs de patients.*

2.3 Proposition de standards pragmatiques pour le calcul de la sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville

a) Taux de densité médicale totale

Vu les conclusions du chapitre précédent et en analysant les densités médicales des cantons suisses pour l'année 1999 (voir *figure 6*), il apparaît qu'une densité d'environ 15 médecins libres praticiens travaillant "full-time" pour 10'000 habitants pourrait être retenue comme *référence pragmatique* pour le calcul du nombre de médecins nécessaire pour garantir la sécurité de l'approvisionnement.



Ce paramètre correspond à la médiane des valeurs cantonales et à la densité d'une région relativement homogène et autosuffisante quant à l'approvisionnement en médecins et à l'importation-exportation de patients, c'est-à-dire la région qui comprend les cantons de Saint Gall et les deux Appenzell (densité totale 14,9 médecins pour 10'000 habitants en 1999). La situation n'est pratiquement pas changée pour l'année 2000 (voir Annexe « Densité médicales par canton pour l'année 2000 »).

Le *tableau 2* compare, sur la base des différentes densités médicales, la valeur de quelques indicateurs sensibles de la région de référence choisie (SG, AR, AI) avec les valeurs correspondantes pour la Suisse entière et pour les deux cantons (BS, GE) qui disposent des plus hautes densités médicales au niveau national.

Tableau 2

INDICATEURS \ REGIONS	REGION DE REFERENCE			CH	GE	BS
	(SG)	(AR)	(AI)			
Nombre de médecins pour 10'000 habitants (1999)	(15)	14,9 (15)	(10,3)	19	(31,2)	(35,0)
INDICATEURS DE RESULTAT						
Mortalité évitable (*) (moyenne 1995-97)	(33.4)	(29.5)	(28.4)	32.5	(31.7)	(42.3)
% de population satisfaite du fonctionnement des soins (1997) (**)	(97)	(87)	(93)	90	89	
% de population ayant perçu des signes de rationnement (1997) (**)	(38)	(30)	(17)	31	30	
INDICATEURS DE RESSOURCE, D'ACTIVITE ET DE COUT						
Lits d'hôpitaux de courte durée pour 1'000 habitants (1998)	(3,5)	(3,0)	(7,0)	4,1	(3,6)	(8,0)
Nombre de visites et consultations par assuré (1999)		5,3		5,1	(6,2)	(8,1)
Coûts pour la médecine ambulatoire par assuré (***) (1999)		842		1075	(1787)	(1467)
Coûts pour la médecine ambulatoire à l'hôpital (1999)		154		211	(258)	(252)
(*) voir paragraphe 2.2 c) (**) les % se réfèrent au groupe de densité dans lequel le canton est situé (voir tableau 1.) et non au canton lui-même. (***) coûts pour les médecins, les physiothérapeutes, les médicaments, les laboratoires extérieurs et le spitex.						

Le tableau 2 nous montre que pour une dotation globale de 15 médecins de ville pour 10'000 habitants (ce qui correspond à 1 médecin libre praticien pour 667 habitants) les

indicateurs de résultat subjectifs et objectifs que nous avons choisis sont pratiquement identiques à la valeur moyenne suisse et à ceux des cantons avec des densités médicales doubles.

Au contraire, *les indicateurs d'activité* et notamment *de coût* montrent les dépenses par assuré pour la médecine ambulatoire significativement inférieures pour la région de référence. De grand intérêt est à notre avis le niveau de la dépense pour les prestations ambulatoires données à l'hôpital, lui aussi significativement inférieur pour la région de référence, ce qui suggère que, même avec un ratio médecins/population relativement faible, il n'y a pas de transfert de cas et de prestations vers l'ambulatoire hospitalier afin de "décharger" des médecins praticiens "débordés" par une demande non satisfaite et qu'ils n'arrivent pas à gérer ou à prendre en charge. Par conséquent:

Conclusion 9

- *Une densité totale de médecins praticiens travaillant "full-time" d'environ 15 unités pour 10'000 habitants devraient garantir la sécurité de l'approvisionnement en prestations médicales ambulatoires pour la population.*
- *Cette conclusion est notamment valable du point de vue pragmatique pour autant que le mécanisme de financement de l'activité médicale (paiement à l'acte) et le système d'organisation de la filière de soins (libre accès à n'importe quel médecin) reste le même qu'aujourd'hui.*
- *Une modification significative de ces "règles du jeu" imposera une réévaluation de cette conclusion.*

b) Ratio généralistes, médecins de famille et spécialistes

En Suisse (1999), parmi les médecins libres praticiens 34% étaient "généralistes"¹⁶ et 66% spécialistes. Si l'on construit arbitrairement une catégorie de "médecins de base" composée par les généralistes, les spécialistes en médecine interne, les pédiatres et les gynécologues, la proportion de ce groupe de professionnels sur le total des libres praticiens atteint, au niveau national, une proportion égale au 66% du total, le reste (34%) étant des spécialistes d'autres disciplines FMH.

¹⁶ Avec ou sans titre FMH.

Pour l'ensemble de la Suisse un "médecin de base" est disponible (1999) tout les 794 habitants (un "autre" spécialiste tout les 1563 hab.), à Genève et à Bâle Ville tout les 530 habitants (un "autre" spécialiste tout les 720 hab.) et dans la région de référence (SG/AR/AI) le ratio "médecin de base"/population" est de un professionnel pour 926 habitants (ce qui représente le 73% du total des médecins libres praticiens) tandis que un "autre" spécialiste est disponible tout les 2440 habitants (27% du total).

La disponibilité d'un "médecin de base" pour 900-950 habitants apparaît judicieuse notamment compte tenu du fait que le médecin suisse n'a, pour le moment au moins, pratiquement pas de limites à ses possibilités d'équipement technique au cabinet ce qui lui permet une prise en charge la plus complète possible du patient. Le système de rémunération incitatif fondé sur le paiement à l'acte donne de son côté une contribution décisive à la gestion d'un "grand nombre" de patients par le médecin [20].

Il est utile de considérer que la définition d'une proportion de "médecins de base" pourra faciliter l'introduction en Suisse du système du "gatekeeper".

Vu ce qui précède nous proposons que:

Conclusion 10

- *L'adéquation de la sécurité d'approvisionnement en médecins libres praticiens aux besoins de la population devrait être garantie grâce à une densité de "médecins de base" comprise entre 10,0 et 11,0 unité travaillant full-time pour 10'000 habitants, ce qui correspond au 67-73% du standard global de référence (15 médecins pour 10'000 hab.).*
- *Egalement dans ce cas, toute modification majeure des "règles du jeu" actuelles, notamment quant au financement de l'activité médicale et à l'organisation des soins, imposera une réévaluation des paramètres proposés.*
- *La proportion optimale de généralistes, internistes, pédiatres et gynécologues à l'intérieur du groupe "médecins de base" devra être ultérieurement approfondie.*
- *De même la composition du groupe des "autres" spécialistes devra être évaluée.*

c) Sécurité de l'approvisionnement et distribution spatiale des médecins

La distribution spatiale des médecins sur le territoire cantonal représente un problème et un enjeu majeurs afin d'assurer un accès équitable aux soins pour l'ensemble de la population et garantir une gestion équitable de la sécurité de l'approvisionnement.

Notamment pour les cantons qui pourraient se voir limiter significativement le nombre de médecins sous contrat LAMal par rapport à la situation actuelle (si le paramètre proposé de 15 médecins pour 10'000 habitants était retenu, théoriquement au moins 13 cantons seraient confrontés à ce problème), l'enjeu d'un approvisionnement spatial équitable deviendra crucial et *engagera aussi la responsabilité des assureurs dans le choix des médecins qui seront soumis à un contrat LAMal.*

Conclusion 11

A notre avis, il y a sur ce point nécessité de procéder à deux études supplémentaires distinctes en mesure [i] d'analyser les flux intercantonaux de patients ambulatoires et [ii] de proposer une distribution optimal des médecins à l'intérieur de chaque canton sur la base des 106 régions de mobilité spatiale (RMS) de la Suisse.

2.4 Sécurité de l'approvisionnement et mise en oeuvre politique

L'introduction de la LAMal a sensiblement modifié les rapports de pouvoir à l'intérieur du secteur sanitaire suisse par rapport à la période de la LAMA. La Confédération "décide", après consultation des partenaires, les règles du jeu et résoud par voie légale les recours, les interprétations et les différends entre les partenaires. Les grands "perdants" sont, à notre avis, les cantons qui ont significativement perdu du pouvoir dans tous les domaines de l'activité sanitaire financée par la LAMal, tandis que les "gagnants" parmi tous les partenaires de la santé publique sont les assureurs auxquels la LAMal a donné, entre autre, la possibilité d'appeler en justice presque toutes les décisions jugées non-satisfaisantes prises au niveau cantonal.

Pour ce qui a trait à la sécurité de l'approvisionnement en médecins libres praticiens, nous sommes de l'avis qu'un mécanisme semblable à celui de la mise en oeuvre de la planification hospitalière cantonale soit adéquat et opportun car il permet à tous les partenaires impliqués (notamment cantons, assureurs, médecins, patients) de faire appel à la justice lorsque la concertation a échoué et un partenaire se retient lésé, ce qui assurerait le processus démocratique et l'équité (voir *figure 7*).

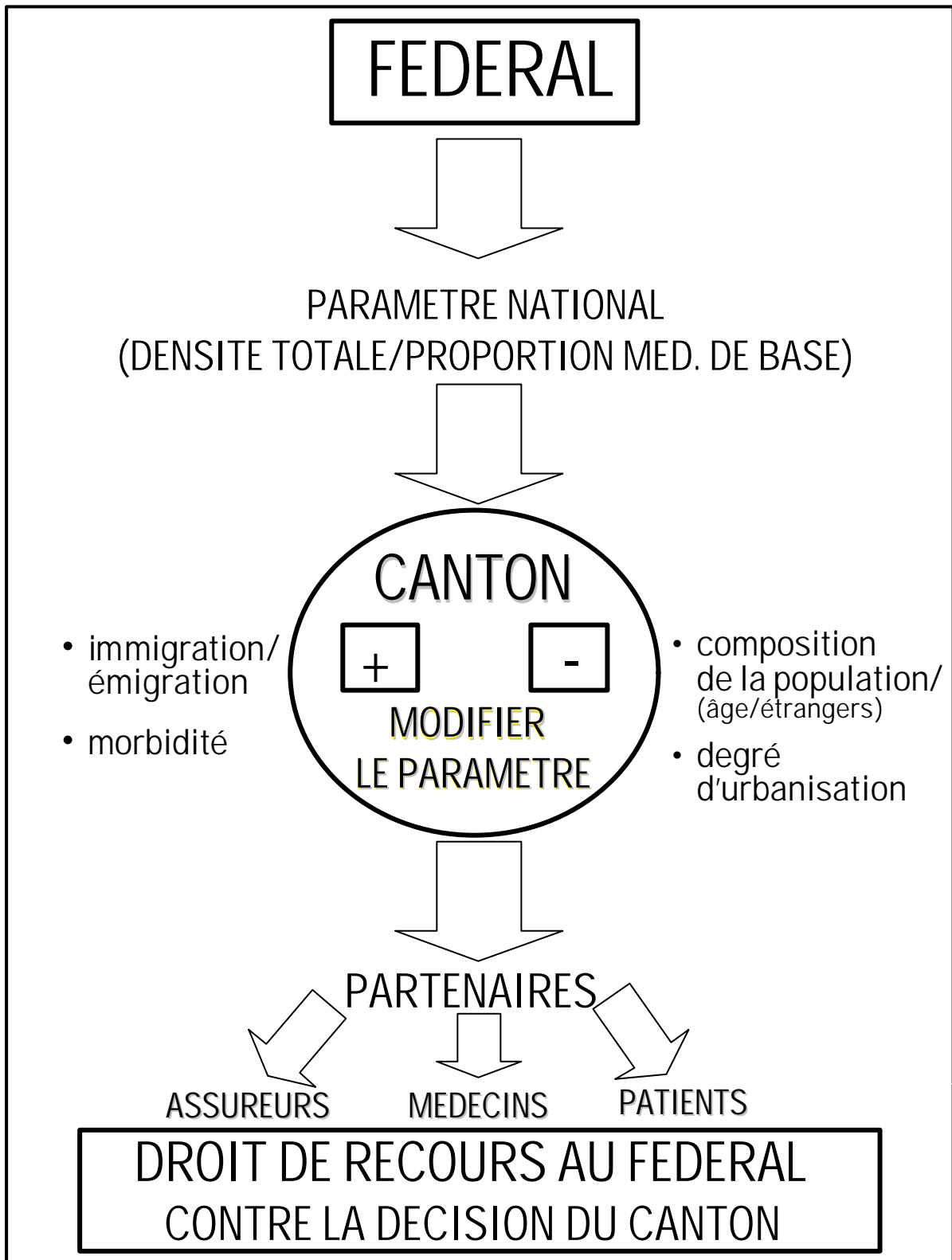
Nous voulons rappeler brièvement quelques points:

- la définition de paramètres qui quantifient la sécurité de l'approvisionnement en médecins libres praticiens ne repose sur aucune base scientifique;
- quel que soit le paramètre choisi, il sera contesté par différents partenaires;
- le paramètre choisi nécessite d'être adapté à toute modification majeure des "règles du jeu" notamment quant au financement et à l'organisation du système de soins.

De plus, il est utile de rappeler que les thèmes de la suppression de l'obligation de contracter et de la sécurité de l'approvisionnement sont à haute sensibilité politique et populaire et notamment pour les cantons qui disposent de surcapacités qui seront appelés à gérer le mécontentement populaire et professionnel.

Il est également utile de rappeler que selon toutes les lois sanitaires cantonales, les cantons ont une responsabilité juridique, et de conséquence aussi politique, de garantir la sécurité de l'approvisionnement en services sanitaires pour l'ensemble de la population, et ceci notamment pour les services dont les prestations doivent être prises en charge par la LAMal.

Figure 7



Pour tous ces motifs, nous sommes de l'avis que le cadre juridique qui sera à la base de la mise en œuvre de la sécurité de l'approvisionnement devra promouvoir la concertation, garantir le processus démocratique et sauvegarder les prérogatives institutionnelles ainsi que les droits et prérogatives des partenaires.

Conclusion 12

Nous sommes de l'avis que le cadre légal d'implémentation de la sécurité de l'approvisionnement devrait prévoir:

- *la définition d'un paramètre de densité de médecins libres praticiens travaillant "full-time" au niveau suisse ainsi que la proportion de "médecins de base";*
- *le principe que ces paramètres devront être réévalués lors de modifications majeures des règles de financement de l'activité médicale et du système d'organisation des soins;*
- *le principe que les cantons définissent [i] leurs besoins en médecins libres praticiens (sécurité de l'approvisionnement) sur la base du paramètre décidé pour la Suisse ainsi que [ii] la proportion de "médecins de base".*
- *le principe que les cantons peuvent modifier en plus ou en moins le paramètre national en fonction de conditions locales objectives qui devront être explicitées dans la décision formelle [par exemple : immigration – émigration de patients / composition de la population (ex. âge, étrangers) / degré d'urbanisation / morbidité];*
- *le principe du droit de recours à la Confédération des Assureurs et des Associations des patients et des médecins contre la décision du canton qui définit le nombre de médecins nécessaire à garantir la sécurité de l'approvisionnement.*

On devrait aussi examiner si:

Conclusion 13

- *la décision formelle du canton doit aussi prévoir une répartition territoriale des médecins;*
- *la décision formelle du canton qui défini la sécurité de l'approvisionnement devra être prise au niveau du Conseil d'Etat et non pas par le Grand Conseil (dans ce dernier cas il faut doubler ou tripler les temps décisionnels).*

3. SUPPRESSION DE L'OBLIGATION DE CONTRACTER ET SECURITE DE L'APPROVISIONNEMENT

3.1 Outils d'appui à l'approche pragmatique de la sécurité de l'approvisionnement

a) Transparence dans la sélection des fournisseurs

Le choix idéal des fournisseurs de prestations devrait considérer plusieurs facteurs tels que : la localisation géographique, la qualité des prestations, l'efficacité économique etc. Pour ce qui concerne l'efficacité il faut souligner que le système actuellement utilisé par les assureurs maladie pour contrôler le caractère économique des prestations (fondé sur la comparaison des coûts moyens des patients d'un fournisseur donné et la moyenne pondérée des coûts par patient de ses pairs au niveau cantonal) présente d'importantes lacunes au niveau statistique et conceptuel [8]. Cette méthode ne peut donc pas représenter un instrument fiable pour procéder au choix des fournisseurs de prestation. Le processus devrait, comme déjà illustré précédemment, donner aux assurés des garanties suffisantes quant au risque que l'exclusion d'un fournisseur soit due au « case-mix » particulier de ses patients (cas graves, ou portefeuille de patients plutôt âgés, pathologies chroniques etc.). Afin d'assurer une méthode équitable de comparaison, il est nécessaire [i] d'améliorer et élargir les bases de données actuelles et [2] de modifier l'instrument méthodologique utilisé pour la comparaison [nous reviendrons sur ce sujet dans la section d) de ce chapitre]. Il est indispensable de disposer par exemple d'informations sur le collectif des patients (âge, sexe, morbidité), pour "pondérer" le coût moyen de chaque médecin au profil de sa clientèle. Les discussions récentes sur la sensibilité des données concernant l'état de santé des assurés posent des problèmes majeurs (pour des raisons éthiques) à la transmission aux assureurs d'informations concernant les diagnostics. La création d'un centre indépendant de « benchmarking », auquel devraient confluer les informations recueillies par les caisses maladie et celles, sensibles, fournies directement par les médecins, pourrait représenter une solution acceptable à ce problème. Le centre serait chargé de produire les analyses comparatives et d'en rendre publique les résultats qui devraient être d'intérêt pour tous les partenaires concernés et notamment pour les assurés qui seraient ainsi en mesure d'évaluer les choix de leurs assureurs. Il serait enfin important, pour une comparaison fiable, de considérer non seulement les coûts directs de la facturation propre du médecin, mais aussi les coûts

induits au travers de la prescription de médicaments, d'examens auprès de laboratoire externes, de radiologie, de physiothérapie, etc.).

b) Nécessité de garder la concurrence en vie

Le nouveau modèle de contrat doit rester concurrentiel même dans une prospective dynamique. Il faut ainsi éviter que la suppression de l'obligation de contracter soit à l'origine d'une "competition for the market" (c'est-à-dire une concurrence entre les médecins pour l'obtention du contrat) qui ne sera pas remise en jeu à échéances régulières. Afin d'éviter la naissance de comportements monopolistes, il est essentiel que la pression de la concurrence puisse se maintenir et se consolider dans le temps. Il faut donc mettre en œuvre un mécanisme en mesure de maintenir la menace de perdre le contrat. Sans incertitude et risque d'entreprise la peur sera uniquement virtuelle.

c) Prévoir un "espace de manœuvre" pour des corrections a posteriori

Comme déjà discuté précédemment, le nombre minimal de contrats nécessaires pour assurer la sécurité de l'approvisionnement n'est pas une donnée qui s'appuie sur des bases strictement scientifiques. Elle est essentiellement le résultat d'une approche pragmatique fondée sur une analyse comparative suivie d'un processus de rapprochement réglé par un mécanisme démocratique de décision. De plus, si l'opportunité d'une évaluation de la réforme en termes d'efficacité et d'équité (voir conclusion 3) était partagée, il n'est pas exclu qu'il faille introduire des correctifs à posteriori, en augmentant par exemple le nombre minimal de contrats pour une région donnée. Finalement, il est connu que le comportement des fournisseurs de prestation ainsi que les pratiques médicales sont dépendants des incitations économiques et notamment des systèmes de rémunération adoptés. Des changements dans ce contexte (tels que l'adoption par exemple d'un schéma de remboursement du type « capitation ») rendraient de toute façon nécessaire un ajustement des paramètres pour la sécurité de l'approvisionnement actuellement fondés sur un système de « fee-for-service ».

Afin de créer les prémisses pour un processus d'ajustement, il faut absolument éviter que l'introduction de la liberté contractuelle puisse conduire à un écrémage des fournisseurs de prestations selon un critère dichotomique. D'une part on trouverait les médecins qui ont eu un nombre de contrats suffisant à leur garantir un bassin de patients intéressants (du point de vue économique) et de l'autre ceux qui n'ont eu que peu ou pas de contrats et qui n'atteindront pas un volume suffisant de patients LAMal.

Bien qu'il existe, pour ces derniers, la possibilité d'ajuster le budget en exerçant pour une clientèle privée (solvable ou couverte par une assurance privée), les conditions économiques pour la plupart des médecins exclus seront vraisemblablement insoutenables. On risquerait donc d'offrir aux premiers un avantage (une rente) de position illimitée ou trop étendue dans le temps, alors que les seconds devraient nécessairement abandonner la profession « libérale », ce qui priverait le système des bénéficiaires d'une concurrence potentielle et/ou réelle ainsi que de l'espace de manœuvre nécessaire pour opérer à posteriori des possibles corrections au nombre minimal de contrats nécessaires pour faire fonctionner le nouveau mécanisme.

d) L'instrument de la « yardstick competition » pour maintenir la concurrence dans le temps

L'approche du *yardstick competition* se fonde sur la capacité d'effectuer un monitoring des coûts, des technologies utilisées et des niveaux qualitatifs d'un service, non pas au travers de minutieuses recherches à l'intérieur de chaque unité de production, mais plutôt en développant des *mécanismes de comparaison* (benchmarking) entre plusieurs sujets oeuvrant dans le même secteur. L'objectif de cette approche est celui d'extrapoler de l'observation empirique de différentes réalités comparables, une sorte d'étalon (*yardstick*) qui sera ensuite utilisé pour déterminer le niveau et la structure standardisée des coûts, de la qualité, des caractéristiques techniques etc. De plus cette approche permet d'évaluer les effets de certaines variables environnementales ou institutionnelles sur la dynamique des coûts.

Le *yardstick competition* devient ainsi un succédané des forces qui, dans un système de concurrence effective, poussent tous les opérateurs à atteindre l'efficacité maximale. Enfin, l'approche du *yardstick competition* donne la possibilité de réduire les différences d'information par rapport aux coûts de production entre ceux qui distribuent les prestations et ceux qui en assurent le financement.

En suivant la proposition suggérée par Shleifer [21], le *yardstick competition* d'un secteur donné peut être engendré en utilisant les résultats de l'estimation économétrique d'une fonction de coût pour les entreprises actives dans le secteur en question¹⁷.

La technique de la régression multiple permet en effet de faire des comparaisons entre entreprises produisant un éventail de services différents et de capturer des dimensions

¹⁷ Des modèles concrets d'application du *yardstick competition* en milieu sanitaire ont récemment été élaborés pour les homes médicalisés suisses [22] et pour le secteur hospitalier dans la région de la Saxe [23].

qualitatives de ces services. L'utilisation d'une technique particulière nommée *frontière stochastique de coût* [22] donne notamment la possibilité de faire la distinction d'une façon empirique entre efficience d'échelle et efficience de coût.

Dans ces dernières années, les économistes sanitaires ont essayé d'utiliser le concept de frontière de coût pour analyser l'efficience des hôpitaux [24], des hospices pour personnes âgées [22], mais aussi pour détecter la performance des cabinets médicaux [25, 26]. Toutefois, du point de vue des assureurs, il n'est pas très intéressant d'évaluer l'efficience interne de l'activité d'un cabinet médical (c'est-à-dire le rapport optimal entre input et output). Il est au contraire dans leur intérêt d'analyser les coûts directs et induits que le médecin cause au système de santé pendant la fourniture d'un output donné (le soin d'un ensemble de pathologies, par exemple). Même dans cette perspective, au niveau "macro" il est possible d'utiliser pour l'analyse de la performance des libéraux l'approche qui sépare la non-efficience d'échelle (au sens large du terme) de la non-efficience de coût.¹⁸

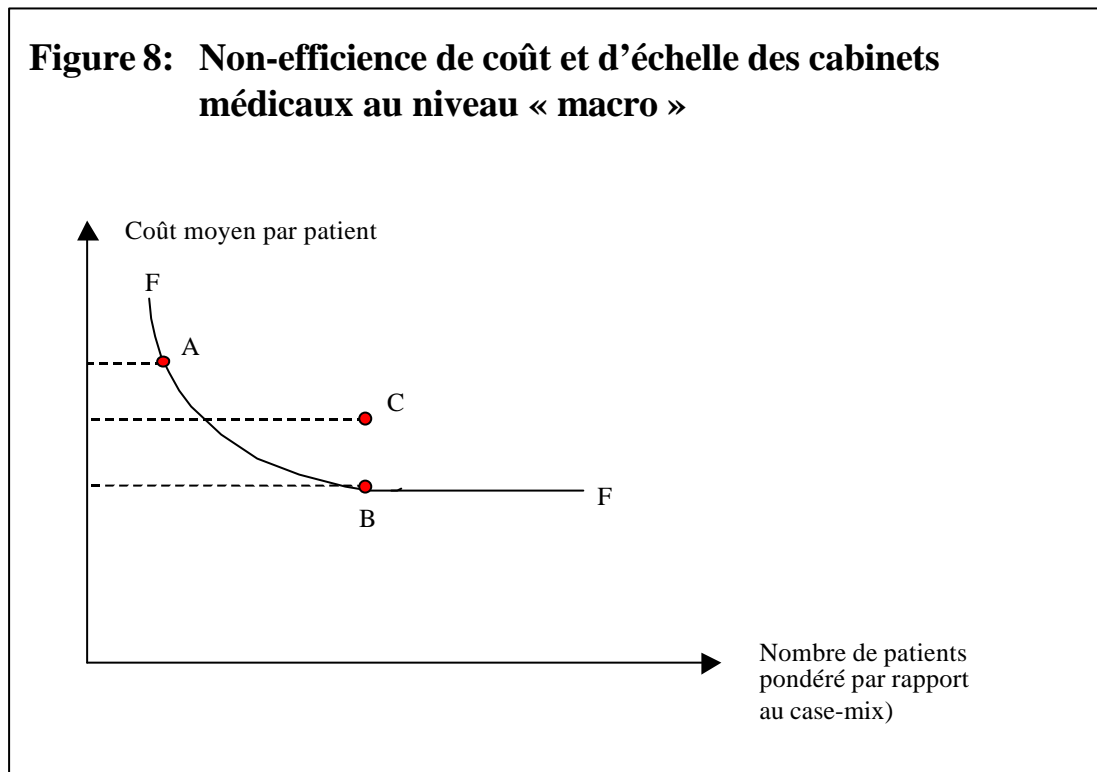
Par exemple, on pourrait imaginer un médecin généraliste qui gère un petit collectif de patients notamment suite à une haute densité médicale dans sa région. Il aura très probablement la tendance à augmenter le nombre de prestations fournies à chaque patient (demande induite par l'offre), ce qui déterminera un coût moyen par patient plus élevé [27, 28].

Le généraliste A, dans la *figure 8* est caractérisé par un coût moyen supérieur au généraliste B (best practice). Par rapport à la frontière de coût FF (qui sera empiriquement identifiée grâce au «benchmarking»), nous sommes en mesure de préciser que le coût moyen plus élevé de A par rapport à B est dû à une non-efficience d'échelle, qui pourrait donc disparaître lorsque le nombre de patients du généraliste A va augmenter. Le généraliste C, par contre, bien que son coût moyen soit inférieur à celui de A, ne présente aucun désavantage d'échelle par rapport à B. Dans ce cas, le coût plus élevé de C doit être attribué à une non-efficience de coût. En effet, C, tout en ayant le même nombre de patients (pondéré par le case-mix), cause au système de santé (donc aussi à l'assureur) un coût moyen plus élevé par rapport à celui de son collègue B.

Cette distinction entre non-efficience d'échelle et non-efficience de coût est particulièrement intéressante dans la prospective de la suppression de l'obligation de contracter.

¹⁸ Le point sensible de l'analyse reste, en tout cas, la définition d'une mesure appropriée de l'output (en considérant par exemple les diagnostics et certaines caractéristiques des patients telles que âge et sexe).

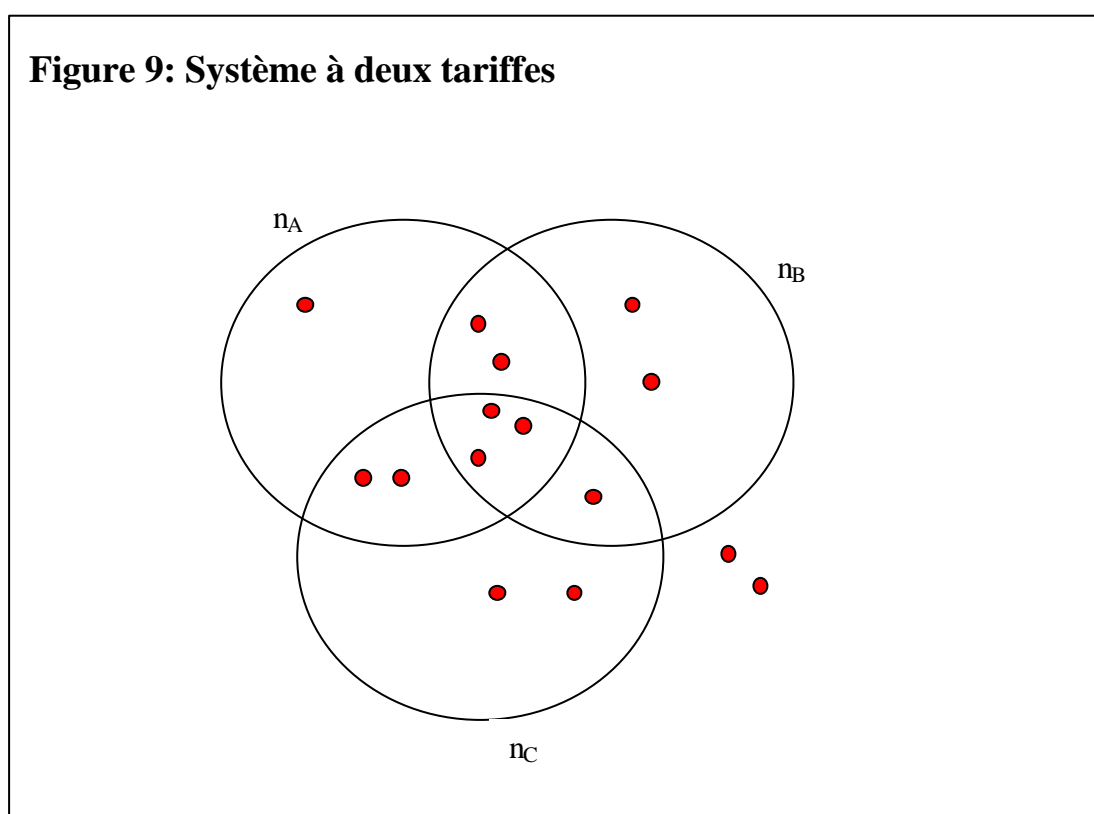
En effet, alors que la non-efficacité d'échelle devrait disparaître lorsque le nombre de patients par médecin augmente, la non-efficacité de coût donne une caractéristique propre au médecin qui aura tendance à se maintenir dans le temps.



Pour les assureurs, la détection de ces professionnels sera de grande importance lors du choix des médecins auxquels passer un contrat.

3.2 Comment peut-on garder un nombre suffisant d'exclus dans le jeu avec un « système à deux tarifs » ?

Afin de sauvegarder une concurrence « vivante » et offrir à ceux qui ont été partiellement exclus lors du premier tour de contrats une chance de rentrer dans la compétition, on pourrait imaginer, au moins pour la période de transition, la mise en œuvre par les assureurs d'un « système à deux tarifs ». Faisons l'hypothèse que dans un canton il y ait N médecins, alors que le nombre minimal de contrats prescrits par le Conseil d'Etat est seulement n (où $n < N$). Chaque assureur devrait donc stipuler un contrat avec au moins n fournisseurs. Imaginons que l'assureur A choisisse le sous-ensemble n_A , l'assureur B le sous-ensemble n_B et C le sous-ensemble n_C (cf. *figure 9*). Pour les assurés de la caisse maladie A «les règles du jeu» LAMal (à savoir une participation aux coûts de la part de l'assuré de 10% lorsque la franchise sera dépassée) vont s'appliquer exclusivement aux médecins du sous-ensemble n_A . Le système « à deux tarifs » proposé ici consisterait à offrir d'emblée une couverture limitée (par exemple 70% des coûts LAMal au lieu des ordinaires 90%) aux assurés qui décident de consulter un médecin sur la liste d'un autre assureur. Il va de soi que les prestations fournies par des médecins qui n'ont obtenus de contrats de la part d'aucun assureur seraient totalement à la charge des patients. Ce mécanisme, accompagné d'un instrument de « benchmarking » tel que celui présenté au paragraphe précédent, permettrait de maintenir vivante dans le temps la pression de la concurrence.



En effet, les avantages de ce système à deux tarifs se résument en deux points principaux: (1) la possibilité de faire un monitoring (au travers du remboursement de toutes les factures, en partie au 90% et en partie au 70%) de l'entière facturation de tous les médecins qui disposent d'au moins un contrat, ce qui permettrait d'obtenir les informations statistiques nécessaires à estimer la frontière de coût et de faire la distinction entre non-efficacité d'échelle et non-efficacité de coût; (2) la possibilité de réduire les coûts de transaction pour les patients qui, suite à l'exclusion de son propre médecin de confiance de la liste de la caisse maladie, ne seront pas obligés de choisir entre la caisse ou le médecin. Evidemment, ces patients devront au moins être disposés à payer une participation aux frais significativement plus élevée (par exemple 30%).

Nous sommes de l'avis que ce système ne détruit pas l'avantage compétitif des caisses et notamment de celles qui seront en mesure d'opérer des choix « d'excellence » parmi les fournisseurs de prestations.

Conclusion 14

Un instrument performant de « benchmarking » tel que celui fondé sur le concept de « frontière de coût stochastique » accompagné et soutenu par un système en mesure d'offrir, moyennant une participation aux frais supplémentaire, la mobilité des patients vers les listes des autres assureurs (système à deux tarifs) permettrait :

- *le maintien d'une concurrence vivante dans le temps (yardstick competition) et donc un fonctionnement efficace du nouveau système de contrat;*
- *le maintien d'un espace de manœuvre suffisant pour des corrections à posteriori du nombre minimale de fournisseurs, ce qui représente une condition essentielle pour la mise en œuvre d'un concept pragmatique de la sécurité de l'approvisionnement.*

4. Références

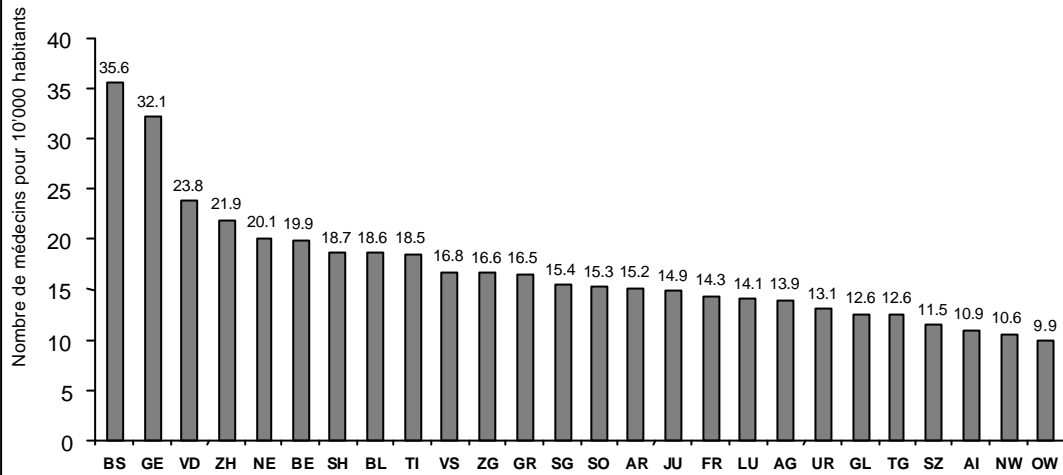
- [1] Bundesamt für Sozialversicherung (2000), Bericht über die Ergebnisse des ergänzenden Vernehmlassungsverfahrens zum Entwurf der Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, Bern: Juli 2000.
- [2] Domenighetti, G. (1998), Médecine ambulatoire: principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés, in: Médecine et Hygiène, 56, 381-388.
- [3] Blomqvist, A. et P. Tissaaratchy (2001), Patterns of physician services utilization and supply: recent evidence from Ontario, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July 2001.
- [4] Baines, D. et A. Kay (2000), Politiche di riforma nel settore sanitario britannico: il caso dello schema di dotazione di fondi, L'industria, XXI (3), 505-518.
- [5] Mays, N. et al. (2000), The British quasi-market in health care: a balance sheet of the evidence, Journal of Health Service Research and Policy, 5(1), 49-58.
- [6] White, W. et J. Simon (2001), Patterns of managed care contracting, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July 2001.
- [7] Baur, R. (2001), Die Entwicklung besonderer Versicherungsformen im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, Soziale Sicherheit 1/2001, 30-32.
- [8] Dubey, A. et F. Dufresne (2000), Etude du contrôle du caractère économique des traitements basés sur les statistiques du Concordat des assureurs maladie suisses, Mimeo.
- [9] Hammer, S., R. Pulli et J.C. Eggimann (2001), Auswirkungen des KVG auf die Versicherer, Soziale Sicherheit 3/2001, 147-49.
- [10] Baur, R. (2000), Das Ziel ist noch nicht erreicht, Managed Care, 5, 10-11.
- [11] Holly, A. (2001), Diagnosis-based risk adjustment model for the Swiss Health Care System, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July 2001.
- [12] Baur, R. et A. Heimer (2001), Informationen der Versicherten in der Krankenversicherung, Soziale Sicherheit 2/2001, 91-94

- [13] Bundesamt für Sozialversicherung (2000), Kommentierte Grafiken zur obligatorischen Krankenpflege-versicherung 1996-2001, Medienkonferenz vom 6. Oktober 2000.
- [14] Polsky, D. et S. Nicholson (2001), Why are Managed Care Plans Less Expensive: Risk Selection, Utilization, or Reimbursement?, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July 2001.
- [15] Bundesrat (2000), Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000.
- [16] Culyer, A. et A. Wagstaff (1993), Equity and equality in health and health care, *Journal of Health Economics* 12(4), 431-457.
- [17] Domenighetti, G., J. Maggi (2000), Définition des priorités sanitaires et rationnement. L'opinion des Suisse, des administrateurs hospitaliers et des Départements sanitaires des Cantons, *Cahiers de recherches économiques HEC – UNIL*, 1 (janvier 2000).
- [18] Rustein, D. D. et al. (1983), Measuring the quality of medical care, second revision of tables of indexes, *New England Journal of Medicine*, 302, 1146-1150.
- [19] Wood, E. et al. (1999), Social inequalities in male mortalities amenable to medical intervention in British Columbia, *Social Science and Medicine*, 48, 1751-1758.
- [20] Gosden, T. et al. (2001), Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review, *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(1), 44-55.
- [21] Shleifer, A. (1985), A Theory of Yardstick Competition, *Rand Journal of Economics*, 16, pp. 319-327.
- [22] Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2001), Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere, *Strukturberichtersattung Nr. 6 - Studienreihe des SECO*.
- [23] Felder, S. et H. Schmitt (2001), DEA-based regulation: theory and application to inpatient care in Saxony-Anhalt, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July
- [24] Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2001), Dimensione ottima degli ospedali in uno stato federale, *Economia pubblica*, XXXI (5), 97-119.

- [25] Defelice, L. et D. Bradford (1997), Relative inefficiencies in production between solo and group practice physicians, *Health Economics*, 6, 455-465.
- [26] Luoma, K. et al. (2001), Technical and cost efficiency and their determinants in Finnish Primary Care, paper presented at York, Third International Conference of the International Health Economics Association, 22-25 July 2001.
- [27] Domenighetti, G. (1995), Incertitude medicale: justification étique de la demande induite, *Journal d'économie médicale*, 7/8, 353-362.
- [28] Domenighetti, G., F. Gutzwiller et al. (1997), Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse : l'opinion d'un échantillon représentatif du corps médicale, *Bulletin des médecins suisse*, 16, 588-593.

5. Annexe

**Figure 10: Densité médicale totale:
médecins en pratique privée par canton (2000)**



Source: Bulletin des médecins suisses 2001; 82:Nr21