UNIVERSITAS
FRIBURGENSIS
UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE
UNIVERSITÄT FREIBURG SCHWEIZ

Nouvelle gestion publique et concurrence dans le système sanitaire suisse.

Réseaux de négociation et planification dans un environnement en mutation.

Stefania Moresi-Izzo

Thèse de Doctorat présentée devant
la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, en Suisse.

Approuvée par la Faculté des Lettres sur proposition des professeurs,

Marc-Henry SOULET : Professeur de sociologie, Université de Fribourg, Suisse (premier rapporteur) ;

Christian GERICKE : Professeur de santé publique, Peninsula Medical School, Universités d'Exeter et de Plymouth, Grande Bretagne (deuxième rapporteur).

Fribourg, le 25 novembre 2011 Le Doyen, Marc-Henry SOULET

Université de Fribourg
Faculté des lettres
Département Sciences sociales
Domaine Sociologie, politiques sociales et travail social
Rte des Bonnesfontaines 11
CH-1700 Fribourg

Publié par les soins du Service Promotion Recherche, eThesis, Faculté des Lettres, Fribourg, Université de Fribourg, mars 2012.

A mio marito, Giorgio, assolutamente
A mon mari, Giorgio, absolument

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur de cette thèse, Marc-Henry Soulet, de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Je le remercie tout particulièrement de sa disponibilité à lire les versions provisoires du manuscrit et de m'avoir fait part de ses commentaires fort utiles. Je le remercie d'avoir montré rigueur et enthousiasme dans le suivi de ma thèse, tout en m'accordant l'indépendance de pensée nécessaire.

Mes remerciements vont également au professeur Christian Gericke, qui a rapidement montré de l'intérêt à ma thèse et qui a eu la gentillesse d'apporter des suggestions pointues sur les parties que je lui ai soumises. Je le remercie surtout de sa manière toujours très encourageante d'exprimer ses commentaires.

J'exprime également ma gratitude à mes employeurs actuels. Je remercie Fritz Schiesser, qui a toujours été convaincu de mes capacités et dont les incitations ont parfois été incisives, Michael Kaeppeli de m'avoir aidée à fixer mes priorités, et Kurt Baltensperger pour son engagement en vue de faciliter la conciliation entre les exigences professionnelles et ma thèse.

Je tiens par ailleurs à remercier toute personne qui m'a suivie de près ou de loin sur ce chemin, notamment Vaida Bankauskaite, dont la collaboration sur un autre projet a été décisive. Je la remercie aussi de ses précieux conseils de lecture, ainsi que des conférences et groupes de discussion auxquels il fallait participer. Je remercie également Christoph Lanz de son amitié et pour les documents que les services du Parlement qu'il dirige ont eu la gentillesse de me remettre. Mes remerciements vont encore à Stefan Brupbacher pour ses indications concernant les colloques suisses à suivre et l'intérêt montré à mon travail. Je remercie également David Chinitz, qui a toujours été certain que je terminerai, qui a su me conseiller des lectures fort pertinentes et qui a toujours eu un mot encourageant lorsque j'en avais besoin.

Je tiens à remercier toutes les personnes, chefs d'organisations ou de projets, qui ont accepté les entretiens que je leur ai proposés. Pour les corrections de langue, je remercie Didier Nobs pour son efficacité et la souplesse montrée.

Pour la phase finale de rédaction, toute mon attention va à ma famille d'origine, mes parents et mes sœurs, qui ont su me donner le soutien affectif dont j'avais besoin, ce malgré la distance géographique.

Le mérite de ma thèse revient toutefois à mon conjoint, Giorgio, qui, avec une constance proverbiale, a voulu me suivre de près et de loin dans mon parcours et pour qui il fallait terminer. Ses conseils en vue de l'amélioration du document et, surtout, ses incitations à la fois affectueuses et vigoureuses, ont été décisifs pendant la phase de clôture de la rédaction.

Table des matières

REMERCIEMENTS V

TABLE DES MATIÈRES.. IX

INDEX DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES.......................... XV

INTRODUCTION 1

CONSIDÉRATIONS DE DÉPART 2
CHOIX DU TERRAIN D'INVESTIGATION ET DÉLIMITATION DU CHAMP D'ANALYSE 8
PLAN DE LA THÈSE 11

PREMIÈRE PARTIE :
CONTEXTE, PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE 17

1. LES RÉFORMES EN MATIÈRE SANITAIRE 19
  1.1. Les réformes sanitaires depuis les années '60 22
    1.1.1. Le contrôle des coûts par les politiques restrictives ('60-'70) 23
    1.1.2. Les mesures d'urgence durant les années '80 et au début des années '90 24
    1.1.3 L'adoption de la LAMal ('90) en tant que changement radical 25
  1.2. Les objectifs de la LAMal 27
    1.2.1. La maîtrise des coûts de l'offre et de la demande 28
    1.2.2. Le renforcement de la solidarité 36
    1.2.3. Réformes entre 1998 et 2002 39
  1.3. Les projets de réforme partielle de la LAMal dès 2000 43
    1.3.1. Le respect du principe de solidarité 43
    1.3.2. Le contrôle de l'offre ambulatoire 48
    1.3.3. Le contrôle de l'offre stationnaire 52
    1.3.4. La dérégulation du marché assurantiel 58

1.4. La troisième réforme partielle de la LAMal (2004) 62
  1.4.1. Le fractionnement en paquets en tant que moyen d'acceptation 63
  1.4.2. L'introduction du marché intégré 67
  1.4.3. Le financement hospitalier 69
1.5. Conclusions 72
2. PROBLÉMATIQUE, QUESTION DE DÉPART ET HYPOTHÈSES 78
2.1 Situation de départ 79
  2.1.1 Question de départ 80
  2.1.2 Hypothèses 84
  2.1.3 Dimensions de recherche 89
2.2 Cadre théorique 92
  2.2.1 La Nouvelle Gestion Publique, NGP 95
  2.2.2 Réseaux, gouvernance et gouvernabilité 100
  2.2.3 L'économie institutionnelle : la contractualisation 116
  2.2.4 Le quasi-marché et le marché réglementé 123

DEUXIÈME PARTIE :
LES IMPLICATIONS DE L'INTRODUCTION DE LA LAMAL POUR LES ACTEURS 137

1. LES ASSUREURS MALADIE 142
1.1. Le marché assurantiel 143
  1.1.1. Assurance de base et assurance privée 143
  1.1.2. L'obligation d'admission et sélection des risques 145
1.2. La redéfinition du rôle des assureurs maladie 148
  1.2.1. Le fonds de compensation des risques 149
  1.2.2. Les modèles alternatifs d'assurance 152
1.3. Conclusion 156
2. LES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS AMBULATOIRES ET STATIONNAIRES 157
2.1. La redéfinition du rôle des fournisseurs de prestations ambulatoires 159
  2.1.1. L'obligation de contracter et les tentatives de réforme 160
  2.1.2. La clause du besoin 164

2.2. La redéfinition du rôle des fournisseurs de prestations stationnaires 166
2.2.1. La planification hospitalière 167
2.2.2. Le financement par cas 170
2.3. Conclusion 173
3. LES ASSURÉS-PATIENTS AUTO-RESPONSABLES 175
3.1 La redéfinition du rôle des assurés 177
3.1.1. Les mesures protectionnistes 178
3.1.2. Choix dans le marché assurantiel 181
3.2 La liberté du choix des prestations 188
3.2.1 La liberté de choix dans le domaine ambulatoire........ 188
3.2.2. La liberté de choix dans le domaine stationnaire 190
3.3 Conclusion : limites de l'auto-responsabilisation et du choix 193
4. CONCLUSIONS 196

TROISIÈME PARTIE :
LES LOGIQUES DANS LES RÉSEAUX DE NÉGOCIATION 203

1. L'AUTORÉGULATION DANS LE DOMAINE TARIFAIRE AMBULATOIRE 208
1.1 La définition des tarifs dans le domaine ambulatoire 208
1.1.1. Système de tarification 208
1.1.2. Le système de remboursement 211
1.2. La naissance de Tarmed 212
1.2.1. Genèse de l'introduction d'un système tarifaire 213
1.2.2. Définition des tarifs sous les principes de la neutralité des coûts et de la compensation des prix 217
1.3. Le Bureau Tarmed Suisse 220
1.3.1. Sa composition et ses modes de fonctionnement 221
1.3.2. Les stratégies des fournisseurs de prestations et des assureurs maladie 224
1.3.3. Les limites aux négociations 227
1.4. Les négociations au niveau cantonal 228
1.4.1. Genèse de l'adoption de la Convention sur les prestations et les prix (CPP) 229

1.4.2. Les modes de fonctionnement 231
1.4.3. Les stratégies des fournisseurs de prestations et des assureurs maladie 232
1.5. Conclusion : les implications des négociations 243
2. L'AUTORÉGULATION DANS LE DOMAINE TARIFAIRE STATIONNAIRE 248
2.1 La définition des tarifs dans le domaine stationnaire 249
2.1.1. La définition des tarifs dans le domaine stationnaire 252
2.1.2. Les limites du système et les avantages attendus du financement par cas 256
2.2. Le projet SwissDRG 259
2.2.1. Les objets et l'agenda du projet 259
2.2.2. La création de la Société Swiss DRG, la CMO 264
2.2.3. Le projet d'introduction du financement par cas 269
2.3. Conclusion 271
3. L'AUTORÉGULATION DANS LE DOMAINE DE LA QUALITE 276
3.1. Genèse de l'introduction des critères de qualité 278
3.1.1. L'autodéfinition de la qualité dans le domaine ambulatoire 281
3.1.2. Les institutions de gestion de la qualité dans le domaine stationnaire 283
3.2. La gouvernance de la qualité dans le domaine stationnaire 289
3.2.1. L'introduction d'un système standardisé 290
3.2.2. L'État et les partenaires dans la gestion de la qualité 293
3.3. Conclusion 304
4. CONCLUSION DU CHAPITRE 309

QUATRIÈME PARTIE :
LES IMPLICATIONS POUR LA GOUVERNABILITÉ 317

1. MODES DE CONTRACTUALISATION DANS LE DOMAINE SANITAIRE 322
1.1. Limites de la négociation dans le système sanitaire 326
1.1.1. Routinisation dans les négociations tarifaires ambulatoires 328

1.1.2. Entraves institutionnelles dans les négociations du domaine stationnaire 331
1.1.3. Pluralité dans l'introduction des critères de qualité............................333
1.2. Règles de contractualisation dans les systèmes incités 334
1.2.1. Court et long terme dans la contractualisation....................................336
1.2.2. La confiance 338
1.2.3. La dépendance 341
1.3. Interventions étatiques dans les réseaux de gouvernance 343
1.3.1. Participation 344
1.3.2. Intervention 347
1.4. Conclusions..351
2. COHÉRENCE ET ROBUSTESSE DU SYSTÈME..356
2.1 Cohérence du système sanitaire..357
2.1.1. Les répercussions pour l'efficience et l'efficacité................................359
2.1.2. La garantie de la transparence...363
2.2. Les répercussions sur la robustesse du système sanitaire 365
2.2.1. Les interventions étatiques 367
2.2.2. L'Etat, l'information et la robustesse du système 368
2.3. Conclusion : la gouvernabilité du système..372
3. CONCLUSION DU CHAPITRE : STRUCTURES DE GOUVERNANCE ET INTÉGRATION 377

CONCLUSION GÉNÉRALE...383

QUESTION DE DÉPART ET INTÉRÊT DU CAS ÉTUDIÉ 384
RÉSEAUX DE NÉGOCIATION ET INTERVENTIONS ETATIQUES 386
LA THÈSE À L'ÉPREUVE DU TERRAIN 388
LE RÔLE DE L'ASSURÉ-PATIENT...391

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES 397

I. MÉTHODE 397
  a) La définition des enjeux par les sources primaires 397
  b) Le recours des discours par les entretiens 401
  c) Participation aux forums 404
II. UTILISATION ET TRAITEMENT DU MATÉRIEL 407
  a) Principes de la LAMal 407
  b) Réappropriation et logiques des acteurs 408
  c) Structures de gouvernance et rôle étatique 409

LISTE DES ABRÉVIATIONS 411

BIBLIOGRAPHIE 417

SOURCES SECONDAIRES 417
SOURCES PRIMAIRES (RAPPORTS, COMMUNIQUÉS DE PRESSE) 456
LOIS ET ORDONNANCES 466

CURRICULUM VITAE 469

Index des tableaux et des graphiques

Tableau 1 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB (1960-1995)…...19

Tableau 2 : Réformes et tentatives de réformes entre 1998 et 2000.........41

Tableau 3 : Paquets de la troisième réforme partielle de la LAMal…….67

Tableau 4 : Genèse de l'introduction du Bureau Tarmed..……………..214

Tableau 5 : Principaux changement structurels des organisations faîtières…………………………………………...……....245

Tableau 6 : Genèse des réseaux de négociations pour l'introduction du financement par cas……………………..256

Tableau 7 : Genèse de l'introduction des réseaux et des associations de gestion de la qualité……………………....304

Tableau 8 : Contraintes institutionnelles et influence de l'environnement politique sur les réseaux de négociation..……………………………………………….311

Tableau 9 : Logiques des acteurs et intervenants étatiques auprès des réseaux de négociation.………………….…...323

Tableau 10 : Indice total des primes d'assurance-maladie, 2000-2010 (base 1999=100 points)……………………......361

Tableau 11 : Messages du Conseil Fédéral de 1991 à 2005…...………..398

Tableau 12 : Procès-verbaux de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National et des États entre 1991 et 2000 ..…………………………….399

Tableau 13 : Synoptique des entretiens au sein des organisations faitières………...403

Graphique 1: Évolution des dépenses de santé en % du PIB par année…………………………………………….. 359

Graphique 2: Gouvernabilité dans le système sanitaire Suisse……….. 373

Graphique 3: Nouvelle gouvernance dans le système sanitaire Suisse……………………………………………………388

INTRODUCTION

Depuis le milieu des années ‘70, les politiques de santé sont devenues un thème dominant dans tous les pays de l’Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), y compris la Suisse. Cela tient principalement à l’explosion des coûts que ce secteur a connue, renforçant l’intérêt porté à ce domaine dans tous les pays occidentaux. Les années ‘70 et ‘80 ont été essentiellement caractérisées par des tentatives gouvernementales de les contenir, par des mesures macro-économiques. En Suisse, cela s’est principalement traduit par la réduction des subsides fédéraux aux caisses maladie et par l’intensification de propositions de réformes de la Loi sur l’assurance en cas de maladie et accidents (LAMA), qui datait de 1911.[1] Les mesures de révision proposées n’ont cependant pas abouti, alors même que les primes d’assurance maladie continuaient à augmenter.

L’on a donc assisté, au début des années ‘90 surtout, à un changement radical en Suisse comme dans le reste des pays de l’OCDE. La majorité de ceux-ci se sont engagés dans des réformes, qui n’ont plus touché que la dimension macro-économique de réduction des coûts, mais également les questions de micro-efficience. Les réformes ont concerné le fonctionnement même des systèmes sanitaires.[2] En 1996, le peuple suisse a accepté la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), dont la principale caractéristique a été l'introduction de mécanismes de marché et de nouvelle gestion publique (NGP) dans le système sanitaire. Le maintien, voire l'amélioration de la solidarité, était un autre objectif de la LAMal. Ces changements se sont insérés dans des réformes politiques d'ordre plus général.

---

[1] BRIDEL B., "Histoire de l’assurance-maladie suisse", in GILLIAND P. (s/s la dir. de), *Assurance-maladie suisse. Quelle révision ? 1889-1989, cent ans déjà !,* Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1990.

[2] FREEMAN R., *The Politics of Health in Europe*, European Policy Research Unit Series, Manchester, Manchester, University Press, 2000, p. 66.

Les réformes sanitaires ont coïncidé avec les discussions inhérentes à la performance des services publics et à la restructuration de l'Etat. Les propositions ne portaient plus sur l'éventuel retrait de l'Etat comme auparavant. Au contraire, il s'agissait désormais d'un nouveau partage de compétences entre l'Etat et les autres acteurs –politiques, économiques, secteur tertiaire–, actifs dans la gestion des affaires publiques.

L'assurance maladie est un thème vivement ressenti par la population suisse, ainsi que par les acteurs politiques, en raison des coûts élevés du secteur et des primes d'assurance maladie qui pèsent lourdement sur les ménages. C'est pour ces mêmes raisons qu'il s'agit d'un thème très controversé, opposant en particulier les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie. Depuis l'introduction de la LAMal, ce thème reste d'une grande actualité, les réformes partielles se sont multipliées et les débats au Parlement se sont souvent enlisés.

Considérations de départ

En raison de sa complexité et de ses implications financières, le système sanitaire suisse a été à la base de multiples études. Les recherches menées jusqu'à présent ont été pour l'essentiel de nature économique. L'on peut citer à ce propos Konstatin Beck et Robert E. Leu, spécialistes du marché assurantiel, Orstrud Biersack, qui s'est occupé des réformes dans le domaine hospitalier, Luca Crivelli, économiste du système sanitaire suisse en général, ainsi que Peter Zweifel et Jürg H. Sommer, qui ont été parmi les précurseurs des réformes sanitaires suisses. Gerhard Kocher et Willy Oggier s'occupent quant à eux des politiques sanitaires suisses contemporaines et publient un recueil annuel d'études sur le système sanitaire suisse. On peut par ailleurs évoquer les travaux de spécialistes tels que Stefan Spycher, qui a mené des expertises pour les réformateurs avec, entre autres, Robert E. Leu. Ces spécialistes ont été et sont toujours appelés à analyser et à répondre aux questions d'actualité pour le système.

Peu de sociologues et de politologues suisses se sont occupés des réformes sanitaires, cela malgré la nature toujours très actuelle et très controversée du thème. Du côté francophone, les études ont surtout porté sur la période antérieure à la LAMal. L'on peut tout particulièrement citer les travaux de Pierre Gilliand. Il est également utile d'évoquer le travail d'Ellen M. Immergut, qui a surtout étudié le rôle des professionnels dans le système sanitaire suisse. Le système suisse est aujourd'hui encore étudié surtout par des contributions spécifiques aux différents secteurs de la santé.

Par notre recherche, nous souhaitons apporter le regard d'une politologue, et un regard holistique, sur ce thème. Pour ce faire, nous nous appuierons surtout sur la littérature internationale anglophone, notamment les séries comparatives de l'European Observatory on Health Care Systems. Ces séries comprennent des études des plus grands spécialistes internationaux en matière sanitaire des pays de l'OCDE. Parmi ceux-ci, nous ferons référence aux contributions de Reinhard Busse, David Chinitz et Richard B. Saltman. Nous nous servirons par ailleurs des travaux de Julian Le Grand, lequel a étudié de façon approfondie le quasi-marché adopté en Angleterre et est un spécialiste de la justice sociale appliquée au cas de la santé.

Au début des années ‘90, la Grande Bretagne et les Etats-Unis ont été les précurseurs de nombreuses réformes dans le domaine sanitaire. La pensée issue des Etats-Unis a en particulier constitué l’une des références ayant guidé l’action du gouvernement suisse dans ces réformes, en plus des expériences menées en Allemagne et aux Pays-Bas. Dans un premier temps, les réformateurs suisses se sont largement inspirés du modèle de concurrence régulée préconisé par Alain C. Enthoven. Par la suite, dès la moitié des années 2000, c’est surtout le modèle des soins intégrés de Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg qui a prévalu. Ces auteurs, tous d’inspiration néolibérale, ont guidé les reformes sanitaires suisses dès leur début.

Les réformes sanitaires se sont insérées dans un contexte de réformes du système administratif, basé désormais sur la délégation. Nous analyserons par conséquent les réformes administratives et la redéfinition du rôle du gouvernent, en nous référant aux travaux de David Osborne et Ted Gaebler. Ces auteurs ont été les inspirateurs des réformes administratives aux Etats-Unis au début des années ‘90. Leur doctrine s’est rapidement répandue dans les autres pays de l’OCDE, notamment en Suisse, et elle a également touché le secteur sanitaire. Nous recourrons de plus à des auteurs anglophones, notamment Peter Vincent-Jones, qui s’est occupé de la contractualisation et de l’introduction du quasi-marché en Angleterre.

L'Angleterre est un état centraliste régi par un système national financé par les impôts. La Suisse est un état fédéraliste connaissant un système d'assurances sociales mixtes public-privé proche de celui existant en France, en Allemagne et aux Pays-Bas. Malgré ces différences entre les systèmes suisse et anglais, certains mécanismes de libéralisation ont touché tous les systèmes de santé confondus. La contractualisation est en particulier devenue une tendance généralisée.[3] Le fédéralisme et le corporatisme sont deux caractéristiques institutionnelles qui ont lourdement pesé sur le système sanitaire suisse, selon le principe de la «path dependency».

L'adoption de la LAMal au milieu des années '90 a représenté un changement radical dans la conduite des politiques sanitaires suisses. D'après les expertises menées à l'époque, les coûts élevés du système sanitaires étaient à attribuer à l'absence de mécanismes concurrentiels. Le système suisse se caractérise par un corporatisme très poussé dans le domaine ambulatoire, par la planification dans le domaine stationnaire, et, avant 1996, il l'était également par une situation cartelliste sur le marché des assurances maladie. En suivant les tendances de l'époque des autres pays de l'OCDE, la réforme a encouragé l'adoption de mécanismes concurrentiels et de NGP dans le système sanitaire suisse.

Cela a impliqué une redéfinition des responsabilités entre les principaux partenaires actifs dans le domaine sanitaire. La réforme a de plus signifié une harmonisation et une standardisation des négociations tarifaires et l'introduction de critères de qualité au niveau national. Les principaux partenaires sanitaires ont donc été incités à constituer des réseaux de négociation, qui se sont superposés aux institutions existantes, avec l'objectif de les modifier à terme. Les réseaux de négociation constituent le moyen choisi par lequel le gouvernement entend intégrer le système sanitaire.

---

[3] À ce propos voir, FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Peformance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005.

Les nouveaux modes de négociation ont représenté un complément aux incitations économiques adoptées pour les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie. La réforme a prévu une combinaison de mesures poussant à la concertation des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire et de mesures interventionnistes plus traditionnelles. Ces mesures ont dû être maintenues pour diriger les secteurs pas ou pas encore touchés par les réformes.

La combinaison entre nouveaux modes de gestion et modes traditionnels de gouverner ont engendré une complexification du système sanitaire suisse, qui, de plus, s'est insérée dans un environnement politique conflictuel. C'est en raison de ces mesures radicales touchant au cœur du système sanitaire suisse, que la troisième réforme partielle de la LAMal, proposée en 2004, a soulevé de fortes oppositions ayant mené, pendant des années, à des impasses politiques. L'inachèvement des réformes a conditionné le comportement des acteurs actifs dans le domaine, ce qui s'est inévitablement répercuté sur les rapports entre les partenaires au sein des réseaux de négociation. Ces aspects, ainsi que les caractéristiques institutionnelles, ont provoqué des conflits et des impasses qui ont ralenti la mise en œuvre des objectifs prévus par la LAMal. Ceci soulève nécessairement des interrogations quant au rôle de l'Etat et à sa capacité de sauvegarder la cohérence du système.[4]

Notre recherche a pour objectif d'analyser les implications pour la gouvernabilité de l'introduction de mécanismes d'autorégulation dans le système sanitaire suisse depuis l'introduction de la LAMal. La gouvernabilité est à entendre en tant que rôle et légitimité des interventions étatiques sur la société et les institutions qui la contrôlent.[5] Nous étudierons plus particulièrement les outils dont l'Etat dispose pour garantir ce que les théoriciens de la gouvernance appellent la robustesse d'un système autorégulé. Les sociétés actuelles se caractérisent désormais par des systèmes que d'aucuns définissent comme hybrides, c'est-à-dire des systèmes dans lesquels les nouvelles structures de gouvernance se superposent au contexte institutionnel existant et dans lesquels les modes de gouverner se multiplient. Les structures de gouvernance constituent le cadre institutionnel dans lequel interviennent l'ensemble des transactions[6], tel qu'évoqué par les théoriciens néo-institutionnalistes. À la différence de ces théoriciens, nous estimons que l'efficacité n'est pas le résultat d'un ajustement automatique entre les partenaires impliqués, mais qu'elle nécessite l'intervention étatique. Par notre thèse, nous voulons comprendre quel est le rôle occupé par l'Etat dans un système fonctionnant d'après l'autorégulation et la délégation de tâches d'intérêt public à des tiers.

---

[4] «The role of political and institutional power may be especially pronounced when governments are forced to think and act horizontally, and to attempt to create more coherent patterns of governing», in PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, New York, Palgrave MacMillan, 2005, p. 63.

[5] Traduction libre de, «governability is to some degree not just a matter of society's complexity ; it also about the state's leverage over society and about the legitimacy of those levers and the institutions controlling them», in *ibid.*, p. 123.

[6] «A governance structure is thus usefully thought of as an institutional framework in which the integrity of a transaction, or related set of transactions, is decided», in WILLIAMSON O. E., *The Mechanisms of Governance*, Oxford, Oxford University Press, 1996, p. 11.

Choix du terrain d'investigation et délimitation du champ d'analyse

Nous nous focaliserons sur les transformations institutionnelles au niveau méso, entre les macros structures et les micros actions économiques, issues des principes de concurrence et de NGP adoptés sous la LAMal. Nous nous occuperons en particulier de la mise en œuvre et du fonctionnement des réseaux de négociation nationaux en matière tarifaire et des critères de qualité. Nous traiterons ces principes en tant que nouveau référentiel pour le système sanitaire suisse et nous analyserons la cohérence de sa mise en œuvre par les principaux partenaires actifs dans le domaine, notamment les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

Nous ne traiterons pas des réformes en termes empirico-gestionnaire. Pour ce qui relève de la NGP, nous ne retiendrons que les principes. Nous ne nous occuperons pas d'analyser les changements de gestion intervenus au sein des établissements hospitaliers. L'on peut à ce propos renvoyer aux études de la Société suisse pour la politique de la santé, notamment celles d'Iva Bolgiani[7] ou de Daniel Maag[8]. Notre analyse n'a non plus étudié l'adoption du quasi-marché dans le secteur hospitalier (développement du «public-private-partnership») ou de la concurrence réglementée dans le domaine ambulatoire et des assurances maladie (adoption de modèles de «managed care»). Notre analyse ne portera pas non plus sur l'étude de l'efficacité des nouvelles politiques macro-économiques relatives à la réduction des coûts ou à l'accès aux soins. Nous n'évaluerons pas l'efficacité des mesures de protection sociale en termes de niveau de couverture assurantielle, ni les répercussions des réformes sur l'accès aux soins et aux prestations.

Notre investigation a coïncidé avec le début de la mise en œuvre de la troisième réforme partielle de la LAMal, encore inachevée à ce jour. Une partie de nos entretiens ont été menés lorsque les réseaux de négociation au niveau national étaient en train de se constituer. En raison de leur inachèvement, nous n'avons pas suivi le développement de leur fonctionnement routinier. Cela a surtout été le cas pour le domaine stationnaire et l'introduction des critères de qualité. Dans le domaine ambulatoire, les réseaux de négociation ont été constitués assez rapidement.

L'analyse durant la phase de constitution des réseaux de négociation a toutefois l'avantage de faire ressortir les contraintes institutionnelles auxquelles un Etat décentralisé est censé faire face et de comprendre les interventions possibles. L'étude de cette phase permet notamment de relever quelles sont les principales limites à la mise en œuvre des réseaux de négociation, fortement voulus par le gouvernement, mais pas nécessairement souhaités par les acteurs impliqués. Elle permet également d'étudier le conditionnement d'un environnement politique en changement sur les logiques de mises en œuvre par les acteurs impliqués. C'est grâce à cette phase que nous pourrons analyser le niveau de cohérence entre les objectifs politiques de la LAMal et leur mise en œuvre.

---

[7] BOLGIANI I., *L'Application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : risques et opportunités*, Muri (BE), Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), n° 66, 2002.

[8] MAAG D., *New Public Management (NPM) im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ansätze in den Kantonen*, Muri (BE), Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), n° 61, 2000.

S'agissant de notre cadre théorique, nous ferons appel aux théories de gouvernance et de nouvelle gouvernance pour étudier les implications d'une gestion du secteur sanitaire basé sur la délégation et la responsabilisation d'un point de vue institutionnel. Pour étudier les implications pour la gouvernabilité de l'adoption des principes de concurrence et de NGP, nous nous référerons aux travaux classiques, notamment ceux de Jon Pierre et B. Guy Peters. Nous ferons également référence aux approches sur les réseaux d'action publique et aux économistes néo-institutionnalistes, notamment à Oliver E. Williamson, prix Nobel d'économie en 2009.[9]

Concernant la méthode, nous adopterons une approche de type qualitative. Nous nous appuierons principalement sur l'analyse de sources primaires et sur les entretiens menés avec les responsables des principales organisations faîtières nationales de fournisseurs de prestations et d’assureurs maladie. L’approche méthodologique est décrite dans le détail dans l’annexe, à laquelle nous renvoyons.

---

[9] «Governance is […] an exercise in assessing the efficacy of alternative modes (means) of organizations. The objective is to effect good order trough the mechanisms of governance», in WILLIAMSON O. E., *op. cit.*, p. 11.

Plan de la thèse

L’objectif premier de notre thèse a été de comprendre les possibilités de gouvernabilité du système sanitaire suisse qui, depuis le milieu des années ‘90, est régi par les principes de concurrence et de NGP. Nous essaierons de comprendre dans quelle mesure ces changements ont des implications plus générales sur le rôle de l’Etat dans un système autorégulé, notamment sur sa capacité à veiller à ce que les objectifs politiques soient convenablement mis en œuvre.

Dans la première partie de notre recherche, nous rappellerons les conditions ayant mené à l’adoption de la LAMal et nous en expliquerons ses objectifs. Nous clarifierons plus particulièrement quelles ont été les incitations adoptées par les réformateurs pour introduire les mécanismes de concurrence et de NGP dans le système sanitaire suisse, caractérisé par la planification dans le domaine stationnaire et par un fort corporatisme dans le domaine ambulatoire. Cette partie nous servira de contexte pour développer l’objet de notre recherche et les hypothèses sur la gouvernabilité d’un système autorégulé et fonctionnant avec des réseaux de négociation. Nous développerons par la suite notre cadre théorique.

Dans la deuxième partie de notre recherche, nous présenterons nos résultats empiriques. Nous traiterons tout d’abord des premières répercussions de la mise en œuvre des mesures incitatives et planificatrices de la LAMal. Dans un deuxième temps, nous étudierons les modalités d'implémentation des mécanismes de marché dans un système sanitaire d'économie mixte. Nous analyserons en particulier, de façon détaillée, la constitution et le fonctionnement des réseaux nationaux de négociation tarifaire et la création des associations en matière de qualité.

En combinant les approches théoriques de la nouvelle gouvernance et des économistes néo-institutionnalistes avec les résultats de terrain, nous formulerons notre thèse dans la dernière partie. Nous évoquerons quelles ont été les limites institutionnelles et politiques de la mise en œuvre des objectifs fixés par la LAMal, en termes d'efficacité, d'efficience et de transparence du système. Nous montrerons pour quelle raison et de quelle façon l'autorégulation des partenaires actifs dans le domaine sanitaire appelle des interventions étatiques. Nous terminerons par une réflexion sur les implications pour l'assuré-patient.

PREMIERE PARTIE

PREMIÈRE PARTIE :

Contexte, Problématique et Cadre théorique

Dans cette partie de notre thèse, nous nous occuperons de dresser le contexte avant l'introduction de la LAMal, avec un bref historique des années '60 aux années '90. Cette partie nous permettra d'expliquer les raisons ayant amené à la réforme de 1996, ainsi qu'aux réformes partielles successives, particulièrement celle de 2004, actuellement encore en partie en discussion. Nous formulerons par la suite la problématique, qui comprendra la question centrale de départ qui guidera notre étude et le cadre théorique sur lequel nous nous appuierons.

Depuis le milieu des années '70, les politiques de santé sont devenues un thème dominant pour la Suisse, comme pour tous les pays de l'OCDE. Les premiers signes d'explosion des coûts ont commencé à se manifester durant cette période dans le domaine sanitaire et ils n'ont cessé d'augmenter depuis. La proportion des coûts de la santé dans le produit intérieur brut (PIB) suisse est passée de 4.9% en 1960 à 11.4% en 2005 et elle a atteint 10.7% en 2008.[1] Les mesures gouvernementales adoptées pour pallier cette situation ont varié pendant les décennies. Durant la période allant de la deuxième moitié des années '70 aux années '80, le gouvernement a principalement envisagé de contenir les coûts par des mesures macro-économiques. Par la suite, il a envisagé des mesures micro-économiques visant l'introduction de la concurrence.

---

[1] OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé en 2005*, Neuchâtel, OFS, 2007 ; OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*, Neuchâtel, OFS, mars 2010.

Nous présenterons le contexte de la réforme sanitaire suisse. Nous expliquerons les raisons de l'introduction de la LAMal en 1996 et des réformes partielles successives. Le premier chapitre de notre thèse sera consacré à une brève présentation des réformes en matière sanitaire adoptées en Suisse entre les années '60 et l'adoption de la LAMal. La LAMal a constitué un point de rupture par rapport à la LAMA datant de 1911 (acceptée en référendum en 1912), qui l'a précédée. Nous décrirons sa particularité en termes d'objectifs visés et d'instruments envisagés pour la mettre en œuvre.

1. Les réformes en matière sanitaire

Au milieu des années ‘70, la pression causée par l’augmentation des coûts sur le montant des primes d’assurance a rendu nécessaire une réforme de la loi en vigueur à l’époque, la LAMA. Cette loi avait connu une seule réforme partielle en 1964,[2] coïncidant avec les premiers signes d’augmentation des coûts de la santé.[3] Depuis lors, les coûts ont presque triplé en l’espace de trente ans. L’évolution des dépenses en pourcentage du PIB comparée à celle des Etats-Unis est présentée ci-dessous.

Tableau 1 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB (1960-1995)

	1960	**1965**	**1970**	**1975**	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**
Etats-Unis	5.3	5.7	7.4	8.4	9.2	10.5	12.4	13.6
Suisse	3.3	4.6	5.2	7.0	7.3	8.1	8.4	9.6

Source : OCDE, Health Data, site internet http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH et OECD, *New directions in Health Care Policy. Health Policy Studies*, OECD, Paris, n° 7, 1995.

Depuis, et pour des décennies, la Suisse s’est située à la deuxième place, après les Etats-Unis, en termes de coûts de la santé par rapport au PIB. «De plus grandes attentes de la part des utilisateurs de services de santé, la technologie et une population vieillissante font partie des facteurs qui ont conduit à cette augmentation».[4]

---

[2] Message du Conseil fédéral n° 91.071, p. 79.

[3] GILLIAND P., *La Révision de l’assurance-maladie*, Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Lausanne, Cahiers de l’IDHEAP, 1991, p. 3.

Pendant cette période, les débats ont par ailleurs été focalisés sur la nécessité d'introduire un système national d'assurance maladie comprenant l'assurance sanitaire généralisée. Les projets de réforme prévoyaient également un changement dans les modalités d'octroi des subventions fédérales à l'intention des caisses-maladie. Entre le milieu des années '60 et le milieu des années '70, ces subventions avaient été bloquées en raison de la récession économique et des problèmes financiers qui avaient par la suite touché le gouvernement fédéral.[5] Ne disposant plus de l'aide étatique, les caisses-maladie avaient commencé à transférer les coûts sur les assurés en augmentant les primes d'assurance. Cette situation avait non seulement mis en évidence les défaillances du système sanitaire suisse. Elle avait également relancé le débat sur le rôle que l'Etat était censé jouer dans le système sanitaire. Le projet de réforme de 1974 prévoyait que le gouvernement verse des subventions pour la réduction des primes d'assurance aux autorités cantonales compétentes et non plus directement aux caisses-maladie. Le projet a toutefois été mis en échec.

Au vu de l'insuccès des mesures d'urgence de plafonnement des subventions pour contenir les coûts adoptées en 1977 et de l'échec de propositions alternatives, de nouvelles tentatives de réforme ont été entamées à la fin des années ‘80, notamment celle de 1987 sur l’assurance-maladie et la maternité.[6] À la différence de ce qui avait prévalu durant des années, il n’était plus question du contrôle des coûts par des mesures macro-économiques. En suivant les autres pays de l’OCDE[7], la Suisse a développé des mesures pour une meilleure efficience micro-économique, impliquant une redéfinition radicale du fonctionnement du système. C’est avec ce but qu’en 1991, le gouvernement a lancé un projet de réforme, ayant pour objectif l’introduction de la LAMal, qui est entrée en vigueur en 1996 et a remplacé la LAMA. Elle a constitué un changement radical du système sanitaire suisse.

---

[4] OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Enquête suisse sur la santé 2002 : premiers résultats*, Neuchâtel, OFS, 2003.

[5] Voir par exemple, BRIDEL B., "Histoire de l'assurance-maladie suisse", in GILLIAND P. (s/s la dir. de), *Assurance-maladie suisse. Quelle révision ? 1889-1989, cent ans déjà !,* Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1990, pp. 15-19 ainsi que les autres contributions de l'ouvrage.

L’objectif principal de la LAMal était «la mise en oeuvre d’un certain nombre de mécanismes de concurrence destinés à réduire les coûts de santé».[8] Son adoption a signifié l’introduction d’un nouveau référentiel pour la conduite des politiques de santé,[9] désormais basées sur les mécanismes de marché, telle que la concurrence dans la gestion du système sanitaire.[10] Ces objectifs se rapprochaient de ceux adoptés par les autres pays de l’OCDE à la même époque, notamment en termes de partage des coûts, de définition des priorités et de stratégies axées sur l'offre.[11] La nature mixte public-privé du système sanitaire suisse rendait toutefois inconcevable un système totalement concurrentiel. Par la LAMal, les réformateurs ont introduit des incitations financières et adopté les principes de nouvelle gestion publique, qui sera décrite ci-dessous. La LAMal a été élaborée en s'inspirant des modèles de quasi-marché introduits aux Pays-Bas[12] et en Allemagne à la même époque, ainsi qu'en suivant les principes de concurrence régulée des Etats-Unis.

---

[6] Message du Conseil fédéral n° 91.071, *loc. cit.*

[7] «In the 1990s, attention has necessarily shifted to questions of micro-efficiency, that is, whit the internal order of health systems», in FREEMAN R., *The Politics of Health in Europe*, European Policy Research Unit Series, Manchester, Manchester University Press, 2000, p. 66.

[8] KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d’une concurrence réglementée pour l’assurance-maladie allemande ?", in *Sécurité Sociale CHSS*, 2002, n° 5, p. 300.

[9] Comme pour les autres pays européens, voir par exemple, FREEMAN R., *op. cit.*

[10] BECK K., «Growing Importance of Capitation in Switzerland», in *Health Care Management Science*, n° 3, 2000, pp. 111-119.

1.1. Les réformes sanitaires depuis les années '60

Il est possible d'identifier deux phases qui ont précédé l'introduction de la LAMal. La première couvre les années '60 et '70 principalement, caractérisée par les mesures restrictives ayant amené à la suppression de l'aide aux caisses-maladie et aux tentatives d'introduire l'obligation à la couverture d'assurance sanitaire de base. La seconde phase est celle des années '80 et '90, durant laquelle le gouvernement a principalement recouru à des mesures d'urgence pour contenir les coûts, tel que le gel des tarifs.

---

[11] SALTMAN R. B., FIGUERAS J., «Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms», in *Health Affairs*, March-Avril, 1998, p. 91 ; FREEMAN R., *op. cit.*

[12] À ce propos et pour les réformes plus récentes, voir par exemple, HELDERMAN J.-K., *Bringing the Market Back In ? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care*, Thesis, Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.

1.1.1. Le contrôle des coûts par les politiques restrictives (‘60-‘70)

Comme nous venons de le voir, jusqu’à l’introduction de la LAMal, la loi en vigueur en matière sanitaire était la LAMA, datant de 1911.[13] Cette dernière avait connu une seule réforme partielle en 1964, coïncidant avec les premières difficultés financières apparues au sein du système sanitaire. Les débats s’étaient alors focalisés sur la nécessité d’introduire un système national d’assurance maladie avec une couverture assurantielle de base universelle. Par la suite, la LAMA a fait l’objet de trois tentatives de révisions, en 1974, 1978 et en 1987, avec à chaque reprise, comme objectif principal, le contrôle des coûts.[14]

Durant les années ‘60 et ‘70, le contrôle des coûts est principalement passé par des politiques restrictives. Les subventions fédérales aux primes d’assurance, jusque là versées directement aux caisses-maladie, ont été bloquées au milieu des années ‘70. Ces mesures avaient été adoptées pour faire face à la récession économique qui touchait la Suisse à l’époque et aux problèmes financiers conséquents encourus par le gouvernement. Pour y remédier, le gouvernement a proposé en 1974 un projet prévoyant la réforme de l’octroi des subventions fédérales aux caisses-maladie. Elles étaient désormais censées être versées aux autorités cantonales compétentes, d’après les dépenses encourues. La réforme a néanmoins échoué en référendum. Le gouvernement a alors adopté des mesures d’urgence en 1978 et 1987, proposant le blocage des subventions.

---

[13] Pour une brève historique voir par exemple, Message du Conseil fédéral n° 91.071, *loc. cit.*

[14] Voir par exemple, GILLIAND P., *Politique sociale en Suisse*, Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1988, pp. 157-181 ainsi que les contributions historiques de GILLIAND P. (s/s la dir. de), *op. cit.*

1.1.2. Les mesures d’urgence durant les années ‘80 et au début des années ‘90

Au cours des années ‘80, les mesures restrictives d’urgence n’ont pas donné les résultats escomptés pour la réduction des coûts. Elles ont de plus causé un transfert des coûts vers les assurés. Cela tient au fait que, pour faire face au manque d'aides publiques, les caisses-maladie avaient augmenté les primes d’assurance. Cette augmentation des primes a influencé les débats politiques et mis en évidence les limites du système sanitaire de l’époque. Jusqu’à la fin des années ‘80, les débats se sont focalisés sur la nécessité ou non de rétablir l’aide publique aux caisses-maladie. Ce type d’argumentation a cessé en 1987 suite à un nouvel échec référendaire du programme d’urgence prévu dans ce sens.[15]

En 1991, face à la défaite populaire, le gouvernement a élaboré un arrêté fédéral urgent comprenant des mesures interventionnistes pour faire face à la continuelle augmentation des coûts de la santé. Ces mesures touchaient les systèmes ambulatoire et stationnaire. Le Conseil fédéral a introduit le «gel des tarifs», c’est-à-dire qu’il s’était réservé le droit d’intervenir sur les tarifs ambulatoires négociés[16] entre les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie, en fixant un maximum aux tarifs convenus entre les partenaires. Le gouvernement a d'autre part contraint les autorités cantonales à augmenter leur participation aux frais hospitaliers.[17] Ces mesures devaient constituer un frein à la hausse des coûts.

---

[15] Voir par exemple, GILLIAND P., *Politique sociale en Suisse*, *op. cit.*

[16] Dans un système régi par le quasi-marché et le marché réglementé les prix ne sont pas déterminés par l’offre et la demande, mais ils sont négociés entre les

1.1.3 L'adoption de la LAMal ('90) en tant que changement radical

Les mesures d'urgence pour contenir les coûts constituaient un palliatif et n'étaient pas tenables à long terme. Elles ont représenté le prélude à l'introduction de la LAMal. Pour développer le message de sa réforme, le Conseil fédéral s'était appuyé sur les travaux des experts qu'il avait mandatés et sur ceux de la Commission Schoch, laquelle s'était à son tour fondé sur les conclusions de la Commission des Cartels, l'actuelle Commission de la concurrence. Le rapport de la Commission des Cartels[18]

---

fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Pour la situation de quasi-marché voir LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, MacMillan, 1993, p. 23 et p. 211.

[17] Résumé des résultats des discussions en commission concernant le Message du Conseil fédéral n° 91.071 (état mai 2005).

[18] COMMISSION DES CARTELS, "Conditions de concurrence entre caisses-maladie et conventions tarifaires entre prestataires de soins et caisses-maladie : Résumé", in *Wettbewerbsverhältnisse unter Krankenkassen und Tarifverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern: Untersuchung*, Berne, Publications de la Commision suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix, n° 2, 1993, pp. 25-45 ; COMMISSION DES CARTELS, *L'état de la concurrence dans l'activité médicale indépendante*, Zurich, Publications de la Commission suisse des cartels, Vol. 20, cahier n° 3/4, 1985, pp. 325-398 (introduction).

avait mis en évidence la présence d'une situation cartelliste de la part des caisses-maladie et des fournisseurs de prestations ambulatoires. Le rapport soulignait en particulier la situation privilégiée des médecins dans les négociations tarifaires qu'ils menaient avec les caisses-maladie. Cela découlait de la liberté de pratiquer des médecins et de l'obligation de contracter de la part des assureurs-maladie, d'après laquelle tout médecin reconnu par les autorités doit être remboursé, ce dont les fournisseurs de prestations ambulatoires bénéficient encore aujourd'hui.

Ces aspects garantissent à ces derniers une position de force vis-à-vis des caisses-maladie lors des négociations tarifaires, ce qui avait été dénoncé par la Commission des Cartels, qui considérait cela comme une entrave à l'introduction de la concurrence et comme l'une des causes de l'augmentation des coûts. L'on reprochait d'autre part aux caisses-maladie une certaine opacité vis-à-vis des assurés-patients, la sélection des risques et le transfert des coûts sur les assurés-patients.[19] Pour faire face à cette situation, le rapport de la Commission des Cartels envisageait un renforcement du rôle des caisses vis-à-vis des fournisseurs de prestations. Les propositions prônées par la Commission et reprises dans le projet de réforme visaient l'instauration d'un système de santé basé sur les principes de la concurrence. Pour ce faire, il s'agissait de redéfinir en totalité les rapports existants entre l'Etat et les différents acteurs actifs dans le domaine sanitaire.[20] Pour favoriser son acceptation, la réforme devait être quantitativement limitée et fondée sur les mandats de prestations.[21]

---

[19] Message du Conseil fédéral n° 00.079, p. 704.

1.2. Les objectifs de la LAMal

Les réformes sanitaires suisses adoptées dès la moitié des années '90 en s'inspirant des autres pays de l'OCDE avaient deux objectifs principaux : augmenter l'efficacité du système sanitaire pour contenir les coûts, sans porter préjudice à la solidarité.[22] Pour la majorité des réformateurs de ces pays, dont la Suisse, c'était désormais par la concurrence que les objectifs d'efficacité et d'accès aux soins pouvaient être garantis.[23] Pour ce faire, la LAMal proposait de suivre les principes d'économicité et de qualité des prestations par l'adoption de fonctionnements transparents et efficients.

L'objectif prioritaire de la LAMal était d'introduire une double concurrence[24] dans le marché assurantiel et dans celui des prestations, qui connaissaient tous deux un système d'économie mixte, régulée et planifiée. En se référant aux idées d'Alain C. Enthoven sur la concurrence régulée, le gouvernement suisse prévoyait désormais d'augmenter l'efficacité du système en adoptant des mesures incitatives tant du côté de l'offre que de la demande des prestations. Selon les discours tenus par les parlementaires de l'époque, le contrôle de l'offre devait passer principalement par une planification rationnelle de l'offre hospitalière et par une gestion efficace, fondée sur les principes de NGP, et non pas par son rationnement, très impopulaire et par conséquent difficilement acceptable. La clause du besoin ne devait de plus pas engendrer une pénurie de médecins dans le domaine ambulatoire.

---

[20] Résumé des résultats des discussions en commission concernant le Message du Conseil fédéral n° 91.071 (état mai 2005), *loc. cit.*

[21] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 732.

[22] KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", *loc. cit.*, pp. 299-300.

[23] Voir par exemple les contributions de Julian Le Grand, LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *op. cit.* et pour les réflexions plus récentes LE GRAND J., *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services trough Choice and Competition*, Princeton, Princeton University Press, 2007.

[24] ABBÉ-DECARROUX F., "La LAMal et les mécanismes de la concurrence", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 36, 2001, pp. 1910-1919.

Les mesures incitatives ont engendré des changements dans les méthodes de financement et d'organisation du système sanitaire. L'autorégulation a été érigée en modalité de gestion des rapports entre les principaux partenaires actifs dans le domaine sanitaire. L'utilisation des contrats entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations a eu un rôle grandissant. Pour garantir l'équité d'accès à tout assuré-patient, des mesures planificatrices ont donc été maintenues et l'obligation d'admission à l'assurance maladie sociale a été adoptée.

1.2.1. La maîtrise des coûts de l'offre et de la demande

Du côté de l'offre, il était question d'agir sur les surcapacités, en intervenant sur les modalités et les pratiques de distribution des prestations par le renforcement des mécanismes concurrentiels. Ceci ne devait toutefois par prétériter un accès équitable aux prestations.[25] C'est pourquoi les mécanismes concurrentiels ont été accompagnés par des mesures planificatrices. En ce qui concerne la demande, la LAMal a constitué l'occasion d'introduire la couverture sanitaire de base universelle, discutée depuis les années '60, tout en renforçant la responsabilité individuelle, ce qui était cohérent avec les réformes en matière sociale engagées à cette période. Il s'agissait d'autre part d'augmenter le choix de la couverture d'assurance et de cibler les aides publiques. La LAMal devait toutefois empêcher la sélection des risques, pratique à laquelle les caisses-maladie s'étaient livrées avant la réforme. Des mécanismes régulateurs ont par conséquent été introduits.

a) Les incitations envers les fournisseurs de prestations

Les mesures incitatives dirigées vers l'offre ont concerné les domaines stationnaire et ambulatoire, soit les secteurs ayant la plus grande incidence sur les coûts du système sanitaire. La part des coûts engendrés par le domaine stationnaire se situait en 2008 à 35.4% du total des coûts du système sanitaire, suivis par le domaine ambulatoire, qui influait sur les coûts à raison de 30.9%.[26] Le système stationnaire comprend, pour les trois-quarts, des établissements publics. Lors de l'adoption de la LAMal, il n'était par conséquent pas possible d'introduire un système concurrentiel pur, du moins à court terme. Seul un système de quasi-marché était concevable. C'est pourquoi les mesures incitatives ont été combinées avec des mesures de régulation garantissant l'accès à l'offre.

---

[25] «The potentially normatively desirable dimension of equity in access and treatment can be defined as equal access to quality and quantity of care for equal need», in DONALDSON C., GERALD K. *Economics of Health Care Financing : The Visible Hand*, London, MacMillan, 1993 cité par KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", in *Health Economics, Policy and Law*, n° 5, 2010, p. 23.

En premier lieu, le contrôle de l'offre hospitalière est passé par la planification. Les autorités cantonales étaient désormais censées rédiger des listes d'établissements reconnus –publics ou privés– pouvant obtenir des mandats de prestations.[27] Seuls les établissements ayant une division commune pour le traitement des patients pouvaient figurer sur la liste des établissements reconnus. Les établissements hospitaliers traitant uniquement des patients bénéficiant de l'assurance complémentaire n'en faisaient pas partie et devaient fonctionner d'après les principes de la concurrence. Parallèlement, la réforme a introduit des financements incitatifs pour le domaine hospitalier, tels que les budgets globaux prospectifs. Pour les réformateurs, les prix devaient continuer à être définis par l'autorégulation entre les partenaires concernés. Le système sanitaire connaît aujourd'hui encore un système de prix régulés, fixés entre les responsables des établissements hospitaliers (les autorités cantonales et/ou les administrateurs d'hôpitaux et cliniques) et les assureurs maladie.

S'agissant du domaine ambulatoire, la LAMal, a maintenu le système des tarifs et prix négociés entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie, déjà existant avant la réforme. La LAMal a néanmoins prévu une coordination et une standardisation nationale,[28] qui a donné naissance à de nouvelles instances de concertation en réseaux au niveau national entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie et a engendré de nouveaux rapports entre les partenaires. Les mesures de contrôle de l'offre déjà en œuvre ont de plus été maintenues. Les réformateurs ont également proposé des mesures incitatives, telles que les budgets globaux et les modèles alternatifs d'assurance, prévoyant la liberté de contracter, et de nouvelles modalités de financement.

---

[26] OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*, *loc. cit.*

[27] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 732.

b) Le marché dans le système assurantiel

Avant l'introduction de la LAMal, le domaine assurantiel était déjà régi par un marché réglementé. Il se prêtait donc davantage à une libéralisation que celui des prestations. La réforme devait surtout permettre de faire face au manque de transparence dénoncé par la Commission des Cartels et d'améliorer la liberté de choix des assurés-patients concernant le type de couverture et les assureurs maladie. En vue de favoriser l'introduction d'un marché concurrentiel, la LAMal a prévu l'extension aux assureurs privés du droit de fournir l'assurance de base obligatoire, ce qui, avant la réforme, était une prérogative des seules caisses-maladie, c'est-à-dire des institutions sans but lucratif. Les assureurs sociaux peuvent offrir uniquement l'assurance de base.[29] Le secteur des assurances complémentaires facultatives continue quant à lui à être offert par les seuls assureurs privés. Les assurances complémentaires facultatives comprennent la couverture de services qui sont exclus ou non complètement couverts par l'assurance de base.[30] Parmi ceux-ci figurent certains services ambulatoires (les soins dentaires, la physiothérapie, la médecine alternative et les médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance de base) ou certains services stationnaires (les chambres privées ou semi-privées) non couverts par l'assurance de base.[31]

---

[28] Voir par exemple la préface de la ministre de l'époque Ruth Dreifuss à KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, nécessité évoquée également par la suite, voir OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives*, Berne, OFSP, 2001.

Parallèlement, la LAMal a introduit l'obligation d'admission de la part des assureurs-maladie, pour favoriser le libre passage des assurés-patients d'un assureur maladie à un autre, et l'obligation des assureurs maladie d'accepter toute requête d'assurance, cela indépendamment du sexe, de l'âge, de l'état de santé et de la situation financière du requérant. L'obligation d'admission était censée éliminer la sélection des risques, à laquelle les caisses maladies s'étaient livrées avant la LAMal.

---

[29] HELDERMAN J.-K., HENKE K.-D., MORESI-IZZO S., REIMERS L., "Competition in Health Insurance Systems", paper for the 16th Meeting of the European Health Policy Group (EHPG), *Access, Choice and Equity,* Economic and Social Research Institute (ESRI), Dublin, 16th-17th April 2008, p. 10.

[30] Voir les definitions fournies par WHO, *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe ?*, Health Evidence Network (HEN), Copenhagen, World Health Organisation (WHO), 2004, p. 9.

[31] Voir par exemple, BRUNNER H. H., CUENI S., JANUTH R., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 45-69.

Le fonds de compensation des risques constitué en 1993 a également été maintenu. Le gouvernement craignait que l'introduction de la concurrence avec des primes uniformes encourage la sélection des risques plutôt que de contenir les coûts.[32] Le fonds était un système de rééquilibrage des risques par la création de portfolios semblables entre les assureurs-maladie, de façon à les inciter à se concurrencer par l'offre des services (proximité avec le client, meilleure qualité des services, système efficient de gestion des coûts) et non pas sur les conditions de santé de leur assurés.[33] Il était censé garantir l'équité de traitement.[34]

Avec ce système, la redistribution passe par des subsides croisés entre assurés-patients aux conditions de santé et d'âge différents.[35] Les mécanismes d'ajustement visent à réduire toutes les attitudes discriminatoires vis-à-vis des assurés-patients de la part des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie. En atténuant les différences de risques, ils constituent en même temps les conditions de base favorisant l'exercice du choix. Un système efficace de compensation des risques et l'exercice de la liberté de choix constituent, selon les théories économiques, deux conditions préalables au fonctionnement concurrentiel dans les systèmes sociaux d'assurance.[36]

---

[32] «…the enforcement of competition with flat rate premiums would lead to risk selection rather than to cost containment», in BECK K., «Growing Importance of Capitation in Switzerland», *loc. cit.*, p. 112. Voir également BECK K., SPYCHER S., HOLLY A., GARDIOL L., "Risk Adjustment in Switzerland", in *Health Policy*, n° 65, 2003, pp. 63-74 et les considerations de KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", *loc. cit.*, pp. 299-307.

[33] Voir par exemple, SPYCHER S., "Compensation des risques dans la LAMal – et la suite ?", in *Sécurité sociale CHSS,* n° 2, 2004, pp. 109-112 ainsi que les expertises pour la réforme de la LAMal, SPYCHER S., *La Compensation des risques dans le cadre de la 3ème révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*, Rapport final définitif du groupe de travail «Compensation des risques» : Synthèse, Mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, BASS, 6 janvier 2004.

[34] SCHEIMAN I, WASEM J., "Regulating the Entrepreneurial Behaviour of Third-Party Payers in Health Care", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Care System Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 2002, p. 186.

[35] LEU E. R., BECK K., *Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz,* Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, Bern, Universität Bern, 2006 ; voir par exemple la partie consacrée aux mécanismes de réajustement dans BUSSE R., SALTMAN R. B., DUBOIS H. F. W., "Organization and Financing of

c) Les incitations envers les assurés-patients

En accord avec les principes de NGP et les tendances des autres pays de l'OCDE, la LAMal avait pour but d'agir également sur la demande. Cela s'est principalement traduit par l'adoption d'une série de mesures visant un renforcement de l'auto-responsabilisation des assurés-patients et de l'amélioration de leur droit au choix. Les assurés-patients sont désormais appelés à assumer des conduites responsables dans l'utilisation des services

---

Social Health Insurance Systems : Current Status and Recent Policy Devekopments", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 50-52.

[36] GRESS S., "Regulated Competition in Social Health Insurance : A Three-Country Comparison", in *International Social Security Review*, Vol. 59, n° 3, 2006, p. 28 et p. 32.

et des prestations sanitaires, ainsi qu'à prendre conscience des coûts engendrés, s'approchant ainsi d'une attitude de client.[37]

La réforme a offert aux assurés une multitude d'options pour faire face individuellement aux risques jadis en partie socialisés, en érigeant l'assuré en individu responsable en mesure de définir ses propres besoins. Pour augmenter la responsabilité, les réformateurs ont mis en place une série de mesures visant l'augmentation de la participation individuelle aux coûts, en intervenant, respectivement, sur le remboursement et sur le financement par les assurés-patients d'une quote-part 10% des coûts dépassant la franchise (co-payement). La réforme a de plus permis aux assurés-patients d'agir plus librement sur leur couverture assurantielle. La LAMal a introduit la possibilité de varier les réductions, en augmentant la franchise de base et/ou en choisissant une franchise à option pour influer sur le niveau des primes.[38] Elle a également introduit de nouveaux types d'assurance, plus connus sous leur appellation anglaise «managed care», permettant d'obtenir une réduction des primes, en acceptant toutefois de réduire le choix des fournisseurs de prestations.[39]

---

[37] BOLGIANI I., *L'Application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : risques et opportunités*, Muri (BE), Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), n° 66, p. 6 ; pour le rôle de l'assuré-patient voir également WILDNER M., DEN EXTER A. P., VAN DER KRAAN W G. M., "The Changing Role of the Individual in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *op. cit.*, pp. 248-250.

[38] EBERHARD P., "Les Franchises à option dans l'assurance maladie ", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 6, 2000, pp. 331-334 et le rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, Éditions OCDE, 2006.

[39] Pour une discussion et un des premiers bilans de ces mesures après l'adoption de la LAMal, voir par exemple ZWEIFEL P., "Switzerland", in *Journal of Health Politics, Policy and Law,* Vol. 25, n° 5, 2000, pp. 937-944.

1.2.2. Le renforcement de la solidarité

La solidarité était l'un des deux principaux objectifs de la LAMal, parallèlement à l’augmentation de l’efficacité du système et de l’amélioration de la qualité des prestations. La réforme a introduit l’obligation d'assurance pour tous les résidents, objectif qui était discuté depuis les années ‘60. *De facto*, la loi n'a fait qu’ancrer une situation déjà existante. Lors de l'introduction de la loi, presque 90% de la population était déjà assurée.[40] L’obligation de couverture a été accompagnée par l’introduction d’un catalogue de prestations de base (liste positive), l’un des plus généreux parmi les pays de l’OCDE.[41] L’obligation d’assurance, l’obligation d’admission, et la mise en œuvre d’un système de compensation des risques doivent favoriser l’équité de traitement et, finalement, de l’accès aux prestations.[42]

Ces mesures garantissant l’équité d’accès aux prestations ont été accompagnées par des mesures égalitaires plus traditionnelles, notamment la réforme des subventions aux primes. L’octroi des subsides fédéraux pour l'assurance maladie a ainsi été revu. Avant la réforme, les subsides fédéraux étaient distribués indifféremment à tous les assurés par les caisses-maladie. Cette distribution indifférenciée, d'après le principe de l'«arrosoir», comme on le nommait à l'époque, avait été critiquée. «Avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la Confédération et les cantons ont suspendu leurs subventions directes aux assureurs-maladie, introduit et étendu en lieu et place la réduction des primes pour les assurés à revenu modeste».[43] Les subsides doivent désormais être versés par les autorités cantonales aux catégories socio-économiques les plus nécessiteuses et doivent garantir une protection sanitaire minimale, résiduelle, afin de favoriser le principe d'auto-responsabilité. Il s'agit de rendre les assurés-patients conscients de l'influence de leurs attitudes et actions sur le système sanitaire, notamment en termes de coûts et de primes d'assurance.

---

[40] Voir par exemple les différentes contributions historiques in GILLIAND P. (s/s la dir. de), *Assurance-maladie suisse. Quelle révision ? 1889-1989, cent ans déjà !, op. cit.*, ainsi que l’historique du Message du Conseil fédéral n° 91.071, *loc. cit.*

[41] OGGIER W., "Comparaisons internationales", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 95-106.

[42] Le catalogue de prestations de base obligatoires, l’adoption des aides publiques et les mécanismes empêchant la sélection des risques constituent les instruments adoptés par les autres pays de l’OCDE à la même époque pour favoriser l’équité. Voir par exemple la section consacrée à l’équité dans WILDNER M., DEN EXTER A. P., VAN DER KRAAN W. G. M., "The Changing Role of the Individual in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *op. cit.*, pp. 256-257.

En se focalisant sur les principes néo-libéraux, les cantons doivent désormais vérifier que seuls les individus ayant un bas revenu soient éligibles. Le passage de la distribution des assureurs-maladie aux autorités cantonales est censé augmenter l'efficacité du système en ciblant les catégories les plus à risque. Il doit également permettre de revoir les responsabilités parmi les acteurs du système sanitaire. La solidarité est une tâche revenant à l'Etat et non aux assureurs maladie.

La LAMal est une loi qui se base sur des principes assurantiels visant une gestion équitable et efficace des risques de maladie[44] et non sur leur mutualisation entre catégories socio-économiques ou générations. S'agissant d'une assurance contre les risques, les deux logiques, économique et solidaire, se croisent.[45] Les subsides, grâce à leur composante redistributive, ont permis de justifier le maintien du financement de l'assurance-maladie par des primes uniques par tête. Selon ce système, la prime est fixée selon la région de résidence, indépendamment du sexe, de l'âge, des conditions de santé ou du revenu des assurés.[46] Bien que critiquée pour sa non-progressivité, la prime par tête a été maintenue par les réformateurs, qui souhaitaient favoriser la solidarité horizontale, –redistribution entre les biens portants et les malades et entre les jeunes et les plus anciens–, plutôt que la solidarité verticale d'après les revenus. Les réformes successives de la LAMal ont néanmoins introduit une différenciation des primes selon trois catégories, adultes, jeunes et enfants. En 2005 a été introduite la réduction de primes pour les enfants (de 0 à 18 ans) et les étudiants (de 18 à 25 années), lesquels ont été exemptés du paiement de la franchise et ont bénéficié de la réduction du co-payement.[47] Les mesures de solidarité (assurance de base obligatoire, subsides) et de gestion équitable des risques (prime par tête, obligation d'admission, fonds de compensation des risques) font appel à deux logiques différentes. La première fait référence aux principes de protection, la gestion des risques renvoie quant à elle à ceux de l'équité.

---

[43] FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 52-53.

[44] Ce qui amène à la commercialisation de l'assurance maladie, à la «commodification» comme cela été évoqué pour les assurances sociales.

---

[45] Julian Le Grand a largement étudié le thème, LE GRAND J., "Equity as An Economic Objective", in *Journal as an Economic Objective,* Vol. 1, n° 1, 1984, pp. 39-51 ainsi que les autres contributions plus récentes traitant des questions d'équité, d'égalité et de choix citées en bibliographie à la fin du document, par exemple LE GRAND J., "Equality and Choice in Public Services", in *Social Research,* Vol. 73, n° 2, 2006, pp. 695-710 ; LE GRAND J., *Equality and Choice. An Essay in Economics and Applied Philosophy*, London, Routledge, 2002.

[46] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*, par exemple p. 33.

[47] *Ibid.*, p. 101.

1.2.3. Réformes entre 1998 et 2002

L'introduction de la LAMal avait été accompagnée de grandes attentes. Son adoption était censée réduire les coûts du système sanitaire et, par conséquent, les primes d'assurance-maladie. Des effets inattendus ont toutefois émergé peu après sa mise en œuvre. En suivant les tendances de l'époque et en se fixant des buts d'autorégulation, la loi avait été formulée dans des termes généraux qui lassaient une large marge d'interprétation aux acteurs actifs dans le domaine sanitaire. La mise en œuvre cohérente de la loi en a été compromise, surtout dans les premières années de son application, qui ont été caractérisées par des dérives par rapport aux objectifs fixés par le gouvernement[48]. En raison de l'absence de directives claires, d'une tradition d'autorégulation et de structures adéquates, la délégation des activités a mené à une mise en œuvre fragmentée de la réforme et à une déresponsabilisation financière, avec le transfert des coûts d'un partenaire à l'autre. Entre 1998 et 2002, des mesures ont été entreprises pour pallier cette situation. La première révision de la LAMal a surtout visé le respect du but de solidarité.[49] Le gouvernement a proposé des mesures permettant d'assurer le respect de la solidarité et il est également intervenu sur l’offre et la demande, afin de mieux piloter le système de santé en améliorant la cohérence et la coordination des activités déléguées aux partenaires.

---

[48] BALTHASAR A., "Dans quelle mesure les objectifs visés par la LAMal ont-ils été atteints ?", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 1, 2002, pp. 6-9.

[49] Message du Conseil fédéral n° 98.058.

Le Conseil fédéral a recouru dans un premier temps à deux arrêtés urgents[50] et, par la suite, a élaboré deux projets de réforme partielle de la LAMal, l’un en 2000 (deuxième réforme) et l’autre en 2004 (troisième réforme). Parallèlement, deux initiatives populaires touchant aux mêmes questions avaient été déposées. Une première, lancée en 1999 et issue de groupes de gauche, demandait l’amélioration de la coordination des mécanismes de pilotage de la part du gouvernement fédéral en vue d'une meilleure coordination des politiques sanitaires. La deuxième initiative, venant principalement de courants de droite, visait un changement dans les modalités de remboursement du secteur hospitalier et un renforcement du libre choix des patients. Le projet de réforme lancé en 2000 devait reprendre tous les aspects des mesures urgentes de 1998 et des initiatives.

Le texte de la réforme s'est de plus appuyé sur les résultats de plusieurs expertises, qui avaient été prévues par une ordonnance de 1995[51], ainsi que sur de multiples interventions parlementaires. Il contenait une thématique très large, notamment la suppression de l’obligation de contracter dans le secteur ambulatoire et la réforme du financement hospitalier. En raison de la conflictualité de certains des thèmes traités, le projet a échoué. Un tableau récapitulatif des réformes et des tentatives de réformes et des interventions adoptées entre 1998 et 2000 est présenté ci-dessous.

---

[50] Résumé des résultats des discussions en commission concernant le Message du Conseil fédéral n° 98.058 (état mai 2005).

[51] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 702.

Tableau 2 : Réformes et tentatives de réformes entre 1998 et 2000

Année	Message	Thème	Décision
1997	*Initiative populaire «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier»*	*Droit des patients de choisir le fournisseur de prestations dans toute la Suisse.*	*Discussion repoussée à la deuxième révision partielle de la LAMal ; soumission au vote ; rejet par le peuple et les cantons en2001.*
	Arrêtés (2) de principe du TFA concernant le financement hospitalier.[52]	*Obligation pour les cantons de contribuer aux frais d'hospitalisation d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire en cas de séjour hospitalier hors canton, ainsi qu'en cas de séjour hospitalier dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoir publics sur le territoire du canton.*[53]	*Renouvelée en 2001 (30 novembre) et fixée dans la Loi fédérale urgente (21 juin 2002) sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie.*
1998	*Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*	- *Réduction des primes par des contributions des pouvoirs publics ;* - *Prix des médicaments: droit de substitution du pharmacien d'une préparation originale par un générique meilleur marché ;* - *Tarifs médicaux : droit des cantons de fixer un budget global pour les soins ambulatoires ;* - *Changement d'assureur pour les assurés.*	

---

[52] Arrêts du Tribunal fédéral des assurances : ATF 123 V 290 ss, 310 ss et ATF 127 V 422 ss.

[53] Message du Conseil fédéral n° 04.031, p. 4029.

1998	*Initiative populaire «pour des coûts hospitaliers moins élevés»*	- *Limitation du régime obligatoire de l'assurance maladie à la seule couverture des frais d'hospitalisation ;* - *Suppression de la participation aux coûts pour les assurés.*	*Soumission au vote et rejet par le peuple et les cantons en 2000 (26 novembre).*
1999	*Initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)»*	*Financement de l'assurance obligatoire par des recettes d'affectation fixes provenant de la TVA et par des cotisations des assurés.*	*Soumission au vote et rejet par le peuple et les cantons en 2003 (18 mai).*
2000	*Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*	- *Maîtrise des coûts ;* - *Suppression de l'obligation de contracter ;* - *Choix de l'hôpital ;* - *Prise en charge des coûts ;* - *Egalité de traitement pour les prestations hospitalières et non-hospitalières ;* - *Planification hospitalière ;* - *Prestations ;* - *Tarifs ;* - *Renforcement des instruments de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire.*	*Rejetée en 2003 par le Conseil national sur proposition de la conférence de conciliation ; discussion reprise dans la troisième réforme partielle de la LAMal.*

1.3. Les projets de réforme partielle de la LAMal dès 2000

Le deuxième projet de réforme partielle de la LAMal, tout en ayant échoué, a été à la base de la formulation de la troisième réforme partielle qui sera traitée dans notre étude. C'est pourquoi nous décrirons dans ce chapitre les principes évoqués dans le deuxième projet de réforme. Nous soulignerons comment le projet de réforme devait constituer une réponse aux dérives apparues lors de l'application de la LAMal. Nous relèverons en particulier que l'objectif principal de la deuxième réforme était d'introduire des changements radicaux, en mesure de faire face aux caractéristiques institutionnelles du système sanitaire suisse, le fédéralisme et le corporatisme, empêchant l'introduction des mécanismes de marché.

1.3.1. Le respect du principe de solidarité

L'arrêté fédéral de 1998 sur les subsides fédéraux a permis au gouvernement d'introduire une norme fédérale minimale pour la distribution des subsides. Le gouvernement a parallèlement décidé d'augmenter les montants maximaux pour la réduction des primes. La décentralisation de la distribution des subsides de la Confédération aux autorités cantonales s'était traduite par des mises en œuvre qui variaient d'un canton à l'autre. Les autorités cantonales avaient adopté des critères et des modalités d'octroi des subsides très disparates,[54] ce qui remettait en cause l'objectif de solidarité. La définition des cercles des bénéficiaires (individus aux «conditions économiques modestes») donnant droit à une réduction de primes et le montant maximal variaient selon les cantons.[55]

Des différences cantonales quant au moment où les subventions étaient versées avaient par ailleurs été constatées. Certains cantons avaient différé la distribution des subsides afin de gagner sur les intérêts.[56] Ces différences s'expliquent par les politiques restrictives adoptées par plusieurs autorités cantonales à cette époque. De plus, certains gouvernements cantonaux n'avaient pas demandé la totalité des subsides fédéraux devant être distribués aux assurés les plus nécessiteux.[57] Les attitudes des gouvernements cantonaux ont remis en cause l'efficacité de l'objectif gouvernemental de solidarité, particulièrement celui visant à ce que les primes des assurés ne dépassent pas le 8% du revenu[58] dans tous les cantons.

Ces mesures ont par la suite été fixées dans la deuxième réforme partielle de la LAMal, qui prévoyait l'harmonisation du système par l'introduction de lignes directrices gouvernementales. La distribution des subsides devait désormais suivre un modèle national comptant quatre catégories de salaires. Le projet de réforme prévoyait également l'introduction d'aides pour les familles et la réduction des primes pour les enfants, mesures qui venaient donc à s'ajouter à celles prévues pour les jeunes, introduites lors de la première révision. Le projet reprenait et généralisait des pratiques déjà en œuvre auprès de certains assureurs maladies proposant des rabais pour les jeunes assurés.

---

[54] Message du Conseil fédéral n° 98.058, *loc. cit.*, p. 745. Les différences portaient sur la définition des cercles des bénéficiaires et sur la base de calcul du droit à la réduction des primes et à la limite du revenu.

[55] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, pp. 744-745.

[56] OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *Aspects de la sécurité sociale,* Rapport de recherche n° 6/1, Berne, OFAS, 2001.

[57] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, pp. 739-741.

[58] *Ibid.*, p. 739.

La réforme constituait un contre-projet indirect à l'initiative populaire que le parti socialiste avait déposée en 1999, «La santé à un prix abordable (initiative-santé)». L'initiative se voulait une solution à l'augmentation des primes de santé, qui n'avaient pas cessée avec l'adoption de la LAMal. Elle demandait l'introduction d'un paiement progressif des primes, tenant compte du revenu et des conditions familiales de l'assuré-patient, d'un financement partiel par la TVA et d'une hausse annuelle des dépenses de santé s'alignant à l'évolution générale des salaires et des prix.[59] Les initiateurs demandaient de plus l'amélioration des mécanismes de pilotage de la part de la Confédération pour une meilleure coordination des politiques sanitaires. Une mise en œuvre plus cohérente du but social et des modifications structurelles devant faciliter l'atteinte de ce but étaient en particulier exigée.[60]

La deuxième révision partielle de la LAMal aurait principalement dû introduire des correctifs adressés aux assureurs-maladie. La délégation aux assureurs-maladie du contrôle des coûts, de même que les incitations à adopter une attitude concurrentielle, les avaient poussés à des attitudes allant à l'encontre du principe de solidarité. Les assureurs-maladie étaient accusés de continuer à pratiquer la sélection des risques telle qu'ils l'avaient pratiquée avant l'introduction de la LAMal, en assurant principalement les bons risques, c'est-à-dire les jeunes et les biens portants. Ces attitudes entravaient en même temps le fonctionnement concurrentiel du marché assurantiel, voulu par la réforme.[61]

---

[59] Message du 31 mai 2000 concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)», n° 00.046, p. 3932.

[60] Résumé des résultats des discussions en commission concernant la troisième réforme de la LAMal (état août 2005), lorsque le thème a été repris.

De plus, pendant la première phase d'introduction de la LAMal, une partie des assureurs maladie ne garantissait pas une séparation stricte entre l'assurance sociale et l'assurance privée. Certains assureurs-maladie avaient entravé le libre passage en empêchant les assurés-patients de changer d'assurance, en leur refusant l'admission ou encore en conditionnant l'octroi de l'assurance de base à la conclusion d'une assurance privée.[62] Ces assureurs maladie remettaient en cause l'équité d'accès aux prestations et ils étaient par conséquent considérés comme ayant une attitude non solidaire. Cela remettait en même temps en péril la liberté du choix, entravant ainsi la responsabilisation des assurés-patients quant à la consommation des prestations de santé.

Dans le même temps, certains assureurs-maladie avaient adopté d'autres comportements prétéritant la liberté de choix de la couverture assurantielle[63], en proposant de nouveaux produits[64] combinant l'assurance de base obligatoire avec une franchise plus élevée et la franchise ordinaire (obligatoire) avec la franchise à option.[65] Les offres combinées remettaient en cause l'efficacité de la participation aux coûts des assurés. En se basant sur des assurances de type privé, ces produits étaient échelonnés d'après les risques, en contradiction avec la solidarité horizontale prévue par la prime unique de l'assurance de base.

---

[61] Message du Conseil fédéral n° 98.058, *loc. cit.*, p. 732 et p. 753.

[62] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 753.

[63] GRESS S., "Regulated Competition in Social Health Insurance : A Three-Country Comparison", *loc. cit.*, p. 33 et p. 36 ; SPYCHER S., *La Compensation des risques dans le cadre de la 3ème révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*, *loc. cit.*, p. 4 ; BECK K., SPYCHER S., HOLLY A., GARDIOL L., "Risk Adjustment in Switzerland", *loc. cit.*, pp. 63-74.

En ce qui concerne le fonds de compensation des risques, certains assureurs-maladie, notamment ceux censés contribuer de manière importante au fonds,[66] avaient procédé à des versements tardifs pour bénéficier des intérêts. En touchant à la péréquation des risques entre les assureurs-maladie et en prétéritant le fonctionnement concurrentiel du marché assurantiel, ces attitudes constituaient une limite au libre passage des assurés et elles étaient non seulement contraires au principe de solidarité, mais elles entravaient également la liberté de choix des assurés.

Pour remédier à cette situation, le gouvernement a agi par des moyens interventionnistes, en interdisant aux assureurs-maladie toute pratique causant des interférences entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire.[67] Ces mesures n'ont néanmoins pas été suffisantes pour écarter toute sélection des risques, le système sanitaire suisse manquant des structures nécessaires à l'exercice de la concurrence.

---

[64] KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", *loc. cit.*, p. 303.

[65] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 760.

[66] *Ibid.*, p. 756.

[67] Message du Conseil fédéral n° 98.058, *loc. cit.* ; rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *loc. cit.*

Les mesures prévues par la deuxième révision partielle de la LAMal allaient au-delà de la seule coordination et du pilotage des tâches décentralisées. Pour faire face aux dérives dans la mise en œuvre des tâches déléguées, la deuxième réforme a renforcé les compétences de surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'assurance-maladie sociale.[68] Le gouvernement a par ailleurs prévu des mesures coercitives de type plus classique. Il a introduit l'obligation de la réparation des dommages causés envers les assurés, des amendes d'ordre en cas d'inobservation des prescriptions et des intérêts moratoires sur les contributions au fonds de compensation des risques versés en retard. En réalité, ces mesures interventionnistes n'ont été utilisées que de façon ponctuelle. Il ne fallait pas remettre en question la gestion autorégulée du système sanitaire. La LAMal a attribué au Conseil fédéral le rôle d'instance de recours en cas de désaccords entre les partenaires, ce qui limitait sa possibilité de prescrire des recommandations.

1.3.2. Le contrôle de l'offre ambulatoire

La deuxième révision a été l'occasion pour le gouvernement de proposer des réformes plus radicales, tant par un renforcement du contrôle de l'offre des services ambulatoires, que par l'introduction de mesures incitatives.

---

[68] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*

L’augmentation des coûts avait particulièrement concerné le domaine stationnaire, mais elle touchait également les prestations ambulatoires. Des études avaient montré que l’augmentation des coûts était proportionnelle à la densité de cabinets médicaux présents dans une région. Selon le gouvernement, il fallait donc réduire le nombre excessif de fournisseurs de prestations.[69] Cela avait contribué à augmenter les critiques envers les fournisseurs de prestations ambulatoires.

Pour remédier à cette situation, la deuxième réforme partielle de 2000 a touché les modes de financement, par l’adoption facultative d’un budget global dans le domaine ambulatoire.[70] Le budget global devait constituer une incitation complémentaire aux mesures extraordinaires de maîtrise des coûts plus interventionnistes, tel que le gel des tarifs, qui avait été introduites en 1998 pour pallier l’augmentation des coûts.[71] Le budget global avait toutefois rencontré des difficultés d’application lors de la première révision. Certains cantons, particulièrement de Suisse orientale, les critiquaient, car ils les percevaient comme une façon d'introduire une planification intercantonale. Les budgets étaient par ailleurs perçus comme des moyens étant aux mains des assureurs-maladie pour contrôler l’offre.[72] C’est pourquoi, dans la deuxième réforme, le budget global était proposé comme mesure facultative et non plus obligatoire, comme lors de la première révision. Il devait constituer un exemple pour les cantons ne l'ayant pas encore adopté.[73]

---

[69] DOMENIGHETTI G, CRIVELLI L., "Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers", in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 43, 2003, pp. 397-425.

[70] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 759.

[71] *Ibid.*, p. 773.

[72] Résumé des résultats des discussions en commission concernant la troisième réforme de la LAMal (état août 2005), *loc. cit.*

La suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire a également été proposée dans le cadre de la deuxième réforme de la LAMal, suite à une motion la demandant indistinctement pour le domaine ambulatoire et stationnaire.[74] La suppression de l'obligation de contracter aurait érigé la concurrence en tant que moyen de maîtrise des coûts, en lieu et place de la planification. La radicalité de la réforme proposée a néanmoins fait échouer le projet lors de la phase de consultation et la suppression de l'obligation de contracter a été repoussée à la troisième réforme. Si cette réforme avait été adoptée, le système aurait subi un changement structurel significatif. Le gouvernement a par conséquent été contraint de proposer des alternatives.

La suppression de l'obligation de contracter a par conséquent été limitée aux seuls médecins ayant atteint l'âge de 65 ans révolus. L'échec du projet de deuxième réforme partielle est en outre à la base de l'ordonnance, dont la durée était limitée à 2005, conditionnant l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux à ce que l'on a nommé «la preuve du besoin».[75] Par cette ordonnance, les autorités cantonales ont obtenu le droit de réduire l'offre de soins ambulatoires lorsqu'il était considéré que la densité de médecins était trop élevée.[76] Le gouvernement voulait ainsi, *de facto,* introduire dans le domaine ambulatoire un élément de planification de l'offre, qui devait être interprété comme alternative provisoire à l'adoption de la suppression de l'obligation de contracter, qui devait être reprise dans le projet de la troisième réforme partielle de la LAMal.

---

[73] Message du Conseil fédéral n° 00.046, *loc. cit.*, p. 3951.

[74] Motion n° 00.3003, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique : «Suppression de l'obligation de contracter», évoquée dans Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 710, p. 712 et p. 722.

[75] Ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF), (Etat le 1er janvier 2010).

Ne pouvant pas introduire d'éléments incitant à la concurrence, en raison du corporatisme, le gouvernement a opté pour des mesures planificatrices. Les contraintes institutionnelles, telle que l'obligation de contracter, expliquent par ailleurs la volonté du gouvernement d'introduire une réglementation en matière tarifaire. Le projet de deuxième réforme partielle de la LAMal prévoyait la standardisation au niveau national de la structure tarifaire pour les prestations médicales,[77] ce qui était censé garantir la transparence[78] des coûts et devait ainsi créer les conditions préalables à la comparabilité des professionnels.

Le système constituait un instrument visant l'autonomie contractuelle entre les partenaires et, par conséquent, l'auto-responsabilité. Tout en étant une tâche déléguée, l'instauration du système concerté de définition des tarifs[79] a été accompagnée par l'introduction de conditions-cadres ne portant pas atteinte à l'équité. Il était question d'introduire des conditions objectives de négociation entre les partenaires et d'éviter tout arbitraire, surtout en vue de l'éventuelle suppression de l'obligation de contracter. Le projet de révision de loi prévoyait la sécurité de l'approvisionnement, ainsi que la garantie de l'économicité et de la qualité des prestations[80], qui sont devenus depuis deux principes cadres de la LAMal.

---

[76] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 710.
[77] *Ibid.*, p. 724.
[78] *Ibid.*, p. 724.
[79] *Ibid.,* p. 726.

1.3.3. Le contrôle de l'offre stationnaire

En Suisse, le remboursement des frais d'hospitalisation des hôpitaux publics ou subventionnés est régi par ce que l'on appelle le système dual. D'après ce système, le remboursement des frais hospitaliers est cofinancé par les assureurs-maladie et par les cantons. La participation des autorités cantonales tient à leur statut de propriétaires d'hôpitaux publics et par leur rôle de financeurs dans le cas d'établissements subventionnés. Lors de l'introduction de la LAMal, la question du financement hospitalier a été l'un des objets les plus controversés. Des divergences d'application et d'interprétation de la loi ont assez rapidement émergé après l'introduction de la réforme. Elles portaient sur les tarifs et sur les responsabilités du financement d'hospitalisations hors canton. Les autorités cantonales ont constamment réduit leur participation au remboursement des frais hospitaliers[81], conséquence des politiques restrictives que les cantons, comme la Confédération, ont adoptées dès le début des années '90.

Les assureurs-maladie et les représentants cantonaux ont divergé quant à l'interprétation des modalités de remboursement décrites par la loi. Une première divergence s'est vérifiée s'agissant du remboursement des frais hospitaliers pour les assurés en division privée. La première version de la loi prévoyait une différenciation entre division commune, semi-privée et privée. La loi distinguait également traitement dispensé à l'intérieur du canton de résidence et hors canton. D'après la loi, les cantons étaient tenus de contribuer au financement des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics, pour les patients en division commune, cela indépendamment de leur couverture assurantielle. Pour garantir l'égalité entre les traitements à l'intérieur et hors des cantons, les autorités cantonales étaient censées financer les traitements hors canton en division privée et semi-privée également.

---

[80] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 724.
[81] *Ibid.*, p. 700.

En exploitant la marge d'interprétation offerte par la loi, et sous la pression des politiques budgétaires restrictives, certains cantons ont cependant contesté leur obligation de financer les hospitalisations en division semi-privée et privée hors canton de résidence, engendrant ainsi des conflits avec les assureurs-maladie et prétéritant du même coup le principe du libre accès aux prestations.[82] Les frais ont dû être couverts par les assureurs-maladie, qui n'avaient pas d'instruments leur permettant d'influer sur le volume de prestations, empêchant la réduction des coûts et causant leur transfert vers les assurés.

Pour éviter d'avoir à payer les frais hors canton, certaines autorités cantonales s'étaient par ailleurs livrées à des pratiques autarciques. Cela signifiait qu'au lieu de favoriser la collaboration avec les hôpitaux d'autres cantons, certains gouvernements ont encouragé leurs propres infrastructures. Selon le système de financement en vigueur à l'époque, il était plus rentable pour un canton d’essayer d’offrir toutes les prestations en son sein que de partager les coûts avec les hôpitaux d'autres cantons. Ces attitudes mettaient toutefois en péril la planification hospitalière intégrée censée contribuer à une utilisation plus efficace des ressources et permettre la réduction des coûts. Les assureurs-maladie ont alors dû rembourser une partie significative des coûts hospitaliers en lieu et la place des cantons, et ont compensé le manque à gagner en transférant les coûts vers les assurés-patients.

---

[82] BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de, Berlin, Verlag im Internet, 2005.

Ces attitudes ont causé des conflits et ont contribué à désolidariser le système sanitaire. L’absence de comptabilité analytique et le manque de transparence ont été à la base de la multitude de recours déposés par les assureurs-maladie au Tribunal fédéral des assurances (TFA).[83] Ce sont les décisions du TFA qui ont été à la base de la première révision partielle de la LAMal de 1998, devant constituer une réponse aux divergences d’interprétation de certaines autorités cantonales quant à la distribution des subsides. Le Conseil fédéral a à ce sujet édicté deux arrêtés fédéraux de durée limitée jusqu’en 2002 (prolongation d’une année) imposant aux cantons de payer toute hospitalisation délivrée dans un hôpital public ou subventionné par un pouvoir public hors canton, dans la même proportion que si elle avait été effectuée en division commune du canton de résidence.[84] La question du moment de son application –dès l’émission de la décision ou rétroactivement– n’avait néanmoins pas pue être réglée. De plus, le TFA ne s'était pas prononcé sur le cas des hospitalisations en division privée à l'intérieur du canton de résidence.

---

[83] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, pp. 700-701.

[84] *Ibid.*, p. 764.

Dans un premier temps, les accords entre les partenaires n'ont donc été possibles que grâce à l'intervention médiatrice du gouvernement.[85] Pour trouver une solution sur les divergences ayant opposé les autorités cantonales et les assureurs-maladie, le gouvernement a adopté des mesures urgentes visant un compromis. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a poussé les cantons et les assureurs-maladie à des négociations extrajudiciaires.[86] Un accord de durée limitée a pu être conclu entre la Conférence des directrices et directeurs de santé (CDS) et les assureurs-maladie suisses (santésuisse).[87] La position des cantons sur la question n'était pourtant pas unanime et peu d'entre eux ont mis en œuvre la décision.

Le gouvernement a donc décidé que la question du financement hospitalier devait être traitée séparément, dans une deuxième réforme partielle de la LAMal. Le sujet était très controversé et l'éventualité du lancement d'un référendum[88] a souvent été évoquée. Dans la deuxième réforme partielle, le gouvernement devait introduire des mesures plus radicales, prévoyant un changement des modes de financement et de remboursement du système hospitalier, lequel ne devait plus être basé sur les coûts, mais sur les prestations. L'introduction d'un système basé sur le remboursement des prestations constitue clairement un élément de NGP visant l'instauration du quasi-marché dans le domaine stationnaire. La deuxième réforme de la LAMal visait à introduire de nouveaux modes de gestion favorisant la distinction entre la conduite des établissements hospitaliers et les stratégies politiques. La réforme prévoyait que les établissements hospitaliers se dotent de la comptabilité analytique, permettant une séparation entre les coûts engendrés par les assurés couverts par l'assurance de base et ceux couverts par l'assurance complémentaire.[89]

---

[85] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 765.

[86] *Ibid.*, p. 765.

[87] L'accord du 30 juin 2002 (voir bibliographie) avait pour but l'«arrangement extrajudiciaire sur le financement des traitements hospitaliers intracantonaux de patients privés et semi-privés dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics», p. 1.

[88] Résumé des résultats des discussions en commission concernant le Message du Conseil fédéral n° 00.079 (état 2003/04 et août 2005).

En plus d'éviter le transfert des coûts vers les assurés, l'adoption de la comptabilité analytique devait favoriser une planification hospitalière basée sur la comparaison des prestations des hôpitaux («benchmarking»). La distinction entre coûts d'investissement et coûts d'exploitation devait permettre une transparence, en tant que condition préalable à la comparabilité des établissements, ainsi que la définition d'une liste hospitalière unifiée d'établissements publics-privés. Toute institution publique ou privée pouvait désormais concourir pour obtenir un mandat de prestations et être inscrite sur la liste des établissements reconnus, ce qui visait à garantir une meilleure prise en considération des cliniques privées et à favoriser la concurrence.[90]

La deuxième réforme partielle était censée résoudre les défaillances du système de remboursement des frais hospitaliers encore en suspens, en introduisant des mesures de maîtrise des coûts, sans toutefois libéraliser ou privatiser le système des soins stationnaires.[91] Les mesures étatiques, telle que la planification hospitalière, ayant montré leurs limites, le deuxième projet de réforme avait pour objectif le renforcement des incitations pour un fonctionnement proche de celui basé sur la concurrence, par la redéfinition d'un financement favorisant une meilleure répartition entre hôpitaux publics et cliniques privées.

---

[89] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 703.
[90] *Ibid.*, pp. 731-733.
[91] *Ibid.*, p. 715.

Le projet proposait un système dual fixe de remboursement avec des pourcentages de contributions fixes. Selon ce modèle, toujours en vigueur, les assureurs-maladie remboursent au maximum 50% des coûts d'exploitation imputables à la division commune («contribution de base» couverte par la LAMal) dans toute institution reconnue. Les cantons sont censés payer le 50% restant ou plus en fonction du niveau de remboursement négocié entre les deux partenaires.[92] Ayant anticipé les oppositions, le projet autorisait une étape intermédiaire, le «système dual fixe», dans lequel les pourcentages des contributions des différents partenaires sont fixés (mais pas nécessairement de manière égale). Les services fournis par les hôpitaux privés sont inclus dans les listes cantonales.[93]

Le financement basé sur le remboursement des coûts ne constitue pas une incitation à la maîtrise de l'offre des prestations, car les frais reflètent non seulement les prestations fournies, mais également les investissements d'exploitation.[94] Le deuxième projet de réforme proposait l'introduction du financement des prestations et non plus la couverture des coûts d'exploitation des hôpitaux publics.[95] Les hôpitaux publics avaient en effet eu tendance à augmenter leurs recettes,[96] plutôt que de réduire les prestations considérées comme non nécessaires. Ces attitudes ont par ailleurs été soutenues par les autorités cantonales responsables, lesquelles ont continué à couvrir les frais des hôpitaux déficitaires. La couverture des déficits et la prise en charge des coûts d'investissements sont deux éléments permettant aux hôpitaux publics de bénéficier d'un avantage par rapport aux cliniques privées, ce qui rend plus difficile l'instauration d'un fonctionnement basé sur la concurrence entre les deux catégories d'établissements. La deuxième réforme partielle de la LAMal a de plus coïncidé avec la clarification des modalités de négociations tarifaires dans le domaine stationnaire.

---

[92] BRITT F., "La 2ème révision de la LAMal", in *La vie économique. Revue de politique économique*, n° 11, 2002, pp. 12-13 ; ECONOMIESUISSE, "Spitalfinanzierung : kein Ausbau der Plannung. Qualität- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt statt kantonalen Protektionismus", *Dossierpolitik*, n° 12, 3. April 2006.

[93] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 695 ; MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", in *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 4, n° 25, 2010, pp. 368-385.

1.3.4. La dérégulation du marché assurantiel

Parallèlement aux mesures interventionnistes touchant aux fournisseurs de prestations, le projet de deuxième révision partielle de la LAMal avait l'objectif de renforcer les incitations dirigées vers les assureurs-maladie. Dès la première révision, ceux-ci avaient la possibilité de conclure des contrats spéciaux à des tarifs particuliers avec les fournisseurs de prestations ambulatoires. Ces mesures devaient favoriser la concurrence dans le marché assurantiel.[97] D'après les théories économiques, pour qu'un système concurrentiel s'installe, «les assureurs maladie doivent avoir la possibilité de développer des dispositions contractuelles innovantes avec les prestataires de soins prenant en compte les préférences des consommateurs. Ils ne le feront que s'ils sont à même d'obtenir des avantages compétitifs sur le marché de la santé».[98]

---

[94] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 722.
[95] *Ibid.*, p. 722.
[96] *Ibid.*, p. 703.

La LAMal avait par ailleurs prévu la possibilité pour les assureurs-maladie de proposer des formes alternatives d'assurance. Les assureurs-maladie pouvaient désormais offrir : l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise à option.[99] Ces formes particulières d'assurance avaient pour but de responsabiliser les assurés-patients par la détermination de leur couverture et par la limitation du choix des fournisseurs de prestations. Selon les évaluations menées jusque là, ces formes avaient néanmoins été peu proposées par les assureurs-maladie, principalement parce que l'obligation de contracter et les modes de remboursement inhibaient les assureurs-maladie à adopter tels modèles.

Nonobstant cette situation, les modèles alternatifs d'assurance faisaient partie du projet de la deuxième réforme partielle de la LAMal. Le projet envisageait plus particulièrement le renforcement des modèles du médecin de famille, également appelé médecin de premier recours, et celui des «Health maintenance organisations» (HMOs), sans toutefois les rendre obligatoires.[100] Dans le modèle du médecin de famille, un ensemble de médecins s'associent librement dans le but de coordonner efficacement les soins pour les patients. Les HMOs sont quant à eux des groupes de cabinets médicaux exploités par les assureurs-maladie, dans lesquels la gestion de l'offre des services est très centralisée et les fournisseurs de prestations assument une part de la responsabilité financière du groupe. Les deux modèles, HMOs et médecins de famille, devaient jouer le rôle de «gatekeeper», soit une interface limitant l'accès aux spécialistes et pilotant mieux les consultations auprès des généralistes.

---

[97] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 700 et p. 733.

[98] «…sickness funds need to be able to develop innovative contractual arrangement with healthcare providers that take into account consumers' preferences. They will do so only if they are able to gain competitive advantages in the sickness fund market», in GRESS S., "Regulated Competition in Social Health Insurance : A Three-Country Comparison", *loc. cit.*, p. 38.

[99] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 733.

Les modèles de «managed care» prévoient également des «Preferred Provider Organizations» (PPOs). Dans ce système les assureurs-maladie choisissent un nombre limité de fournisseurs de prestations (ambulatoires ou hospitaliers), dont les prestations seront remboursées. Les modèles dits PPOs sont également appelés modèles «light» parce que, dans la majorité des cas, les fournisseurs de prestations n'assument pas de responsabilité économique et n'agissent pas en tant que «gatekeeping». Ils prévoient toutefois un choix limité de prestataires pour les patients, ce qui justifie des négociations de prix particulières.[101]

---

[100] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 700, p. 724 et p. 733.

[101] Pour une explication des différents modèles d'assurance, voir BUCHS L., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, tout particulièrement pp. 127-128 ; WIRTHNER A., ULRICH V., "Managed Care", in ZENGER C. A., JUNG T.

L'adoption de modèles alternatifs d'assurance devait contribuer à la maîtrise des coûts en évitant ce que l'on appelait le «tourisme médical»,[102] soit la tendance des assurés-patients à multiplier les consultations auprès de divers fournisseurs de prestations. Ces mesures étaient censées maîtriser tant la demande que l'offre. Ces modèles alternatifs d'assurance ont dans le même temps introduit des formes de pilotage des fournisseurs de soins ambulatoires.[103] Ils ont permis des modalités contractuelles particulières, tels que des contrats basés sur la performance et l'adoption de budgets globaux à la place du financement à l'acte. Ils ont constitué un moyen de réduire les attitudes cartellistes identifiées avant l'introduction de la LAMal de la part tant des assureurs maladie, que des fournisseurs de prestations. L'obligation de contracter et la planification hospitalière empêchaient les assureurs-maladie d'influer sur l'offre de prestations et d'améliorer à leur tour les produits assurantiels. Les assureurs-maladie ont donc continué à se livrer à la sélection des risques.[104]

(Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, p. 2003, pp. 258-260.

[102] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 733.

[103] Pour une analyse des contrats sélectifs, voir par exemple SCHEIMAN I, WASEM J., "Regulating the Entrepreneurial Behaviour of Third-Party Payers in Health Care", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, *op. cit.*, aux pages 187-190.

[104] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 704.

1.4. La troisième réforme partielle de la LAMal (2004)

Face à l'échec du projet de deuxième réforme partielle et sous la pression des initiatives populaires et des multiples motions déposées,[105] le gouvernement a proposé en 2002 un nouveau projet de réforme, réalisé en 2004. Par cette troisième réforme partielle de la LAMal, l'objectif du gouvernement était d'optimiser le système en proposant une synthèse des aspects de la deuxième réforme partielle qui n'avaient pas été contestés lors des débats parlementaires. Ils ont été systématisés et les priorités ont été revues. Le Conseil fédéral a décidé de relancer le processus de révision de la loi en poursuivant une stratégie globale.[106] Le gouvernement a fixé les priorités pour la réalisation des objectifs centraux en tenant compte des contraintes institutionnelles et des conflits potentiels. Le projet a été divisé en deux paquets de réformes, pour un total de six sous-projets, dont une partie est aujourd'hui encore en discussion. Avec ces paquets, le gouvernement visait la consolidation et l'optimisation du système.[107]

Les réformateurs ont mis en œuvre ce qu'en jargon politique suisse on appelle la politique des petits pas. Ces mesures devaient favoriser une plus grande cohérence du système, par une meilleure coordination.[108] Dans le souci de garantir son acceptation, la réforme a par ailleurs été élaborée par priorité. Il fallait en premier lieu régler les problèmes urgents et les premières dérives dues à l'introduction de la LAMal, puis ensuite stabiliser le processus de dérégulation et de décentralisation, afin d'éviter une désolidarisation ultérieure du système. Dans un deuxième temps, il s'est agi de renforcer les mesures incitatives sur la demande et l'offre de prestations censées renforcer les attitudes concurrentielles.

---

[105] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 707.

[106] Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, Partie : "Stratégie globale, à la compensation des risques, aux tarifs des soins et au financement des hôpitaux", *Rapport explicatif* du Message du Conseil fédéral n° 04.031 ; voir également OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Réforme LAMal 2004*, publication sur le site internet : http://www.bag.admin.ch /kv/projekte/f/index.htm, 26 mai 2004 [11.06.2004] et OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Informations générales concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)*, Berne, OFSP, 5 février 2010, p. 3.

[107] Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4025.

La réforme devait débuter par les thèmes dont on pensait qu'ils étaient le plus aisément acceptables et se terminer par les changements structurels touchant au cœur même du système. Les incitations ont été accompagnées de mesures planificatrices. Toutes ces précautions n'ont pas empêché l'émergence de conflits après les premières tentatives de mise en œuvre, ce qui a bloqué les réformes pour plusieurs années. En 2009, le gouvernement a à nouveau recouru à des mesures urgentes pour concrétiser des aspects qui, selon lui, avaient un intérêt central.[109]

1.4.1. Le fractionnement en paquets en tant que moyen d'acceptation

Comme nous l'avons vu, la première réforme partielle de la LAMal et le projet de deuxième réforme étaient principalement focalisés sur le contrôle du volume des prestations fournies et consommées. Des mesures interventionnistes ont continué à être proposées en plus des mesures incitatives. Avec la troisième réforme partielle, on a assisté à un changement de priorités et à une focalisation sur la concurrence.

---

[108] Requêtes issues d'initiatives.

[109] SANTÉSUISSE, "Massnahmen gegen den Kostenschubim Gesundheitswesen – Zwischenbilanz", *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 4, 2009, pp. 4-5.

Jusqu'alors, le but avait été d'inciter les acteurs actifs dans le système sanitaire à mettre en oeuvre de façon conséquente les principes de la loi.[110] Beaucoup d'efforts ont porté sur la réalisation de l'objectif de solidarité, qui présentait moins d'obstacles institutionnels à sa réalisation que les objectifs d'efficacité et de qualité. L'obligation de s'assurer et la prime unique permettaient une solidarité horizontale, soutenue par le libre passage intégral et la compensation des risques.[111] L'élargissement des prestations couvertes par l'assurance de base a garanti l'accès généralisé aux soins.[112] Pour ces raisons, et en se basant sur les résultats des évaluations demandées à l'époque,[113] le gouvernement a conclu, lors de la troisième réforme, que l'objectif de solidarité avait été atteint.[114] Du côté de la demande, on insistait désormais plus sur la liberté de choix des assurés-patients que sur leur responsabilisation.

---

[110] Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4025.

[111] ZELTNER T., "Sept messages pour une réforme", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 3, 2004, pp. 172-175.

[112] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *loc. cit.*

[113] BALTHASAR A., "Dans quelle mesure les objectifs visés par la LAMal ont-ils été atteints ?", *loc. cit.*, pp. 6-9 ; BALTHASAR A., BIERI O., FURRER, "Évaluation de l'application de la réduction des primes", *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, n° 5, 2001 ; pour une liste de toutes les évaluations, voir Message du Conseil fédéral n° 04.033, p. 4097.

[114] Intervention de Peter Indra, "Wie viel Gesundheit verträgt die Schweiz ?", au colloque, *Der Patient im Mittelpunkt. Der Patient als Mittel. Punkt*, 9. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenverischerung, organisé par la Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), Kongresshaus, Zurich, 10 mai 2007.

Les évaluations ont par ailleurs montré que la maîtrise des coûts était le seul but de la LAMal n'ayant pas été réalisé. Le projet de troisième réforme prévoyait donc l'instauration d'un système de définition objective des critères d'économicité et de qualité pour garantir un fonctionnement d'après les principes concurrentiels souhaités, ce qui explique la résurgence des questions de qualité et de transparence dans les projets de réforme. Dans ce but, la troisième révision prévoyait des changements institutionnels significatifs, telles que la levée de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire et la redéfinition des critères de planification hospitalière cantonale.

Les multiples enjeux augmentaient néanmoins le risque de veto, comme en 2000. Pour faire face aux multiples oppositions manifestées et augmenter les possibilités d'acceptation de la réforme, le gouvernement a par conséquent décidé en 2004 d'en fractionner les objectifs en différents sous-projets, dont certains sont aujourd'hui encore en discussion.[115] Plus précisément, le nouveau projet de troisième réforme a été divisé en deux paquets législatifs.

Le premier paquet comportait quatre messages fédéraux relatifs à des mesures urgentes et visait la consolidation du système. Ces mesures urgentes étaient censées pallier les effets imprévus causés par l'introduction de mécanismes de concurrence dans un système jusque là régi par la planification et le corporatisme. Elles s'inséraient toutefois dans le sillage des réformes partielles entreprises auparavant. Le premier de ces quatre messages devait résoudre les problèmes en suspens, notamment la question du fonds de compensation des risques, le gel des tarifs et les aspects du financement hospitalier encore ouverts. Le deuxième traitait de la gestion de l'offre ambulatoire par la suppression de l'obligation de contracter, le troisième et le quatrième s'occupant de la coordination des mesures de distribution des subsides et de l'augmentation de la participation des coûts des assurés-patients.

---

[115] SALTMAN R. B., DUBOIS H. FW., "Current Reform Proposals in Social Health Insurance Countries" , in *Eurohealth*, Vol. 11, n° 11, 2005, pp. 10-14.

Le cœur de la réforme était constitué par le deuxième paquet. Des incitations économiques devant introduire des changements institutionnels nécessaires à l'adoption d'un marché réglementé étaient prévues. Ce deuxième paquet était composé de deux messages ayant pour but d'optimiser le système sanitaire, d'inciter à la concurrence, et il traitait également du changement du financement hospitalier et du renforcement de l'adoption des modèles de «managed care».

Avec cette stratégie, le gouvernement entendait clarifier ses propositions et garantir la cohérence du fonctionnement du système sanitaire selon des principes concurrentiels, malgré les contraintes institutionnelles. Ce que le gouvernement proposait était un projet inspiré d'une vision holistique dépassant les seuls principes de la concurrence prévue par Alain C. Enthoven et favorisant désormais la mise en œuvre d'un marché intégré tel que prévu par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg. Les paquets de réformes et les projets respectifs, que nous traiterons en détail dans la deuxième partie et que nous venons de résumer, sont schématiquement présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Paquets de la troisième réforme partielle de la LAMal[116]

	Message	**Thèmes**
PREMIER PAQUET (4 messages)	*Stratégie et thèmes urgents*	▪ *Prolongation de l'arrêté concernant le fonds de compensation des risques.* ▪ *Réduction et gel des tarifs des soins.* ▪ *Prolongation de la loi fédérale urgente sur le financement hospitalier.*
	Liberté de contracter	*Introduction de la liberté de contracter.*
	Réduction des primes	*Introduction d'une norme minimale contraignante pour les cantons de réduction des primes.*
	Participation aux coûts	*Augmentation de la quote-part des assurés de 10% à 20%.*
DEUXIEME PAQUET (2 messages)	*Financement hospitalier*	*Adoption du système dual-fixe, introduction du financement des prestations.*
	Managed care	*Incitations aux modèles de managed care, en tant que formes alternatives d'assurance.*

1.4.2. L'introduction du marché intégré

Vu ce qui précède, le gouvernement a essayé, lors de la troisième réforme, d'aller au-delà de la seule concurrence régulée d'Alain C. Enthoven, en créant les conditions d'un système fonctionnant selon la

---

[116] Pour une vision schématisée voir par exemple, Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4033.

«concurrence basée sur la valeur».[117] Il s’agissait de reprendre le système préconisé par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg pour redresser le système américain, comme le gouvernement l'a d'ailleurs déclaré à plusieurs reprises. Selon ces auteurs, la garantie de l’efficacité du système doit passer par l’adoption d’une série de principes :[118]

- une centralisation sur la valeur du patient et pas uniquement sur la réduction des coûts ;
- une compétition basée sur les résultats ;
- une compétition centrée sur les conditions médicales et sur le cycle des soins dans son ensemble ;
- des soins de haute qualité moins coûteux ;
- la valeur doit être fixée par l’expérience du fournisseur de prestations, de la compléxité des cas et de l’état de santé ;
- la compétition doit être régionale ou nationale et pas uniquement locale ;
- les informations sur les résultats pour soutenir la compétition basée sur la valeur devraient être facilement disponibles ;
- les innovations qui augmentent la valeur devraient être recomposées de manière adéquate.

L’objectif d’introduire les principes de concurrence dans le système sanitaire, telles que l’efficience, l’efficacité et la transparence, implique toutefois l’adoption de structures adéquates. Là où il n’était pas possible d’adopter les mesures instaurant un tel système à court terme, en raison de contraintes institutionnelles et d'oppositions politiques, le gouvernement a proposé des solutions temporaires qui se sont poursuivies pendant la phase de la troisième révision. Ces mesures provisoires ont touché les questions de la prolongation de l’ordonnance du fonds de compensation des risques, de la limitation de l’admission des fournisseurs de prestations, ainsi que les questions de réduction et de gel des tarifs. Ce choix doit être interprété comme une solution de repli adoptée par le gouvernement pour faire avancer le projet. Au vu de l’échec de la maîtrise des coûts, les règles de distribution des subsides fédéraux ont été revues, par un arrêté fédéral en 2005 et par la révision de l’ordonnance en 2007.

---

[117] PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, Harvard, Harvard Business School Press, 2006, pp. 97-148.

[118] *Ibid.*, traduction libre du tableau n° 4-1à la p. 98.

1.4.3. Le financement hospitalier

Parmi les objets proposés dans la troisième réforme partielle, celui du financement hospitalier était le seul qui se différenciait de façon marquante de celui figurant dans le projet de deuxième réforme. Le système dual de financement (cantons – assureurs-maladie) a continué et continue d'être l'objet de discussions en raison surtout du double rôle rempli par les cantons, à la fois financeurs et fournisseurs de prestations. Dans le système actuel, les autorités cantonales occupent plusieurs statuts du fait de leur responsabilité dans la distribution des prestations. Outre d'être responsables de la planification et de la définition des listes des établissements admis à pratiquer à la charge de l’assurance de base, les cantons influent sur les coûts par les investissements, la possibilité de couverture du déficit, les coûts de formation et ceux pour les soins d'urgence. Lors des négociations tarifaires, ils sont à la fois fournisseurs de prestations, autorités de surveillance et de recours en cas de désaccords. Les cantons peuvent par ailleurs fixer les tarifs d'office. Ces aspects sont en contradiction avec les principes de concurrence prévus par la LAMal. Il a de plus été soutenu que la combinaison public-privé dans la fourniture de services, en plus du système d'assurance privée, empêche toute réalisation de la maîtrise des coûts.[119]

Parallèlement à la réforme du financement des prestations, la troisième réforme de la LAMal a prévu un changement des modalités de remboursement des services. La réforme envisageait le passage du système dual de remboursement, c'est-à-dire par les cantons et les assureurs-maladie, au financement dit moniste, où un seul agent paye. Selon ce système, la responsabilité en matière de financement (charge du paiement) est confiée à un acteur unique.[120] Le choix de l'acteur payant dépend du type de marché concerné, quasi-marché ou réglementé. Dans ce dernier cas, le rôle de l'agent payeur serait idéalement rempli par les assureurs-maladie ou des réseaux d'assureurs-maladie. L'adoption du système moniste impliquerait par ailleurs une redéfinition des partenaires des négociations tarifaires, dans les quelles seraient seuls impliqués les assureurs-maladies et les responsables des établissements hospitaliers, publics ou privés. Les autorités cantonales rempliraient un statut d'arbitre uniquement.[121]

---

[119] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives, loc. cit*.

[120] LEU E. R., *Financement hospitalier moniste : résumé*, Institut d'économie politique, Berne, Université de Berne, 2004, p. 2.

Cette solution évoque l'idée de «sponsor» préconisée par Alain C. Enthoven, c'est-à-dire un intermédiaire entre les assureurs-maladie et les assurés,[122] qui traite avec les fournisseurs de prestations. Les assureurs-maladie seraient censés jouer le rôle de canalisateur et devraient choisir des offres de services et des modèles d'assurance.

L'introduction du système dual fixe était perçue par les experts en tant qu'étape intermédiaire en vue de l'adoption à terme du financement moniste. La méthode basée sur un seul payeur devrait réduire la dimension politique du financement des soins de santé et favoriser la compétition entre les fournisseurs de prestations. Cela signifierait néanmoins une redéfinition des responsabilités, notamment celles des autorités cantonales. La combinaison du remboursement des prestations avec l'adoption d'un système moniste devait favoriser une gestion plus efficiente de l'offre basée sur la concurrence, ce qui aurait offert aux assureurs-maladie la possibilité de diversifier à leur tour l'offre assurantielle et faire ainsi jouer la concurrence.

---

[121] LEU E. R., *loc. cit.*, p. 5.

[122] ENTHOVEN A. C., "The History and Principles of Managed Competition", in *Health Affairs*, (supplement), 1993, pp. 25-48.

1.5. Conclusions

La première phase de l'introduction de la LAMal a été caractérisée par des effets inattendus. Au moment de l'introduction de la LAMal, le gouvernement visait une meilleure gestion par la rationalisation de l'offre. Les fournisseurs de prestations et la population l'ont souvent interprétée en termes de rationnement des services, provoquant le lancement d'initiatives populaires, qui ont été accompagnées par des manifestations de rue des fournisseurs de prestations.

L'environnement politique fortement instable et conflictuel privait les acteurs de la motivation nécessaire pour suivre les principes concurrentiels prévus par la loi ; or, la motivation est l'une des conditions que Julian Le Grand J. et Will Barlett ont identifiée comme indispensable au fonctionnement du système concurrentiel.[123] Le contexte institutionnel du système sanitaire suisse, notamment le fédéralisme et la planification, a significativement influé sur ses modalités de fonctionnement. Les structures économiques nécessaires à un fonctionnement basé sur les principes de NGP et de concurrence n'existaient pas encore en Suisse. Les différents partenaires actifs dans le secteur n'étaient donc pas accoutumés aux nouveaux modes de fonctionnement.

En raison des termes généraux et de l'absence de lignes directrices claires, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie n'ont pas nécessairement suivi les principes prévus par la loi. Les principaux partenaires du système de santé se sont dans un premier temps livrés à des pratiques pouvant les avantager, comme prévu par les théories du choix rationnel, ou ont continué à agir comme ils y étaient accoutumés avant la réforme, comme indiqué par la théorie de la «path dependency». Ceci a engendré des conflits et a nécessité l'intervention des autorités et du TFA. L'autorégulation les a poussés à la déresponsabilisation financière et au transfert des coûts. Ces pratiques remettaient en cause les objectifs de solidarité, d'efficience et d'efficacité prévus par la LAMal. Elles empêchaient par ailleurs à terme un travail concerté selon les principes de la concurrence.

---

[123] LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, *op. cit.*

L'absence de structures adéquates à la concurrence et les dérives dans la mise en œuvre de la loi qui en ont découlé sont à la base des propositions gouvernementales de réformes successives qui ont suivi l'introduction de la LAMal. Jusqu'à la première réforme, les efforts gouvernementaux ont continué à faire appel à des mesures macro-économiques interventionnistes de planification, ce malgré la volonté d'introduire les principes de la concurrence.[124] Cela est passé par le contrôle étatique de l'augmentation du volume des prestations du système sanitaire. Dans le domaine stationnaire, le gouvernement a recouru à la planification et aux budgets globaux pour contrôler l'offre.[125] Dans le domaine ambulatoire, il a introduit des directives censées contrôler l'offre, tels que le gel des tarifs et, dans un deuxième temps, la limitation de la liberté de contracter et la clause du besoin. Les mesures incitatives, notamment les modèles alternatifs d'assurance et les budgets globaux, n'ont pas donné les résultats espérés.

---

[124] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 710.
[125] *Ibid.*, p. 704.

L’Etat a dû intervenir. Les modalités d’intervention étatique ont été fonction du secteur et du moment de l’intervention. Sur la base de ce qui précède, il est possible d’en distinguer deux phases. Dans un premier temps, jusqu’à la tentative d’une deuxième réforme partielle de la LAMal, le gouvernement a surtout clarifié les responsabilités réciproques nouvellement apparues suite à la délégation des activités aux partenaires actifs dans le secteur sanitaire. Le gouvernement a opté pour des interventions directes. La modération des conflits et la standardisation du versement des subsides sont passées par la régulation –lois et ordonnances–, parfois par voie d’urgence (arrêtés urgents). Ces mesures devaient ne constituer que des réponses urgentes aux limites du système et avaient une durée limitée. Elles devaient garantir un fonctionnement cohérent du système, sans compromettre la possibilité d’introduire à terme un système fonctionnant d’après les principes de la concurrence. Elles ont par la suite été reprises et intégrées dans le projet de deuxième réforme.

L’Etat est également intervenu pour garantir le respect du principe de solidarité, en augmentant les montants des subventions fédérales aux primes d’assurance et en garantissant une coordination minimale intercantonale dans la distribution décentralisée des subsides. Le respect du principe de solidarité a par ailleurs justifié certaines mesures interventionnistes sur le marché assurantiel.[126] C'est le cas de la prolongation du fonds de compensation des risques.

Depuis la deuxième réforme partielle, nombre d’interventions gouvernementales ont plutôt visé l’amélioration des dérives micro-économiques issues de la délégation dans le domaine tarifaire. Dans ces cas, les actions du gouvernement se sont limitées à la médiation lors des contentieux les plus urgents ayant opposé fournisseurs de prestations et assureurs, ce pour ne pas prétériter l'autorégulation du système.

---

[126] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 704.

Lors du projet de deuxième réforme partielle, il a plutôt été question du renforcement des mesures incitatives. Ces mesures devaient pallier les contraintes institutionnelles qui limitaient la motivation des partenaires à suivre les principes de la concurrence.[127] Le projet prévoyait la correction définitive des dérives d'application, surtout dans le domaine stationnaire. Il s'agissait d'abandonner le financement des coûts et d'adopter celui des prestations. Il fallait créer les conditions d'une meilleure comparabilité des établissements publics et privés en attribuant les mandats de prestations en fonction des résultats et non pas du statut juridique de l'établissement. À terme il s'agissait en particulier de créer les conditions adéquates à un système de quasi-marché, par l'adoption du financement dual fixe.

Outre les questions du financement hospitalier, le projet incluait plusieurs autres thèmes touchant au domaine ambulatoire, tels que la suppression de l'obligation de contracter, l'introduction de formes alternatives d'assurance et le libre choix de l'hôpital.[128] Comme nous l'avons vu, des mesures incitatives allant au-delà des seuls aspects de protection et censées conditionner le comportement de l'assuré-patient ont également été introduites. Ces mesures ont principalement concerné la liberté de choix des modèles d'assurance et des niveaux de couverture assurantielle.

---

[127] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, pp. 715-717.

[128] *Ibid.*

Les thèmes de la deuxième réforme découlaient des évaluations menées sur la première réforme partielle de la LAMal, des initiatives populaires lancées après son introduction et des multiples interventions parlementaires. Le projet de deuxième réforme partielle de la LAMal abordait une panoplie d'aspects peu cohérents entre eux. De plus, une partie des objectifs proposés était très controversée, car remettant en cause les principes fondamentaux du système. Sa complexité explique en partie son échec. Nonobstant les multiples oppositions rencontrées, beaucoup d'objets ont été repris dans la troisième réforme partielle de la LAMal. Le gouvernement a toutefois structuré les sujets en fixant des priorités et prévoyant des changements par étape.[129]

Avec cette réforme qui s'inspirait largement de la deuxième tentative de révision de la LAMal, il n'était plus question de pallier les dérives du système, mais d'optimiser son fonctionnement, en créant les conditions structurelles nécessaires au fonctionnement d'un marché réglementé. Les incitations à la concurrence ont néanmoins été accompagnées par une série de garde-fous, soit des mesures régulatrices garantissant l'accès aux prestations. Cela a été le cas de la planification de la médecine hautement spécialisée et de la clause du besoin dans le domaine ambulatoire, comme nous le verrons. La mise en œuvre de la troisième réforme de la LAMal a occasionné des changements institutionnels significatifs pour adopter les objectifs politiques au fonctionnement mixte, à la foi planifié et concurrentiel, tout en le dépassant.

---

[129] Message du Conseil fédéral n° 00.079, *loc. cit.*, p. 710.

Ces changements ont connu des formes et des degrés disparates qui ont été fonction du domaine d'activité concerné et du degré de délégation et de décentralisation des tâches de la part du gouvernement. L'introduction des principes de concurrence et de NGP n'a néanmoins pas signifié la remise en cause de la participation de l'Etat, qui a continué à intervenir dans le système sanitaire suisse. La dérégulation et le repositionnement des acteurs actifs dans le domaine sanitaire ont impliqué une redéfinition du rôle joué par les assurés-patients. C'est à partir de ce contexte que nous développerons notre question de départ et nos hypothèses.

2. Problématique, question de départ et hypothèses

Les chapitres qui précèdent ont permis de constater que l'objectif de la LAMal était d'introduire les mécanismes de concurrence et de NGP – efficacité, efficience et transparence– sans porter préjudice à la solidarité. Nous avons à ce propos évoqué le fait que la délégation des activités tarifaires et de qualité aux partenaires a été accompagnée par une série d'incitations sur l'offre et la demande de prestations, introduites surtout à partir de la troisième réforme partielle de la LAMal. Dans les cas où les incitations ont été problématiques en raison des limites institutionnelles, l'Etat a continué à intervenir dans le système sanitaire par des outils traditionnels.

Notre étude portera sur les implications de la modification des termes de distribution des prestations sanitaires. Nous étudierons plus particulièrement les répercussions pour la gouvernabilité de l'introduction des principes de concurrence et d'autorégulation dans le système sanitaire suisse. Nous expliquerons dans ce chapitre nos intentions de recherche. Dans un premier temps, nous formulerons le questionnement central de notre recherche et nous évoquerons des questions corrélées. Nous développerons les hypothèses de recherche, ainsi que les dimensions d'analyse. Dans un deuxième temps, nous décrirons les modèles théoriques sur lesquels nous baserons notre thèse.

2.1 Situation de départ

Lors de l'adoption de la LAMal, le système sanitaire suisse ne présentait pas la structure adéquate à l'adoption des principes du libre marché. Sa nature mixte, publique-privée, rend invraisemblable sa totale libéralisation, telle que souhaitée par les partis bourgeois surtout. La responsabilité cantonale dans la gestion hospitalière et le haut degré de corporatisme du secteur ambulatoire expliquent cette situation, qui conditionne à son tour la libéralisation du marché des assureurs-maladie.

Dès la troisième réforme surtout, et de manière comparable aux autres pays de l'OCDE, les incitations ont été le principal moyen utilisé par les réformateurs pour favoriser l'adoption des principes de concurrence dans le marché des assurances-maladie et dans celui de la fourniture de prestations. Tous les acteurs, y compris les assurés-patients, ont été appelés à une plus grande responsabilisation. L'autorégulation et l'auto-responsabilisation sont devenues les nouveaux référentiels pour la conduite du système sanitaire du côté de l'offre et de la demande.

Comme nous l'avons vu, elles ont impliqué un changement dans les modes de financement et de remboursement des prestations. Elles se sont également traduites par une délégation accrue de la part de l'Etat de tâches d'intérêt public vers les principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire. Les incitations ne se sont pas totalement substituées aux interventions directes de contrôle et de planification, qui ont continué à être exercées par le gouvernement.

L'introduction des mécanismes de NGP et de concurrence et l'instauration conséquente du quasi-marché et du marché réglementé ont impliqué des transformations du système sanitaire allant au-delà du seul cadre administratif, comme nous l'expliquerons en détail plus loin. Elles ont signifié des changements institutionnels significatifs, notamment la généralisation de la contractualisation.

Parmi les multiples transformations du secteur, on peut mentionner la constitution de nouveaux réseaux de négociation entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie au niveau national, concernant la standardisation tarifaire nationale et la définition des critères de qualité. Ces réseaux sont nés de la nécessité de faire respecter les principes d'économicité et de garantie de la qualité des prestations voulues par la réforme. Les mesures étatiques directes d'une part et la délégation aux réseaux d'autre part ont toutes deux induit une redéfinition des structures du système sanitaire dans son ensemble, ainsi qu'une redéfinition conséquente des modes d'interagir entre les partenaires et avec l'Etat. Nous décrirons ci-dessous la question de départ, les hypothèses et nous terminerons avec les dimensions d'analyse.

2.1.1 Question de départ

La réforme sanitaire a impliqué l'adoption d'un nouveau référentiel s'agissant des modes de fonctionnement de la part des partenaires impliqués et des réadaptations institutionnelles, comme nous l'avons décrit dans lepremier chapitre. Les termes généraux de la formulation de la loi et l'envergure du projet, touchant à tous les secteurs, ont toutefois favorisé différentes interprétations et engendré des effets imprévus, surtout durant la première phase d'introduction de la LAMal. Les structures économico-institutionnelles du système sanitaire suisse, la culture de fonctionnement des partenaires et les implications financières liées aux réformes expliquent les tensions qui continuent à traverser le système sanitaire suisse.

Les réformes partielles qui ont suivi l'introduction de la LAMal étaient censées pallier les limites empêchant un fonctionnement autorégulé basé sur la concurrence. Les mesures les plus radicales –le financement moniste et la liberté de contracter–, ont été proposées lors de la deuxième révision partielle. Ces deux aspects expliquent son échec. Pour des raisons semblables, la troisième réforme a été ralentie et des sous-projets sont encore en discussion.

Les impasses et les ralentissements dans la mise en œuvre de la LAMal permettent nécessairement de s'interroger sur la pertinence de l'adoption des principes de NGP et de concurrence en tant que moyens pour un fonctionnement efficace du système sanitaire. C'est pourquoi le domaine sanitaire nous paraît un sujet pertinent pour approfondir les interrogations relatives aux nouvelles modalités de gouverner et à la gouvernabilité. Dans notre étude, nous analyserons plus particulièrement les implications de l'adoption des principes de NGP et de la concurrence en termes de gouvernabilité du système sanitaire. Nous nous posons la question centrale, qui est de savoir :

> *Quelles sont les répercussions de l'adoption des principes de NGP et de concurrence pour la gouvernabilité du système sanitaire ? Dans quelle mesure la redéfinition des relations entre les partenaires sanitaires issues de la délégation et de*

l'autorégulation conditionnent la cohérence et la robustesse du système ?

Notre objectif ne sera pas d'analyser les effets économiques et les résultats d'un système basé sur les principes de la NGP et du marché. Notre étude nous permettra de comprendre de quelle façon l'Etat est intervenu pour pallier les effets inattendus apparus avec la LAMal et de quelle façon il a malgré tout pu sauvegarder la cohérence des objectifs de la loi et la robustesse du système sanitaire dans son ensemble.

Pour répondre à la question centrale, nous analyserons dans un premier temps les instruments gouvernementaux adoptés pour modifier et libéraliser les structures du marché sanitaire. Nous prendrons en considération l'application des principales mesures incitatives dirigées vers les fournisseurs de prestations, les assureurs maladie et les assurés-patients. En nous référant aux difficultés d'application des premières réformes de la LAMal, nous nous poserons la question de savoir :

Dans quelle mesure les objectifs politiques ont-ils été appliqués ?

Pour répondre à cette question, nous étudierons de quelle façon et dans quelle mesure les partenaires ont mis en œuvre les réformes voulues par la troisième réforme de la LAMal. L'Etat fixe des objectifs, qui peuvent entrer en contradiction avec ceux des partenaires censés les appliquer, qui agissent dans une société autorégulée, sans qu'il y ait les institutions adéquates. Comme nous l'avons vu, les partenaires se sont dans un premier temps livrés à des pratiques utilitaristes et conservatrices.

Nous traiterons ensuite des changements institutionnels intervenus au niveau national après l'adoption de la LAMal et le développement de la contractualisation. Nous nous occuperons particulièrement des réseaux de négociation en matière tarifaire et de qualité pour comprendre dans quelle mesure ces réseaux favorisent la mise en œuvre des objectifs prévus par le gouvernement. Nous soulèverons la question de savoir :

De quelle façon les réseaux de négociation tarifaires et de qualité ont-ils été introduits ?

Nous répondrons à cette question par une analyse approfondie des objectifs et de la constitution des réseaux de négociation. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, ces réseaux de négociation ont été voulus par le gouvernement. Ils n'ont pas été souhaités par les partenaires eux-mêmes. De plus, ces changements institutionnels ne se sont pas substitués, mais se sont superposés, à ceux existant, ce qui explique les interventions étatiques déjà décrites, et a engendré une société complexe.

Dans un troisième temps, et pour répondre à notre question centrale, nous nous occuperons du rôle de l'Etat dans le système sanitaire. L'Etat a dû intervenir à plusieurs reprises pour faire face aux dérives dans la mise en œuvre de la réforme et pour favoriser la cohérence du système sanitaire. Dans le domaine sanitaire, différents modes de fonctionnement et de régulation coexistent désormais, ce qui découle de l'introduction de la LAMal. Le propre de notre étude est de comprendre les modalités adoptées par le gouvernement afin de sauvegarder la cohérence et la robustesse du système sanitaire. Nous essayerons de comprendre ce qu'il en est de la gouvernabilité dans une société basée sur la délégation, par la question de savoir :

Quel est le rôle de l'Etat dans le cas d'une gestion partagée ? De quelle façon le respect des objectifs publics peut-il être garanti ?

Nous donnerons une réponse à cette question en analysant les interventions étatiques entreprises pour discipliner les acteurs pris individuellement, ainsi que celles adoptées dans les réseaux de négociation. L'analyse du rôle de l'Etat traversera toute notre étude.

2.1.2 Hypothèses

Pour répondre à la question centrale formulée ci-dessus, nous émettrons une série d'hypothèses. Elles porteront sur le rôle joué par les institutions, sur les attitudes des acteurs, sur l'influence de l'environnement politique et sur les logiques de fonctionnement des acteurs, surtout dans la constitution des réseaux de négociation. Elles traiteront également du rôle que l'Etat a dû adopter vis-à-vis des acteurs, ainsi que dans la gestion de la nouvelle structure issue de la LAMal. Nous aborderons notre étude en suivant les hypothèses et les dimensions d'analyse décrites ci-dessous. Nous en déduirons un modèle qui sera présenté dans la dernière partie de notre thèse.

a) Les contraintes institutionnelles comme véhicule d'attitudes conservatrices et utilitaristes

Nous formulons notre première hypothèse par rapport aux contraintes institutionnelles sur la mise en œuvre des objectifs voulus par la LAMal. Le système sanitaire suisse est en effet fortement conditionné par le fédéralisme dans le système stationnaire et par le corporatisme dans l'ambulatoire. Comme nous l'avons vu au premier chapitre, les acteurs se sont souvent livrés à des pratiques auxquelles ils étaient habitués avant la réforme. Nous attribuons par conséquent les premières difficultés de mise en œuvre de ces objectifs de la part des acteurs aux contraintes institutionnelles du système sanitaire.

Nous formulons l'hypothèse selon laquelle les contraintes institutionnelles poussent les acteurs à continuer à agir comme ils en avaient l'habitude avant l'introduction de la LAMal et rendent nécessaire le recours à des méthodes traditionnelles d'intervention étatique. Nous faisons ici référence au principe de «path dependency». Dans notre thèse nous parlerons toutefois plutôt de contraintes institutionnelles.

Ces contraintes ne permettent toutefois pas à elles seules d'expliquer toutes les attitudes adoptées par les acteurs actifs dans le domaine sanitaire, notamment dans la mise en œuvre des réseaux de négociation, qui ont demandé du temps pour être constitués. Nous estimons dans le même temps que les partenaires ont profité de la marge de manœuvre que la loi leur a accordée. Au lieu de suivre des incitations privées, ils ont plutôt adopté des attitudes utilitaristes. Dans notre étude, nous analyserons de quelle manière les partenaires ont suivi les incitations prévues par le gouvernement pour la réalisation des objectifs publics prévus par la LAMal, ainsi que leur attitude lors de la constitution des réseaux de négociation. Nous analyserons également de quelle façon ils ont réagi aux mesures régulatrices qui ont continué à être appliquées par le gouvernement.

b) L'environnement politique en tant que source d'instabilité potentielle

Notre deuxième hypothèse porte sur le rôle joué par l'environnement politique sur l'action des acteurs actifs dans le domaine sanitaire. Comme nous l'avons vu, toujours dans le premier chapitre, la mise en œuvre la LAMal a pris du temps et elle n'est pas encore totalement terminée à ce jour. L'inachèvement de la LAMal, ainsi que l'autorégulation, ont renforcé la marge de manœuvre des partenaires et ont conditionné les modalités de mise en œuvre des réseaux de négociation.

Nous considérons que l'environnement politique, c'est-à-dire les projets de réformes sanitaires et leur état d'avancement, a directement conditionné le fonctionnement des réseaux tarifaires et ceux s'occupant de qualité. Nous estimons tout particulièrement que bien que les objectifs les plus impopulaires n'aient pas été acceptés, ils ont indirectement influé sur le système, sur le comportement des acteurs et sur leur collaboration dans les réseaux.

En partant de ce constat, nous considerons que malgré la technicisation voulue par les réformes de NGP, le débat politique continue à conditionner les rapports entre les partenaires, ce qui, à terme, peut prétériter le bon fonctionnement du système dans son ensemble. Nous étudierons de quelle façon les réseaux de négociation au niveau national entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, concernant la standardisation tarifaire nationale et la définition des critères de qualité, ont pu être insérés dans le système existant. Cela soulève la question de la gouvernabilité, ainsi que des modes d'intervention de l'Etat évoqués ci-dessous.

c) Les interventions étatiques en tant que condition nécessaire à la gouvernabilité

Notre troisième hypothèse traite des modalités de l'intervention étatique en tant que mesure pour garantir la gouvernabilité du système sanitaire. Les attitudes conservatrices des acteurs et les difficultés de mise en œuvre des réseaux de négociation, tel que nous le verrons, ont appelé plusieurs interventions étatiques et ont affaibli la portée des principes de la NGP et de l'autorégulation. De plus, la régulation a continué à être pratiquée.

En partant du constat de la complexification du système sanitaire issu de l'adoption de la LAMal, nous estimons que les nouvelles tâches étatiques propres à un système autogéré n'effacent pas totalement les instruments classiques de régulation. La commande et le contrôle continuent à être utilisés par l'Etat à côté de moyens plus adaptés aux nouvelles formes de gestion, telles que la médiation ou l'information.

Par ailleurs, les réseaux de négociation se sont ajoutés aux systèmes de fonctionnement déjà en œuvre dans le domaine sanitaire. Ils ne s'y sont pas substitués, ce qui nous pousse à penser que la complexification de la gestion, ainsi que l'imperfectibilité des objectifs et de leur mise en œuvre, appellent et continuent à justifier une intervention étatique : incitations, réglementations, recherches d'information.

Nous formulons la dernière de nos hypothèses, selon laquelle la robustesse d'un système complexe, tel que celui de la santé, peut être uniquement garanti par l'intervention étatique. La Suisse a suivi la tendance au début des réformes selon laquelle le mouvement vers un système de santé orienté sur le marché nécessite un changement dans la manière de gouverner et non une abdication du gouvernement.[130] Le rôle de l'Etat sera traité dans toutes les dimensions de recherche considérées.

Par notre recherche nous étudierons dans quelle mesure l'Etat peut sauvegarder la cohérence des objectifs politiques et la robustesse d'un système fonctionnant d'après l'autorégulation. Les concepts de robustesse et de cohérence seront traités de façon détaillée dans le cadre théorique, en particulier dans la partie traitant de la gouvernance et de la nouvelle gouvernance. Dans le cadre théorique, nous nous occuperons également de la contractualisation et des principes de NGP, qui feront l'objet des sections suivantes et qui serviront à expliquer les dimensions de recherche.

---

[130] «…the movement towards market-oriented health system reform requires a change in style of government, not an abdication of government», in RATHWELL T., "Implementing Health Care Reform : A Review of Current Experience", in SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1998, p. 386.

2.1.3 Dimensions de recherche

À travers la formulation des dimensions de recherche, nous réorganiserons les principes de la LAMal et de ses réformes partielles pour les rendre intelligibles, ainsi que pour analyser les hypothèses que nous venons d'évoquer. Par une première dimension, nous décrirons les principales mesures dirigées vers les acteurs actifs dans le domaine sanitaire, ainsi que leurs logiques d'application, ce surtout dès la troisième réforme partielle. Une deuxième dimension portera sur l'organisation des acteurs par les réseaux de négociation.

Nous analyserons plus particulièrement les modalités de mise en œuvre de la redéfinition des rapports et des responsabilités issues du renforcement de la délégation de la définition tarifaire dans le domaine ambulatoire et stationnaire. De la même façon, nous étudierons les transformations institutionnelles découlant de la délégation de compétences étatiques dans le domaine de la qualité. Par une troisième dimension, nous traiterons des répercussions pour la gouvernabilité et les modalités d'intervention étatique dans le système sanitaire suisse dans son ensemble.

a) Les implications de l'introduction de la LAMal pour les acteurs

L'adoption des principes de NGP et de concurrence a impliqué une redéfinition du rôle des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Nous traiterons, par la première dimension des mesures interventionnistes et incitatives dirigées vers les acteurs actifs dans le domaine sanitaire. Dans le domaine ambulatoire, nous analyserons les modalités de mise en œuvre des mesures centrales de la LAMal, tels que les systèmes de «managed care». Ces mesures incitatives ont été accompagnées par d'autres, plus interventionnistes, notamment le gel des admissions.

Pour ce qui relève du domaine stationnaire, les établissements hospitaliers ont également été appelés à une meilleure coordination dans la définition nationale des tarifs, ce qui a exigé l'introduction de nouveaux modes de financement des prestations stationnaires, notamment l'adoption du financement par cas. La planification est toutefois restée en vigueur. Dans le domaine assurantiel, l'Etat a surtout prévu des mesures pour favoriser la solidarité et l'équité de traitement, ce qui à terme devait favoriser la concurrence. Un premier indicateur nous permettra d'identifier les incitations adressées aux assureurs-maladie et aux fournisseurs de prestations pour favoriser l'adoption d'attitudes compétitives. À l'aide d'un deuxième indicateur, nous étudierons le niveau de mise en œuvre en tenant compte des contraintes institutionnelles et de la culture des acteurs. Dans cette dimension nous ferons référence aux principes de NGP présentés plus loin.

b) Les logiques de fonctionnement dans les réseaux de négociation

Après avoir considéré les instruments étatiques permettant de changer les modes de fonctionnement du système sanitaire, nous étudierons, par la deuxième dimension, les modalités de mise en œuvre des réseaux de négociation. Nous étudierons les modes de constitution et de fonctionnement des réseaux nationaux de négociation tarifaires dans le domaine ambulatoire et stationnaire nés avec la LAMal. De façon similaire, nous étudierons le développement des réseaux et des associations dans le domaine de la qualité. Nous en présenterons le côté théorique dans la section suivante.

Ces aspects seront analysés en tenant compte des conditions structurelles du système sanitaire suisse. Nous nous occuperons de l'influence du contexte institutionnel sur la gestion des réseaux de négociation. Nous étudierons de quelle façon le fédéralisme et le corporatisme ont influé sur leur constitution et sur leur mode de fonctionnement. Nous analyserons également dans quelle mesure l'environnement politique, notamment les réformes en cours, ont conditionné les manières d'interagir entre les partenaires du domaine sanitaire, particulièrement entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, dans la définition tarifaire et les critères de qualité. Nous recourrons à deux indicateurs. Un premier indicateur nous permettra de décrire les changements institutionnels et les logiques des acteurs. À l'aide du deuxième indicateur, nous analyserons les modalités d'intervention de l'Etat dans les réseaux de négociation.

c) Les implications pour la gouvernabilité

Dans la troisième dimension, nous nous occuperons du rôle de l'Etat dans le système sanitaire dans son ensemble. Nous étudierons les répercussions pour la gouvernabilité de l'introduction des principes de concurrence et d'autorégulation dans le système sanitaire suisse, censés atténuer les limites institutionnelles à la concurrence. Nous nous pencherons notamment sur les implications des nouvelles structures de gouvernance issues de la délégation à des acteurs tiers non-étatique et basés sur la négociation et la contractualisation.

Nous analyserons les nouvelles interactions entre l'Etat et les partenaires actifs dans le système sanitaire. Nous étudierons quels ont été les modes d'action que l'Etat fédéral a adopté pour garantir la coordination et la cohérence du système sanitaire suisse. De manière plus générale, nous analyserons les implications institutionnelles que cette liberté a sur les relations entre les acteurs actifs dans le domaine sanitaire, particulièrement les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations.

Dans cette partie, nous traiterons les dimensions de recherches à l'aide de différents cadres théoriques, tout particulièrement celui de la nouvelle gouvernance et de la contractualisation présentés ci-dessous. Nous présenterons également en détail les principes de NGP dont sont issus les changements de gestion voulus par la LAMal, ainsi que les nouveaux modes de gouvernance et de contractualisation.

2.2 Cadre théorique

Le cadre théorique vise à définir l'angle de lecture par lequel nous étudierons les transformations sanitaires suisses introduites surtout à partir de la troisième réforme de la LAMal. Les principes de NGP et de concurrence seront traités du point de vue des implications pour la gouvernance et les modes de régulation. Ils s'insèrent dans un contexte plus général de réformes étatiques. Au cours des années '80 et '90, les pays de l'OCDE ont tous entamé des réformes pour dynamiser le fonctionnement étatique et redéfinir le rôle de l'Etat dans la société. Les premières réformes visaient surtout à pallier les défaillances de l'administration publique de type classique wébérienne. Depuis la fin des années '70, celle-ci avait été à la base de critiques de la part d'intellectuels et de politiciens, avant tout anglophones, portant sur sa lourdeur et son inefficience. Ce que l'on remettait en cause était le fonctionnement étatique basé sur les procédures, la régulation et la conformité aux directives, considérés comme inadéquats pour faire face aux nouvelles exigences sociales et économiques résultant du contexte de crise financière de l'époque.

Les réformes engagées durant les années '80 ont principalement eu l'objectif de contenir les coûts par l'amélioration des performances des services publics.[131] C'était la période où l'on proclamait la «good administration». Il n'était alors pas encore question de revoir le rôle de l'Etat et des principes régissant la fourniture des services publics et sociaux. Dès les années '90, en raison de l'inefficacité des mesures adoptées jusque là, des changements plus radicaux ont été introduits. L'adoption des principes de marché pour la gestion publique a commencé à être considérée comme acceptable, voire nécessaire. Cela s'est traduit par l'adoption des mécanismes que l'on nomme la NGP, plus connue sous son appellation anglaise, New Public Management (NPM). La NGP a engendré de nouveaux modes de fonctionnement des entités publiques en relation avec le système économique et la société civile. Le redimensionnement de l'Etat a impliqué le partage de compétences avec des acteurs tiers constituant des marchés mixtes, des quasi-marchés et des marchés réglementés.

---

[131] CHEVALLIER J., *Le Service public*, collection «Que-sais-je ?», Paris, PUF, 2003, p. 119.

Cette situation a exigé une redéfinition des modes de gouverner, «soit la totalité des interactions dans lesquels tant les acteurs publics que privés participent en vue de résoudre des problèmes sociétaux ou de créer des opportunités sociétales».[132] Depuis les années '90, les réflexions sur le gouvernement, sur la gouvernance et la gouvernabilité se sont multipliées. Jan Kooiman estime qu'étant donné les nouvelles conditions structurelles de la société et sa complexification croissante, la gouvernabilité est fonction des possibilités d'interactions efficaces entre les différents acteurs agissant dans la société : l'Etat, le marché, la société civile.[133]

La gouvernabilité a été traitée autant par les théories des réseaux d'action publique que par les théoriciens centrés sur l'Etat. Pour répondre à notre question centrale et vérifier nos hypothèses, nous ferons référence aux théories de gouvernance et de nouvelle gouvernance, qui se sont occupées d'étudier le rôle de l'Etat dans les sociétés modernes, lesquelles seraient devenues de plus en plus «complexes».[134] Nous étudierons les logiques de fonctionnement des réseaux de négociation du domaine sanitaire en nous référant aux théories des réseaux d'action publique et à celles de l'économie néo-institutionnelle des contrats. Nous tiendrons compte du contexte dans lequel les réseaux s'insèrent, à savoir les caractéristiques structurelles du système sanitaire suisse. Nous considererons par ailleurs l'influence des réformes et des projets de réforme de la LAMal qui continuent à affecter le système.

---

[132] «…the totality of interactions, in which public as well as private actors participate, aimed at solving societal problems or creating societal opportunities», in KOOIMAN J., *Governing as Governance*, London, Sage Publications, 2003, p. 4.

[133] *Ibid.*, p. 19.

[134] *Ibid.*, p. 19 ainsi que PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, New York, Palgrave MacMillan, 2005.

2.2.1 La Nouvelle Gestion Publique, NGP

L'introduction des principes de NGP a coïncidé en Grande Bretagne et aux Etats-Unis à la fin des années ‘80 et au début des années ‘90. Cette idée était née des travaux de David Osborne et Ted Gaebler, lesquels proclamaient à l'époque que pour réduire l'inefficience dont l'Etat avait fait preuve jusque là et faire face aux nouvelles exigences économiques qui se posaient, le fonctionnement administratif traditionnel basé sur les procédures et une stricte régulation devait être remplacé par les mécanismes de NGP. D'après ces auteurs, l'Etat était désormais appelé à piloter («steer») plutôt qu'à commander («row»).[135] Durant la même période, la Suisse s'est également engagée dans une série de réformes du système administratif. Comme dans les autres pays de l'OCDE, ces réformes s'inséraient dans une réflexion plus générale sur le rôle que l'Etat devait jouer par rapport à la société et au système économique.

---

[135] OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, New York, Plume, Penguin Group, 1993, pp. 34-35.

a) La nouvelle gestion publique

Il existe plusieurs définitions et pratiques de NGP. Sur la base des expériences faites dans les différents pays de l'OCDE, il est possible de distinguer deux grandes approches de la NGP. Une première, adoptée surtout en Europe continentale, notamment en France, Allemagne, Suisse et Espagne, traite d'un ensemble d'outils propres au secteur privé, qui ont été introduits dans les systèmes publics avec le but d'en augmenter l'efficacité. Elle est conçue en tant qu'incitation à la dynamisation des processus administratifs. Le deuxième courant, issu principalement de la tradition anglophone, notamment britannique, fait référence au concept de gestion basée sur les résultats, comme dans l'économie de marché. Beaucoup d'approches sur la NGP se focalisent sur les résultats d'une action publique.[136]

Dans sa conception la plus générale, la NGP consiste en un ensemble de règles de fonctionnement administratif qui rompent avec celles de type classique. Christopher Pollitt et Geert Bouckaert proposent de la considérer comme un ensemble de «changements délibérés dans les structures et les processus d'organisation du secteur public, dans le but de les rendre plus performantes».[137] La focalisation sur l'efficacité des résultats justifie que les services ne soient plus fournis par le seul Etat. Ils peuvent désormais être délégués à des agences indépendantes ou/et à des acteurs tiers non-étatiques, économiques et/ou sociaux. Dans ces cas, l'Etat se borne au rôle d'acquéreur de prestations fournies par des acteurs tiers. L'Etat n'est désormais plus appelé à *administrer*, mais à *gérer* les rapports qu'il entretient avec les différents partenaires avec lesquels il interagit, d'où le nom : nouvelle gestion publique.

---

[136] Pour un résumé théorique voir par exemple HOOD C., "A Public Management for All Seasons ?", in *Public Administration*, n° 69, 1991, pp. 3-19.

[137] «…deliberate changes to the structures and process of public sector organizations with the objective of getting them (in some sense) to perform better», in POLLITT C., BOUCKAERT G., *Public Management Reform. A Comparative Analysis*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 17.

La particularité de la NGP par rapport aux autres réformes administratives qui l'ont précédée réside dans le fait que, par l'introduction de mécanismes propres au secteur privé, c'est désormais «l'ensemble du système de gestion des affaires publiques» qui est en cause.[138] Ces mécanismes ne se bornent pas uniquement à la dynamisation de l'appareil administratif de l'Etat. Ils concernent également les acteurs mandatés pour mettre en oeuvre une politique d'intérêt public.[139] L'introduction de modes de fonctionnement visant la rentabilité implique de plus une nouvelle définition des modalités d'actions entre l'administration et le champ politique d'une part, et entre l'Etat et les citoyens d'autre part.

Les principes de la NGP se résument essentiellement à trois aspects. En premier lieu, la NGP implique des changements de gestion internes aux administrations et entités publiques, par l'assouplissement des hiérarchies et la flexibilisation des activités. En deuxième lieu, la NGP appelle une décentralisation du système administratif avec un renforcement de l'autonomie des unités –administratives et/ou géographiques– périphériques, ce qui peut connaître différents degrés, allant de la déconcentration à la privatisation. Troisièmement, la NGP signifie une délégation d'activités d'intérêt public par l'Etat central aux unités décentralisées et/ou privatisées de l'administration et aux acteurs privés, dont les activités sont à but lucratif ou et/ou non lucratif.

---

[138] FINGER M., "Le New Public Management – Reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques", in *Nouvelle gestion publique. Chances et limites d'une réforme de l'administration*, Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL), Genève, Université de Genève, n° 48, février 1997, p. 41.

[139] *Ibid.*, p. 53.

Cette délégation suppose un nouveau mode de fonctionnement non plus basé sur une approche hiérarchique de commande et d'exécution, mais sur un rapport contractualisé entre acquéreur et fournisseur de prestations. Les trois composantes –renouvellement de la gestion interne, décentralisation et délégation– constituent à notre avis les trois les conditions nécessaires pour la réalisation des objectifs de NGP.

b) Les objectifs visés par la NGP : efficacité, efficience et transparence

Les promoteurs de la NGP, particulièrement David Osborne et Ted Gaebler dans leurs *Reinventing Government,* ont émis des conditions idéales-typiques de la NGP, pour que le secteur public soit géré de façon semblable au privé. D'autres auteurs l'ont traitée de façon analytique.[140] La

---

[140] Outre à Matthias Finger cité ci-dessus, on peut citer CLARKE J., NEWMAN J., *The Managerial State*, London, Sage Publications, 1997 ; DUNLEAVY P., HOOD C., "From Old Public Administration to New Public Management", in *Public Money and Management*, Vol. 14, n° 3, 1994, pp. 9-16 ; HOOD C., *loc. cit.*, pp. 3-19 ; FINGER M., RUCHAT B. (s/s la dir. de), Pour *une nouvelle approche de management public. Réflexions autour de Michel Crozier*, Paris, Éditions Seli Arslan, 1997 ; FINGER M., RUCHAT B., "Le New Public Management : État, administration et politique", in *ibid.*, pp. 33-56.

NGP peut être définie en tant qu’ensemble d’instruments (ex. : la comptabilité analytique) visant l’amélioration de l’efficience et de la transparence dans la fourniture de services au public, dans le but de fournir des services de qualité et des résultats économiquement efficaces et garantissant le choix des usagers.

D’après ce que nous venons d’exposer, il apparaît que les réformes administratives, en termes de nouvelle gestion, sont régies par un ensemble de principes. Bien qu’aucun accord n'existe en la matière, de nombreux auteurs ont identifié quatre principes constituants le noyau dur de la NGP : l’*efficacité*, l’*efficience*, la *transparence* et la *qualité*. En résumant, l'on peut dire que dans un but de fonctionnement efficace –économe, en fonction des objectifs–, la NGP exige l’adoption de modes opérationnels efficients et transparents, en mesure de mieux répondre aux attentes de la société s'agissant des prix et de la qualité.

La NGP se base principalement sur l’efficacité. La NGP consiste dans l’allocation efficace des ressources, c’est-à-dire que chaque objectif public doit se réaliser aux coûts les plus réduits («doing more for less»). Contrairement au fonctionnement classique il ne s’agit plus de procédures d’application de lois, mais de moyens visant des résultats performants. L’Etat n’est plus appelé à répondre simplement à des besoins, mais il doit les satisfaire en proposant les solutions les plus adéquates et économiques possibles. Ce qui compte désormais, ce sont les résultats –les outputs–, vers lesquels toute politique publique doit désormais tendre et non plus le simple fait de la réaliser. Cela présuppose une rupture avec la logique des procédures, pour lui substituer une logique basée sur des instruments efficients permettant la réalisation des objectifs visés, ce qui a poussé à l'introduction d'un système de gestion comptable normalement utilisé dans le secteur privé.[141]

Pour atteindre cet objectif, l'Etat ne doit adopter qu'une procédure efficiente. Ce qui signifie qu'il ne doit pas nécessairement fournir lui-même tout service, mais qu'il peut le déléguer à des acteurs tiers. Ceci permet d'introduire une distinction entre acquéreur et fournisseur de prestations, donc la séparation du champ administratif du politique, et garantir ainsi la transparence des coûts. La transparence constitue un instrument nécessaire à la réalisation des modes de fonctionnement proches de ceux existants dans l'économie de marché. Par analogie, l'efficacité des résultats doit se fonder sur les prix, mais également sur la qualité des prestations.

2.2.2 Réseaux, gouvernance et gouvernabilité

L'adoption de principes de marché, la délégation et la décentralisation de tâches étatiques soulèvent la question des nouveaux modes de gérer la société, dont on considère qu'elle s'est complexifiée, dans la mesure où elle connaît une panoplie de modalités d'interactions entre acteurs publics et privés devant répondre à des exigences disparates.[142] D'après Jan Kooiman, la complexité des systèmes socio-politiques consiste dans le fait qu'«une multitude d'interactions prend place dans beaucoup de formes différentes et à différentes intensités».[143]

---

[141] Pour une analyse critique, voir par exemple HUFTY M. (s/s la dir. de), *La Pensée comptable. État, néo-libéralisme, nouvelle gestion publique*, Nouveaux cahiers de l' Institut Universitaire d'Etudes du Développement (IUED), Paris-Genève, PUF, 1998, pp. 77-89.

[142] Voir par exemple KOOIMAN J., *Governing as Governance*, *op. cit.*, pp. 17-19.

La NGP peut par conséquent impliquer ce que John Clarke and Janet Newman appellent une dispersion du pouvoir étatique du fait de la délégation d'activités à des acteurs tiers.[144] La complexité demande en conséquence des structures intermédiaires en mesure de combiner et standardiser les attentes, indépendamment de la nature publique ou privée de l'acteur concerné. Elle demande en même temps une nouvelle intervention étatique. Les réseaux de négociation dans le domaine sanitaire se rapprochent des réseaux d'action publique.

a) Les réseaux d'action publique

Il est possible d'identifier deux groupes d'auteurs s'étant occupés de réseaux d'action publique. Un premier groupe[145] s'identifiant à cette tradition a une vision consensuelle de la société. Dans *Managing Complex Networks*, Walter J. M. Kickert, Erik-Hans Klijn, Joop F. M. Koppenjan définissent les réseaux d'action publique («policy networks») en tant que «des modèles de relations sociales plus ou moins stables entre des acteurs indépendants, qui prennent forme autour de problèmes et/ou de programmes politiques».[146] Ils estiment en particulier que les réseaux d'action publique «connectent les politiques publiques avec leur contexte stratégique et institutionnalisé».[147] Ces auteurs considèrent que les réseaux sont en mesure de s'autoréguler et de s'autogérer sans qu'aucune intervention de l'Etat ne soit nécessaire. Celui-ci continue néanmoins à y participer.

---

[143] «...a multitude of interactions take place in many different forms and at different intensities», in KOOIMAN J., *op. cit.*, p. 18.

[144] CLARKE J., NEWMAN J., *op. cit.*, p. 25.

[145] Voir également, KOOIMAN J., *op. cit.*; RHODES R. A. W., *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997 ; KICKERT W. J. M., STILLMAN R. J., *The Modern State and its Study. New Administrative Sciences in a Changing Europe and United States*, Cheltenham, Edward Elgar, 1999, pp. 199-213.

L'intérêt de l'approche sur les réseaux est de combiner l'approche relationnelle avec les conditions d'interaction sur l'action des partenaires. Ce même groupe d'auteurs accorde une importance particulière à l'influence de l'environnement politique et des processus de prise de décision sur l'action des partenaires. Selon ces théories, les conditions d'interactions entre les acteurs jouent un rôle particulier déterminant pour la gouvernance.[148] La réalisation des objectifs politiques tient principalement au degré de coopération entre les partenaires impliqués autour d'une politique. Dans cette perspective, «les processus politiques ne sont pas vus comme l'implantation de buts pré-formulés, mais comme un processus d'interactions dans lequel les acteurs échangent des informations sur les problèmes, les préférences et les moyens et négocient sur les buts et les ressources».[149] Etant donné la multitude d'acteurs désormais impliqués dans la réalisation d'objectifs publics, Walter J. M. Kichkert W., Erik-Hans Klijn, Joop F. M. Koppenjan estiment que « le critère de succès pour la politique est la réalisation d'une action collective en vue d'établir un but commun ou de détourner des menace communes».[150]

---

[146] «…as (more or less) stable patterns of social relations between interdependent actors, which take shape around policy problems and/or policy programmes», in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M., "Introduction : A Management Perspective on Policy Networks", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997, p. 6.

[147] «…connects public policies with their strategic and institutionalized context…», in *ibid.*, p. 1.

[148] KLIJN E.-H., "Policy Networks: an Overview", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *op. cit.*, p. 33.

Les théories de Rod A. W. Rhodes et l'importance qu'il accorde à l'environnement constituent une référence pour l'approche centrée sur les réseaux et les réseaux d'action publique («policy networks»).[151] Cet auteur considère que, dans les nouveaux modes d'organisation de la société, l'Etat n'occupe pas une position particulière, mais qu'il est un acteur parmi d'autres. Cela tient au fait que l'auteur suit l'approche dite de la «policy communities».[152] D'après cette approche, plus que les institutions, c'est l'environnement dans lequel les réseaux s'insèrent et fonctionnent qui détermine les actions et les résultats des acteurs. Dans son *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Rod A. W. Rhodes définit la gouvernance comme le mode de gouverner dans un système autogéré et inter-organisationnel de réseaux.[153] Selon lui, l'intervention de l'Etat n'est pas nécessaire dans ce contexte, du fait que la gouvernance est synonyme d'autorégulation garantie par la coopération et l'échange automatique entre les partenaires participant à un réseau. L'autorégulation tient à l'interdépendance d'acteurs qui ne sont pas en concurrence entre eux et elle favorise un réajustement automatique du réseau quand c'est nécessaire. Rod A. W. Rhodes prône pour une «governance without government».

---

[149] «Policy process are not viewed as the implementation of ex ante formulated goals, but an interaction process in which actors exchange information about problems, preferences and means, and trade of goals and resources», in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M., "Introduction : A Management Perspective on Policy Networks", *loc. cit.*, p. 9.

[150] «A success criterion for policy is the realization of collective action in order to establish a common purpose or avert a common threats», in *ibid.*, p. 9.

[151] Voir également KLIJN E.-H., *loc. cit.*, pp. 14-34.

[152] *Ibid.*, p. 23.

[153] « … governance refers to self-organizing, interorganizational networks», in RHODES R. A. W., *op. cit.*, p. 53.

Une deuxième série d'auteurs, issus de la tradition néo-institutionnaliste, voie au contraire l'Etat comme le seul acteur pouvant accomplir des tâches de pilotage et de contrôle, cela en dépit, voire en raison des nouveaux modes d'action partagée.[154] Contrairement aux premiers, ces auteurs conçoivent la société de manière conflictuelle. En opposition à la tradition de Rod A. W. Rhodes et celle centrée sur les réseaux d'action publique, un groupe d'auteurs s'est occupé de la gouvernance, en la percevant en tant qu'activité pour laquelle l'Etat continue à occuper un rôle central. C'est par exemple le cas de Jan Kooiman.[155] En adoptant une approche systémico-interactionniste, l'auteur estime que l'Etat continue et doit continuer à jouer un rôle central dans la gestion de la société. Jon Pierre J. et B. Guy Peters considèrent également que l'Etat joue un rôle central dans la société. Ce qui ne signifie pas un rôle exclusif. Ils estiment que les institutions sont fondamentales pour garantir la gouvernabilité, soit le contrôle et le pilotage des nouveaux systèmes occidentaux, caractérisés par la décentralisation et le partenariat.

---

[154] Outre Jan Kooiman déjà évoqué on peut citer, MARCH J. G. OLSEN J. P., *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, New York, The Free Press, 1989 et PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios, op. cit.*

[155] KOOIMAN J., *Governing as Governance*, *op. cit.*

Pour ces auteurs, les partenaires impliqués dans la mise en œuvre d'objectifs publics n'ont pas la légitimité de tout réaliser. C'est la définition démocratique des objectifs et la résolution des conflits qui appellent une intervention étatique. S'il apparaît clairement que l'approche néo-institutionnaliste se distancie de la conception des réseaux basée sur l'autogestion prônée par Rod A. W. Rhodes, elle considère néanmoins que les partenaires garderaient, dans certains cas, la responsabilité du pilotage.

b) Gouvernance

Discuter du rôle de l'Etat revient à parler de gouvernance. L'approche de tous les auteurs s'étant occupés du thème rompt avec une vision verticale et hiérarchique du gouvernement basée sur la commande et contrôle, caractérisant les études classiques sur l'administration publique, pour lui substituer une conception d'organisation de la société horizontale, soit un mode de gouverner basé sur les interactions. La gouvernance fait par conséquent référence à un mode de gouverner très diversifié, par l'intégration d'une multitude d'acteurs impliquant de nouvelles modalités d'interactions dynamiques.[156] La gouvernance est l'instrument par lequel l'Etat fait respecter l'ordre en gérant au mieux les rapports entre et avec la société.

---

[156] KOOIMAN J., *op. cit.*, par exemple p. 11 dans laquelle Jan Kooiman parle de gouvernance en termes de «…multi-lateral relations between social and political actors and entities (individuals, organizations, institutions)» ; voir également KOOIMAN J., "Governance and Governability : Using Complexity, Dynamics and Diversity", in KOOIMAN J., *Modern Governance*, London, Sage Publications, 1993, pp. 35-48.

La gouvernance n'est pas non plus un concept univoque. Elle a été étudiée dans différentes disciplines, allant des politiques publiques (réseaux d'action publique, management public, partenariat public-privé) aux études internationales (bonne gouvernance, «multilevel gouvernance (MLG)») en passant par les études économiques (gouvernement d'entreprise, coordination du secteur économique).[157] Dans le domaine des politiques publiques, dont il est question dans notre étude, la gouvernance fait référence aux changements des modes de gouvernement apparus suite aux restrictions budgétaires et à la redéfinition des services publics intervenus dans les pays de l'OCDE à la fin des années '80.

Parmi les différentes études sur la gouvernance, nous avons retenu celle néo-institutionnaliste de Jon Pierre J. et B. Guy Peters. La gouvernance porte sur l'analyse de la place de l'Etat dans la conduite des affaires publiques des sociétés nouvellement organisées, entre autres, par les réseaux d'action publique. Elle constitue l'exercice du pouvoir par lequel l'Etat garantit la démocratie, la résolution des conflits et la définition des responsabilités.[158] À notre avis, elle explique bien la réalité des sociétés dites complexes. D'après ces auteurs, la gouvernance fait référence «aux processus à travers lesquels les actions publiques et privées, ainsi que les ressources, sont coordonnées et qui donnent une direction et une signification communes».[159] Les auteurs considèrent plus particulièrement que la gouvernance se compose de quatre aspects principaux :

---

[157] Pour un résumé voir par exemple, PIERRE J., PETERS B. G., *Governance, Politics and the State*, New York, St. Martin's Press, 2000, pp. 14-22.

[158] PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, *op. cit.* ; voir également les autres contributions en bibliographie.

- la définition des objectifs collectifs et des priorités pour la société ;
- la garantie de la cohérence ;
- le pilotage ;
- la vérification des responsabilités.[160]

Dans les sociétés contemporaines, la gouvernance se réalise essentiellement par la définition des objectifs collectifs et des priorités pour la société. Étant le résultat du processus démocratique, cette tâche incombe principalement aux institutions politiques, notamment le gouvernement. Bien que cela ne soit pas précisé par les auteurs, la définition des objectifs passe le plus souvent par une formulation ouverte et générale des législations, afin de permettre la mise en œuvre la plus adaptée au contexte d'insertion. Ce qui est mentionné, ce sont les principes de base auxquels les acteurs délégués doivent se tenir, lors de la contractualisation, en vue de leur mise en œuvre.[161] Cette régulation est dite compréhensive («responsive regulation»). «En posant les standards, elle favorise l'utilisation de l'autorégulation, de sorte que, dans le cadre des critères généraux fixés par la législation, les participants peuvent déterminer par des négociations les règles de détail pour gérer les transactions».[162]

---

[159] «…to the process through which public and private actions and resources are coordinated and given a common direction and meaning», in PIERRE J., PETERS B. G., *op. cit.*, p. 83.

[160] *Ibid.,* pp. 3-5.

[161] VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", in *Oxford Journal of Legal Studies*, 2000, n° 20, Vol. 3, pp. 317-351.

En fixant les objectifs politiques, l'Etat doit donc en même temps tenir compte des attentes des acteurs désignés pour les mettre en œuvre. Plus les objectifs seront proches des attentes des partenaires et des structures de la société, plus la probabilité qu'ils soient convenablement appliqués est grande. D'après cette approche, la gouvernabilité passe par une régulation[163] en mesure de tenir compte le mieux possible des attentes de la société, ce qui en augmente les possibilités d'acceptation.[164] Par conséquent, ce type de régulation «est moins intéressée à la conformité des règles dans son propre intérêt qu'à mobiliser des énergies pour la concrétisation de buts publics».[165]

La mise en œuvre partagée entre différents acteurs implique deuxièmement que l'application des lois par les partenaires actifs dans une politique à but public se fasse de façon cohérente, à savoir conformément aux objectifs et aux priorités décidés démocratiquement. C'est la proximité entre objectifs prévus par la loi et attentes de la société qui est la condition de base à la cohérence du système. La cohérence passe par une organisation de la société favorisant l'équilibre entre l'autonomie d'action des partenaires d'une part, et le contrôle du bon fonctionnement de l'Etat d'autre part. La garantie de la cohérence est une tâche qui incombe au gouvernement, seule instance en mesure de disposer des informations nécessaires à garder une vision d'ensemble. Il nous est permis d'ajouter que le gouvernement est la seule entité investie de la légitimité démocratique pour le faire, et par conséquent, intéressée à le faire.

---

[162] «In setting the standards, it favors the use of self-regulation, so that within a broad requirement fixed by the legislation the participants can settle trough negotiation the detailed rules to govern transactions», in COLLINS H., *Regulating contracts*, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 65.

[163] *Ibid.*, p. 66.

[164] PIERRE J., PETERS B. G., *op. cit.*, p. 122.

[165] «…is less interested in rule-compliance for its own sake than in mobilizing energies for the achievement for publics purposes», in SELZNICK P., "Self-Regulation and the Theory of Institutions", in TEUBNER G., FARMER L., MURPHY D. (eds.), *Environmental Law and Ecological Responsibility : The Concept and Practice of Ecological Self-Organization*, Chichester, John Wiley & Sons, 1994, p. 401 cité par VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 109.

Face aux changements issus de l'adoption des principes de NGP et de concurrence, en termes de fourniture de services partagés, la gouvernance s'exerce principalement par le pilotage et la commande, et non pas par la livraison directe de services,[166] ou par leur subventionnement, qui constituent des instruments désormais inadaptés aux nouveaux modes de gouverner la société. Le pilotage de la société permet de garantir le respect des objectifs politiques de la part d'acteurs habilités à offrir les services pour la cohérence du système dans son ensemble. D'après les auteurs, le pilotage n'est pas nécessairement une tâche revenant à l'Etat, lequel est plutôt censé vérifier les responsabilités dans la mise en œuvre des objectifs collectifs. Le pilotage incombe aux partenaires appelés à mettre en œuvre des politiques à but public. Il n'est par conséquent que l'épithète de l'autorégulation.

Le concept de pilotage, largement utilisé dans la littérature sur la gouvernance, admet néanmoins plusieurs interprétations. Certains auteurs font référence à l'Etat quand ils considèrent que la gouvernance demande un

---

[166] OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector, op. cit.*, p. 35.

«steering at a distance»[167] et non pas à l'autorégulation au sein des réseaux d'action publique. Nous faisons également la distinction entre autorégulation et pilotage. Nous considérons l'autorégulation en tant qu'instrument de gestion interne aux réseaux. Nous concevons le pilotage comme l'ensemble des instruments dont l'Etat se dote pour gouverner la société, dont des interventions directes de sa part. Cet ensemble d'instruments se décline de la commande jusqu'à l'information.

C'est par le pilotage que la coordination et la cohérence des activités de la société dans son ensemble sont à notre avis possible. N'étant plus appelé à produire et à fournir directement les services, le rôle de l'Etat est principalement de garantir la cohérence des activités de la société dans le respect des objectifs démocratiquement définis. Comme Hugh Collins le note, «le problème juridique du pouvoir de réglementation dans de telles instances doit être réglé par l'octroi à des tiers de droits dérivés, par contrat, ainsi qu'en attribuant les responsabilités juridiques à des associations hybrides et à d'autres associations multi-partisanes».[168]

Très souvent, seuls les acteurs ayant le plus de ressources –en termes également d'information et d'expertise– peuvent espérer influer sur les prises de décision et sur la mise en œuvre des politiques publiques. Dans ce cas, les partenaires utilisent leur pouvoir discrétionnaire pour faire prévaloir leurs revendications et bénéficier d'un avantage de situation. C'est la raison pour laquelle dans une société complexe, une fonction principale de l'Etat est également de vérifier les responsabilités des partenaires appelés à mettre en œuvre une politique publique. Autrement, «des arrangements de gouvernance pourraient être considérés comme un manque de sensibilité en raison de problèmes organisationnels impliquant des externalités négatives ou en raison d'un manque d'implication des consommateurs, de contrôle public ou de légitimité».[169] Afin de pallier cette situation, la délégation d'activités à des acteurs tiers doit être accompagnée par l'introduction de systèmes de surveillance et de contrôle.[170]

---

[167] KICKERT W. J. M., "Public Governance in Netherlands : An Alternative to Anglo-American Managerialism", in *Public Administration*, n° 75, 1997, pp. 731-52 cité par PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, *op. cit.*, p. 37 ; voir également HOOD C., *The Tools of Government*, Chatham (New Jersey), Chatham House, 1986.

[168] Traduction libre de «the legal problem of regulation power in such instances has to be addressed by granting third parties derivative rights under contracts and by attributing legal responsibilities to hybrids and others multi-party associations», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 255.

Pour cette même raison, l'Etat doit prévoir des conditions pour la mise en œuvre la plus cohérente possible des activités déléguées. Il doit garantir ce que les théoriciens sur la contractualisation ont défini comme des conditions robustes. En accord avec Peter Vincent-Jones, «lorsque les relations contractuelles fonctionnent de façon efficace, les normes du contrat sont susceptible d'être "robustes" et d'être soutenues par des normes relationnelles additionnelles. Toutefois, lorsque les relations sont "difficiles", les normes du contrat peuvent se révéler "chaotiques à divers degrés"».[171]

---

[169] «…governance arrangements might be judged unresponsive due to organizational problems involving negative externalities or lack of consumer involvement, public control or legitimacy», in VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", *loc. cit.*, p. 342.

[170] *Ibid.*, p. 343.

[171] Traduction libre de «where contractual relations are operating effectively the contract norms are likely to be in "robust" condition and to be supported by additional relational norms. Where however relations are "in trouble" the contract

Ces situations impliquent deux aspects principaux. En premier lieu, la délégation devrait faire l'objet d'un projet de réforme cohérent de la part du gouvernement. Deuxièmement, ce projet devrait être adapté le plus possible au contexte de son insertion. Outre les aspects législatifs (type de loi, formulation, autorégulation), la délégation de compétences requiert une prise en considération des caractéristiques institutionnelles existantes dans une société.

Le système peut être en difficulté quand la délégation de compétences à des partenaires sociaux implique également des changements significatifs dans leurs modes de fonctionner et la reformulation du système dans son ensemble. Cela pourrait causer des oppositions ou des dysfonctionnements. L'Etat est par conséquent appelé à garantir que les réformes ne portent pas préjudice au fonctionnement du système dans son ensemble, en intervenant si nécessaire pour garantir la coopération entre les partenaires, et gérer les rapports qu'il entretient avec eux et les citoyens. C'est la gouvernabilité du système qui est en cause.

c) Gouvernabilité et objectifs publics

Pour les théories centrées sur les réseaux d'action publique, la gouvernabilité est surtout une question de gestion interne aux réseaux, entendue en tant que forme de pilotage «pour promouvoir l'ajustement

---

norms are likely to be revealed "in varying degrees of disarrays"», in MACNEIL I., "Values in Contract : Internal and External", in *Northwestern University Law Review*, 1983, Vol. 78, pp. 351-352 cité par VINCENT-JONES P., *loc. cit.*, p. 325.

mutuel des acteurs aux objectifs et aux ambitions disparates dans la prise en considération des problèmes».[172] D'après ces approches, la gouvernabilité est donc fonction de la capacité des partenaires à interagir de façon coopérative, ce qui ne nécessite pas d'intervention étatique.

Les réseaux d'action publique actifs dans une société ne sont néanmoins pas toujours le résultat d'une agrégation spontanée. Ils sont souvent le résultat d'un mandat étatique, comme c'est le cas du système sanitaire suisse. Par conséquent, comme Jon Pierre J. et B. Guy Peters l'affirment, «les réseaux, pour fonctionner, doivent être connectés aux organisations gouvernementales responsables».[173]

Le fait qu'une partie des fonctions incombant jadis aux administrations publiques soit déléguée à des acteurs tiers n'implique pas automatiquement la réalisation d'une action concertée de leur part. Par la délégation, «le gouvernement gagne d'importants alliés, mais perd la possibilité d'exercer un contrôle sur les opérations de son propre programme».[174] Le partage des fonctions peut donc provoquer des problèmes de gouvernabilité qui ne tiennent pas uniquement à des aspects strictement gestionnaires, tels que le manque de ressources, l'inadéquation des instruments ou des difficultés de coordination. Ces problèmes peuvent également relever de différences éventuelles entre les objectifs politiques et ceux des partenaires appelés à réaliser l'offre de services publics de façon partagée.

---

[172] «…promoting the mutual adjustment of the behavior of actors with diverse objectives and ambitions with regard to tackling problems with a given framework of interorganizational relationships», in KICKERT W. J.M., KOPPENJAN J. F.M., "Public Management and Network Management : An Overview", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, *op. cit.*, p. 44.

[173] «…that networks, in order to be effective, must be connected to government organizations responsible for making policy», in PIERRE J., PETERS B. G., *op. cit.*, p. 78.

[174] «…government gains important allies but loses the ability to exert complete control over the operation of its own programs», in SALAMON L. M., "The New Governance and the Tools of Public Action : An Introduction", in SALAMON L. M. (ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002, p. 11.

Les partenaires ont leurs propres valeurs et leur propre culture. Comme Lester M. Salamon le note, ces acteurs entrent dans les programmes publics par des moyens indirects, et ont des objectifs et des façons de travailler significativement différents les uns des autres.[175] Cela signifie que la délégation de compétences étatiques à des acteurs tiers et le partage des fonctions entre l'Etat et la société civile se traduit nécessairement par une marge de manœuvre de la part des acteurs concernés, vis-à-vis des objectifs étatiques et vis-à-vis de leurs partenaires, ce qui, toujours d'après Lester M. Salamon, a significativement compliqué la tâche du management public.[176]

En raison du développement des sociétés complexes, les institutions, tout particulièrement les réseaux d'action publique sont devenus des lieux privilégiés de prise de décision. Jon Pierre J. et B. Guy Peters considèrent qu'une société complexe est régie par un modèle rejetant «les modèles linéaires conventionnels de prise de décision en faveur de formes de prise de décision moins déterminées et rationnelles».[177] C'est ce qui a poussé James

---

[175] D'après la citation entière, «…the actors brought into the operation of public programs trough indirect tolls thus typically have goals, operating styles, skills, worldviews, incentives, and priorities that, even with the best of intentions, often differ widely from each other», in SALAMON L. M., *loc. cit.*, p. 13.

[176] «…vastly complicated the task of public management», in *ibid.*, p. 6.

[177] Traduction libre de «…conventional linear models of decision making in favor of a less determinate and less rational (in the usual interpretation of that world) forms

G. March et Johan P. Olsen à considérer que ce qui compte dans l'étude des politiques publiques, ce sont les institutions et non pas les contentieux politiques,[178] sujets aux aléas du moment. Pour ces auteurs, les projets des politiques ne sont que des aspects conjoncturels, qui ne prennent du sens et de l'effet que sur le long terme. La stabilité du système tient à la capacité des institutions de fixer les règles de fonctionnement sur la base de ces changements.

Les néo-institutionnalistes ont ainsi été portés à considérer que l'étude de la gouvernabilité et des modes de gouvernance doit principalement être focalisée sur les modalités de mise en œuvre, transcendant en partie la nature du programme politique, qui n'est pas un simple stade d'application. Avec le développement du gouvernement partagé, la mise en œuvre est devenue un moment politique, c'est-à-dire une phase dans laquelle les acteurs possèdent une grande marge de manœuvre pour concrétiser des avantages qu'ils auraient espéré obtenir durant le processus décisionnel à proprement parler. L'analogie entre les institutions et les réseaux tient au fait que, dans les deux cas, ce sont des rapports qui régissent le maintien des relations à long terme et la confiance.[179]

---

of making decisions», in PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios, op. cit.*, p. 52 et p. 73.

[178] MARCH J. G. OLSEN J. P., *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, *op. cit.*, en particulier le chapitre 5.

[179] *Ibid.*, voir par exemple leur réflexion sur la réforme des institutions, pp. 138-140.

2.2.3 L'économie institutionnelle : la contractualisation

La régulation compréhensive[180] a contribué au développement de la négociation et de la contractualisation, qui sont désormais devenues de nouveaux instruments permettant de gérer la société de quasi-marché et de marché réglementé, en plus des instruments plus traditionnels. Les réformes libérales démocratiques mises en œuvre dès les années '80 ont donné naissance à ce que James G. March et Johan P. Olsen appellent un «corporate-bargaing-state». L'on peut retenir de la définition donnée par les auteurs[181] que la délégation et la décentralisation des activités ont contribué au développement de rapports contractualisés entre l'Etat et les partenaires actifs dans la société et entre les partenaires eux-mêmes. Les contrats représentent le moyen auquel l'Etat doit recourir pour définir les rapports avec les partenaires avec lesquels il interagit.[182] La contractualisation est le principal instrument utilisé par les acteurs actifs dans les marchés régulés fonctionnant en réseaux de négociation, en raison de leur nature hybride, comptant à la fois des entités publiques et privées.

Cela ne signifie néanmoins pas que les partenaires y participant sont totalement libres de gérer leurs affaires comme dans des relations contractuelles privées. A la différence de ces dernières, pour les réseaux d’action publique, «en dépit d'un contrôle apparemment lâche, les standards à réaliser et les limites à observer sont toujours fixés d’au-dessus ou du dehors»[183] notamment par le gouvernement. C’est pourquoi les membres du réseau ont intérêt à soigner leurs relations avec l’Etat et à s’adapter au mieux au contexte institutionnel dans lequel ils sont intégrés. C’est par cette voie uniquement qu’ils peuvent espérer que leurs décisions seront effectives.[184] Indépendamment de son degré de participation aux négociations, c’est à l’Etat que revient en dernière instance la responsabilité de la bonne conduite des délégués. L’Etat doit dès lors continuer à influer sur ces nouveaux modes d’organisation de la société, même de manière édulcorée par rapport aux relations de type néo-corporatistes ou classiques.

---

[180] Voir par exemple, VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", *loc. cit.*, pp. 317-351.

[181] C'est-à-dire, «…has a stable, institutionalized political process characterized by : a reduced role give to parliaments, ideological parties, and the public, the delegation of authority to a network of board and committees where bureaucrats and organized interests are the main participants ; a political agenda dominated by technical issues rather broader ideological ones ; a low level of conflict ; and an emphasis on compromise», in MARCH J. G. OLSEN J. P., *op. cit.*, p. 112.

[182] Concernant l'attribution du pouvoir aux partenaires, voir par exemple, COLLINS H., *Regulating contracts*, *op. cit.*, p. 221.

a) La capacité réflexive

Les mécanismes de fonctionnement des réseaux dans les cas de quasi-marché et de marché réglementé se rapprochent de ceux de l’économie privée, du fait que les contrats assument un rôle central. Les acteurs agissant dans les réseaux ne bénéficient pas de la même liberté d’action que lors d’une relation contractuelle privée. Pour que les réseaux fonctionnent de façon convenable, selon les principes fixés par la loi, il est nécessaire que les acteurs adoptent une attitude réflexive.

---

[183] Traduction libre de, «despite an apparent relaxation of control "the standards to be achieved, the limits to be observed are still set from above, or outside"», in DUNSIRE A., "Holistic Governance", in *Public Policy and Administration*, n° 5, 1990, pp. 4 et 6, cité par VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, *op. cit.*, p. 72, voir également la note de bas de page n° 27 de la troisième partie (ci-dessous).
[184] VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 78.

L'attitude réflexive fait référence à la disponibilité des acteurs du réseau à intégrer les objectifs fixés par le gouvernement. Pour qu'un système fonctionne, les partenaires doivent montrer de la capacité à interagir entre eux par la négociation et la contractualisation. D'après Peter Vincent-Jones «la possibilité de succès d'une loi et d'une régulation en vue d'atteindre les objectifs politiques, est par conséquent dépendante de la facilité et du renforcement dans le processus interne aux organisations impliqués dans la "régulation de l'autorégulation"».[185]

Les théories du «principal-agent» considèrent que le fournisseur de prestations dispose de plus d'informations que l'acheteur de prestations, notamment l'Etat, et peut ainsi bénéficier d'un pouvoir discrétionnaire significatif.[186] Les acteurs les plus puissants influent significativement dans les décisions, car plus que les autres, ils sont en mesure de fournir des options pour la résolution des problèmes.[187] Dans les réseaux d'action publique, il existe une asymétrie de ressources –économiques, organisationnelles– entre les partenaires qui peut avoir des externalités négatives.[188] Les acteurs impliqués dans les négociations pourraient utiliser leur pouvoir discrétionnaire pour atteindre des objectifs privés et immédiats, plutôt que de se conformer aux objectifs gouvernementaux, de plus longue échéance, et causant ainsi des effets inattendus. Pour y pallier, il est nécessaire que les acteurs soient en mesure d'intégrer et de comprendre les implications à venir en les anticipant dans leurs actions.[189] La participation étatique aux décisions devient un outil privilégié pour gagner des informations qui, autrement, ne seraient à la portée que des seuls partenaires désignés. L'Etat est en même temps appelé à veiller au bon fonctionnement du système dans son ensemble.

---

[185] Traduction libre de «the success of law and regulation in achieving policy goal is, therefore, necessarily dependent on the facilitation and reinforcement of "internal" or reflexive process within organizations, involving the "regulation of self-regulation"», in AALDERS M., WILTHAGEN T., "Moving Beyond Command-and-Control : Reflexivity in the Regulation of Occupational Health and Safety", in *Law and* Policy, n° 19, 1997, p. 428 cité par VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 96.

[186] MOE T. M., "New Economics of Organization", in *American Journal of Political Science*, Vol. 28, n°4, 1984, pp. 749-757, PRATT J. W., ZECKHAUSER R. J., "Principals and Agents : An Overview", in PRATT J. W., ZECKHAUSER R. J., *Principals and Agents : The Strategy of Businness,* Cambridge, Harvard, Mass : Harvard Business School Press, 1991 cités par SALAMON L. M., "The New Governance and the Tools of Public Action : An introduction", in *loc. cit.*, p. 12.

[187] PIERRE J., PETERS B. G.*, op. cit.*, p. 75.

Pour favoriser le compromis et la coopération, les Etats occidentaux ont privilégié la responsabilisation par les incitations économiques des acteurs sur lesquels ils n'exercent toutefois qu'un contrôle imparfait.[190] Le rôle de l'Etat dans les sociétés dites complexes ne saurait être considéré comme univoque. Il est au contraire tributaire des modalités d'interactions que l'Etat entretient avec la société, qui sont à leur tour fonction des modes d'organisation de la société et du type de marché. Une partie de ces modes d'organisation sont préexistants à toute réforme et y résistent, donnant origine à la coexistence de modes de fonctionnement différents, qui dictent les modalités d'interventions : bureaucratique, de quasi-marché ou de marché réglementé.

---

[188] VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", *loc. cit.*, p. 342.

[189] VINCENT-JONES P., *loc. cit.*, p. 324.

[190] Comme Lester M. Salamon le souligne, «instead of issuing orders, public managers must learn how to create incentives for the outcomes they desire from actors over whom they have only imperfect control», in SALAMON L. M., *loc. cit.*, p. 15.

b) Rationalité limitée et confiance

L'intégration des objectifs gouvernementaux est possible à condition que les partenaires agissant dans le réseau en partagent les objectifs ou que la participation au réseau les avantage. Les études sur les réseaux font référence aux théories fonctionnalistes du «game theory». D'après celles-ci, les partenaires agissent de façon rationnelle et sont en mesure de fixer de façon optimale leurs attentes et les moyens de les réaliser.

L'économie néo-institutionnaliste et la sociologie économique ont néanmoins remis en discussion l'approche rationnelle. L'autorégulation ne serait pas automatique. Les relations entre les acteurs agissant dans un réseau sont plutôt guidées par une rationalité limitée.[191] Cela tient au fait que les actions de tout acteur sont guidées non seulement par sa rationalité individuelle, mais également par les conditions relationnelles qui l'affectent nécessairement. La rationalité est fonction des modes d'interactions entre les acteurs, à savoir les institutions.[192]

---

[191] WILLIAMSON O., *Market and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications,* New York, The Free Press, 1975 cité par LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, *op. cit.*, p. 29.

[192] «The rules of rationality are set by institutional process and vary from one institution to another», in SCOTT R., *Institutions and Organizations*, London, Sage Publications, p. 32 cité par DEAKIN S., MICHIE J., "Contracts and Competition : an Introduction", in *Cambridge Journal of Economics*, n° 21, 1997, p. 123.

Les rapports au sein d'un réseau d'action publique dépendent particulièrement du taux de récurrence des transactions. Selon les approches sur les contrats relationnels, les rapports sur le long terme favorisent la réduction des coûts de transaction grâce à des ajustements routiniers des relations entre les partenaires.[193] Cela explique pourquoi, plus que par la rationalité, le bon fonctionnement entre les partenaires d'un réseau d'action publique est garanti par la confiance.

Pour ces approches, «les risques de déception et de trahison ne sont généralement pas contrecarrés par l'exposition à des sanctions plus menaçantes [de la part du gouvernement], mais les parties au contrat cherchent plutôt à minimiser la perception de ces risques afin d'induire des relations contractuelles bénéfiques».[194] Par conséquent, l'autorégulation ne saurait se borner aux seules négociation et contractualisation. Elle implique également la capacité des acteurs à intégrer les objectifs gouvernementaux pour une mise en œuvre concertée, cela d'autant plus s'il existe des relations liant les partenaires à long terme.

---

[193] WILLIAMSON O., *Economic Organisation : Firms, Markets and Policy Control*, New York, Harvester Wheatsheaf, 1986, p. 128 cité par MAHER M. E., "Transaction Cost Economics and Contractual Relations", in *Cambridge Journal of Economics*, n° 21, 1997, p.150.

[194] Traduction libre de «the risks of disappointment or betrayal are not countered typically by the display of even more threatening sanctions [by the government], but rather the parties to the contract seek to minimize the perception of those risks in order to induce beneficial contractual relations», in COLLINS H., *Regulating contracts*, *op. cit.*, p. 121.

c) Les outils étatiques dans les rapports contractualisés

Le degré de délégation a nécessairement affecté les modalités de participation de l'Etat aux instances de négociation, dans lesquelles les représentants étatiques ont surtout un statut d'observateur. Théoriquement, les rapports au sein des réseaux d'action publique se basent sur un accord réciproque entre partenaires et sur la confiance, non sur l'exercice de la commande et le contrôle. Comme Peter Vincent-Jones le note, dans ce cas «le pouvoir est considéré comme étant un substitut inférieur à la confiance, en raison des coûts de transaction plus élevés dans la surveillance et l'imposition de sanctions».[195] Ce qui fait conclure à Jan Kooiman que dans ces systèmes de négociation, la gouvernabilité passe principalement par la négociation entre les partenaires et moins par le contrôle et le pilotage.[196] Toutefois, «l'initiative financière privée pourrait déléguer aux acteurs privés trop de pouvoir de décision, affectant les intérêts et le bien-être des citoyens».[197]

Les réformes étatiques introduites dès le début des années '90 permettent de s'interroger sur les outils dont l'Etat dispose pour organiser la société nouvellement organisée. En particulier dans le domaine des politiques sociales et dans celui de l'assurance-maladie, l'Etat fixe des objectifs, qui peuvent entrer en contradiction avec ceux des partenaires agissant dans une société autorégulée. La cohérence de fonctionnement du système peut être remise en cause et porter préjudice aux résultats attendus par le gouvernement.

---

[195] «Power is regarded as an inferior substitute of trust due to the higher transactions costs involved in monitoring and the imposition of sanctions», in VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", *loc. cit.*, p. 329.

[196] KOOIMAN J. *Governing as Governance*, London, Sage Publications, 2003 cité par PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios, op. cit.*, p. 122.

[197] «…the PFI [Private financial initiative] may delegate to private actors too many decision-making powers affecting the interests and the welfare of citizens», in FREEDLAND M., "Public Law and Private Finance-Placing the Private Finance Initiative in a Public Law Frame", in *Public Law*, n° 288, p. 307 cité par VINCENT-JONES P., *loc. cit.*, p. 343.

Le fonctionnement en réseaux soulève par conséquent la question de la redéfinition des outils dont l'Etat dispose pour intervenir sur la société, entendus en tant que «méthodes identifiables par lesquelles l'action collective est structurée pour régler un problème public».[198] Dans son *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Lester M. Salamon considère que dans les sociétés dites complexes, l'Etat recourt désormais à une panoplie de nouveaux instruments d'action publique.[199] Ainsi, aux instruments classiques de commande et de contrôle se sont ajoutés ceux de nature moins directive et mieux adaptés à des sociétés gérées par le quasi-marché et le marché réglementé. C'est ce que nous analyserons dans notre étude.

2.2.4 Le quasi-marché et le marché réglementé

Par l'adoption des principes de NGP et de concurrence, les modes de fonctionnement de type public et privé se sont significativement rapprochés.

---

[198] SALAMON L. M., "The New Governance and the Tools of Public Action : An introduction", *loc. cit.*, p. 19.
[199] *Ibid.*, p. 6.

Avec le développement de sociétés complexes, le quasi-marché et le marché réglementé sont devenus des formes répandues de gestion de la société. Les réformes introduites dans le domaine sanitaire des pays de l'OCDE depuis la fin des années '90 n'ont néanmoins pas changé l'une des tâches centrales de l'Etat, à savoir se porter garant de l'intérêt public.

a) Quasi-marché et marché réglementé

Le quasi-marché est une notion qui trouve ses origines dans le monde anglo-saxon, notamment en Grande-Bretagne, à la fin des années '80. Comme nous l'avons indiqué, à l'époque une série d'actions avaient été entreprises afin de changer le système de fourniture de services au public, considéré comme trop coûteux et inefficace. Les réformes du quasi-marché ont touché différents secteurs publics, tels la santé, les logements publics, l'éducation et la sécurité sociale.[200] Les principales mesures ont consisté en l'externalisation de la fourniture de services, la séparation entre l'acheteur de prestations –les unités étatiques– et les fournisseurs de prestations, l'introduction de financements incitatifs, l'introduction de la compétition dans la fourniture de services et le changement des modes de financement.[201]

Comme son nom l'indique, le quasi-marché désigne un système marchand dans lequel interagissent tant des acteurs économiques que publics. Le quasi-marché permet de combiner des éléments de direction centralisée avec des aspects de concurrence réglementée. Le quasi-marché se distingue du libre marché du fait que du côté de l'offre, la concurrence se joue entre organisations qui ne sont pas nécessairement privées ou qui visent le profit. En ce qui concerne la demande, les relations entre les fournisseurs de prestations et leurs bénéficiaires ne se font pas directement ou alors sur un plan financier uniquement. Les choix et décisions des usagers, conditions nécessaires à un fonctionnement idéal-typique du marché, se font par un intermédiaire (par ex. médecin, agence étatique commissionnante) qui agit en tant que dernier consommateur.[202]

---

[200] À ce propos voir par exemple la contribution de VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, *op. cit.*

[201] Voir par exemple, LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *op. cit.*, pp. 3-4.

D'autres pays de l'OCDE connaissant un système libéral ont également engagé des réformes de leur système public. Cela est notamment le cas des Etats-Unis, qui ont été parmi les promoteurs des réformes administratives[203] et ont renforcé le marché réglementé. Le marché réglementé se caractérise par le fait que le consommateur «exerce un degré de choix, mais typiquement dans un environnement dans lequel les alternatives entre les fournisseurs sont limitées. Les services sont payés sur la base de la consommation, mais les prix et les autres conditions sont fixés par une agence de régulation».[204] Alors que dans un système planifié, les autorités planifient et contrôlent toutes les activités et les ressources, dans un marché régulé, cette tâche incombe aux acteurs économiques. Le régulateur se limite à fixer les règles de base et agit en tant que surveillant. Le rôle du gouvernement consiste à réguler l'accès au marché, à fixer des conditions contractuelles générales, tels que des standards.[205]

---

[202] VINCENT-JONES P., *op. cit.*, pp. 180-181 et LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy, op. cit.*, p. 10.

[203] OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, *op. cit.*.

[204] «…exercises a degree of choice, but typically in an environment in which competition between alternative providers is limited. Services are paid for at the point of consumption, but prices and other conditions are determined by a regulatory agency», in VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 206 ainsi que p. 203, sur la question du choix voir également LE GRAND J., *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services trough Choice and Competition*, *op. cit.*, pp. 38-62.

La distinction entre le quasi-marché et le marché réglementé n'est pas aussi aisée dans la réalité. Cela tient à la présence d'objectifs politiques généraux, ainsi qu'au mélange de marchés fonctionnant d'après des logiques différentes, public, quasi-marché, réglementé, privé. C'est pour cette raison que «dans les systèmes de santé orientés sur le marché, il existe un intérêt croissant à trouver des arrangements institutionnels facilitant la coordination et le contrôle des coûts».[206] Tout en continuant à impliquer des acteurs publics, la présence d'acteurs privés explique pour quelle raison ces arrangements se basent de plus en plus sur les contrats. Toutefois, comme Göran Arvidsson le note, «dans le cas des soins de santé, la politique gouvernementale détermine habituellement les objectifs globaux. Et parce que l'argent public est en jeu, il y a une nécessité d'allocation des ressources et de contrôle financier des processus dans la phase d'exécution. À cet égard, il n'y a pas de différences entre les marchés planifiés et réglementés pour les soins de santé».[207]

---

[205] ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", in SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1995, p. 78.

[206] «In market-oriented health care systèmes, there is a growing interest in institutionnal arrangements for facilitating coordination and cost control», in SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *loc. cit.*, p. 70.

[207] Traduction libre de «in the case of health care, government policy usually states the overall objectives. And because public money is involved, there is a need for

b) Le quasi-marché et le marché réglementé dans le domaine sanitaire

La délégation des compétences doit répondre aux objectifs fixés par le gouvernement. L'adoption des principes de NGP et la réforme de l'Etat ne doit pas remettre en cause les acquis sociaux, mais les améliorer. Julian Le Grand J. et Will Bartlett ont identifié une série de conditions minimales auxquelles le quasi-marché peut se réaliser dans le champ des politiques sociales :

- une structure de marché adéquate ;
- un accès équitable à l'information sur les prix et la qualité ;
- des coûts de transaction les plus réduits possibles ;
- un haut niveau de motivation de la part des partenaires ;
- la garantie de l'équité de la part des fournisseurs de prestations et des acheteurs, en évitant la sélection des risques.[208]

En s'appuyant sur le cas anglais connaissant un système national financé par les impôts, les auteurs estiment que la mise en œuvre d'un quasi-marché présuppose en premier lieu une structure de marché adéquate. Pour éviter toute situation de monopole, il est nécessaire de garantir la présence de plusieurs fournisseurs et agents acheteurs de prestations incapables d'influencer les processus d'achat, la valeur du budget ou l'exécution des contrats, permettant ainsi la création de conditions structurelles le plus

---

resource allocation and financial control processes in the execution phase. In these respect there are no differences between planned and regulated markets for health care», in SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *loc. cit.*, p. 71.

[208] LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *op. cit.*, p. 33-34.

semblables à celles existant dans une économie de marché, pour faire jouer la concurrence.[209]

Pour que les acteurs puissent interagir convenablement, il faut, en second lieu, un fonctionnement transparent. Cela signifie que les fournisseurs de prestations doivent informer clairement sur le prix et le coût de leurs activités, de même que les agents payeurs doivent être informés de manière adéquate sur la quantité et la qualité des prestations fournies.[210] L'échange d'informations doit se faire de la façon la plus automatique possible, afin de réduire les coûts de transaction et s'approcher ainsi de l'*optimum* de Pareto,[211] ce que les auteurs ont identifié comme la troisième condition à la mise en œuvre d'un quasi-marché.

Parallèlement aux critères structurels, les auteurs considèrent que le quasi-marché nécessite un engagement concret de la part des fournisseurs et des acheteurs de prestations. Il est nécessaire que les acheteurs de prestations soient motivés à remplir les besoins et les souhaits des usagers. Les fournisseurs de prestations doivent de leur part agir de façon efficiente et efficace.

L'adoption de comportements commerciaux pourrait toutefois entrer en contradiction avec les objectifs d'équité. Il est par conséquent nécessaire, selon les auteurs, que la mise en oeuvre de mécanismes de quasi-marché soit accompagnée par des mesures évitant la sélection des risques («creamskimming») et le rationnement des prestations ou le transfert des coûts sur les usagers.

---

[209] LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, *op. cit.*, p. 33-34.
[210] *Ibid.*, p. 206.
[211] *Ibid.*, p. 211.

Le modèle de Julian Le Grand peut être considéré comme exemple idéal-typique de quasi-marché dans le cas d'un système sanitaire national financé par les impôts. Le quasi-marché a également été introduit dans des Etats connaissant un système d'assurance sociale, tels que les Pays-Bas[212] ou l'Allemagne. Il a également été introduit dans le système sanitaire suisse, qui connaît toutefois un système mixte public-privé. Pour la Suisse, il est dès lors plus opportun de parler de marché régulé,[213] soit un système dans lequel peuvent exister des sous-marchés planifiés, ce qui est notamment le cas du système stationnaire, qui, pour les trois quart, est la propriété des cantons.

La liberté de choix dans le système sanitaire se réfère au modèle idéal-typique du libre marché et fait l'hypothèse d'une structure fonctionnant de façon performante. Selon Julian Le Grand «le modèle pour la délivrance de services publics se basant sur le libre choix du consommateur et sur la compétition entre les fournisseurs apporte une plus grande autonomie des consommateurs, une qualité de service meilleure, une plus grande efficacité, plus de sensibilité et d'équité que les alternatives».[214] Toutefois, le même auteur, ainsi que de nombreux autres, ont contesté l'application pure de ce modèle dans le domaine sanitaire.

---

[212] Voir par exemple HELDERMAN J.-K., *Bringing the Market Back In ? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care*, *op. cit.*

[213] Voir par exemple l'étude de ARVIDSSON G., *loc. cit.*, pp. 65-85.

[214] «…the model for the delivery of public services that relies upon user choice coupled with provider competition can deliver greater user autonomy, higher service quality, greater efficiency, greater responsiveness and greater equity than the alternative», in LE GRAND J., *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services trough Choice and Competition*, *op. cit.*, pp. 45-46.

c) Le cas suisse

La nature mixte du système sanitaire suisse explique pourquoi la NGP ne permet de décrire et d'expliquer qu'une partie des transformations de gestion issues des réformes, notamment celles du domaine stationnaire. Dans les marchés ambulatoire et assurantiel, il a plutôt été question de libéralisation, ce qui a engendré la naissance d'un marché réglementé. La délégation des activités à des acteurs tiers a impliqué en même temps la mise en œuvre de réseaux de négociation combinant à la fois des entités publiques et des acteurs privés, dans lesquels l'Etat joue un rôle direct marginal. C'est la raison pour laquelle il est plus approprié de parler de gouvernance que de gestion.

Les instances de négociation nées avec la LAMal peuvent être assimilées aux réseaux d'action publique décrits auparavant. Les réformes de l'assurance-maladie constituent un cas emblématique de changements de gouvernance. Les réformateurs ont dû tenir compte du contexte institutionnel du système sanitaire en combinant à la fois les objectifs généraux prévus par la réforme et des interventions spécifiques, en apparente contradiction avec ces objectifs, donnant naissance à un système mixte de planification et de concurrence. L'adoption de la part de l'Etat d'instruments d'intervention disparates, à la fois de type classique et de nouvelle gouvernance, en est la conséquence, ce qui a engendré un système mixte dans lequel différents systèmes de gouvernance coexistent. Dans le cas d’un système partagé avec des tiers, de quasi-marché ou de marché réglementé, l’Etat continue à intervenir dans le système en assumant des nouvelles fonctions de gouvernance et de nouvelle gouvernance.

Toutes ces transformations soulèvent des interrogations sur la gouvernabilité. Dans notre recherche, nous analyserons les réformes sanitaires suisses par les deux axes des théories de la nouvelle gouvernance identifiées ci-dessus : celui de la gouvernance et celui de la cohérence. Pour ce qui est de l’étude sur la gouvernance, nous dépasserons la seule dimension institutionnelle. Outre les changements institutionnels, nous étudierons également les modes de mise en œuvre et de fonctionnement, d’après l’approche centrée sur les acteurs. Nous nous distancierons également des études sur les réseaux, en tenant compte du contexte institutionnel et de l’environnement politique dans lesquels les réseaux tarifaires et de qualité s’insèrent.

S'agissant des théories de nouvelle gouvernance, nous avons choisi d’adopter un angle de lecture allant au-delà des théories de la gestion et des réseaux. À la différence de ces deux théories, notre étude n’adoptera pas une approche centrée uniquement sur les institutions. Le rôle des acteurs et de l’environnement sera également pris en considération. Étant donné la nature économico-institutionnelle des réformes sanitaires, nous nous appuierons de plus sur d’autres approches, telles que l’économie néo-institutionnelle et les théories sur les contrats.

Nous analyserons également le rôle joué par l’Etat dans un système autorégulé basé en partie sur les réseaux de négociation. Nous étudierons les instruments étatiques de mise en œuvre permettant de garantir la cohérence et la robustesse du système sanitaire dans son ensemble. Notre conception de la cohérence va toutefois au-delà de la seule capacité de l'Etat à garantir que la mise en œuvre des lois se fasse en fonction des objectifs visés, qui est le propre des analyses gestionnaires centrées sur la vérification de l'efficacité d'une réforme. Nous ne concevons pas non plus le maintien de la cohérence comme étant la garantie de l'ordre par la régulation, ce qui est l'objectif des études juridiques. Nous considérons le maintien de la cohérence comme étant la capacité de l'Etat à concilier les objectifs politiques avec les contraintes institutionnelles existantes, dans lesquelles différents systèmes de gouvernance coexistent.

DEUXIEME PARTIE

DEUXIÈME PARTIE :

Les implications de l'introduction de la LAMal pour les acteurs

Par son organisation et ses modes de financement, le système sanitaire suisse est considéré comme faisant partie des systèmes sociaux d'assurance-maladie. Six autre pays de l'OCDE rentrent dans cette catégorie, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, le Luxembourg et Israël. D'après Richard B. Saltman ces systèmes se caractérisent par trois aspects principaux. En premier lieu, ils se basent sur un financement et une fourniture de prestations de type privé. Deuxièmement, le rapport entre les principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire –assureurs maladie, fournisseurs de prestations et patients– est régi par l'autorégulation. En troisième lieu, ces systèmes se distinguent par leur stabilité organisationnelle et financière.[1]

D'après la Constitution fédérale suisse, le système social d'assurance-maladie est une compétence fédérale, alors que le développement et la mise en œuvre des politiques de santé reviennent aux cantons.[2] Le gouvernement fédéral est le principal promoteur des réformes du système sanitaire. Les buts en matière sanitaire sont introduits dans les objectifs stratégiques que le gouvernement suisse définit pour chaque législature, tous les quatre ans. La Suisse ne dispose néanmoins pas d'objectifs nationaux de politique de santé ou de lignes directrices,[3] ce qui limite l'adoption d'une stratégie nationale de santé et rend la mise en œuvre de standards nationaux problématique. Cela tient à différentes raisons.

---

[1] SALTMAN R. B., "Social Health Insurance in Perspective the Challenge of Sustaining Stability", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, p. 3 et p. 4 voir également NORMAND C., BUSSE R., "Social Health Insurance Financing", in MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J. (eds.), *Funding Health Care : Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2003, pp. 59-61.

En premier lieu, les questions de santé sont abordées, hormis la LAMal, dans différentes lois traitant d'aspects sociaux disparates (par ex. la formation médicale). La structure fédérale favorise ensuite la fragmentation des responsabilités entre les trois niveaux d'autorités –fédérale, cantonale, communale– rendant la coordination verticale problématique. Les cantons jouent un rôle central dans la fourniture et le financement des services de santé et ils sont de plus impliqués dans les décisions politiques, la régulation et la surveillance du système sanitaire suisse.[4] La Confédération a un impact limité dans la régulation de l'offre de services de compétence cantonale. Le fédéralisme est également la plus grande obstruction à la coordination horizontale.

---

[2] EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, *Health Care Systems in Transition : Switzerland*, Copenhagen, World Health Organisation (WHO) on behalf of the European Observatory on Health Care Systems, 2000 ; KOCHER G., "Confédération, cantons et communes : partage des compétences et des tâches", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005, pp. 90-96 ; OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, Éditions OCDE, 2006 ; OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives*, Berne, OFSP, 2006.

[3] *Ibid.* ; WYSS K., LORENZ N., "Decentralization and Central and Regional Coordination of Health Services : The Case of Switzerland", in *International Journal of Health Planning and Management*, n° 15, 2000, pp. 103-104.

[4] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*

La responsabilité des cantons dans la fourniture de services de santé et leur attitude protectionniste se traduit par une faible organisation nationale des soins hospitaliers. La grande autonomie professionnelle des prestataires ambulatoires réduit également les possibilités de surveillance et d'instauration d'une meilleure gestion de ces prestataires. La délivrance de services mixte public-privé et le système privé d'assurance réduit l'impact des réformes pour le contrôle des coûts du système sanitaire.[5]

Pour faire face à cette situation et renforcer une politique nationale de santé, le gouvernement fédéral a entrepris plusieurs démarches. Tout en incitant à l'autorégulation et à la concurrence, la troisième réforme de la LAMal a également prévu des mesures planificatrices. Les responsabilités dans le secteur sanitaire, particulièrement hospitalier, ont été réexaminées en concomitance avec la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT),[6] visant une redéfinition tant des compétences et des responsabilités verticales entre la Confédération et les cantons qu'horizontales entre les autorités cantonales. Cette réforme a pour but de définir de nouvelles formes de collaboration et de financement (ex. : budgets prospectifs) sur des sujets spécifiques, par des tâches communes permettant des économies d'échelle, notamment la planification de la médecine hautement spécialisée. La RPT se base sur les principes de NGP, l'efficacité dans l'accomplissement des tâches, l'économicité des prestations étatiques et la réduction des disparités cantonales. La RPT prévoyait que dans un nombre spécifique de secteurs, les cantons concernés collaborent dans un but de planification et d'utilisation efficace des ressources.

---

[5] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *loc. cit.*

[6] DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Brochure d'information sur le projet de nouvelle péréquation soumis à votation le 28 novembre 2004, Bene, DFF et CDC, 2004 ; DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Berne, DFF et CDC, septembre 2007.

Depuis l'introduction de la LAMal, le gouvernement est intervenu à plusieurs reprises dans le système par des mesures directes, afin de pallier les dérives de mise en œuvre. La réforme sanitaire, de manière similaire au modèle des Pays-Bas, a proposé un système d'assurance de base social favorisant plutôt un rééquilibrage, plutôt que la disparition de l'Etat social.[7] La question de l'intervention étatique se pose également par rapport au respect du principe de solidarité, qui constitue une des caractéristiques centrales du système suisse de santé, dont l'origine remonte au XX^{e} siècle,[8] tout comme l'organisation fédéraliste, l'orientation vers le marché et la médecine curative.[9]

La troisième révision partielle de la LAMal a ouvert une nouvelle phase dans la réforme du système sanitaire suisse. En plus de l'introduction de critères d'économicité et de qualité, elle prévoyait des instruments censés instaurer des mesures incitatives[10] avec l'objectif d'optimiser le fonctionnement de type concurrentiel du système sanitaire suisse, en vue de freiner la hausse des coûts de la santé. Cette réforme devait créer des conditions-cadre favorisant les mécanismes de concurrence régulée dans le système sanitaire suisse. Le deuxième paquet de la réforme a en particulier prévu deux changements majeurs, à savoir, d'une part, la modification des modes de financement et de remboursement des soins hospitaliers par l'introduction du financement par cas, censé limiter l'influence du fédéralisme sur l'introduction des principes de concurrence. D'autre part, dans le domaine ambulatoire, le projet a principalement introduit le modèle de «managed care» permettant d'atténuer l'obligation de contracter. Les aspects de solidarité ont constitué une partie négligeable de cette troisième réforme, car l'on a considéré que l'objectif était déjà atteint.

---

[7] HELDERMAN J.-K., HELDERMAN J.-K., *Bringing the Market Back In ? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care*, Thesis, Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.

[8] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *loc. cit.*, p. 40.

[9] *Ibid.*, pp. 20-42.

Dans cette partie, nous décrirons les principales mesures incitatives et régulatrices évoquées également dans la troisième réforme et adressées aux assureurs-maladie, aux fournisseurs de prestations et aux assurés-patients. Nous expliquerons les premiers résultats de leur application. Nous déterminons ci-dessous les principales implications, pour les différents acteurs actifs dans le domaine sanitaire –les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires– de l'introduction des mécanismes concurrentiels prévus par la LAMal. Nous traiterons également des implications pour les assurés-patients.

---

[10] Message du Conseil fédéral n° 04.031, p. 4026.

1. Les assureurs-maladie

Avec la LAMal, les assureurs-maladie ont obtenu un nouveau rôle et ont été incités à la concurrence. Les assureurs-maladies ne sont plus censés jouer un rôle passif entre les prestataires de services et les patients-assurés en remboursant automatiquement les factures. Ils sont devenus responsables du niveau des primes d'assurance. Chaque année, l'organisation faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, propose au gouvernement le niveau des primes d'assurance moyen,[11] de sorte que les assureurs ont en même temps été institués instance de surveillance des coûts de la santé. Cela a impliqué la transformation du marché assurantiel, fonctionnant désormais selon les principes commerciaux, mais a également signifié une redéfinition des relations avec les autres partenaires sanitaires.

La mise en œuvre de la réforme s'est toutefois traduite par des limites d'application, tel que nous les décrirons ci-dessous. Dans un premier temps, nous décrirons les nouveaux principes assurantiels et nous analyserons les implications pour la sélection des risques. Nous analyserons ensuite les effets des mesures étatiques mises en œuvre pour y pallier, notamment le fonds de compensation des risques.

---

[11] Pour une analyse récente voir, INDRA P., JANUTH R., CUENI S., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2011, pp. 53-54.

1.1 Le marché assurantiel

Pour introduire les mécanismes de concurrence dans le marché assurantiel, la LAMal a ouvert le marché de l'assurance obligatoire aux assureurs privés, causant un changement significatif dans ce marché. L'obligation d'assurance pour tout individu a en premier lieu poussé les caisses-maladie à abandonner l'ancien système de fédération de caisses-maladie cantonales, liées par le Concordat des caisses-maladie suisses. Les caisses et les assureurs-maladie privés se sont regroupés sous le terme «santésuisse», devenue l'organisation faîtière des assureurs, qu'il s'agisse d'assureurs-maladie sociaux ou privés (ci-après, «assureurs-maladie»). La LAMal a de plus engendré une concentration des assureurs-maladie. Elle n'a toutefois pas induit une convergence totale entre les assureurs sociaux et les assureurs privés. Elle n'a pas non plus éradiqué la sélection des risques.

1.1.1. Assurance de base et assurance privée

Les assurances-maladie de base et complémentaires sont régies par deux législations et deux systèmes de surveillance différents.[12] L'assurance de base obligatoire est soumise à la LAMal et à ses ordonnances. L'assurance complémentaire relève de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA) qui est un complément au code des obligations, lequel règle le marché privé suisse. En se basant sur le code des obligations, l'assurance privée fonctionne d'après des critères commerciaux. L'assurance de base doit quant à elle respecter les critères d'économicité et d'efficacité tout en ne contrevenant pas aux principes d'équité et de solidarité prévus par la LAMal.

---

[12] WIEDMER D., "La Surveillance des assureurs-maladie", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 5, 2000, pp. 248-250.

La LAMal est sous la surveillance du gouvernement, par le biais de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cet office est principalement responsable d'approuver les primes d'assurance proposées par santésuisse chaque année. L'office surveille de plus les aspects économiques et légaux des activités assurantielles (par exemple la comptabilité, l'état des réserves financières et la conformité à la loi).[13] L'assurance complémentaire est quant à elle sous la surveillance de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP), qui surveille la solvabilité et les aspects légaux.

Dans le cadre de l'assurance de base, la compétition doit se baser sur l'amélioration de l'offre aux assurés-clients, en incitant les assureurs-maladie sociaux à offrir des services de qualité et une plus grande proximité avec les assurés-patients. La compétition ne doit pas se baser sur la sélection des risques. L'obligation d'admission de tout assuré et le catalogue des prestations de base limitent de facto la marge de manœuvre des assureurs sociaux pour varier leur offre.

Dans les modèles d'assurances complémentaires et alternatives, la compétition s'exerce exclusivement selon les principes du marché, ce qui peut parfois nuire à la solidarité. L'objectif principal des assureurs-maladie privés est de gagner une meilleure position sur le marché. Il est largement admis que «les assureurs maladie privés pratiquent la concurrence plutôt par la sélection des risques que par des achats compétitifs. La plupart des tentatives pour contenir les coûts sont effectuées sur la demande, par le biais d'un partage des coûts».[14] Certains effets indésirés de ce type ont émergé peu après la mise en œuvre de la LAMal. Cela concerne toutefois autant les assureurs-maladie privés que les assureurs sociaux, poussés eux-aussi à agir de façon concurrentielle.

---

[13] Voir par exemple, MEIER R., "La Surveillance exercée dans le domaine des assurances sociales est-elle une garantie d'efficacité et de sécurité ?", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 5, 2000, pp. 237-238 ; WIEDMER D., *loc. cit.*, pp. 248-250.

1.1.2. L'obligation d'admission et sélection des risques

Le système sanitaire était censé protéger les assurés contre les risques de maladie. La LAMal a renforcé la concurrence entre les assureurs-maladie en octroyant aux assurés le libre passage intégral et l'obligation pour les assureurs-maladies d'affilier tout candidat, indépendamment de son sexe, âge, état de santé ou statut économique. La LAMal devait garantir les conditions d'un marché assurantiel le plus équitable possible et d'un fonctionnement concurrentiel efficace. Le premier effet en a été la réduction du nombre des assureurs-maladie.

Leur nombre s'est constamment réduit depuis les années '60, mais particulièrement dès les années '90. À cette époque, l'assurance de base était offerte par 246 assureurs-maladie (ou groupes d'assureurs-maladie), en

---

[14] «…private health insurers […] are more likely to compete on the basis of risk selection than trough competition purchasing. Most attempts to contain costs operate on the demand side, trough cost sharing», in WHO, *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe ?*, Health Evidence Network (HEN), Copenhagen, World Health Organisation (WHO), 2004, p. 13.

2006 elle l'était par 87. Aujourd'hui, elle est offerte par environ 30 assureurs-maladie (ou groupes d'assureurs maladie). De plus, les 10 plus grands assureurs-maladie couvrent environ 83% de la population assurée.[15]

En second lieu, dès la mise en œuvre de la LAMal, l'incitation à développer des comportements concurrentiels a causé des attitudes inattendues de la part des assureurs-maladie, tant privés que sociaux. La réforme n'a pas réussi à éradiquer toutes les attitudes qui prétéritaient la solidarité et qui existaient déjà avant la LAMal, notamment en ce qui concerne les retards dans les versements au fonds de compensation des risques pour bénéficier des intérêts.[16] Les assureurs-maladie ont de plus continué à sélectionner les risques, comme ils le pratiquaient déjà avant l'adoption de la LAMal, et ont peu différencié leur offre. Ces effets sont à attribuer en partie aux contraintes institutionnelles, tel que le catalogue des prestations de base, qui, tout en garantissant un accès équitable aux traitements pour tout le monde, empêche toute possibilité d'amélioration de l'offre assurantielle. Les assureurs sociaux sont par conséquent confrontés à la difficulté de concilier les principes d'équité et la nécessité d'agir de façon compétitive.

La sélection des risques est une attitude qui a également été adoptée par les assureurs privés, plutôt que de chercher à varier leur offre.[17] Ceci tient également au fait qu'en raison de la prime par tête, les assureurs-maladie ont tout intérêt à avoir dans leur portfolio des assurés en bonne santé.[18] Le maintien de la prime par tête devait réduire la sélection des risques pratiquée par les caisses d'assurance maladie avant la LAMal.[19] Néanmoins, «il est rationnel pour les caisses de maladie de fournir un bon service pour des risques rentables (c'est-à-dire favorables). En outre, il est aussi rationnel pour les caisses-maladie de fournir un mauvais service pour des risques non rentables (c'est-à-dire défavorables), d'où des investissements dans la sélection des meilleurs risques («écrémage»)».[20]

---

[15] FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, p. 83.

[16] SPYCHER S., "Compensation des risques dans la LAMal – et la suite ?", in *Sécurité sociale CHSS,* n° 2, 2004, pp. 109-112.

[17] SPYCHER S., *La Compensation des risques dans le cadre de la 3ème révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*, Rapport final définitif du

Les assureurs-maladie, tout type confondu, ont de plus entravé les assurés-patients qui souhaitaient changer d'assurance-maladie et ont même dénié à certains le droit d'être admis, ce malgré l'obligation d'admission. Certains assureurs privés ont également essayé de tirer bénéfice de la possibilité d'offrir tant l'assurance de base que l'assurance complémentaire. Une partie d'entre eux a conditionné la dénonciation de l'assurance de base à la complémentaire. Seule une résiliation simultanée des deux assurances,

---

groupe de travail «Compensation des risques» : Synthèse, Mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, BASS, 6 janvier 2004, p. 4.

[18] BECK K., SPYCHER S., HOLLY A., GARDIOL L., "Risk Adjustment in Switzerland", in *Health Policy*, n° 65, 2003, pp. 63-74.

[19] KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", in *Sécurité Sociale CHSS*, 2002, n° 5, pp. 299-307.

[20] «It is rational for sickness funds to provide good service for profitable (i.e. favorable) risk. Moreover, it is also rational for sickness funds to provide bad service for unprofitable (i. e. unfavorable) risks, since investments in preferred risk selection ("cream skimming")», in GRESS S., "Regulated Competition in Social Health Insurance : A Three-Country Comparison", in *International Social Security Review*, Vol. 59, n° 3, 2006, p. 28.

de base et complémentaire, était acceptée.[21] Cette situation explique entre autres la première révision partielle de la LAMal en 1998, laquelle a introduit l'interdiction de lier l'assurance de base à la complémentaire. L'accès aux données des assurés lors de la conclusion des deux contrats d'assurances par un seul assureur ne peut pas être empêché.[22] Aujourd'hui encore l'on constate des pratiques similaires de la part de certains assureurs-maladie.

1.2. La redéfinition du rôle des assureurs-maladie

Pour remédier aux attitudes sélectives mentionnées ci-dessus, le gouvernement est intervenu par des mesures régulatrices et incitatives. Les réformateurs ont notamment prévu de reconduire le fonds de compensation des risques qui existait depuis 1993. De plus, pour favoriser les mécanismes de marché, la LAMal a permis de nouvelles formes contractuelles avec les fournisseurs de prestations ambulatoires (formes alternatives d'assurance) et de nouvelles formes de couverture assurantielle pour les assurés. Leur mise en œuvre a toutefois provoqué des effets inattendus, ce qui a poussé les autorités à trouver des solutions temporaires lors de la troisième reforme, tout en traitant les sujets déjà prévus dans les révisions précédentes. Nous rappellerons brièvement ci-dessous les principales mesures de la LAMal déjà décrites au premier chapitre de la première partie, le fonds de compensation des risques et les modèles alternatifs d'assurance, et nous décrirons dans quelle mesure elles ont été appliquées.

---

[21] Message du Conseil fédéral n° 98.058 ; OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *Aspects de la sécurité sociale,* Rapport de recherche n° 6/1, Berne, OFAS, 2001.

[22] *Ibid.*

1.2.1. Le fonds de compensation des risques

Selon la LAMal, la compensation des risques devait être abandonnée dix ans après l'entrée en vigueur de la loi. L'on supposait que la structure des risques aurait été égalisée, rendant le système de compensation superflu, ce qui n'était pas encore le cas lors de la troisième réforme partielle.[23] L'ordonnance en la matière a été prolongée pour cinq ans en 2004 et une nouvelle fois en 2009.[24]

Le fonds est un instrument censé compenser les risques résultant du sexe et de l'âge en introduisant une solidarité horizontale. En égalisant la structure des risques, il représente en même temps une incitation à un fonctionnement concurrentiel et favorise le choix de modèles alternatifs d'assurance en atténuant le caractère dirigiste de la prime unique.[25] En réduisant le risque, le fonds est un instrument devant faciliter l'accès et le choix de la couverture assurantielle et devant en même temps permettre un fonctionnement efficace du marché assurantiel.[26]

---

[23] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, p. 155.

[24] Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance maladie (OCoR) du 12 avril 1995.

[25] Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4026.

[26] Pour une réflexion sur le rôle de l'Etat dans la gestion des risques, voir par exemple EWALD F., KESSLER D., "Les Noces du risque et de la politique", in *Le Débat*, n° 109, mars-avril 2000, p.70.

Avec ce système, les assureurs connaissant une structure de risques positive (mesurée par l’âge et le sexe) doivent verser un montant dans un fonds commun permettant d'offrir une compensation aux assureurs disposant d'une structure de risques moins favorable. Le fonds fournit par ailleurs une base de transfert de canton à canton, reflétant ainsi les différences de coûts entre les régions.[27] Il crée un équilibre artificiel des portfolios entre les assureurs, en termes de probabilité d’occurrence des risques. «Les assureurs-maladie qui ont une structure d'âge et de sexe ne correspondant pas vraiment à celle de la population en général (soit en ayant une prédominance de jeunes hommes) doivent contribuer à un fonds d'égalisation des risques (contribution de compensation), de sorte que ceux ayant à ce titre un désavantage concurrentiel reçoivent un subside de ce fonds».[28]

Le fonds de compensation des risques, de façon similaire aux primes d’assurance-maladie, est basé exclusivement sur trois critères : le sexe, l’âge et le canton de résidence. Ce nombre de critères a été jugé insuffisant pour compenser les risques de façon adéquate, ce qui favorise l’exercice de la sélection des risques, car comme certains auteurs l’ont remarqué, «ce système reste profitable pour les caisses-maladie en raison de mécanismes d'ajustement incomplets des risques».[29] C'est la raison pour laquelle le projet de troisième réforme soulevait la question de la nécessité de prendre en compte d'autres indicateurs.[30] Ces critères devaient être basés sur les conditions de santé de l'assuré et le risque de mortalité (calculés d'après le nombre de jours d'hospitalisation ou de séjours dans un établissement médico-social pendant l'année précédente), ainsi que sur les diagnostics (d'après les prescriptions de médicaments).[31] À l'époque, on parlait même d'un fonds de compensation pour les hauts risques.

---

[27] LEU E. R., BECK K., *Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz*, Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, Bern, Universität Bern, 2006.

[28] «Insurers having an age and sex structure that compares favourably with that of the general population [i.e. predominantly young men] must contribute to a risk equalization fund ["contribution compensation"], while those showing a competitive disadvantage in this regard will receive a subsidy from it», in BECK K., «Growing Importance of Capitation in Switzerland», in *Health Care Management Science*, n° 3, 200, p. 112, voir également FREI W., *loc. cit.*, pp. 83-94.

En 2007, le Parlement a décidé d'adapter les critères de compensation des risques pour mieux prendre en considération le risque maladie des assurés, par la prise en compte, comme facteur supplémentaire de compensation, des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social (EMS) l'année précédente.[32]

La reforme prévoyait par ailleurs un calcul prospectif du fonds, en tant qu'incitation à une gestion des assurances-maladie plus efficiente. Ces propositions ont toutefois rencontré un intérêt mitigé en raison de l'impact limité de redistribution entre les assureurs-maladie. En 2008, le volume de compensation des risques représentait 5.62 milliards de CHF (un quart du volume total des primes de santé), mais seuls 1.4 milliards de CHF ont été transférés entre les assureurs-maladie[33], le reste ayant été directement compensé au sein des assureurs eux-mêmes.

---

[29] «…is still profitable for sickness funds because of incomplete risk adjustment mechanisms», in VAN DE VEN, W. P. M. M., BECK K. et. al., "Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries", in *Health Policy*, Vol. 65, n° 1 cité par GRESS S., *loc. cit.*, p. 42.

[30] SPYCHER S., *La Compensation des risques dans le cadre de la 3ème révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*, *loc. cit.*

[31] BECK K., SPYCHER S., HOLLY A., GARDIOL L., "Risk Adjustment in Switzerland", *loc. cit.*, pp. 63-74 ; SPYCHER S., "Compensation des risques dans la LAMal – et la suite ?", *loc. cit.*, pp. 109-112 ; FREI W., "Assureurs-maladie", *loc. cit.*, pp. 83-94.

[32] INSTITUTION COMMUNE DE LA LAMAL, *Rapport sur la gestion de la compensation des risques en 2009*, Soleure, Institution commune LAMal, 2010, p. 2.

Ce qui précède signifie que la plus grande redistribution des risques s'exerce à l'intérieur des assureurs-maladie eux-mêmes et moins entre eux, par le biais du fonds. Cette situation permet de réévaluer les objectifs d'amélioration des conditions de concurrence et d'équité du fonds de compensation des risques. Actuellement, la situation est en train de changer, ce qui tient également à l'intérêt grandissant pour les modèles de «managed care», lesquels favorisent une meilleure surveillance des risques.[34]

1.2.2. Les modèles alternatifs d'assurance

La LAMal a introduit des incitations à l'adoption d'attitudes concurrentielles dans le domaine sanitaire, notamment les modèles alternatifs d'assurance.[35] Les premières tentatives d'introduction des modèles de soins intégrés en Suisse datent des années ‘80.[36] En suivant les préceptes d’Alain C. Enthoven, la Suisse est devenue le premier Etat en Europe à introduire dans sa législation sur la santé les HMOs et les PPOs.[37] Toutefois, après leur adoption, ces modèles n'ont été choisis que par un nombre réduit d’assurés. Il s’agit surtout, aujourd'hui encore, de jeunes assurés en bonne santé pouvant profiter des réductions de primes corrélées.[38] En limitant le choix des fournisseurs de prestations, ce type d’assurance est également un instrument permettant de réduire le volume des prestations en agissant sur la demande. Le but principal des assureurs avec l’adoption de ces modèles consiste en la possibilité d’améliorer la surveillance et d’augmenter l’auto-responsabilité des assurés-patients. L’insuccès des modèles alternatifs d’assurance s’explique par la crainte des assurés d’une baisse de qualité des services et d’une restriction du choix des fournisseurs de prestations.[39]

---

[33] Rapport de l'INSTITUTION COMMUNE DE LA LAMAL, *loc. cit.*, voir également BRUNNER H. H., CUENI S., JANUTH R., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 56-57.

[34] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", in *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 4, n° 25, 2010, pp. 368-85.

[35] Voir par exemple BECK K., *loc. cit.*, pp. 111-119.

Comme nous l’avons vu, le modèle a été proposé plusieurs fois depuis l’introduction de la LAMal. La forme des propositions de modèles alternatifs d’assurance a toutefois changé au fil du temps. Vu les oppositions soulevées pendant la consultation de la deuxième réforme de la LAMal, des modifications ont été apportées aux projets de révision qui ont suivi. À l'origine, lors de l'adoption de la LAMal en 1996, il était surtout question de créer les bases légales pour l'adoption de formes particulières d'assurance. Ensuite, selon le projet de deuxième réforme partielle mis en échec en 2000, les assureurs-maladie auraient été tenus d'offrir obligatoirement des formes d'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations. Ces derniers auraient été censés assumer la responsabilité budgétaire, par des rapports contractuels particuliers. Les modèles alternatifs d'assurance étaient présentés comme alternative à la liberté de contracter, ce qui explique pourquoi ils ont été perçus comme une menace par les fournisseurs de prestations.

---

[36] PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, Stuttgart/New York, Schautter, 2002, voir également les autres contributions de Jürg H. Sommer et Peter Zweifel cités en bibliographie.

[37] BECK K., «Growing Importance of Capitation in Switzerland», *loc. cit.*, pp. 111-119.

[38] MOSER M., *Managed Care*, Grundlagen zur 3. KVG-Revision Experten-/ Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004 ; Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l’assurance-maladie (Managed Care), *version provisoire*, p. 10 et p. 18.

[39] MOSER M., *loc. cit.*

Pour faciliter leur acceptabilité, le gouvernement a proposé, lors de la troisième réforme, la séparation entre la liberté de contracter et l'adoption de formes particulières d'assurance.[40] La troisième réforme ne prévoyait par conséquent plus l'obligation d'offrir des modèles alternatifs d'assurance, ni l'obligation pour les assurés d'y recourir.[41] La réforme prévoyait par contre l'adoption des modèles de réseaux de soins intégrés, plus connus sur leur nom anglais «managed care».

Les systèmes de «managed care» ne sont que des options contractuelles avec les fournisseurs de prestations, que les assureurs-maladies étaient néanmoins censés offrir de façon facultative aux assurés. Ils constituaient désormais des formes particulières (alternatives) d'assurance, c'est-à-dire des couvertures optionnelles, au même titre que l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise. D'autre part, les assurés-patients n'étaient plus obligés d'accepter l'offre, faute de quoi ils devaient changer d'assurance. Ces systèmes devaient constituer une incitation à l'exercice du choix. Cette nouvelle définition devait favoriser la diversification de l'offre des assureurs-maladie et attirer de nouveaux assurés-patients. Ces changements de forme des modèles de «managed care», du projet de deuxième réforme partielle à la troisième réforme, représentaient un expédient pour augmenter l'acceptabilité de ces modèles et, en réalité, les assureurs-maladie n'ont jusqu'à très récemment pas vu l'intérêt d'offrir de tels modèles.

---

[40] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care), *loc. cit.*, p. 2.

[41] *Ibid.*, p. 6.

Après deux premières tentatives durant les années '90 dans les villes de Zurich et de Bâle,[42] les modèles alternatifs d'assurance continuent à être surtout proposés dans les grandes villes et agglomérations, car offrant un large nombre d'assurés et de fournisseurs de prestations. Les modèles alternatifs d'assurance ont longtemps été inintéressants pour les assureurs-maladie eux-mêmes, «parce que le nombre réduit de HMO diminue leur efficacité sur le contrôle des coûts et ne justifie pas la réduction de prime proposée».[43] Parmi les différents modèles proposés, HMO –de groupe, propriété des caisses-maladie, ou cabinet médical, propriété des médecins– et médecin de famille (en allemand, «Hausartzmodell» (HAM)), ce dernier est celui qui a rencontré le plus de succès auprès des fournisseurs de prestations.[44] Au contraire des HMOs, il se concentre dans les régions rurales.[45]

---

[42] PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *op. cit.*

[43] BAUMBERGER J., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *op. cit.*, pp. 219-228.

À la place de ces modèles, certains parmi les plus grands assureurs-maladie en assurance alternative ont préféré créer ce que l'on appelle des assurances «bon marché», avec les jeunes et les assurés-patients en bonne santé comme public cible, ce qui leur permet d'offrir des primes moins chères que celles offertes normalement. Même si, dans leur fonctionnement, ces compagnies sont indépendantes, elles appartiennent à la même direction et permettent ainsi une redistribution des risques.[46] Ces fonds ont été identifiés comme étant un réservoir de bons risques pour les plus grands assureurs connaissant des assurés âgés.

1.3. Conclusion

Vu ce qui précède, il apparaît clairement que la LAMal a introduit des changements significatifs dans le marché assurantiel. Nonobstant cela, les assureurs-maladie ont continué à pratiquer la sélection des risques de façon similaire à ce qu'ils faisaient avant l'introduction de la réforme. Cela est dû à l'absence de structure adéquate du marché et, en même temps, explique la nécessité des interventions étatiques par des correctifs, notamment le fonds de compensation des risques. L'absence d'une structure adéquate explique également le succès mitigé des modèles alternatifs d'assurance.

---

[44] BUCHS L., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 128.
[45] BAUMBERGER J., *loc. cit.*, p. 222.
[46] FREI W., "Assureurs-maladie", *loc. cit.*, p. 83.

2. Les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires

L'introduction de la LAMal a eu des implications lourdes pour les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires, particulièrement à partir de la troisième réforme. Pour le gouvernement fédéral, l'offre de soins ambulatoires a longtemps été pléthorique et trop coûteuse, justifiant l'introduction de la liberté contractuelle. Les formes alternatives d'assurance avaient pour objectif, à terme, de rompre avec l'obligation de contracter des assureurs-maladie avec tous les fournisseurs de prestations et d'instaurer un véritable système de concurrence. Elles ne devaient toutefois constituer qu'une option et non une obligation, vu les difficultés d'acceptation de toute mesure visant la réduction de l'indépendance professionnelle des fournisseurs de prestations.

La troisième réforme de la LAMal devait par ailleurs apporter une réponse définitive et rapide aux problèmes de financement des prestations hospitalières, ce qui figurait dans les thèmes urgents. Par sa décision de 2001, le TFA avait décrété que les gouvernements cantonaux devaient s'acquitter des frais des hospitalisations dans les hôpitaux publics ou subventionnés par des pouvoirs publics, ce indépendamment du type de division.[47] Pour éviter que les gouvernements cantonaux ne soient soumis à des efforts financiers trop importants, le Parlement avait adopté la loi urgente du 21 juin 2002 sur le financement des hôpitaux,[48] prévoyant un échelonnement des paiements dont les cantons devaient désormais s'acquitter jusqu'en 2004.

---

[47] Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4029.

La troisième réforme allait néanmoins plus loin, en prévoyant l'instauration d'instruments nécessaires pour favoriser l'introduction des principes de concurrence. Elle prévoyait une nouvelle gestion interne aux hôpitaux qui devait se rapprocher de celle des entreprises privées et instaurait un système de quasi-marché. Elle a été l'occasion de l'introduction de changements institutionnels significatifs dans les modalités de financement, par le financement des prestations plutôt que des coûts. Comme pour d'autres pays de l'OCDE, le financement par cas été conçu pour éliminer les principales causes de surcapacités et l'inadéquation de l'offre, considérée comme excessive.[49] La planification n'a toutefois pas été supprimée. Nous décrirons ci-dessous les premiers résultats de la mise en œuvre des mesures dirigées vers les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires.

---

[48] Loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (modification du 8 octobre 2004, prorogation du 20 décembre 2006 et du 21 décembre 2007).

[49] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, pp. 368-85 ; ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *Dossierpolitique*, n° 3, 19 février 2007, p. 5.

2.1. La redéfinition du rôle des fournisseurs de prestations ambulatoires

Dans le domaine ambulatoire, comme dans tous les autres domaines du secteur sanitaire, l’adoption des principes de concurrence et le renforcement de la responsabilité des acteurs devait être accompagnée par des mesures planificatrices. Selon la troisième réforme de la LAMal, l’accès aux soins ne devait pas être touché.[50] La liberté de contracter devait par conséquent s’exercer dans des conditions fixées par le gouvernement, garantissant l’approvisionnement en soins[51] et ne portant pas préjudice à la couverture de base.

Comme pour le domaine stationnaire (voir ci-dessous), la troisième réforme partielle a été l’occasion de proposer des transformations du secteur ambulatoire allant au-delà du seul contrôle du volume des prestations. Il s’agissait d’adopter les transformations institutionnelles nécessaires à l’introduction de mécanismes de concurrence et de créer les conditions structurelles pour un marché réglementé. Parallèlement aux mesures interventionnistes, telle que la clause du besoin, la troisième réforme a prévu, pour les fournisseurs de prestations, des mesures incitatives, notamment les modèles alternatifs d’assurance dont il a déjà été question.

---

[50] Message du Conseil fédéral n° 04.032, p. 4070.

[51] *Ibid.*, p. 4069.

2.1.1. L’obligation de contracter et les tentatives de réforme

La Suisse connaît un système ambulatoire fortement corporatiste. Il se caractérise par une offre de médecins ou de professionnels paramédicaux indépendants. Ils sont organisés au sein de la FMH, l’organisation faîtière des généralistes et des fournisseurs de prestations indépendants. La FMH est une organisation ancienne qui représente souvent toute la branche des fournisseurs de prestations. Le fort corporatisme du domaine ambulatoire a conditionné la mise en œuvre de la réforme sanitaire dès ses débuts, en raison des tentatives de réduire la liberté professionnelle des médecins. Dès l’introduction de la LAMal, la FMH a organisé à plusieurs reprises des manifestations de rue.

Malgré les discussions qui avaient fait échouer le projet de deuxième réforme partielle de la LAMal et malgré les oppositions des fournisseurs de prestations, la proposition de supprimer l’obligation de contracter a été reprise. Il s’agissait d’introduire un système dans lequel les fournisseurs de prestations ambulatoires se comportent en acteurs responsables et qui les pousse à offrir des prestations économiques. La libéralisation du marché ambulatoire ne devait toutefois pas prétériter à la qualité des services offerts.

Pour les réformateurs, le fonctionnement concurrentiel n'était possible que si les assureurs-maladies disposaient de la liberté de choisir avec quels fournisseurs de prestations conclure des contrats.[52] Pour éviter tout arbitraire et toute sélection des risques, ce choix devait toutefois se baser sur des critères de concurrence objectifs. La réforme prévoyait que les fournisseurs de prestations se soumettent à des règles spécifiques d'admission, de traitement et d'organisation.[53] Les fournisseurs de prestations devaient ainsi être choisis d'après leur capacité à fournir «des prestations de qualité tout en veillant à leur caractère économique».[54] Les critères d'économicité et de qualité étaient censés augmenter la transparence de l'offre et favoriser la concurrence. L'objectif des modèles complémentaires ou alternatifs était, comme aux Etats-Unis, de réduire les coûts des transactions, pour améliorer la coordination entre les fournisseurs de soins de santé, et d'améliorer la surveillance.[55] Il s'agissait plus particulièrement d'introduire des instruments en mesure d'identifier ce que l'on appelait les «moutons noirs», qui ne respectaient pas les principes de base.[56] Le projet de loi prévoyait un élargissement du catalogue des sanctions[57] pour les fournisseurs qui dérogeraient aux principes.

---

[52] Message du Conseil fédéral n° 04.032, *loc. cit.*, p. 4069 et p. 4080.

---

[53] Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care), *loc. cit.*, p. 15.

[54] Message du Conseil fédéral n° 04.032, *loc. cit.*, p. 4065.

[55] D'après la citation entière, «vertical restraints can be efficiency enhancing by lowering transactions costs, assuring supply of an input, improving coordination between the firms, and improving monitoring», in WILLIAMSON O. E., "Transactions cost economics", in SCHMALENSEE R., WILLIG R. (eds.), *Handbook of Industrial Organization*, Amsterdam, North-Holland, 1989, CARLTON D. W. PERLOFF J.M., *Modern Industrial Organization*, 2nd edn., New York, Harper Collins, RIORDAN M. H., SALOP S. C., *Evaluating Vertical Mergers : A Post-Chicago Approach*, unpublished manuscript, May 16th 1994 cités par GAYNOR M., "Competition and Exlusive Dealing Between Health Insurers and Health Care Providers", in CHINITZ D., COHEN J. (eds.), *Governments and Health Systems : Implications of Differing Involvements*, Chichester, Wiley, 1998, p. 228.

[56] Message du Conseil fédéral n° 04.032, *loc. cit.*, p. 4066.

[57] *Ibid.*, p. 4069.

Comme nous l’avons vu, dans les modèles alternatifs d’assurance les assureurs maladie négocient des contrats avec des fournisseurs de prestations, individuellement ou par groupes. Par rapport aux rapports bilatéraux existant normalement entre fournisseurs de prestations et assureurs, les modèles de «managed care» se basent sur des rapports contractuels spécifiques. Avec ces modèles, les assureurs-maladie peuvent choisir avec quels fournisseurs ou groupes de fournisseurs de prestations ils veulent contracter. Le choix des assureurs se fonde sur différents critères, comme la volonté d’assumer la responsabilité économique, la rémunération par le salaire et la certification de la qualité. Cela signifie que les assureurs-maladie pouvaient désormais conclure des contrats sélectifs avec les fournisseurs de prestations de leur convenance, dérogeant à l’obligation de contracter et expliquant en partie le succès mitigé, jusqu’à récemment, de l’adoption de ce modèle par les prestataires.

Les partenaires sont en particulier censés assumer la responsabilité économique,[58] avec l’objectif d’améliorer la gestion des maladies et des cas et, par conséquent, de mieux contenir les coûts par des économies d’échelle. Il s’agit de mettre en œuvre un système d’approvisionnement piloté par les répondants des coûts, soit les assureurs-maladie, et où une partie du risque financier est reporté sur les prestataires.[59] La participation à des réseaux de soins intégrés présuppose donc que les fournisseurs de prestations co-assument la responsabilité financière des soins médicaux prodigués. D’après ces modèles, le remboursement ne se fait plus à l’acte (service offert), mais par capitation (salaires), par forfaits préétablis (budget prospectifs), par personne assurée (par tête) et pour l'ensemble des prestations fournies.[60]

---

[58] BAUMBERGER J., "Managed Care", *loc. cit.*, pp. 219-228.

[59] BUCHS L., "Managed Care", *loc. cit.*, p. 126 et p. 124.

L'obligation de contracter et la liberté de choix des assurés-patients constituaient les principales limites à l'adoption des modèles de «managed care». Les prestataires ont dans un premier temps préféré rejoindre des réseaux, les «Independent Practice Associations» (IPAs), également appelés réseaux de médecins de famille, plutôt que des HMOs. En 2006, il y avait en Suisse 20 HMO et 53 réseaux de médecins de famille.[61] La situation a peu changé par la suite. En 2008, il y avait 25 HMO et 61 réseaux de médecins de famille.[62] Du point de vue des fournisseurs de prestations, les modèles alternatifs d'assurance n'ont souvent pas été considérés comme des alternatives valides, du fait de la perte de la liberté professionnelle et des limitations découlant des modes de paiement proposés.[63] L'augmentation du volume des prestations est une pratique qui a continué après l'introduction de la LAMal. Les fournisseurs de prestations ont néanmoins récemment changé leur attitude et leur intérêt pour rejoindre des modèles alternatifs d'assurance va croissant,[64] en raison également des pressions politiques, pour régler efficacement la question de la hausse des coûts.

---

[60] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care), *loc. cit.*, p. 16 ; MOSER M., *Managed Care*, *loc. cit.* ; voir également BAUMBERGER J., *loc. cit.*, pp. 219-228.

[61] *Ibid.*, p. 222.

[62] BAUMBERGER J., "Soins gérés", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 418.

[63] Voir par exemple, BEGUIN M-L., *Les Réseaux de santé*, Institut de droit de la santé (IDS), Neuchâtel, Universié de Neuchâtel, cahier n° 8, décembre 1999.

[64] DREIDING P., FRITSCHI J., "Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen!", in *Schweiz Ärztezeitung*, Vol. 87, n° 29/30, 2006, pp. 1315-1319.

2.1.2. La clause du besoin

Tout en plaidant pour la liberté de contracter, la troisième réforme prévoyait encore des mesures régulatrices de contrôle de l'offre, telle que la clause du besoin, soit la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Elle avait été introduite après l'échec da la deuxième réforme partielle. Parmi les thèmes urgents de la troisième réforme, le gouvernement avait pour objectif de diminuer de façon régulée la couverture excédentaire des besoins en soins ambulatoires.[65] Les autorités cantonales compétentes devaient planifier l'offre en fixant le nombre maximal de fournisseurs de prestations, en vue de les responsabiliser à fournir une offre ambulatoire plus efficace.[66]

Le contrôle planifié de l'offre par la clause du besoin était une solution temporaire. L'Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire arrivait à échéance en 2005. Elle était censée être appliquée jusqu'à l'introduction satisfaisante des modèles alternatifs d'assurance et la suppression de l'obligation de contracter, permettant un fonctionnement d'après les principes de la concurrence.

Les fournisseurs de prestations ambulatoires n'ont pas accepté de bon gré les réformes et ont manifesté dès le début contre les réformes, par des manifestations ou en bloquant tout projet de réforme. À ce propos, l'on peut par exemple citer la manifestation organisée par les médecins de famille en 2006 contre la détérioration des conditions de travail des médecins. Etant donné l'hostilité des fournisseurs de prestations ambulatoires à la suppression de l'obligation de contracter, et le fait que ces mesures soient encore en discussion, l'ordonnance en la matière a été prolongée de trois ans jusqu'en 2008. Les mêmes oppositions subsistent aujourd'hui encore, de sorte que l'ordonnance a été une fois de plus prolongée jusqu'en 2009, puis en 2010.[67] Dans le cas d'une densité trop élevée de médecins, les cantons ont toujours la faculté de bloquer les autorisations d'ouvrir de nouveaux cabinets médicaux. Indépendamment de ces débats, il n'existe encore aucune preuve que la clause du besoin réduirait la densité des prestations ambulatoires dans les régions périphériques.[68]

---

[65] Message du Conseil fédéral n° 04.032, *loc. cit.*, p. 4066.

[66] *Ibid.*, pp. 4069-4071.

D'autres tentatives pour contrôler la demande ont inclu la liberté des assureurs-maladie de contracter avec des médecins âgés de 65 ans ou plus, ainsi que la limitation des admissions aux facultés de médecine, le numerus clausus. En raison de leur caractère discriminatoire, se focalisant uniquement sur les fournisseurs de prestations les plus âgés et les plus jeunes, ces mesures n'ont pas été acceptées au niveau national. Les facultés de médecine des universités de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich ont toutefois introduit le numerus clausus.[69] La réforme a de plus incité les médecins à rester en hôpital, plutôt que d'ouvrir un cabinet médical.[70]

---

[67] Ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) ; SANTÉSUISSE, "Kooperation und Wahlfreiheitanstelle staatlicher Planwirtschaft", *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 3, 2008, pp. 6-7.

[68] MONNIER M., "Médecins de premier recours : pénurie ou pléthore ? État des lieux et devenir", in *Primary Care*, Vol. 4, n° 40, 2004, pp. 755-759 ; BERTSCHI M., *Untersuchung der ärztlichen Versorgung*, Solothurn, FMH, BFG, santésuisse, GDK, Schweizerische Gesundheitsobservatorium, 2005.

2.2. La redéfinition du rôle des fournisseurs de prestations stationnaires

La nature mixte, publique et privée, du domaine stationnaire explique les particularités de l'organisation faîtière du secteur. H+ est l'organisation faîtière regroupant les hôpitaux publics et subventionnés, ainsi que les cliniques privées. Elle est une organisation relativement récente. La nécessité de créer une organisation faîtière s'occupant des questions politiques et stratégiques est née avec les réformes de 1996. Le côté opérationnel a quant à lui été laissé à la Fédération des directeurs d'hôpitaux. Outre H+, les cantons sont également représentés par la CDS, qui assure la coordination des activités en définissant des recommandations et des lignes directrices pour les cantons. La CDS a été légitimée par la LAMal à représenter les cantons dans les négociations multilatérales au niveau national. Le statut de la CDS ne lui permet néanmoins pas d'adopter des mesures contraignantes. Les cantons disposant des ressources financières et politiques, ils gardent une large marge de manœuvre dans la conduite de leurs affaires.

---

[69] OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé en 2003*, Neuchâtel, OFS, 2005.
[70] Message du Conseil fédéral n° 04.032, *loc. cit.*, p. 4080.

Le système stationnaire suisse est caractérisé par la planification de l'offre des prestations. Les directives prévues par la LAMal et la RPT en termes de coopération inter-cantonale ont favorisé le développement de mécanismes de fédéralisme coopératif. Les cantons doivent de plus en plus coordonner leurs activités dans le domaine hospitalier, par la planification (listes des établissements reconnus et planification dans la médecine hautement spécialisée) et par le financement au forfait par cas. La LAMal n'a pas été en mesure d'introduire un système totalement concurrentiel, en raison du statut des établissements hospitaliers, pour les trois quart publics. Afin de pallier cette situation et de favoriser l'efficacité, des incitations ont été prévues sur les modes de paiement et de remboursement.

2.2.1. La planification hospitalière

L'introduction de la LAMal a coïncidé avec l'introduction de la planification hospitalière basée sur les listes hospitalières. Ces instruments étaient en ligne avec les réformes sanitaires et les restrictions financières adoptées depuis le début des années '90 par les autorités cantonales et le gouvernement fédéral. Ils constituaient également une réponse aux limites institutionnelles dues au fédéralisme et au rôle prédominant que jouent les autorités cantonales dans le domaine stationnaire.

Les autorités cantonales ont été incitées à augmenter l'efficience et l'efficacité de la gestion hospitalière et, par conséquent, celle du système. Il était dans un premier temps question d'introduire des mesures réduisant les surcapacités,[71] tout en évitant la fermeture d'établissements hospitaliers. Les entités publiques ne sont en général pas motivées à entreprendre des mesures aussi impopulaires, car «les autorités de régulation sont responsables de la survie économique des entités réglementées».[72] La Suisse n'échappe pas à cette règle du fait que «les hôpitaux ont en partie, régionalement, une signification économique dominante, dans la mesure où l'Etat, respectivement les cantons, apparaissent comme un employeur important du fait de la prédominance de fourniture de prestations publiques».[73]

La réforme devait rationaliser le système hospitalier et non pas le rationner. Depuis l'introduction de la LAMal, la fermeture d'hôpitaux a été une exception. Elle s'est vérifiée uniquement dans le canton de Zurich. Cela tient principalement au système fédéral, où le prestige cantonal et les pressions politiques ont pour conséquence que l'on évite de fermer des établissements publics.[74] Les autorités ont mis en œuvre différentes solutions, notamment, au début, la réduction du nombre de lits et, par la suite, le partage ou la mise en commun, au niveau cantonal ou régional, de l'offre de services. Cela a été le cas du canton Tessin, avec la constitution de l'Ente Ospedaliero Cantonale, du Valais, avec le Réseau de santé du Valais, ou encore de Saint-Gall, avec le réseau hospitalier Quadrigal.[75]

---

[71] BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de, Berlin, Verlag im Internet, 2005, p. 5.

[72] «Regulatory Authorities Are Held Responsible for the Economic Survival of the Regulated Entities», in ENTHOVEN A. C., "The History and Principles of Managed Competition", in *Health Affairs*, supplement, 1993, p. 43.

[73] «…haben Spitäler regional teilweise eine herausragende wirtschaftliche Bedeutung, wobei der Staat bzw. die Kantone –aufgrund der Vorherrschaft der öffentlichen Leistungserbringung– als wichtiger Arbeitgeber auftritt», in BIERSACK O., *op. cit.*, p. 17 et p. 66.

[74] *Ibid.* ; KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 113-115.

Cette situation s'explique en partie par l'entrée en vigueur de la RPT début 2008, qui comporte des éléments de fédéralisme coopératif dans le système de subsidiarité existant.[76] Cette réforme prévoit, pour le domaine sanitaire, que les cantons connaissant des conditions financières critiques sont désormais incités à rechercher des solutions permettant une gestion hospitalière la plus efficiente et efficace possible. Elle est censée favoriser la coordination et la coopération horizontale entre les cantons, par une planification commune.[77] Cela concerne en particulier la médecine hautement spécialisée, qui doit désormais être centralisée dans un nombre réduit de centres de compétences. Une Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a été signée dans ce but en 2009.

---

[75] SALADIN P., WEGMUELLER B., GILLIOZ A., BIENLEIN M., "Hôpitaux", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 187 ; pour une typologie détaillée voir la contribution de BIERSACK O., *op. cit.*, voir également la contribution de Heidi Hanselmann, conseillère d'Etat du canton de Saint-Gall, "Die kantonale Sicht", au colloque, *Reformstau im Gesundheitswesen*, organisé par la Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), Hotel Kreuz, Berne, 4 juin 2009.

[76] DAFFLON B., "Fédéralisme coopératif : une «vielle bonne» idée. Qu'apporte la collaboration ? Que coûte-t-elle ?", in CONFÉRENCE NATIONALE SUR LE FÉDÉRALISME, *Première conférence nationale sur le fédéralisme. Le fédéralisme coopératif face à de nouveaux défis*, PIFF, Insitut du Fédéralisme Fribourg Suisse Bâle, Helbing & Lichtenhahn, 2005, p. 41.

[77] DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Brochure d'information sur le projet de nouvelle péréquation soumis à votation le 28 novembre 2004, *loc. cit.*, p. 27.

2.2.2. Le financement par cas

Les mesures de financement des prestations proposées dans la troisième réforme devaient améliorer la transparence financière et favoriser l'efficacité. Jusque là, la réforme n'avait eu aucun effet modérateur sur les coûts du secteur hospitalier.[78] Le système de paiement des prestations diffère significativement entre les cantons et parfois même entre assureurs et établissements hospitaliers. Le système de paiement prédominant pour les hôpitaux est celui des forfais journaliers («per diem») prospectifs, lesquels sont basés sur les dépenses passées.[79] Les forfaits journaliers incluent les prestations fournies, financées par les assureurs-maladie et les cantons, et les coûts d'investissement, financés par les seuls cantons. L'absence de séparation entre coûts d'investissement et coûts d'exploitation, couplée avec l'absence de la comptabilité analytique, rend aujourd'hui encore le système peu transparent.[80] Lors des négociations tarifaires antérieures à la troisième réforme, certaines autorités cantonales avaient tenté d'obtenir des avantages par rapport aux assureurs-maladie, causant par là un transfert des coûts sur les assurés.[81] En suivant les décisions du TFA de 2001, la troisième réforme prévoyait l'obligation pour chaque canton de couvrir toutes les prestations de base, indépendamment du type de couverture assurantielle du patient. Il s'agissait par cette mesure de standardiser le système de remboursement et, surtout, de garantir un accès équitable aux prestations. Le projet de troisième réforme partielle comprenait de plus l'adoption des outils de NGP pour la gestion des hôpitaux et des modalités de financement d'après les principes de quasi-marché. Ces mesures auraient garanti la transparence et, à terme, permis l'abandon de la planification basée sur les listes en faveur d'une planification de type concurrentielle,[82] fondée sur une comparaison objective des prestations fournies par les différents établissements hospitaliers publics, subventionnés ou cliniques privées.

---

[78] Pour une vision critique, voir par exemple, ECONOMIESUISSE, "Spitalfinanzierung : kein Ausbau der Planung. Qualität- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt statt kantonalen Protektionismus", *Dossierpolitik*, n° 12, 3. April 2006 et ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *loc. cit.*

[79] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*, p. 58-60 et WYLER D., "Tarifs", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 395-396.

[80] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*, p. 58.

Les hôpitaux devaient désormais adopter des méthodes de gestion propres aux entreprises privées et assumer une plus grande responsabilité financière.[83] La réforme devait également favoriser le changement des mécanismes de paiement hospitalier pour limiter les frais dans le secteur hospitalier de la façon la plus efficace.[84] Les forfaits à la prestation constituent un instrument de NGP devant instaurer la transparence.[85] Par cette mesure, on envisageait l'abandon du principe de la couverture des coûts[86] et du déficit des hôpitaux publics de la part des autorités cantonales. Il fallait éviter tout subventionnement des établissements par des financements croisés, qui induiraient une augmentation du volume des prestations et entraveraient la maîtrise des coûts.[87] Le projet visait la standardisation et l'uniformisation des différents modes de financement pratiqués dans les cantons.

---

[81] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier), *version provisoire*.

[82] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, pp. 373-375.

[83] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier), *loc. cit.*, p. 4.

[84] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, pp. 374-375.

Avec la réforme, le financement des établissements devait désormais être effectué sur la base des seules prestations fournies, par des forfaits liés aux prestations. La réforme prévoyait l'adoption d'un système de rémunération basé sur les forfaits par cas en fonction du diagnostic posé, plus connu sous son appellation anglaise, «Diagnosis Related Group» (DRG), par division ou par chaîne de traitement.[88] Le financement par forfait est censé séparer la dimension opérationnelle, relevant des seuls directeurs d'hôpitaux, de la dimension strategico-politique, en mains des cantons exerçant la surveillance stratégique.[89] L'adoption du système de financement par cas a donc des implications qui dépassent la seule dimension technique de définition des cas. Il s'agissait bien plus de réduire, dans la définition de l'offre stationnaire, la dimension politique due au fédéralisme à un système mixte public-privé.

---

[85] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier), *loc. cit.*, p. 4 et p. 29.
[86] *Ibid.*, p. 3.
[87] *Ibid.*, p. 5 et p. 6, et le dossieur d'ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *loc. cit.*
[88] Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier), *loc. cit.*, p. 26.
[89] CDS, "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *Rapport du comité «Planification hospitalière liée aux prestations» à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de santé (CDS)*, Berne, CDS, juillet 2005, p. 14.

Les gouvernements cantonaux étaient ainsi délaissés dans leur rôle de prestataires, pour ne devenir que des mandants. L'attribution des mandats aux établissements publics ou privés remplissant de la manière la plus efficace les exigences d'économicité et de qualité devait se faire de façon concurrentielle.[90] Le financement par cas ne sera introduit qu'en 2012, et il ne concernera que des secteurs spécifiques du domaine stationnaire. Le système moniste, considéré comme un complément au financement par cas, n'a pas encore été adopté.

2.3. Conclusion

Toutes les mesures prévues par la troisième réforme dans le domaine hospitalier –changement des modalités de financement, adoption des principes NGP– devaient permettre de séparer la dimension politique de la gestion. Il s'agissait de plus de dépasser les limites politiques induites par le fédéralisme, tel que le prestige cantonal[91], qui allaient à l'encontre des objectifs d'efficacité préconisés par la LAMal. À terme, cela aurait dû contribuer au passage d'un marché régionalisé à un marché hospitalier intégré au niveau national, sur le modèle de celui préconisé par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg.[92]

---

[90] ECONOMIESUISSE, *loc. cit.* ; Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (financement hospitalier), *loc. cit.*, p. 23.

[91] BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, *op. cit.*

A l'heure actuelle, le système continue à être basé sur des listes hospitalières et les structures ne permettent pas l'égalité de traitement voulue par la LAMal entre les établissements financés ou subventionnés publiquement et les cliniques privées. Seule une meilleure collaboration intercantonale et interrégionale a été constatée. Le financement par cas entrera en vigueur en 2012, comme nous le verrons dans la troisième partie.

Pour ce qui est des fournisseurs de prestations ambulatoires, ils n'ont pas accepté, dès l'adoption de la LAMal, les mesures qui auraient pu réduire leur liberté professionnelle. La clause du besoin et la menace toujours présente de supprimer l'obligation de contracter ont poussé l'organisation faîtière des médecins à s'opposer à toute réforme, ce qui a été l'une des raisons du retard de la mise en œuvre de la troisième réforme, qui est toujours en discussion.

---

[92] ECONOMIESUISSE, Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire" ; Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), *loc. cit.*, p. 9.

3. Les assurés-patients auto-responsables

Dans ce chapitre nous traiterons des mesures dirigées vers les assurés-patients. Comme nous l'avons vu au premier chapitre de la première partie, la LAMal a introduit, parallèlement aux mesures dirigées vers l'offre, des mesures concernant la demande. La loi a notamment introduit des conditions de base équitables, telles que l'obligation d'assurance pour tous les assurés et l'obligation d'admission valable pour toute assurance maladie, ainsi que le prolongement du fonds de compensation des risques. Le mécanisme de subventionnement des primes d'assurance a par ailleurs été revu. En plus de ces aspects de solidarité redistributive de type classique, la LAMal a introduit des mesures incitant à l'auto-responsabilisation des assurés-patients concernant leur propre santé et le droit à l'exercice du libre choix.[93]

La Suisse s'est donc adaptée aux autres pays de l'OCDE, où l'exercice du choix a été le corollaire des principes néolibéraux ayant caractérisé les réformes depuis les années 1990. «Le libre choix conduit en conséquence à une concurrence entre (de nombreux) fournisseurs qui chercheront alors à augmenter l'efficience de la production, compte tenu de l'offre de prix et de la qualité des concurrents».[94] Le droit au libre choix a été présenté comme le moyen par lequel renforcer la position de l'assuré-patient et de le transformer en client responsable.[95]

---

[93] À ce sujet voir par exemple pour le cas français, VACARIE I., ALLOUACHE A., GIGNON A-S, FERKANE Y., LEROY S., "Crise de l'État-providence ou crise de la régulation économique ? Les leçons des réformes de l'assurance maladie ", in *Droit social*, n° 11, novembre 2008, pp. 1103-1114 et pour réflexion générale sur l'équité ARMSTRONG C., *Rethinking Equality. The Challenge of Equal Citizenship*, Manchester, Manchester University Press, 2006, p. 55 ainsi que les multiples contributions de Julian Le Grand en bibliographie.

Les réductions financières voulues par le gouvernement à cette époque et la distribution indirecte de services sanitaires par les acteurs économiques et sociaux, ont en même temps contribué au changement du rôle de l'Etat social. L'Etat continue à offrir un minimum de protection et l'aide est offerte à ceux en ayant le plus besoin. Il doit de plus veiller à l'équité d'accès aux soins. Du moment que l'Etat ne garantit plus une protection contre tous les risques, le citoyen est appelé à se responsabiliser en recourant à une couverture individuelle, autonome du risque.[96] Le pacte entre l'Etat et la société, au lieu de passer par le voile d'ignorance évoqué par John Rawls pour décrire le régime de l'Etat providence, se réalise désormais par la réciprocité selon laquelle «ceux qui profitent des bénéfices économiques de la coopération sociale ont une obligation correspondante de contribuer de manière productive à cette communauté».[97]

---

[94] «Free choice in consequence leads to competition among (numerous) suppliers who will then seek to increase the efficiency of production, given the price and quality offers of competitors», in KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", in *Health Economics, Policy and Law*, n° 5, 2010, p. 16.

[95] Voir par exemple, CHINITZ D., "Citizen Empowerment : Opportunity of Threat for Health Management", in *Eurohealth*, Vol. 11, n° 3, 2005, p. 2, voir également WILDNER M., DEN EXTER A. P., VAN DER KRAAN W G. M., "The Changing Role of the Individual in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, *op. cit.*, pp. 248-250.

[96] Pour une réflexion plus approfondie sur le risque voir CULPITT I., *Social Policy and Risk*, London, Sage Publications, 1999, et tout particulièrement les pages 38-41 pour le profil du risque.

Tant la responsabilité individuelle que le droit au libre choix sont toutefois liés aux conditions socio-économiques des individus et ne sont à eux seuls garants d'équité. La responsabilisation demande également une infrastructure conforme aux objectifs politiques visés. Ainsi, comme Ewald F. et Kessler D. le notent, «cela n'implique pas l'abandon des individus à leur sort, mais qu'une réinvention de la gestion collective des risques soit adoptée. La tâche du gouvernement est moins de transférer sur l'Etat les risques des citoyens que de faire en sorte qu'ils trouvent appui sur des institutions qui ne les déresponsabilisent pas».[98] Dans ce chapitre nous analyserons les modalités d'interventions étatiques et les possibilités de choix de l'assuré-patient.

3.1 La redéfinition du rôle des assurés

Le système sanitaire Suisse diffère de façon significative des systèmes sociaux d'assurance des pays de l'OCDE, du fait du choix d'une prime d'assurance-maladie unique au lieu d'une contribution proportionnelle au salaire ou au revenu personnel, tel que cela existe en Allemagne ou en

---

[97] «…those who enjoy the economic benefits of social cooperation have a corresponding obligation to make a productive contribution to that community», in JORDAN B., 1998, p. 42 cité par KEMSHALL H., *Risk, Social Policy and Welfare*, Buckingham/Philadephia, Open University Press, 2002. p. 33.

[98] EWALD F., KESSLER D., "Les Noces du risque et de la politique", *loc. cit.*, p. 71.

France. Nonobstant sa non progressivité, la prime unique par tête n'a pas été revue. Elle a été justifiée par la solidarité horizontale, entre les biens portant et les malades et entre les jeunes et les plus âgés. Comme nous l'avons vu, le maintien de la prime par tête s'explique également par la volonté de réduire la sélection des risques, telle qu'elle était pratiquée par les caisses-maladie avant la LAMal.[99] L'Etat a toutefois dû intervenir pour harmoniser la distribution des subsides.

3.1.1. Les mesures protectionnistes

La LAMal, comme nous l'avons décrit, a mis un terme aux subsides fédéraux octroyés aux caisses-maladie, lesquels ont été remplacés par des subsides cantonaux adressés aux individus à revenu modeste. Depuis lors, les subsides sont directement alloués par les autorités cantonales compétentes, qui appliquent une distribution des subsides dirigée vers les assurés-patients à revenus modestes. C'est pour ces raisons que, lors de la troisième réforme, le gouvernement considérait que l'objectif de solidarité avait été atteint. En raison de l'échec de la deuxième réforme de la LAMal, le premier paquet de la troisième révision comprenait toutefois encore des mesures relatives à la réduction des primes.

Il convenait de pallier les problèmes d'exécution ayant émergé lors de l'introduction de la LAMal et qui continuaient à exister. La troisième réforme prévoyait d'introduire une norme fédérale contraignante pour la définition des cercles des ayants droit, mettant ainsi fin aux disparités cantonales dans la distribution des primes. La réforme prévoyait également l'introduction d'une différenciation des primes pour les familles avec des enfants et la définition d'un revenu maximal donnant droit aux réductions valable pour toute la Suisse.[100]

---

[99] KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", *loc. cit.*, pp. 299-307.

Le premier paquet de mesures urgentes de la troisième réforme visait en second lieu à faire face aux problèmes d'accès aux prestations, ce qui devait passer par la garantie de la couverture assurantielle, également en cas de non-paiement des primes. Après l'entrée en vigueur de la LAMal, des assureurs-maladie avaient suspendu les prestations aux assurés-patients n'ayant pas payé la prime d'assurance. Certains parmi eux avaient par ailleurs interdit aux assurés de changer d'assureur, lorsque les primes n'étaient pas acquittées. Ces pratiques remettaient en question la couverture universelle en cas de maladie, mesure centrale du nouveau système.

La LAMal a fait appel à ce que d'aucuns (par exemple Ulrich Beck) ont appelé la société du risque, c'est-à-dire une société dans laquelle l'individu prend conscience des risques qu'il engendre ou qu'il pourrait engendrer. La LAMal a intégré l'idée de l'assuré-patient rationnel. L'assurance-maladie doit désormais suivre l'objectif des autres systèmes de protection sociale, à savoir non pas celui «de permettre à chacun d'externaliser sur d'autres le maximum de risques, mais, à l'inverse, de faire en sorte que chacun puisse assumer un maximum de risques».[101] La question du choix a connu un nouvel intérêt lors de la troisième réforme de la LAMal, quand il s’est agi de garantir que tout assuré-patient puisse se comporter en tant que client. La responsabilisation passait principalement par la prise de conscience de l’exercice de choix de la part des assurés.

---

[100] Pour les détails chiffrés voir, Message du Conseil fédéral n° 04.033 (réduction des primes), pp. 4100-4101.

[101] EWALD F., KESSLER D., *loc. cit.*, p. 71.

La transformation des modalités de fourniture des services et des prestations a également eu comme conséquence un changement de connotation du recevant.[102] Le citoyen ne peut donc plus être considéré en tant qu’usager, mais en tant que client-consommateur. Le citoyen est désormais élu en acteur économique conscient de ses actions appelé à faire des choix. C’est pourquoi les politiques sociales et de santé se référaient désormais implicitement aux théories du choix rationnel. Comme dans une économie de marché, pour que le citoyen-client agisse en tant que client, il est nécessaire qu’il soit adéquatement informé sur les prix et la qualité des services. La transparence devient la condition *sine qua non* pour garantir l’exercice du choix et l’accès équitable aux prestations de service.[103] Néanmoins, comme Jacques Chevallier le relève, «en traitant les usagers comme clients, on laisse échapper ce qui constitue l’essence même de la relation de service public, qui ne saurait être assimilée à une relation

---

[102] À ce propos voir par exemple, WILDNER M., DEN EXTER A. P., VAN DER KRAAN W G. M., "The Changing Role of the Individual in Social Health Insurance Systems", *loc. cit.*, pp. 248-263. Pour des analyses critiques, CHINITZ D., *loc. cit.*, p. 2 ; DIXON A., LE GRAND J., "Is Greater Patient Choice Consistent with Equity ? The Case of the English NHS", in *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 11, n° 3, 2006, pp. 162-166.

[103] MOSSIALOS E., DIXON A., "Funding Health Care in Europe : Weighing up the Options", in MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J. (eds.), *Funding Health Care : Options for Europe*, *op. cit.*, pp. 272-300.

[purement] commerciale».[104] C'est la raison pour laquelle, bien que les réformes des années '90 aient introduit des mécanismes marchands, on continue à parler de citoyen-client et pas uniquement de client.

3.1.2. Choix dans le marché assurantiel

L'auto-responsabilisation est un objectif de la LAMal qui a particulièrement concerné le domaine assurantiel, en permettant aux assurés-patients d'influer d'avantage sur leur niveau de couverture. Cette faculté concernait tant le niveau de franchise, que les modèles alternatifs d'assurance. La LAMal a introduit l'autodéfinition de la couverture assurantielle et les modèles alternatifs d'assurance. Les assurés peuvent bénéficier d'une réduction de prime allant jusqu'à 20% en choisissant un modèle alternatif d'assurance.[105] Par ailleurs, selon les modèles d'assurance avec bonus, les assurés qui ne causent pas de coûts (pas de consultations médicales), peuvent obtenir une réduction de prime. La réduction augment chaque année et peut atteindre un maximum de 40%.[106]

Dès l'introduction de la réforme, les modèles alternatifs d'assurance ont été adoptés uniquement par une partie réduite des assurés. Même si la part des assurés ayant un modèle d'assurance avec un choix réduit de fournisseurs de prestations a constamment augmenté depuis son introduction (0.35% du total en 1994), ces modèles continuent à constituer une exception (environ 8% du total en 2001).[107] Cela tient principalement au fait que le choix des assurés est limité à un nombre réduit de fournisseurs de prestations. Par conséquent, ce sont en majorité des jeunes et des gens en bonne santé, ce que l'on appelle les bons risques, qui préfèrent adopter des modèles alternatifs d'assurance.[108]

---

[104] CHEVALLIER J., *Le Service public*, collection «Que-sais-je ?», Paris, PUF, 2003, p. 122.

[105] PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, *op. cit.* et BAUMBERGER J., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 219-228.

[106] PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *op. cit.*

D'après certaines études, les assurés ont préféré augmenter leur franchise pour réduire l'impact financier de la prime d'assurance[109] plutôt que d'adopter un système alternatif d'assurance. Cette possibilité existait déjà avant la LAMal, mais a été renforcée depuis, par l'introduction de la distinction entre franchise de base et franchise à option. Le projet prévoyait la possibilité d'augmenter le niveau de la franchise optionnelle en plus de la franchise de base, laquelle est fixée annuellement par le gouvernement. En choisissant un niveau de franchise plus élevé, la prime d'assurance est proportionnellement réduite.[110] Le niveau de la franchise de base est actuellement de 300 CHF. La franchise optionnelle varie de 500 CHF à

---

[107] PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *op. cit.* ; MOSER M., *3ème révision de la LAMal. Rapport final sur le sous-projet, Managed Care : Résumé*, Niederwangen, Markus Moser (MM), 27 février 2004, p. 2 et MOSER M., *Managed Care*, *loc. cit.*

[108] *Ibid* ; MOSER M., *3ème révision de la LAMal. Rapport final sur le sous-projet, Managed Care : Résumé*, *loc. cit.* ; PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *loc. cit.*

[109] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*, p. 103.

[110] EBERHARD P., "Les Franchises à option dans l'assurance maladie ", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 6, 2000, pp. 331-334.

2'500 CHF pour les adultes et de 100 CHF à 600 CHF pour les enfants. D'un point de vue économique, franchises élevées et bas prix constituent deux instruments censés réduire l'aléa moral[111] et augmenter l'auto-responsabilisation de l'assuré-patient. La réforme a par ailleurs introduit une quote-part de 10% de cofinancement des coûts, en plus de la franchise.[112] Il ressort des statistiques que 55% des assurés adultes choisissent la franchise optionnelle et que 8% choisissent les assurances alternatives.[113] Ces choix impliquent d'accepter de payer des cofinancements plus élevés (jusqu'à la franchise) et des frais d'«out-of-the pocket» plus élevés.

Dès l'introduction de la LAMal, l'on a assisté à une auto-exclusion de la part des assurés-patients. Comme nous l'avons noté ailleurs, la couverture par une assurance complémentaire a non seulement diminué depuis l'introduction de la LAMal, mais beaucoup d'assurés ont réduit leur consommation d'offres de soins qu'ils considéraient comme trop chères.[114] Etant donné que les assurés ne sont pas tous aptes à juger ce que constituent des soins nécessaires, ce n'est pas un résultat souhaitable, au contraire.[115] La part des cofinancements pour les dépenses de santé suisse est élevée, si on la compare à celle d'autres pays à haut revenu.[116] En 2008, les ménages privés contribuaient pour 39.6% du financement de la santé, la majorité provenant de paiements «out-of-pocket» (24.8%), tandis que 9.0% étaient dépensés pour acheter des assurances-maladie privées.[117]

---

[111] BECK K., «Growing Importance of Capitation in Switzerland», *loc. cit.*, pp. 111-119.

[112] Message du Conseil fédéral n° 04.031, *loc. cit.*, p. 4029 ; SCHMID H., *Konstenbeteiligung*, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/ Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2003 ; SCHMID H., *Participation aux coûts,* Rapport final du Groupe de travail "Participation aux coûts" pour le projet "Bases de la 3ème révision partielle de la LAMal", Biel-Benken, 21 avril 2003 (actualisé 31 janvier 2004).

[113] FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 87.

[114] «Not only has supplementary insurance coverage decreased since the introduction of the LAMal, but many insured also reduced consumption of care offers that they considered too expensive», in MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 382.

La couverture assurantielle est conditionnée par des facteurs socio-économiques. Les assurés avec un salaire élevé et en bonne santé choisissent d'augmenter leur franchise, pouvant payer leurs soins en cas de nécessité. De façon générale, on considère que le bien-être est devenu un choix de style de vie».[118] Dans le cas de l'assurance-maladie, cela signifie qu'il est désormais accepté que l'assuré-patient soit en mesure d'adopter des attitudes qui réduisent au maximum le risque de maladie, plutôt que de s'assurer convenablement. Ces attitudes sont toutefois liées au statut socio-économique des individus. En Suisse, des études ont montré que même si des gens ayant un statut socio-économique faible ont un taux plus élevé de consultations médicales et d'hospitalisation en raison de leur mode de vie, ils ont moins recours à la prévention.[119] Cela démontre que les assurés-patients sont différemment équipés face aux risques.

---

[115] «As patient are not good judges of what constitutes necessary care this is not a desirable outcome – to the contrary», in BROOK R. H., WARE J. E. JR., ROGERS W. H. et al., "Does Free Care Improve Adults' Health ? Results From a Randomized Controlled Trial", in *New England Journal of Medicine*, Vol. 309, n° 23, 1983, pp. 1426-1434, CHERNEW M. E., NEWHOUSE J. P., "What Does the RAND Health Insurance Experiment Tell us About The Impact of Patient Cost Sharing on Health Outcomes", in *American Journal of Managed Care*, Vol. 14, n° 7, 2008, pp. 412-414, cités par MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 382.

[116] BUSSE R., SCHREYÖGG J., GERICKE C., *Health Financing Challenges in High Income Countries*, HNP : Discussion Paper Series, Washington DC, World Bank, 2007 cité par *ibid.*, p. 378.

[117] OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*, Neuchâtel, OFS, mars 2010.

[118] Traduction libre de, «assumptions are made that welfare has become a "life-style of choice"», in CULPITT I., *Social Policy and Risk*, London, Sage Publications, 1999, p. 38.

À la différence de la franchise, mais de façon similaire aux modèles alternatifs d'assurance, les effets de la liberté de changer d'assurance ont été moins substantiels. Une étude menée après l'introduction de la LAMal a montré que l'effet escompté n'a pas pu être atteint et que seul un nombre réduit d'assurés a changé son assurance-maladie.[120] En 2006, le taux de changement d'assurance-maladie était de 2.7%. Aujourd'hui encore le droit de changer librement d'assureur-maladie est exercé de façon modeste. «Les assurés jeunes et bien portants font davantage usage du libre passage que les personnes plus âgées et malades».[121] Cette situation s'explique principalement par la forte relation entre les assureurs maladie et les assurés-patients, en termes d'habitude et de satisfaction, notamment en comparant les services et les prix.[122]

---

[119] «Even if person with low socio-economic status have higher medical consultation rates and hospitalizations given their lifestyle, they make less use of preventive consultations», in BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BFS), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997*, BFS, Neuchâtel, 2002 cité par MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 382.

[120] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *Aspects de la sécurité sociale,* Rapport de recherche n° 6/1, *loc. cit.* Voir également, BAUMBERGER J., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, pp. 222-223.

[121] FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *loc. cit.*, p. 84.

Ce faible taux de changement tient à la fidélité des assurés-patients à leur assureur-maladie, justifiée par la tradition, la satisfaction, un bon rapport qualité-prix et le confort.[123] L'on a constaté les mêmes tendances en Suisse que dans les autres pays de l'OCDE connaissant un système social d'assurance-maladie, dans lesquels de nouveaux indices suggèrent que les patients sont conservateurs. L'opposition du public à bénéficier d'un choix restreint est étendue dans les cultures habituée au libre accès aux services de santé. Ceux qui exercent usuellement le choix à leur disposition sont des jeunes en bonne santé (ou plus flexibles), les plus riches et les mieux éduqués ; des politiques visant à élargir le choix pourraient ainsi conduire à la polarisation ou à la segmentation.[124]

L'auto-responsabilisation appliquée au domaine assurantiel présuppose également et surtout une responsabilité financière. Ainsi, selon Ian Culpitt, «lorsqu'elle est confrontée aux théories du pouvoir ou du choix rationnel pour dépeindre non pas le bon mais le citoyen rationnel, la politique sociale n'a pas eu de moyens efficaces pour contester les "strates commerciales de l'individualité"».[125] Chacun doit pouvoir calculer les risques en fonction de ses moyens. Les assurés-patients ne sont toutefois pas toujours en mesure d'adopter une approche rationnelle dans le choix de leur couverture assurantielle.

---

[122] Rapport de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), *loc. cit.* ; FREI W., *loc. cit.*, p. 85.

[123] *Ibid.*, p. 85.

[124] Traduction libre de, «emerging evidence suggests that patients are conservative. Public opposition to having choice restriction has been widespread in cultures that are used to liberal access to health services. Those who exercise choice are usually younger, healthier (or at least more mobile), more affluent and better educated, and therefore policies to extend choice could lead to polarization or segmentation», in THOMSON S., DIXON A., "Choices in Health Care : The European Experience", in *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 11, n° 3, 2006, p. 170.

L'auto-responsabilisation doit aussi faire face aux caractéristiques institutionnelles du système sanitaire considéré. L'exercice du choix, tout comme l'auto-responsabilisation, présente également des limites de mise en œuvre. «L'accent mis sur la responsabilité individuelle (assurance complémentaire privée, augmentation du partage des coûts et autres paiements directs) a donné lieu à de nouvelles inégalités dans le financement. En outre, les services ne sont pas également distribués par rapport aux conditions socio-économiques, à la structure (type d'assurance maladie) et à la géographie (zones urbaines et rurales)».[126]

---

[125] «When confronted with the power or rational choice theory to depict not the *good* but the *rational* citizen, social policy has had no effectives means to challenge the "commercial strata of individuality"», in CULPITT I., *op. cit.*, p. 40.

[126] «…the emphasis on individual responsibility (supplementary private insurance, increase in cost sharing and other out-of-pocket payments) has resulted in new inequalities in financing. Also, services are not equally distributed with regard to socio-economic conditions, structure (type of health insurance) and geography (urban-rural)», in BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BF, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*, Neuchêtel, BFS, 2002 ; SANTOS-EGGIMANN B., SEEMATTER-BAGNOUD L., "Projets «Accès aux soins médicaux en Suisse» : Enquête auprès des hôpitaux et des médecins traitants", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 84, n° 36, 2003, pp. 1834-1835 ; BISIG B., GUTZWILLER F. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz : Gibt es Unter- oder Überversorgung ?*, Band 1 : Gesamtübersicht : die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus, Zürich, Verlag Rüegger, 2004 cités par MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 381.

3.2 La liberté du choix des prestations

La réforme visait à rapprocher les attitudes des assurés-patients de celles, typiques, de clients-consommateurs. Les assurés-patients ont été appelés à adopter des comportements rationnels pour faire jouer la demande et, à terme, favoriser l'adoption de comportements concurrentiels de la part des partenaires actifs dans le domaine sanitaire. Comme dans une économie de type privé, leur comportement doit favoriser l'ajustement de l'offre et améliorer l'efficacité du système dans son ensemble. Cette assimilation demande néanmoins la présence des conditions institutionnelles d'un système régi par les principes de la concurrence, à savoir la possibilité de comparer les prix et la qualité des prestations offertes. Tout en bénéficiant d'une grande liberté, les assurés-patient suisses ne peuvent pas totalement exercer leur liberté de choix.

3.2.1 La liberté de choix dans le domaine ambulatoire

Dans le système ambulatoire, qui est fortement corporatiste comme nous l'avons vu, certaines limitations à la liberté dans le choix des fournisseurs de prestations ont été introduites par la LAMal. Les médecins de familles sont désormais censés jouer le rôle de «gate keepers» avant la consultation de spécialistes. Cela correspond aux tendances des autres pays de l'OCDE. Ainsi, «dans les pays où le choix est vaste, permettant d'"acheter librement", et/ou d'avoir un accès direct au spécialiste, les politiques ont mis l'accent sur le renforcement du rôle de «gate-keeping» du généraliste».[127]

En Suisse, en référence à la tradition néolibérale, la liberté de choix sur le marché assurantiel et sur celui des prestations n'a jamais été contestée de la part des assurés-patients, ni des fournisseurs de prestations. Beaucoup d'efforts ont été fournis pour favoriser les formes alternatives d'assurance plus économiques («managed care», médecin de famille), mais limitant le choix des fournisseurs de prestations. C'est ce qui explique le succès modéré des plans assurantiels alternatifs de la part des assurés-patients. En réalité, les assurés-patients continuent à disposer d'une large liberté dans le choix des médecins, correspondant à la volonté des citoyens, ce qui se reflète dans le succès modeste des plans assurantiels alternatifs.

La liberté de choix est l'une des raisons empêchant l'introduction de la liberté de contracter entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. C'est également en partie la raison pour laquelle une réelle compétition entre les fournisseurs de prestations n'existe pas. La bonne qualité des services offerts et le catalogue généreux de prestations constituent une autre explication. L'obligation de contracter, l'intérêt mitigé, jusqu'à récemment, des assureurs-maladie et les effets réduits sur les assurés, sont tous des aspects expliquant le peu de succès des modèles alternatifs intégrés dans le système sanitaire suisse. De la même manière que dans le secteur ambulatoire et dans les autres pays de l'OCDE, «les principaux obstacles pour atteindre l'équité dans un régime de liberté élargie de l’usager sont des informations inégales, des capacités inégales et une flexibilité/mobilité inégale, ainsi que des différences dans la proportion du revenu consacré, par exemple, pour les frais de déplacement».[128]

---

[127] «In countries where choice is extensive, allowing "shopping around" and/or direct access to specialist, policies have focused on strengthening the gate keeping role of generalist», THOMSON S., DIXON A., *loc. cit.*, p. 169.

En réalité, dans tout système sanitaire la liberté de choix de l’assuré-patient est toujours limitée. Beaucoup d’études ont montré l’impossibilité d’avoir un marché de la santé complètement libéralisé. Cela tient en partie à l’asymétrie des informations entre les assurés-patients et les fournisseurs de prestations, ainsi qu'au monopole[129] de ces derniers en tant d’intermédiaires, limitant de facto l’exercice de choix de la part de l’assuré-patient. Cette situation permet de comprendre pourquoi, dans le domaine ambulatoire, la liberté de choix a plutôt été réduite.

3.2.2. La liberté de choix dans le domaine stationnaire

L’asymétrie des informations concerne en particulier la liberté de choix des établissements hospitaliers. La liberté de choix de l’établissement stationnaire (d’après le principe dit de «Cassis de Dijon») a été introduite dès la troisième réforme. Elle a été conçue en tant qu'instrument devant favoriser la concurrence et, à terme, la coordination de l'offre hospitalière. Elle devait constituer une incitation directe pour harmoniser les modalités de remboursement et de paiement basées sur les prix et la qualité. Le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et le libre choix du médecin à l'hôpital est actuellement possible dans le régime de l'assurance-maladie privée uniquement.[130] Les patients n'ont pas la liberté de choisir l'établissement de leur préférence, ni, par conséquent, le médecin prodiguant les soins hospitaliers.

---

[128] Traduction libre de «the main obstacles for equity to be achieved under extended user choice are unequal information, unequal capabilities and unequal flexibility/mobility as well as the differing proportions of income spent, for example, travelling costs», in DIXON A., LE GRAND J., "Is Greater Patient Choice Consistent With Equity ? The Case of the English NHS", in *Journal of Health Services Research and Policy,* Vol. 11, n° 3, 2006, pp. 162-166 cité par KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", *loc. cit.*, p. 24.

[129] Parmi les multiples auteurs ayant discuté du thème voir par exemple, LE GRAND J., "Quasi-Markets and Social Policy", in *The Economic Journal*, n° 101, September 1991, p. 1263.

Ce choix dépend par conséquent en partie de la situation socio-économique de l'assuré-patient. L'auto-sélection a des implications sur l'accès aux soins. Comme nous l'avons évoqué ailleurs, «l'accès aux soins dépend principalement de la couverture d'assurance, notamment dans le secteur hospitalier. Les études menées avant l'introduction LAMal ont démontré que les personnes ayant une assurance complémentaire ont reçu en moyenne plus de services.[131] Outre la prime par tête égale, les personnes ayant un statut socio-économique faible sont aussi indirectement désavantagées en termes d'accès aux services de santé, ce qui pourrait conduire à des dépenses de santé plus élevées à l'avenir, pour répondre aux besoins sanitaires non satisfaits».[132]

---

[130] SALADIN P., WEGMUELLER B., GILLIOZ A., BIENLEIN M., "Hôpitaux", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 185.

[131] «Access to care mainly depends on insurance coverage, especially in the inpatient sector. Studies conducted before the LAMal introduction demonstrated that people with supplementary insurance received on average more services», in BISIG B., GUTZWILLER F. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz : Gibt es Unter- oder Überversorgung ?*, Band 1 : Gesamtübersicht : die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus, Zürich, Verlag Rüegger, 2004 cité par MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 382.

L'assuré-patient est également tributaire des conditions institutionnelles du secteur hospitalier. Dans le domaine hospitalier, le renforcement du choix a été introduit pour inciter à la concurrence régulée entre les établissements hospitaliers publics et privés et maximiser de la sorte l'utilisation des capacités existantes. Comme nous l'avons vu, certaines autorités cantonales avaient empêché dans un premier temps les assurés-patients en division privée traités hors canton d'être cofinancés par les autorités publiques. La liberté de choix de l'établissement hospitalier a surtout rencontré l'opposition des responsables d'hôpitaux. Les coûts des soins hospitaliers hors canton sont plus élevés que ceux fournis dans les cantons de résidence. Lors de l'introduction de la LAMal, certains cantons ont adopté une attitude protectionniste et introduit des restrictions d'admission basées sur des critères géographiques.[133]

En Suisse, le remboursement des coûts de transport n'a pas été retenu. En 2007, au total, 85% des patients hospitalisés en mode stationnaire étaient traités dans leur canton de résidence. Le traitement extra-cantonal concernait surtout les petits cantons, soit ceux dont les établissements hospitaliers sont réduits. «Les petits cantons préfèrent acheter des prestations spécialisées dans d'autres cantons plutôt que d'investir dans leurs propres infrastructures coûteuses».[134] L'introduction du financement des prestations en lieu et place du financement des coûts devait entre outre permettre de remédier à cette situation. La liberté de choix devait compléter l'introduction des forfaits par cas pour l'indemnisation des prestations et favoriser de la sorte la concentration et la spécialisation de l'offre.[135]

---

[132] «Besides the equal per capita premium, people with low socio-economic status are also indirectly disadvantage in terms of access to health services, which in turn might lead to higher health expenditure in the future for unmet health needs», in MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 382.

[133] BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, *op. cit.*

3.3 Conclusion : limites de l'auto-responsabilisation et du choix

Le système sanitaire suisse se base désormais sur la protection étatique d'une part et sur l'auto-responsabilisation et la liberté de choix d'autre part. Face aux limites financières apparues dès le milieu des années 1990 et la conséquente réduction des moyens à distribuer, l'égalité laisse de plus en plus la place à l'équité. L'objectif premier n'est pas de fournir des services de base à tout le monde, mais que tout assuré-patient ait un accès équitable au marché de la santé, afin que la concurrence joue librement : l'équité en tant qu'objectif économique, pour paraphraser le titre d'un article de Julian Le Grand.[136]

---

[134] SALADIN P., WEGMUELLER B., GILLIOZ A., BIENLEIN M., *loc. cit.*, pp. 178-179.

[135] *Ibid.*, p. 186.

[136] LE GRAND J., "Equity as An Economic Objective", in *Journal of Applied Philosophy,* Vol. 1, n° 1, 1984, pp. 39-51.

Pour garantir un exercice efficace d'auto-responsabilité et de libre choix, l'intervention des autorités, devant fournir un système institutionnel adéquat, a été nécessaire. Pour répondre aux objectifs de solidarité prévus par la LAMal, des systèmes de compensation ont dû être mis en place, comme la distribution de subsides cantonaux pour les primes d'assurance maladie et la réduction pour les enfants. Les aides devaient toutefois rester minimales.

Vu les limites indiquées ci-dessus, il apparaît assez clairement que l'auto-responsabilisation et la liberté de choix ne sauraient se borner au seul point de vue de l'individu, mais appellent toutes deux une intervention étatique. L'Etat est intervenu pour garantir l'exercice du choix, essentiellement de la couverture assurantielle, par l'obligation d'admission et par le fonds de compensation des risques. Les objectifs des interventions étatiques suisses se rapprochent de ceux des autres pays de l'OCDE, combinant à la foi équité et réduction des coûts,[137] ce qui a fait dire à Julian Le Grand qu'«il semble assez invraisemblable de penser que l'allocation des ressources dans les économies occidentales mixte soit un "processus spontané". Il y a une intervention considérable du gouvernement dans la répartition des revenus ; et la production de certains produits par le gouvernement est largement répandue».[138]

---

[137] Voir par exemple le rapport de la WHO, *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe ?*, *loc. cit.*

[138] «…it seems quite implausible to suggest that the allocation of resources in mixed Western economies is a "spontaneous process". There is substantial government intervention in the distribution of income ; and government production of certain commodities is widespread», in LE GRAND J., *loc. cit.*, p. 41.

Il résulte assez clairement du cas suisse que le choix ne peut en aucun cas être un substitut à la protection et que, même en tant que complément, il présente des limites. Ces dernières tiennent aux conditions institutionnelles et à la tradition libérale du système sanitaire suisse. L'imperfection du marché est en partie attribuable au manque de transparence en matière de qualité. «En l'absence d'une bonne information sur la qualité, il devient difficile de décider si un service bon marché est efficient, ou s'il est tout simplement le résultat d'une prestation de faible qualité».[139] Le risque est de plus en partie socialement déterminé. La solidarité basée sur le risque et le droit au choix se traduisent par la réduction de l'égalité et de l'équité d'accès aux soins. Dans les deux cas, la protection de l'assuré-patient est réduite.

---

[139] Traduction libre de «…in the absence of good information about quality, it becomes difficult to decide whether a low-cost service is efficient, or is simply one that is delivering low quality», in LE GRAND J., *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services trough Choice and Competition,* Princeton, Princeton University Press, 2007, p. 17.

4. Conclusions

En raison des contraintes institutionnelles du système sanitaire, les projets de la troisième réforme ont prévu des mesures combinant des instruments incitatifs («managed care», DRG) et des mesures planificatrices (clause du besoin, liste des hôpitaux, planification de la médecine de pointe). Le fait que le gouvernement ait proposé les modèles de «managed care» à plusieurs reprises dès l'introduction de la LAMal dénote sa volonté que cette option soit retenue. Ces modèles sont une des conditions nécessaires à l'adoption des principes du marché. Ils constituent également un indicateur du caractère controversé du thème. En adoptant les modes de fonctionnement de la concurrence régulée, il était question d'affranchir les assureurs-maladie de l'obligation de contracter et de favoriser l'adoption d'un marché assurantiel concurrentiel. Dans le domaine stationnaire, la planification joue encore aujourd'hui un rôle central. Le financement par cas ne sera introduit qu'en 2012 et pour des secteurs spécifiques uniquement.

Le financement par cas et l'adoption de modèles de «managed care» sont à comprendre en tant que mesures visant, à terme, l'intégration des services sanitaires. La réforme devait créer les conditions permettant de dépasser les limites engendrées par le corporatisme et le fédéralisme, ainsi que par la nature mixte de l'offre, en favorisant la mise en place d'un marché suffisant à faire jouer la concurrence. Il s'agissait en d'autres termes d’introduire les structures nécessaires à un système intégré de soins, tel que préconisé par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg.[140]

Dans cette optique, la réforme devait de plus améliorer la transparence par l’adoption d’instruments spécifiques de NGP, tels que la comptabilité analytique et le respect des principes d’économicité et de qualité des prestations. Il fallait créer les conditions d’un système dans lequel les fournisseurs de prestations seraient choisis sur la base de critères (indicateurs) d’efficacité mesurables pour rapprocher les marchés des prestations. Le marché assurantiel devait se rapprocher du libre marché fondé sur l’offre et la demande. L’adoption des critères d’économicité et de qualité étaient la condition nécessaire pour inciter les assurés-patients à l'exercice du libre choix. Ces aspects devaient améliorer leur information, qui représente une des conditions nécessaires au fonctionnement d’une économie de marché.[141] En réalité le choix des assurés-patients suisses est limité. L’Etat continue de plus à intervenir pour garantir l’accès aux prestations par des mesures régulatrices.

Nous arrivons par conséquent à des conclusions qui se rapprochent des considérations de Kreisz F., et Gericke C., à s’avoir que «l’activité de fourniture de soins de santé et des niveaux de qualité dans différentes zones géographiques ont besoin d'un certain degré de planification de la politique de santé, et d’intervention, et ne peuvent pas simplement être laissés aux forces du marché. Par conséquent, pour assurer une équité géographique dans l'accès aux soins, tant en quantité qu'en qualité des prestations fournies, un contrôle central et des mécanismes d'application [...] sont nécessaires».[142] Le gouvernement suisse, comme les autres pays de l'OCDE, a surtout recouru à la régulation pour contenir l'augmentation des coûts. En tenant également sous contrôle l'augmentation des primes, la régulation permet en même temps d'assurer l'objectif de solidarité. La régulation a toutefois montré ses limites et cet objectif de la LAMal n'a pas pu être atteint.

---

[140] PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, Harvard, Harvard Business School Press, 2006, p. 97.

[141] LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, *op. cit.*, ainsi que les autres contributions citées en bibliographie.

La cohabitation entre structure économique régulée et incitations devant favoriser le marché de type concurrentiel explique en partie les ambiguïtés d'interprétation et les effets imprévus apparus lors de la mise en œuvre de la LAMal. Les options institutionnelles proposées par la loi, tout en garantissant la cohérence technique du projet, étaient en partie contraires aux pratiques des partenaires connues jusque là. Autrement dit, il y avait une inadéquation entre la structure et la culture. La combinaison d'options planifiées et concurrentielles, l'inachèvement des réformes sur des thèmes centraux, le recours à des mesures temporaires et partielles ont plutôt suscité de l'incertitude parmi les partenaires.

Cette incertitude s'est particulièrement reflétée dans les interactions entre les partenaires dans les réseaux de négociation tarifaire et de définition des critères de qualité. L'incertitude, couplée à l'opposition aux réformes de certains partenaires, notamment les fournisseurs de prestations, ont négativement conditionné la capacité d'autorégulation de ces instances qui ont connu des coûts de transaction très élevés.

---

[142] «…the health care supply activity and quality levels in different geographic areas do need a certain degree of health policy planning and intervention, and cannot simply be left to market forces. Hence, to assure geographical equity in access to quantity and quality care supplied, central control and enforcement mechanisms […] are needed», in KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", *loc. cit.*, pp. 23-24.

Les prochains chapitres seront consacrés à l'étude des relations entre les partenaires suite aux changements institutionnels induits par la LAMal, en particulier aux modes de fonctionnement des réseaux tarifaires et de qualité. Nous analyserons les stratégies des acteurs en nous référant aux théories économiques néo-institutionnalistes de contractualisation. Nous étudierons les instances de négociation en tenant également compte du contexte de la réforme et de l'économie mixte dans laquelle elles s'insèrent, ainsi qu'en prenant en considération les contraintes d'économicité, de qualité et de solidarité imposées par la loi.

TROISIEME PARTIE

TROISIÈME PARTIE :

Les logiques dans les réseaux de négociation

Les caractéristiques institutionnelles du système sanitaire suisse et l'adoption des nouveaux principes de gestion expliquent les modalités choisies par le gouvernement pour la mise en œuvre des objectifs de concurrence et de contrôle des coûts prévus par la réforme sanitaire, particulièrement à partir de la troisième réforme partielle. La réforme a instauré de nouveaux mécanismes de négociation tarifaire entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. La LAMal a prévu une grande autonomie, notamment en termes de surveillance et d'application des critères de qualité, ce qui a contribué à la naissance de réseaux de négociation dans les deux domaines.[1]

La mise en œuvre de la LAMal a principalement donné naissance à trois types de réseaux de négociation dans le domaine tarifaire et dans celui de la qualité. Par Tarmed, il était question d'instaurer un système de contrôle sur les prix et donc sur l'offre ambulatoire. En ce qui concerne l'introduction du financement par cas, l'on voulait mettre en œuvre un système de comparaison des prestations et favoriser l'introduction de mécanismes de concurrence dans le domaine stationnaire. Enfin, l'adoption de critères de qualité devait permettre aux assurés-patients d'exercer leur choix en connaissance de cause. Leur mise en œuvre a cependant causé des impasses et les temps de réalisation se sont avérés longs.

---

[1] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", in *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 4, n° 25, 2010, pp. 368-385.

Dans le domaine ambulatoire, le «Bureau Tarmed Suisse» a en particulier été créé. Il s'agit d'une association paritaire formée des principales organisations faîtières, la fédération des médecins suisses (FMH), les hôpitaux de Suisse (H+) et les assureurs-maladie suisses (santésuisse). Dans le domaine stationnaire, ce n'est que récemment qu'a été constitué le «Bureau Casemix SwissDRG-CMO», s'occupant de l'introduction des nouveaux modes de financement par cas dans les soins aigus. Ce bureau est une association tripartite dans laquelle, en plus des assureurs-maladie (santésuisse), sont également représentés les fournisseurs de prestations (H+, FMH) et les autorités cantonales (CDS). L'introduction de critères de qualité a quant à elle engendré une multitude d'initiatives issues de différents partenaires. Toutes ces instances peuvent être assimilées aux réseaux de négociation que nous avons décrits dans notre cadre théorique.

Nous étudierons les raisons et les modalités de mise en œuvre des réseaux de négociation au niveau national. Avant 1996, le fédéralisme et les conflits d'intérêts avaient engendré un système sanitaire éclaté, qui rendait difficile tout type de pilotage et tout fonctionnement cohérent.[2] Avec l'adoption de la LAMal en 1996, le Conseil fédéral avait pour objectif de donner une cohérence au système sanitaire par des activités mieux coordonnées au niveau national, ainsi qu'en améliorant la collaboration entre les partenaires. Il était alors surtout question de réduire la confusion des compétences en matière sanitaire, entre la Confédération et les cantons et entre les cantons, ayant régné durant les années '70 et '80.

---

[2] KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, tout particulièrement la préface à p. 7 de Ruth Dreifuss, conseillère fédérale de l'époque. Sur ce thème une étude avait été menée, voir notamment OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives*, Berne, OFSP, 2006 ; OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les*

Il s'agissait également de réduire les conflits d'intérêts entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. La coordination devait se réaliser, selon le projet de loi, par l'adoption d'un concept global prévoyant les principes de concurrence et l'instauration d'un système de quasi-marché tout en maintenant des aspects de régulation. Comme nous l'avons vu, cette volonté a été également poursuivie jusqu'à la troisième réforme partielle de la LAMal et l'entrée en fonction du nouveau ministre en charge du dossier. Une meilleure coordination et la concurrence régulée voulue par Alain C. Enthoven constituent le prélude au système intégré préconisé par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg, auquel la Suisse fait désormais référence.[3] Cela a impliqué de la part du gouvernement une incitation à l'autorégulation, soit à des processus internes de régulation.[4]

---

politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 2 : Portrait de 10 politiques suisses de santé, Berne, OFSP, 2006.

[3] Intervention de Thomas Zeltner, directeur de l'OFSP de l'époque, "Wettbewerb für die Gesundheit", au colloque *8. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung, «Wettbewerb dank Vielfalt im Gesundheitswesen – Wunschdenken oder echte Chance ?»*, organisé par la Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), Kongressaus, Zurich, 11 mai 2006.

[4] VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 72

L'introduction d'institutions paritaires de concertation pour la définition tarifaire et pour l'adoption de critères de qualité s'insère dans ce contexte. Plus particulièrement, «la LAMal prévoit une augmentation de la liberté contractuelle s'agissant des tarifs des services et s'agissant de la responsabilité des fournisseurs pour la qualité des soins. […] En outre, la loi prévoit une plus grande liberté dans la mise en œuvre des objectifs fédéraux, notamment en termes de contrôle et d'application des critères de qualité des soins, et elle établit de nouveaux mécanismes pour la négociation des barèmes des honoraires médicaux entre les assureurs et les fournisseurs».[5]

Les caractéristiques institutionnelles des domaines ambulatoire et stationnaire conditionnent les systèmes de remboursement et de financement des prestations. Dans le secteur ambulatoire, il a surtout été question de contrôle de l'offre. Dans le secteur stationnaire, de quasi-marché, l'adoption du financement par cas constituait une incitation à l'introduction d'un système intégré.[6]

L'autorégulation dans le domaine de la qualité devait favoriser l'auto-responsabilité des citoyens-patients.[7] La qualité fait référence au concept de

---

[5] «The LAMal stipulated an increase in freedom in contractual service fees and responsibility of providers for the quality of care.[…] In addition, the law stipulated more freedom for the implementation of federal objectives, especially in terms of monitoring and enforcing quality of care criteria, and established new mechanisms for the negotiation of medical fee schedules between insurers and providers», in MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 369 et p. 374.

[6] VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 180.

[7] Pour une étude comparative voir par exemple DIXON A., PFAFF M., HERMESSE J., "Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 170-186.

«value for money» développé par Alain C. Enthoven, d'après lequel, «quand il y a concurrence sur les prix, les fournisseurs sont en compétition pour servir les clients, lesquels utilisent leur propres moyens ou sont sinon motivés à optimiser leurs ressources».[8] La qualité devait par ailleurs atteindre un objectif d'équité, en améliorant les conditions du citoyen, désormais érigé en client. Comme Peter Vincent-Jones le note, «mettre le pouvoir d'achat entre les mains du consommateur devrait se traduire par un modèle optimal de distribution des services».[9]

Dans cette partie nous étudierons de quelle façon les principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire se sont organisés dans ces réseaux pour mettre en œuvre les objectifs de la LAMal en matière tarifaire et de qualité. Nous décrirons ci-dessous la mise en œuvre et les modalités de fonctionnement des réseaux de négociation dans les domaines ambulatoire et stationnaire, ainsi que pour la qualité.

---

[8] «When there is price competition, suppliers compete to serve customers who are using their own money or are otherwise motivated to obtain maximum value for money», ENTHOVEN A. C., "The History and Principles of Managed Competition", in *Health Affairs*, supplement, 1993, p. 25.

[9] «Putting purchasing power in the hands of the consumer should result in a more optimal pattern of distribution of services…», in WALSH K., DEAKIN N., SPURGEON P., SMITH P., THOMAS N., *Contracting for Change : Contracts in Health, Social Care, and Other Local Government Services*, Oxford, Oxford University Press, 1997, p. 91 et STEUERLE E. C., TWOMBLY E. C., "Vouchers", in SALAMON L. M. (ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002, cités par VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 183.

1. L’autorégulation dans le domaine tarifaire ambulatoire

L’autorégulation dans le domaine tarifaire ambulatoire est un processus qui a été mis en place assez rapidement après l’introduction de la LAMal, sur la base de systèmes déjà existants. Dans un premier temps, nous rappellerons les modes de financement et de remboursement dans le domaine ambulatoire, ce qui nous servira de base pour mieux comprendre, dans un deuxième temps, les modalités et la genèse de la mise en œuvre du système de tarification au niveau national. Enfin, nous étudierons les modes de gouvernance du Bureau Tarmed Suisse, du point de vue des acteurs.

1.1 La définition des tarifs dans le domaine ambulatoire

La définition des tarifs dans le domaine ambulatoire est strictement liée aux conditions institutionnelles. La tarification ambulatoire est régie par un système de prix régulés. Dans cette partie nous décrirons le financement du système ambulatoire et les modes de remboursement.

1.1.1. Système de tarification

Le domaine ambulatoire suisse connaît un système de prix réglementés. Le système de négociations tarifaires d’avant la LAMal était fragmenté. Les tarifs étaient définis au niveau cantonal et variaient selon les régions et les secteurs. Ce fonctionnement empêchait toute comparaison des prestations entre les fournisseurs de prestations et, par conséquent, tout contrôle et toute gestion de l'offre de prestations de la part des assureurs-maladie. Avec les réformes introduites en 1996, le gouvernement visait la réduction des coûts de la santé en contrôlant les professionnels, considérés comme trop onéreux et que l'on appelait «moutons noirs». En raison du fort corporatisme du secteur, le contrôle des coûts de la santé ne pouvait pas se faire automatiquement selon les principes de concurrence. Il n'était pas non plus question de réglementation étatique. Pour les réformateurs, le système devait continuer à être autorégulé, comme avant la réforme, ce qui a engendré un processus de standardisation et d'uniformisation des modalités de négociation tarifaires au niveau national.

Les réformes devaient toutefois trouver un système permettant d'augmenter l'efficience et l'efficacité. Dans ce but, la LAMal a introduit un système unique de tarification des prestations ambulatoires fournies en cabinet et en hôpital. Elle a ensuite centralisé les conventions au niveau national[10], permettant ainsi de répondre aux objectifs de transparence et de mesurabilité prévus par la loi.[11] La centralisation et la coordination des négociations au niveau national étaient censées permettre une évaluation correcte des coûts et favoriser l'économicité et la qualité des différents fournisseurs de prestations.

---

[10] WYLER D., "Tarifs", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, *op. cit.*, p. 230.

[11] KUHN H., "Conventions tarifaires, approbation des tarifs, «neutralité des coûts»", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 18, 2001, p. 901.

Un réseau de concertation pour la définition des tarifs entre les principaux partenaires sanitaires, le Bureau TARMED Suisse (ci-après «Bureau Tarmed») a ainsi été constitué en 1999. Le Bureau Tarmed est né sur des institutions cantonales déjà existantes et traitant des structures tarifaires, ce qui explique sa constitution rapide. Il n'a toutefois pas empêché l'émergence de discussions sur la définition des structures tarifaires. Le Bureau Tarmed avait pour rôle de définir un système de tarification des prestations médicales valable pour toute la Suisse, ce qui a demandé plusieurs années de négociations, en raison notamment de l'acceptation difficile des partenaires et, surtout, de certaines catégories de médecins.

Le nouveau système impliquait la reclassification des actes médicaux, soit la valorisation et le remboursement de certaines activités plutôt que d'autres, ce qui avait des répercussions sur la définition des avantages entre les catégories professionnelles. C'est pourquoi, pour éviter tout transfert des coûts vers les assurés, le gouvernement a imposé des conditions-cadre. La concertation tarifaire devait dans un premier temps se faire d'après ce que l'on appelait la neutralité de coûts. Cela signifiait que la redéfinition des tarifs ne devait pas produire d'augmentation des prix, laquelle aurait inévitablement été répercutée sur les assurés-patients. Par cette mesure, le gouvernement voulait par ailleurs garantir le respect de l'économicité des prestations. La restriction de la marge d'action a toutefois contribué à renforcer les divergences entre les catégories de médecins, qui craignaient une dévalorisation de leurs activités, et a causé des conflits.

Les conflits d'intérêts entre les diverses catégories de médecins ont conditionné les discussions pendant la phase de la mise en œuvre du Bureau

Tarmed et ont continué après la définition des structures tarifaires nationales en 2000. Ces conflits se reproduisent lors de chaque redéfinition des tarifs. Les discussions sur l'attribution et l'interprétation des prestations ont inévitablement influé sur les rapports entre les partenaires tarifaires. L'intérêt et les implications financières pour les partenaires font que les discussions portant sur les tarifs sont constamment traversées par une dimension politique, bien que ces discussions ne portent en principe que sur des aspects qui ne le sont pas.

1.1.2. Le système de remboursement

La phase d'introduction des tarifs standardisés au niveau national a été significativement conditionnée par les modes de financement et de remboursement des prestations ambulatoires. En Suisse, le remboursement des prestations ambulatoires de la part des assureurs-maladie est basé sur le système du tiers garant. D'après ce système, les patients paient les fournisseurs de prestations pour les prestations fournies, que les assureurs-maladie remboursent dans un deuxième temps. Le remboursement dépend du type d'assurance contractée, de base uniquement ou complémentaire également, et du niveau de franchise optionnelle choisie par l'assuré lors de la conclusion du contrat d'assurance.[12] Le système du tiers garant est censé responsabiliser les assurés-patients par la prise de conscience des coûts qu'ils engendrent. Vu l'obligation de contracter, le système réduit toute possibilité de contrôle sur la demande.

---

[12] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, pp. 373-374.

Le système sanitaire suisse prévoit que les fournisseurs de prestations ambulatoires, les généralistes et les spécialistes travaillant en cabinet et en hôpital, soient payés d'après la prestation fournie. La prestation est calculée d'après le temps nécessaire à l'exécution d'une intervention, ou selon l'acte effectué, par la fixation d'une moyenne de points, ou encore de façon forfaitaire.[13] Les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations négocient les tarifs par convention sur la base de la classification tarifaire des prestations, définie entre les partenaires. Les deux partenaires, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, classent les services et attribuent une valeur pondérée (ce qu'on appelle les points) pour chaque catégorie de services. Les prix des prestations ambulatoires ne sont pas fixés d'après l'offre et la demande, mais se basent sur un système réglementé. La valeur monétaire des points –le prix– est négocié au niveau cantonal, directement entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations.[14]

1.2. La naissance de Tarmed

Le Bureau Tarmed devait favoriser l'uniformisation nationale des conventions tarifaires et, par conséquent, la comparabilité des prestataires en termes de prix et de qualité. Une structure tarifaire uniforme aurait fourni aux assureurs-maladie un meilleur instrument pour exercer le contrôle sur l'offre ambulatoire. Les conditions imposées par le gouvernement pour leur mise en œuvre et les réformes non achevées en ont toutefois limité la portée. Nous décrirons ci-dessous la genèse de la mise en œuvre du système de tarification dans le domaine ambulatoire.

---

[13] WYLER D., *loc. cit.*, pp. 228-230.

[14] KUHN H., *loc. cit.*, pp. 899-906 ; RICHLI P., POLENDA T., *Tarife im Gesundheitsrecht*, Forum Gesundheitsrecht, Zürich, Schulthess, 2002.

1.2.1. Genèse de l'introduction d'un système tarifaire

Comme évoqué, le Bureau Tarmed est né de la centralisation des systèmes de négociations tarifaires (instances de concertation) déjà existants avant la LAMal au niveau cantonal. Le système tarifaire antérieur à la LAMal se basait sur deux catalogues, le Gesamt Revision Arz Tarif-GRAT et l'Infrastruktur-Kostenstudien-INFRA.[15]

Le GRAT était le système de définition des tarifs des prestations en cabinet pour le domaine des accidents. Il avait été constitué en 1987 par la FMH, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA, SUVA à présent), et par les assureurs sociaux du domaine de l'assurance invalidité et militaire, représentés par la Commission pour les tarifs médicaux (CTM). L'INFRA était quant à lui le système par lequel on définissait le catalogue des prestations ambulatoires fournies en hôpital. Le modèle INFRA avait été constitué en 1998 par les représentants des hôpitaux, la Vertreter des schweizerischen Krankenhauswesens (Veska), c'est-à-dire l'Association suisse des établissements hospitaliers, H+ aujourd'hui.[16] Le tableau ci-dessous résume la genèse de la mise en œuvre du système de tarification au niveau national.

---

[15] BERNATH F., "Rechts- und Projektmanagementfragenrund um den TarMed", in RICHLI P., POLENDA T., *op. cit.*, p. 17-51 ; PRANTL A., "L'Évaluation de l'infrastructure pour le GRAT", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 80, n° 10, 1999, pp. 589-592 ; BRUNNER H. H., "Die Ergebnisse der Verhandlungen", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 80, n° 6, 1999, pp. 317-320 ; BRUNNER H. H., "Einheitliche Einzelleistungstarifstruktur. Bericht über das Projekt GRAT/INFRA I", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 80, n° 5, 1999, pp. 239-242 ; BRUNNER H. H., "GRAT/INFRA auf Zielgeraden", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 78, n° 51, 1998, pp. 2589-2590.

Tableau 4 : Genèse de l'introduction du Bureau Tarmed

Année	Développements
1997	*Première structure attendue*
2000	*Approbation du Conseil fédéral de la première structure tarifaire*
2002	*Première signature du contrat-cadre entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie*
2003	*Constitution du bureau de neutralité des coûts (cantonal)*
2004	▪ *Première application de la structure tarifaire ;* ▪ *Fin de la neutralité des coûts (LAMal)*
2005	▪ *Fin des conventions cadre ;* ▪ *Début de la phase de compensation des prix*
2007	*Première adaptation de la structure tarifaire*
2009	*Deuxième adaptation de la structure tarifaire*

---

[16] RUEFLI C., VATTER A., *Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3 : Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED*, Büro Vatter für die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle (PVK), Bern, Parlamentsdienst, 2001.

À la constitution rapide du Bureau TARMED a suivi une très longue phase de définition de la structure tarifaire. Initialement prévue pour ‘97, la première structure tarifaire a été approuvée par le Conseil fédéral en 2000 et les premiers contrats-cadre entre fournisseurs de prestations et assureurs ont été signés deux ans plus tard, en 2002. Ce délai découle des divergences entre les fournisseurs de prestations pour la définition des tarifs et des réticences des assureurs-maladie à instaurer un système national, notamment en raison de l’instabilité politique causée par les réformes inachevées.

Avant même la définition de la structure tarifaire, des frictions avaient surgi au sein des organisations faîtières des fournisseurs de prestations. Des catégories de spécialistes (ex. : chirurgiens, psychiatres) étaient opposés à l’introduction du nouveau système.[17] Ces catégories craignaient que leurs compétences ne soient pas suffisamment valorisées, entraînant une conséquente perte de gain.[18] Afin de pallier cette situation et de réduire l’animosité entre les différentes disciplines, la FMH a souhaité l’introduction de la distinction entre prestations techniques et prestations intellectuelles, ces dernières devant être valorisées davantage. Une meilleure définition des prestations aurait dû contribuer à protéger les catégories les moins techniques (par ex. : psychiatres), risquant une dévalorisation majeure par rapport à d’autres (par ex. : radiologues).

---

[17] «...[les tensions] ont été assez fortes à un moment donné, mais il y a plusieurs années, […] pour des questions tarifaires essentiellement entre les chirurgiens et les médecins de premiers recours et les médecins de famille» (FMH, 7 décembre 2005).

[18] «Die Spezialisten hatten Angst, dass sie durch die Einführung von TARMED, weniger verdienen werden» (santésuisse, 18 mai 2006); voir également SANTÉSUISSE, "Tarife und Preise :Wichtige Leitlinien für die Zukunft festgelegt", *Geschäftsbericht*, 2003, pp. 13-15.

Au-delà des aspects techniques, la structure tarifaire a signifié la redistribution des avantages entre les différentes catégories professionnelles. Toute modification de la structure tarifaire affecte directement le revenu d'une catégorie de fournisseurs de prestations par rapport à une autre. Chaque redéfinition de la structure tarifaire a engendré des gagnants et des perdants. Cela a notamment été le cas lors de l'approbation de la première structure tarifaire unifiée en 2000, quand le Conseil fédéral a dû adopter des instruments interventionnistes, ainsi que lors des redéfinitions successives.

Ces divergences ne peuvent pas être réduites aux seuls intérêts particuliers des catégories professionnelles évoquées ci-dessus. Lors de la phase initiale d'adoption de la structure tarifaire, l'imbrication de facteurs structurels et culturels a significativement conditionné les actions des partenaires. Ces derniers n'avaient pas une culture de négociation centralisée au niveau national et manquaient de la confiance nécessaire à toute coopération contractuelle. D'autre part, l'inachèvement des réformes sanitaires suscitait de l'incertitude parmi les partenaires.

Par ailleurs, les partenaires avaient exprimé des réticences vis-à-vis des rôles des autorités fédérales, qui devaient approuver les tarifs, et des autorités cantonales, qui devaient arbitrer les litiges.[19] Les partenaires réclamaient une autonomie d'action dans la définition des structures et dans la conduite des négociations. Ils s'opposaient donc à toute interférence de la part des autorités. Les assureurs-maladie n'étaient pas non plus disposés à accepter la structure négociée.

---

[19] RUEFLI C., VATTER A., *loc. cit.*

Ce retard reflète les incohérences entre les nouveaux objectifs fixés par la loi et les particularités institutionnelles du domaine ambulatoire, telles que l'obligation de contracter et la liberté professionnelle. Les réformes en cours de la LAMal n'offraient pas encore des conditions économico-politiques suffisamment stables aux négociations. Les conditions de base à un système de gouvernance stable, telles que décrites par Peter Vincent-Jones, c'est-à-dire des normes garantissant l'obligation, la loyauté et la réciprocité entre les partenaires[20], manquaient à cette époque. Sans conditions structurelles stables, les incitations à l'autorégulation et le principe d'économicité perdaient de leur signification.

1.2.2. Définition des tarifs sous les principes de la neutralité des coûts et de la compensation des prix

Les blocages évoqués doivent également être attribués aux conditions de négociation imposées par le gouvernement au début des réformes. D'après la LAMal, les parties contractantes bénéficient d'une latitude considérable dans la conception des conventions.[21] Elles sont toutefois tenues de respecter les grands principes de la loi, l'économicité et la qualité. Le gouvernement a encore ajouté des garde-fous légaux. Le gouvernement a lié l'approbation de la nouvelle structure TarMed à la neutralité des coûts.[22] Le principe de la neutralité des coûts prévoyait que l'adoption de la structure tarifaire et de la définition des prix ne devaient pas se traduire par une augmentation excessive des coûts. Il s'agissait d'éviter tout transfert vers les assurés-patients. Le principe de la neutralité des coûts découlait de la volonté de respecter les objectifs généraux de la LAMal, la maîtrise des coûts et la garantie de la solidarité, prioritaires au début de la réforme sanitaire en 1996.[23]

---

[20] VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, *op. cit.*, p. 329 et p. 348.

[21] Et cela dès l'introduction de la LAMal, voir Message du Conseil fédéral n° 91.071, p. 83.

Le fait que les premières négociations devaient se dérouler sous ce régime a inévitablement conditionné les actions des partenaires, au même titre que l'obligation de contracter et la liberté professionnelle. Le régime de la neutralité des coûts a introduit une contrainte supplémentaire à l'autorégulation et au fonctionnement du réseau, qui limitait significativement la marge de manœuvre des partenaires.[24] Les négociations au sein du Bureau Tarmed ont par conséquent souvent été ralenties ou ont abouti à des impasses, en raison de blocages ou de décisions n'ayant pas été prises. Cela a été le cas tant durant la phase de définition de la structure que lors de sa mise en œuvre.

Bien que n'intervenant pas directement dans les négociations, les autorités jouent un rôle dans les négociations tarifaires. Les cantons sont responsables de décréter les prix en cas de désaccords entre les parties. Le Conseil fédéral est l'instance d'approbation des structures tarifaires convenues entre les partenaires et, par conséquent, il est le responsable en dernier ressort des négociations. Jusqu'à peu, il était également la dernière instance de recours en cas de désaccords entre les partenaires.[25] Le droit de recours auprès du Conseil fédéral était toutefois prévu pour les assureurs-maladie, qui ont souvent exploité cette possibilité. Il en a résulté une situation dans laquelle le Conseil fédéral a presque toujours été saisi et qui a ainsi été amené à délibérer dans l'urgence.[26]

---

[22] KUHN H., "Conventions tarifaires, approbation des tarifs, «neutralité des coûts»", *loc. cit.*, p. 899.

[23] KUHN H., *loc. cit.*, pp. 899-906.

[24] «…da die Kosten pro Versicherte Person durch die Einführung von TARMED nicht stärker als ein bestimmt Prozent sonst steigen dürfen […] und hatte es auch Mechanismen gegeben wegen Kostenneutralität, die gaben die Gelegenheit hätten man diese Tarif, also den Tax Punkt Wert […] das man denn anpasst, nach unten aber auch nach oben, beim dieser Tarifwechsel hatte» (santésuisse, 18 mai 2006).

Ceci démontre que pour les réseaux tarifaires, «en dépit d'une détente apparente du contrôle, les normes à atteindre, les limites à observer sont encore fixées par le haut, ou à l'extérieur».[27] Comme dans tout autre système de gouvernance autorégulé, dans le domaine ambulatoire «les ordres institutionnels existants et les mécanismes de pilotage sont (en partie) laissés en place».[28]

---

[25] «Ce qui devient contraignant et qui est lié à la LAMal, c'est la façon d'approuver les modifications de structure de Tarmed par la Confédération. Pour que cela puisse être accepté comme tarif national valant pour tout le monde, même la moindre modification de la structure de Tarmed doit être approuvée par le Conseil fédéral, ce qui constitue une grande limitation à la manoeuvrabilité de ce tarif, parce qu'il faut 4-5 mois après les propositions ou les décisions des organes de Tarmed pour que le Conseil fédéral statue, ce qui est trop long et trop lourd» (CDS, 19 janvier 2006) ; «…on perd un temps énorme, juste pour l'Etat [censé approuver les tarifs]. Ce qui est un peu dommage ; si l'on pouvait décider nous-même, on aurait une structure tarifaire chaque année, vite fait et bien fait, sans trop de problème […]. On a souvent perdu plus d'une année» (H+, 16 février 2007) ; «…unser Ziel ist immer dass wir vertragen können, dass wir unsere Partner überzeugen können…» (santésuisse, 18 mai 2006).

[26] UNDRITZ N., "Hôpital" in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005, p. 143.

[27] «…despite an apparent relaxation of control "the standards to be achieved, the limits to be observed are still set from above, or outside"», DUNSIRE A., "Holistic Governance", in *Public Policy and Administration*, n° 5, 1990, p. 4 et p. 6, cité par VINCENT-JONES P., *op. cit.*, p. 72, voir également la note de bas de page n° 183 de la première partie (ci-dessus).

C'est en 2004 seulement que les nouvelles structures ont donc pu être appliquées. Dès 2005 a commencé ce que l'on a appelé la phase de compensation des prix. La compensation des prix impliquait la définition des structures par l'OFSP. Avec la neutralité des coûts et la compensation des prix, les partenaires ont dû négocier dans des conditions contraignantes, ce qui a réduit leur marge de manœuvre et a augmenté les conflits. Nous analyserons en détail les modes de fonctionnement des réseaux de négociation tarifaire.

1.3. Le Bureau Tarmed Suisse

Le Bureau Tarmed est une association paritaire permanente à but non-lucratif pour la définition de la structure tarifaire des prestations ambulatoires au niveau suisse. La valeur des points, c'est-à-dire les prix, sont négociés au niveau cantonal. Les autorités cantonales constituent l'instance d'approbation de la valeur des points définie entre les partenaires au niveau cantonal. En cas de désaccord entre les partenaires, les autorités cantonales doivent par ailleurs assurer l'arbitrage et, si nécessaire, fixer les prix d'office.

---

[28] «…existing institutional orders and steering mechanisms are (partly) left in place», in OLIVER A., MOSSIALOS E., "European Health System Reforms : Looking Backward to See Forward ?", in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, n°1-2, 2005, pp. 7-28 cité par NGO D., DEN BREEJEN E., PUTTERS K., BAL R., *Supervising the Quality of Care in Changing Healthcare Systems. An International Comparison*, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (IBMG), Department of Healthcare Governance Institute Health Policy and Management, Erasmus, Erasmus University Medical Center, August 2008, p. 4.

1.3.1. La composition et les modes de fonctionnement

Le Bureau Tarmed est formé d'un comité directeur s'occupant de la stratégie et de trois commissions opérationnelles. Le comité directeur est composé de représentants des fournisseurs de prestations ambulatoires (2 FMH), des fournisseurs de prestations stationnaires (2 H+), et de représentants des assureurs-maladie (2 santésuisse) et sociaux (2 CTM). Les représentants de la CDS et ceux de l'OFSP y participent en tant qu'observateurs.[29] Le statut d'observateur des autorités est censé garantir l'autonomie des partenaires. Les autorités, fédérales ou cantonales, ne peuvent intervenir dans les négociations que de façon subsidiaire selon la loi. C'est la raison pour laquelle le Bureau Tarmed peut être assimilé à un réseau de négociation, tel que décrit au deuxième chapitre de la première partie.

Chacun des quatre partenaires impliqués a un droit de vote au sein du comité directeur. La prise de décision se fait à l'unanimité, ce qui signifie que chaque partenaire dispose d'un droit de veto. En cas de désaccord sur un sujet controversé, un seul partenaire peut bloquer toute décision.[30] Dès le début, les négociations pour la définition de la structure tarifaire ont connu un caractère conflictuel, en raison des positions souvent opposées des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie. Les négociations au sein du Bureau TARMED ont par conséquent été ralenties par des blocages ou des décisions non prises et ont abouti à une impasse.[31] Cela a été le cas pendant la phase de la définition de la structure tarifaire et lors de sa mise en oeuvre avec les négociations des prix. Cette situation se répète à chaque redéfinition de la structure tarifaire. Au début des réformes, les recours se sont multipliés.

---

[29] GROUPE DE TRAVAIL TARMED DE LA FMH, "Ce qu'il faut savoir sur le TarMed", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 18, 2001, pp. 896-897.

Les recours se révèlent coûteux en temps et en ressources et remettent en cause l'efficience et l'efficacité des négociations. C'est pourquoi les partenaires ont montré la volonté de garder leur autonomie décisionnelle, ceci indépendamment du niveau d'accord, quelque soit le sujet.[32] De plus, toute intervention exogène est souvent perçue avec réticence. Dans un système autorégulé dans lequel les acteurs les plus influents ne se montrent pas intéressés, toute incitation étatique risque de n'avoir qu'un effet mitigé. L'appel au TFA a surtout été sollicité par des fournisseurs de prestations stationnaires, durant la première phase des réformes.[33] Jadis de la compétence du Conseil fédéral, les recours doivent à présent être adressés au TFA, modification motivée par la volonté de sauvegarder l'indépendance des partenaires dans la gestion tarifaire et d'assurer un jugement équitable. Les fournisseurs de prestations considèrent comme dernière alternative un recours à l'intervention des autorités politiques ou judiciaires.[34]

---

[30] «Dann kommt dazu das Sie immer mehr Partner am Tisch haben, und mehr je Partner am Tisch haben, um zu schwierig wird diesen Prozess am Leben zu halten. […] und ich denke, mit Bezug auf Entscheidung Findung, […] das ist eigentlich das Schwierigste geworden, weil wir in der Regel Einstimmigkeit haben, und diese Einstimmigkeit, immer unter alle Partnern, und dabei Fugen zu können, es ist fast ein Ding der Unmöglichkeit. Und ich denke das ist eigentlich die grösste Herausforderung, weil ästhetische Änderung der Medizin, der Medizin Leistungsverbringung, der TARMED weiter Entwicklung zu können, und trotzdem immer noch die Einstimmigkeit auf Recht zu halten. Das ist die grösste Herausforderung denke ich mir und die haben noch nicht gelöst, absolut nicht gelöst» (CTM, 16 août 2006).

[31] «[L'unanimité] c'est vraiment le problème, parce qu'on est quatre partenaires et un partenaire peut bloquer tout le système, et si un partenaire bloque, [cela signifie] qu'il n'y a pas de décision» (H+, 14 décembre 2005).

[32] «… on devrait donner la compétence aux partenaires tarifaires de négocier les changements tarifaires et peut-être un «Ersatzsvorname» ; quand les partenaires tarifaires ne se mettent pas d'accord, c'est le département qui va décider» (CDS, 19 janvier 2006) ; «À notre avis, une convention contractuelle sur le pilotage des coûts

---

l'emporte largement sur une fixation du tarif par les autorités, qui nous exposerait au bon vouloir de celles-ci sans pouvoir exercer notre influence. Nous devrions rester maîtres de notre destin aussi longtemps que possible, même si nous ne pouvons pas garantir que nos vœux seront exaucés », in STOFFEL U., "La Convention sur les prestations et les prix (CPP)", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 87, n° 39, 2006, p. 1690.

[33] «Pour nous [de H+] il était vraiment important d'avoir un point de vue légal. Maintenant c'est clair et maintenant on sait comment on doit faire les conventions et comment on doit définir les conventions […]. Je pense que [le fait de recourir au Tribunal fédéral] c'était plus ou moins un cas exceptionnel» (H+, 14 décembre 2005). Les représentants de la CDS ont également exprimé leurs préférences aux solutions concertées plutôt qu'aux juridiques, voir par exemple l'intervention du conseiller d'État du canton de Lucerne de l'époque, Markus Dürr, au colloque, *La santé sur mesure*, 4. Trendtage Gesundheit Luzern, organisé par le Forum Gesundheit Luzern, KKL Luzern, Lucerne, 5 et 6 mars 2008.

[34] «S'il n'y a pas de contrat entre les assureurs et les médecins, effectivement, c'est l'autorité politique qui fixe le tarif […] ce qui n'est simplement pas dans notre intérêt, parce que l'autorité politique fait la politique […] et que garantir une certaine stabilité de revenu aux médecins, ce n'est pas une préoccupation des politiciens» (FMH, 7 décembre 2005).

1.3.2. Les stratégies des fournisseurs de prestations et des assureurs maladie

Comme nous l'avons indiqué, la première structure tarifaire a été convenue en 2002 par les partenaires, et le Conseil fédéral a donné son approbation. Après l'introduction de la première version, il y a eu deux changements de structure tarifaire, un premier en 2007 touchant à la radiologie et un deuxième en 2009, concernant les examens de laboratoire. Ces deux changements ont engendré des contestations qui se sont traduites par des manifestations de rue sous la direction de la FMH. Ces manifestations, jusque là rares en Suisse, étaient symptomatiques de la conflictualité et du manque de confiance entre les partenaires au sein des catégories professionnelles, confiance pourtant nécessaire à tout échange contractuel.

Pour ce qui est des fournisseurs de prestations stationnaires, c'est l'organisation faîtière, H+, qui a conduit toutes les négociations durant la première phase du Bureau Tarmed. Cela devait permettre de garantir une certaine unité dans un système fortement fragmenté par le fédéralisme et la nature mixte publique-privée des établissements hospitaliers. C'est également la raison pour laquelle les premières négociations se sont déroulées de façon peu transparente, au niveau de la seule organisation faîtière, H+. Cette stratégie avait pour but de réduire le plus possible les oppositions potentielles de la part des membres,[35] et d'augmenter les chances de réussite du projet.

Comme la FMH, H+ a également été confrontée à des divergences internes portant sur les structures tarifaires entre les cliniques privées et les hôpitaux publics ou subventionnés. Les cliniques privées avaient soulevé des oppositions quant aux positions des tarifs à attribuer aux radiologues. Les services offerts dans les cliniques privées ont par ailleurs obtenu une couverture inférieure à celle des prestations fournies dans les hôpitaux publics. Cette différence avait été justifiée par la prise en charge dans les tarifs des investissements pour les prestations des hôpitaux publics.[36] Elle a cependant renforcé les discussions sur les modalités de remboursement dans le domaine stationnaire, qui se poursuivent encore actuellement. De leur part, les représentants des hôpitaux, en particulier les gouvernements cantonaux, ont adopté une posture défensive lors des négociations tarifaires.

En ce qui concerne les assureurs-maladie, ceux-ci se sont souvent retrouvés et se retrouvent toujours minorisés par les fournisseurs de prestations, ce en raison du principe de l'unanimité en vigueur depuis l'introduction du système TARMED. Leur marge de manœuvre et la possibilité de contrôle sur les prix ont ainsi été limitées. Face à l'opposition des fournisseurs de prestations, le mieux que les assureurs puissent espérer est maintien du statu quo.[37] C'est en partie pour cette raison qu'avant même la constitution du Bureau en 2001, les assureurs-maladie se sont organisés en une organisation faîtière nationale, santésuisse, créée en lieu et place de l'ancien Concordat des caisses-maladie, comme nous l'avons vu. La structure très fédéraliste du Concordat entravaient les assureurs dans leurs possibilités de coordonner leurs décisions en matière tarifaire, les empêchaient de jouer convenablement le rôle de contrôleur des prix et, par conséquent, des primes d'assurance comme le voulait la réforme.

---

[35] «Avec Tarmed, ils n'avaient pas beaucoup de possibilités [de s'opposer], parce que Tarmed a été géré par H+ d'une manière presque secrète et ce n'était pas une bonne chose. Donc nos membres ont été très furieux quand Tarmed devenait plus actuel que les hôpitaux, parce qu'ils ne savaient pas du tout ce qui avait été fait» (H+, 16 février 2007).

[36] «Les hôpitaux privés ont des prestations très concentrées sur ce qui est rentable, ce qui est clair […], d'un point de vue économique […] et puis, pour eux, ils réclament un tarif plus haut que les hôpitaux publics en disant tout d'abord [qu'il] faut calculer les coûts d'investissement» (CDS, 19 janvier 2006) ; «Dans Tarmed [actuel], le calcul prévoit ces investissements, donc les tarifs Tarmed contiennent tout, absolument tout et maintenant ça ne devrait plus être la même question. Donc théoriquement, la valeur du point d'un hôpital privé, s'il a le même spectre de prestations, devrait être plus ou moins le même qu'un hôpital public, dans la théorie» (H+, 16 février 2007).

La phase de la compensation des prix initiée dès 2005 a ouvert une nouvelle période de discussions. Après la définition de la structure tarifaire, santésuisse et les assureurs sociaux ont réclamé l'application généralisée d'un prix inférieur à celui convenu entre les parties. Les assureurs-maladie ont dénoncé avant leur échéance les contrats qu'ils avaient signés avec les fournisseurs de prestations. Le principe de la compensation des prix devait durer jusqu'en juin 2005. Ne pouvant pas trouver de meilleure solution, il a été prolongé jusqu'à la fin de la même année.

Avec la LAMal, les assureurs-maladie ont été appelés à contrôler que les dispositions relatives à l'efficacité et à l'économicité prévues par la loi soient respectées par les fournisseurs de prestations. En vertu de leurs compétences dans la définition des primes d'assurance, les assureurs sont censés veiller à ce que les prix des prestations restent contenus. Les négociations contractuelles tarifaires représentent actuellement les seuls instruments permettant une certaine surveillance et un contrôle des services médicaux ambulatoires de la part des assureurs-maladie.[38]

---

[37] «…und heute ist es so, es würde noch nie in einem Tarif verfahren, in einen Tarif Streit ein Tarif gesenkt. Im schlimmsten Fall riskieren Sie das so bleibt wie es war, oder (…). Die Leistungsverbringen, die haben nie heimlich etwas zu verlieren, die können ab schlimmsten bleiben, wo sie sind, aber die Versichern, die haben immer das Risiko, das noch teure wird…» (santésuisse, 18 mai 2006).

1.3.3. Les limites aux négociations

Vu ce qui précède, il apparaît que les négociations au sein du Bureau Tarmed ont été conditionnées par des facteurs endogènes, tel que le fonctionnement à l'unanimité. Les facteurs exogènes aux négociations ont également posé des limites significatives à l'autorégulation. Outre les aspects institutionnels, comme l'obligation de contracter et la liberté professionnelle, des mesures étatiques introduites au début de l'adoption de la structure tarifaire, telles que la neutralité des coûts jusqu'en 2004 et la compensation des prix dès 2005, sont venues se greffer sur le processus. Cette régulation avait pour but de réduire les avantages des fournisseurs de prestations et de garantir l'équité envers les assurés-patients ; l'équité était en même temps la condition préalable à un fonctionnement selon les principes de concurrence. Ces mesures interventionnistes ont toutefois significativement limité la marge de manœuvre des partenaires et ont contribué à augmenter la conflictualité, cela au moins jusqu'en 2004. C'est ensuite plutôt la méfiance des assureurs-maladie qui s'est instaurée, nécessitant des interventions étatiques.

---

[38] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care system", *loc. cit.*, p. 376.

Les discussions entre les partenaires tarifaires, surtout entre les prestataires ambulatoires, sur l'attribution et l'interprétation des prestations ont continué après la mise œuvre des nouveaux tarifs et continuent aujourd'hui encore. Les négociations tarifaires dans le domaine ambulatoire montrent les limites du principe consensuel des théories des réseaux. Cela peut s'expliquer par le fait que le Bureau Tarmed est un réseau découlant non pas de la seule volonté des partenaires impliqués, mais d'une nécessité législative. Les conflits d'intérêts ont perduré durant la phase de mise en œuvre des structures tarifaires négociées et ont affecté le fonctionnement du Bureau TARMED. Les conflits ont également concerné les négociations sur les prix au niveau cantonal.

1.4. Les négociations au niveau cantonal

Après l'adoption des tarifs en 2004, les négociations sur les prix entre les fournisseurs de prestations et les assureurs ont commencé au niveau cantonal. Deux instances de concertation, le Bureau de la neutralité des coûts et la Convention sur les prestations et les prix (CPP), sont nées dans le but de mieux piloter les négociations et de pallier les limites du fédéralisme. Cela n'a cependant pas permis de réduire totalement la complexité, ainsi que les divergences entre les partenaires. Nous en expliquerons les raisons ci-dessous.

1.4.1. Genèse de l'adoption de la Convention sur les prestations et les prix (CPP)

Pour négocier les prix des prestations au niveau cantonal et préparer la mise en œuvre de Tarmed, un bureau de pilotage a été constitué en 2003, le Bureau pour la neutralité des coûts (ci-après appelé le «Bureau de pilotage»). Le but de celui-ci était de négocier les prix définis dans les contrats cantonaux d'adhésion. Le Bureau de pilotage était une entité tripartite, composée des fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires, d'une part, et des assureurs-maladie d'autre part. Comme pour le Bureau Tarmed, chaque partenaire comptait deux représentants avec le même droit de vote et les décisions étaient prises à l'unanimité.

En 2005, en concomitance avec la fin de la neutralité des coûts, les conventions-cadre sont arrivées à échéance. L'OFSP a donc demandé aux partenaires de constituer une organisation de suivi. Les cantons ont proposé la création d'une institution pour développer un modèle de contrat d'application de Tarmed au niveau cantonal. La nécessité de renouveler le processus instauré avec le Bureau de pilotage a poussé les fournisseurs de prestations ambulatoires à fonder un nouveau bureau, le Leistung und Kosten Vereinbarung (LeikoV), soit la Convention sur les prestations et les prix (CPP). À la différence du Bureau de pilotage, la CPP est une institution bipartite comprenant uniquement les représentants des fournisseurs de prestations ambulatoires (3 délégués) et des assureurs-maladie (3 délégués). L'OFSP il y occupe un statut d'observateur.

Une bonne gestion des négociations devait favoriser la définition autonome du catalogue de prestations[39] et réduire le plus possible l'ingérence des autorités cantonales et fédérales dans la définition des prix.[40] Avec la CPP et comme cela a été le cas au niveau national, les fournisseurs de prestations ont essayé de redéfinir leur position en réduisant la dimension purement technique des négociations, pour lui en substituer une basée surtout sur les prestations.[41] Les négociations offraient l'occasion de revaloriser l'activité médicale ambulatoire, identifiée dès l'introduction de la LAMal comme une des causes de l'augmentation des coûts du secteur sanitaire. Aucune organisation de suivi n'a par contre été mise en œuvre dans le domaine stationnaire, cela malgré les directives de l'OFSP en ce sens.[42] La raison tient en particulier à la réticence des représentants cantonaux de constituer une telle instance.[43] Les tarifs des prestations ambulatoires offertes en hôpital continuent en conséquence à être négociés bilatéralement, de la même manière que pour les tarifs stationnaires.

---

[39] « … dass die Entscheid macht nicht die Politik –in Moment auf Grund dieses Kontrakt– sondern die Beiden Partners können entscheiden, "das machen wir hinein oder das nehmen wir nicht hinein"» (CCM, 9 août 2006).

[40] «…sowohl santésuisse als die Kantonale Ärzten Gesellschaften haben heimlichen Interesse, das zum einem Vertrag Abschluss kommt, damit nicht von Bund fremd bestehen werde» (CCM, 9 août 2006).

[41] STOFFEL U., "La Convention sur les prestations et les prix (CPP)", *loc. cit.*, pp. 1688-1690.

[42] «Das BAG als Aufsicht Behörde hat gesagt "auch H+, auch die Spitälern müssen ein Pilotage machen, über Ihre Kosten Entwicklung mit ein Vertrag mit santésuisse"» (CCM, 9 août 2006).

[43] «Le Conseil fédéral a exigé une surveillance nationale des coûts, que l'on ne peut pas faire [à cause du fédéralisme] […]. Donc, il nous a donné mandat de faire une organisation de suivi, que l'on n'a pas» (H+, 16 février 2007).

1.4.2. Les modes de fonctionnement

Le Bureau de pilotage et la CPP qui lui a succédé n'ont pas permis de réduire la complexité des négociations au niveau cantonal. Celles-ci restent caractérisées par une grande variété d'accords entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les prestations ambulatoires sont négociées entre les assureurs-maladie et les représentants des responsables cantonaux, individuellement ou par groupes de cantons, ce qui, en 2007, correspondait à un total de 19 partenaires, dont deux groupes de cantons : la région tarifaire de Suisse orientale et la région tarifaire de Suisse centrale. Depuis, la situation est restée pratiquement inchangée, seul le canton des Grisons s'étant uni à la région tarifaire de Suisse orientale.[44]

Les négociations pour les prestations ambulatoires offertes en établissement hospitalier sont autant fractionnées. Les assureurs-maladie négocient avec les cantons, ainsi qu'avec les hôpitaux publics et les cliniques privées, individuellement ou par groupe. En 2007 le nombre de partenaires tarifaires pour les services ambulatoires en hôpital s'élevait à 47, soit un de plus qu'en 2006. Aujourd'hui, ils sont 43.[45] Ce fractionnement a constitué l'une des sources de discussions entre les partenaires et a partiellement prétérité l'efficacité de l'autorégulation dans la gestion des coûts. Si les assureurs-maladie réclament d'une part un système uniforme de prix, les actions des fournisseurs de prestations sont d'autre part tributaires des traditions historico-institutionnelles, des politiques menées par les dirigeants des établissements hospitaliers et du statut juridique, public ou privé.[46]

---

[44] Dans le premier cas, comptant les cantons de: Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Glaris, Saint-Gall et Schaffhouse, Thurgovie dans le deuxième cas : Uri, Nidwald et Obwald voir "Tarmed : valeurs du point tarifaire 2007 médecins" (état 16 octobre 2007), in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.void=47142&navid=2055 et "Tarmed : valeurs du point tarifaire 2011 médecins" (état 23 mars 2011) in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.void= 47132&navid=2043.

[45] "Tarmed : valeurs du point tarifaire 2007 hôpitaux" (état 19 octobre 2007), in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=18648&detail=yes&navid=2056 ; "Tarmed : valeurs du point

1.4.3. Les stratégies des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie

L'entrée en vigueur de TARMED au niveau cantonal a également entraîné des divergences entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie et sociaux. Les assureurs maladie souhaitaient alors des valeurs de points des services ambulatoires offerts en hôpital uniformisés sur tout le territoire, ce qui aurait permis de réduire la complexité et les coûts de transaction des négociations. Cette solution était néanmoins en contradiction avec la structure fédérale de l'offre. Les négociations entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations stationnaires ont souvent mené à une impasse.

---

tarifaire 2011 hôpitaux" (état 6 april 2011) in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=30204&detail=yes&navid=2044.

[46] «Là où il y a une grande différence de conception dans les différents cantons […]. Souvent ce n'est pas une conception de parti politique, mais c'est plutôt un climat, ou une tradition, une histoire du rôle des cantons dans ces négociations» (CDS, 19 janvier 2006).

Des divergences sont également apparues avec les fournisseurs de prestations ambulatoires, qui ont pourtant coordonné leurs positions avec la CPP, contribuant à renforcer leur position vis-à-vis des assureurs-maladie. Face à l'opposition des partenaires pour les services ambulatoires offerts en cabinet et en hôpital, les assureurs-maladie ont souvent déposé des recours. Au niveau cantonal comme au niveau national, ils ont fait appel aux autorités pour que les tarifs et les prix soient fixés par une décision. Le recours fréquent aux autorités, qui a été introduit dans la LAMal en tant qu'instrument subsidiaire, remet nécessairement en discussion l'efficacité de l'autorégulation.

a) Les fournisseurs de prestations ambulatoires

La négociation des prix au niveau cantonal a poussé les fournisseurs de prestations à essayer de renforcer leur position. Il a d'abord été question de mieux s'organiser. Les présidents des sociétés cantonales de médecine ont ainsi créé en 2001 la «Kantonalen Ärtzengesellschaft» (KÄG), la Société cantonale de médecine (SCM), également connue sur le nom de G7, du fait que la délégation était composée de 7 cantons. Elle avait été créée en tant qu'instance de coordination entre les différentes sociétés cantonales de médecine pour garantir le respect de la mise en œuvre d'une structure tarifaire en fonction du régime de la neutralité des coûts.[47]

---

[47] « …das Grund zur Gründung der G7 : weil wir dem Muss haben, dass zur dieser Rahmenvertrag auch in alle Kantone noch auch Anschlussverträge verhandeln sind, hat man das koordiniert. Man hat im Prinzip gesagt, die Kantone wollen ebenfalls

Suite à la constitution de la CPP, le G7 a été transformé en 2006 en la «Konferenz des Kantonalen Ärtze Gesellschaften» (KKA), la Conférence des sociétés cantonales de Médecine (CCM), intégrant cette fois les sociétés de médecine de tous les cantons. S'inspirant de la CDS, la CCM a été créée en tant que représentante politique de toutes les sociétés cantonales de médecine. Elle devait favoriser une mise en œuvre plus coordonnée des contrats en intégrant au mieux les exigences des différents fournisseurs de prestations.[48]

La CCM devait par ailleurs se présenter en interlocutrice crédible vis-à-vis des autres partenaires et des autorités, et renforcer par conséquent la position des fournisseurs de prestations ambulatoires dans la définition des prix.[49] Certaines sociétés cantonales de médecine, comme celles de Suisse centrale et orientale, ont de plus décidé de se regrouper, leur donnant ainsi une plus grande marge de manœuvre face santésuisse.[50] En 2003, la CTM a demandé au Conseil fédéral de fixer une valeur standard maximale pour toutes les catégories[51] ne pouvant pas trouver d'accord avec les partenaires, notamment les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

---

eine Gemeinsame Verträge wurden von den G7 ausgehandelt. Das heisst die G7 hat für alle Kantone das Mandat, den Ausschussvertrag verhandelt» (CCM, 9 août 2006).

[48] «Es ist ein technisches Büro, als es ist eine technische Umsetzung für Verträge aber es ist auch ganz klar hat man ein politische Auftrag» (CCM, 9 août 2006).

[49] «…oui une certaine doctrine envers les autres acteurs, comme l'OFSP. Wo sehr, sehr wichtig ist, dass man die FMH und die KKA nicht eine auf einander revidiert, das auch vor allem in fachlichen Themen eine gemeinsame Haltung finden» (CCM, 9 août 2006).

[50] GÄHLER E., "Unis pour réussir", in *Bulletin des médecins suisses,* Vol. 87, n° 47, 2006, p. 2029.

[51] La valeur demandée était de CHF 1.00, voir DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTERIEUR (DFI), "Le Conseil fédéral a fixé la valeur initiale du point

Ces efforts de concertation n'ont cependant pas empêché des dérives lors de la mise en œuvre des contrats. Ne pouvant pas augmenter le prix de leurs prestations du fait de la neutralité des coûts, beaucoup de fournisseurs ont essayé de les compenser en augmentant le volume des prestations fournies.[52] De plus, certains fournisseurs de prestations, tels que ceux du canton Genève, n'ont tout simplement pas voulu appliquer les valeurs des points convenues multilatéralement.[53]

b) Les fournisseurs de prestations stationnaires

Dans le domaine stationnaire, les accords sur les prix continuent à être gérés de façon décentralisée. Cela signifie que les contrats sont directement négociés entre les différentes communautés ou zones conventionnées de fournisseurs de prestations d'une part, et les assureurs-maladie, santésuisse et la CTM, d'autre part. En raison de la responsabilité cantonale dans l'offre hospitalière, les négociations tarifaires sont gérées par les fédérations cantonales des établissements hospitaliers et non pas par l'organisation faîtière nationale, H+.

TARMED à 1 franc pour les assurances fédérales AA/AM/AI", *Communiqué de presse du DFI*, 19 décembre 2003.

[52] CDS, "Information du projet TARMED aux cantons. Bilan de l'introduction, organes TARMED, problématiques, état des fixations et des approbations des tarifs", *Lettre de la CDS*, 16 février 2004.

[53] «Ein Kanton hat dann nicht mehr angehalten, das ist Genf, nicht wegen den Kanton sondern weil die Regierung nicht mehr Einverstanden war, weil diese Kostenneutralität Vereinbarung musste von jedem Kanton anerkannt werden» (CCM, 9 août 2006).

H+ s'est opposée aux décisions des assureurs-maladie et des assureurs sociaux qui, en 2003, avaient demandé l'imposition d'un prix unique au niveau cantonal. L'association des hôpitaux a décidé d'entreprendre une démarche juridique. Dans un premier temps, en août 2003 elle a fait appel au Tribunal arbitral cantonal du canton de Berne, qui s'était cependant déclaré incompétent pour statuer. Dans un deuxième temps, en janvier 2004, elle s'est adressée au Tribunal fédéral des assurances.[54] Par cette démarche, H+ souhaitait clarifier les compétences des différents partenaires, étant donné que les termes généraux de la loi ne permettaient pas de les déterminer.

H+ a par ailleurs été sollicitée pour intervenir à la fin de la phase de la neutralité des coûts. En 2005, des divergences sont à nouveau apparues avec santésuisse, qui avait demandé la correction de la différence entre les coûts réels engendrés par les hôpitaux et les coûts provisionnels qui avaient été estimés. Santésuisse exigeait un remboursement du capital non utilisé par les fournisseurs de prestations stationnaires.[55] Selon l'association des assureurs-maladie, cela aurait dû se faire par une gestion centralisée de la part de H+.[56] H+ ne peut néanmoins qu'édicter des recommandations[57] et, en raison de la décentralisation de l'offre, elle ne dispose souvent pas des données des établissements hospitaliers.[58] Si la complexité cantonale renforce la position des fournisseurs de prestations stationnaires vis-à-vis de santésuisse, elle la fragilise au niveau national. Lors des négociations nationales sur les structures tarifaires, santésuisse peut donc exploiter, contrairement à H+, l'avantage de disposer de chiffres relatifs aux performances des hôpitaux.[59]

---

[54] «Donc lors de l'introduction, ces instruments [pour la définition de la structure] étaient prêts. On avait tout calculé et santésuisse a fait justement un «Vertrag Anspruch» […], dans le sens qu'ils n'acceptaient plus les résultats qui sortaient de ces «tools», que l'on avait décidé ensemble […], ils se référaient à cette limite d'un franc du Conseil fédéral et ils n'acceptaient pas les valeurs qui étaient dessous, ce qui n'était pas prévu dans le contrat cadre. C'est pour ça que H+ a fait au Tribunal cette demande sur le contrat cadre» (H+, 16 février 2007). Voir également H+, "Bataille juridique TARMED : H+ se pourvoit devant le Tribunal fédéral des assurances", *Communiqué de presse H+*, 12 janvier 2004.

[55] SANTÉSUISSE, *Rapport annuel*, 2005.

Les réformes cantonales de NGP prévoient par ailleurs de plus en plus que la gestion des négociations tarifaires ne revienne qu'à la seule administration des établissements hospitaliers.[60] Les établissements hospitaliers sont appelés à montrer leur efficacité tout en agissant dans un système d'offre planifié.[61] La stratégie de certains a parfois visé le transfert des coûts des prestations du stationnaire à l'ambulatoire,[62] car entièrement remboursées par les assureurs maladie et leur permettant d'en tirer des bénéfices.

---

[56] «…ce sont nos membres, qui ne sont pas d'accord d'échanger des chiffres avant les négociations tarifaires et puis c'est bien comme ça. Ça ne nous dérange pas, parce que ce sont eux qui savant le mieux ce qui a été fourni» (H+, 16 février 2007).

[57] «On ne peut pratiquement que faire des recommandations, ou l'on arrive à des systèmes comme le contrat cadre TARMED, qui devient un corset encore plus serré ou comme le Rekole, donc la comptabilité analytique. Ça, ce sont des produits qu'on a réussi à instaurer ou qui sont en train de se faire, qui unifient un peu mieux» (H+, 16 février 2007).

[58] «C'est que nous, H+, nous n'avons pas de banque de données des hôpitaux. Ce n'est pas parce que l'on ne veut pas, c'est parce que les hôpitaux ne veulent pas nous les donner, c'est curieux, mais c'est comme ça» (H+, le 16 février 2007) ; «Souvent, ils [les responsables H+] n'ont pas accès aux entreprises des hôpitaux, qui sont à la base des négociations. Ça c'est un aspect réel, alors si jamais ils devaient être présents dans les négociations, ils devraient avoir un grand travail de préparation pour ces négociations en les incluant. Alors, pour les directeurs d'hôpitaux, c'est un double travail quelque fois d'informer» (CDS, 19 janvier 2006).

[59] «…santésuisse ne voulait pas nous montrer toutes les données sur la Suisse. Donc pour faire partie d'une construction nationale pour surveiller les prix ambulatoires, il nous fallait voir toutes les données nationales. Ils n'ont voulu nous montrer que certaines données de certaines communautés contractuelles, Donc ils ne voulaient pas nous ouvrir toute la banque de données qu'ils avaient» ; et un peu plus loin, «santésuisse, ils ont un *data pool* national, donc les seuls qui ont une vue d'ensemble, c'est santésuisse. Ça leur donne une force dans les négociations, qu'ils essayent toujours d'exploiter» (H+, 16 février 2007).

Le statut juridique des établissements conditionne nécessairement les négociations tarifaires. Les représentants des hôpitaux publics se sont parfois montrés les opposants les plus farouches aux négociations[63], comparativement aux cliniques privées. Les établissements publics peuvent s'appuyer sur l'autorité cantonale, même sur des sujets opérationnels, comme la fixation des prix. Cela est d'autant plus vrai pour les cantons bénéficiant d'un avantage de situation, comme ceux disposant d'hôpitaux universitaires ou ceux liés à des organisations régionales.[64] Dans ces cantons, les associations cantonales de fournisseurs de prestations jouent un rôle significatif non seulement dans les négociations tarifaires, mais également dans la direction politique. C'est la raison pour laquelle ils sont souvent une référence pour la définition des stratégies au niveau national.[65] Les établissements hospitaliers peuvent bénéficier d'une situation de force par rapport aux assureurs-maladie.

---

[60] «Il y a des cantons –et c'est une tendance des dernières dix années– […] qui se retirent de l'opérationnel […] et les négociations sont considérées comme opérationnelles par ces cantons. Par exemple, [dans le canton de] Thurgovie, [les autorités] délèguent aux hôpitaux toute négociation sur le prix avec les assureurs. Les cantons définissent les conditions, à quel prix l'on achète des prestations des hôpitaux. C'est cela que le canton considère comme travail stratégique envers les prestations des hôpitaux» (CDS, 19 janvier 2006).

[61] «[Les hôpitaux on introduit un] système de récolte des données […], ils ont amélioré la comptabilité et ils ont des données qui n'ont pas toujours les mêmes [valeurs que celles fournies par santésuisse]. Il y a parfois des problèmes techniques chez santésuisse, parce qu'ils ont dans leur data pools une récolte de données qui n'est pas toujours précise, donc vous avez des prestations hospitalières qui sont mélangées à des prestations de physiothérapie, ergothérapie, mais finalement ça biaise peu, ce sont de petits volumes. Mais en principe ces données devraient être les mêmes que celles que les hôpitaux ont, ce n'est pas toujours le cas» (H+, 16 février 2007).

[62] «Oui ! Oui, les cantons essayent par tous les moyens de mettre le plus possible de cas en ambulatoire, c'est évident, c'est évident» (H+, 16 février 2007).

[63] «Bei den Ärzte, die sind die einige Masse neutralen. Aber beim den öffentliche Spitalambulatorien, da sind natürlich Parteien. Und man sieht es auch sehr schön wenn man die Situation nachschaut Kostenneutralität mit dem Ärzte, das hat einige Massen funktioniert, Kostenneutralität mit den Spitälern, insbesondere mit den öffentliche das hat natürlich nicht funktioniert» (santésuisse, 18 mai 2006).

c) Les assureurs-maladie et sociaux

Les assureurs-maladie et sociaux ont essayé d'influer sur les négociations cantonales de façon significative. Cela s'explique par les limites des négociations nationales –définition de la structure, principe de l'unanimité– empêchant les assureurs-maladie d'influer sur les structures, ce qui a causé des blocages. Les premiers contrats cantonaux ont par conséquent dû être décrétés par le gouvernement fédéral.

---

[64] «Il y a des cantons comme Zurich et la plupart des cantons romands, qui ont une conception différente du rôle de l'Etat, qui disent "ce sont nos hôpitaux, nous avons la majorité […] on est propriétaires des hôpitaux alors c'est clair que l'on est présent dans les négociations avec les assureurs". Ce sont les départements qui invitent les hôpitaux et les assureurs à la table et ils font les négociations sur les tarifs» (CDS, 19 janvier 2006).

[65] «Il y a les grands cantons comme Zurich, comme Argovie, Vaud et Genève, qui ont des fédérations qui jouent encore un jeu différent […]. Donc pour nous ce sont des situations impossibles, c'est clair, mais on vit avec […]. On a beaucoup d'exemples, [comme celle de] l'association zurichoise, [qui] va vers un autre chemin, dont a besoin nationalement. Et ils sont parfaitement conscients. Ils font souvent le premier pas, ils sont beaucoup plus rapides que le reste de la Suisse. Par expérience, très souvent on a dû céder, ou plus ou moins s'adapter un peu à une situation zurichoise, parce qu'elle était un fait accompli. Donc ce tiraillement, d'intérêts cantonaux et de fédérations locales avec nous [H+], on est en plein dedans, dans les grands dossiers» (H+, 16 février 2007).

En juillet 2003, santésuisse a refusé d'appliquer la valeur des points, qui avait été convenue avec les fournisseurs de prestations et qui avait été approuvée par le Conseil fédéral. Au même titre que la CTM, santésuisse souhaitait que les établissements hospitaliers appliquent une valeur uniforme non supérieure à un certain niveau, cela indépendamment du canton,[66] de manière semblable à ce qui avait été fait par les assureurs sociaux. À la différence du domaine des assurances sociales, une valeur uniforme n'a cependant pas été appliquée.

La nécessité de réduire la complexité et de mieux contrôler les coûts a poussé santésuisse à adopter la même logique unificatrice avec ses propres membres. En 2004, lors de l'entrée en fonction du système TARMED, santésuisse a refusé d'accepter les conventions que certaines sociétés d'assurance cantonales avaient convenu avec les établissements hospitaliers.[67] Pour pallier les attitudes autonomistes des sociétés cantonales et régionales, santésuisse a par ailleurs introduit des lignes directrices sur les modalités de négociation,[68] lesquelles n'ont toutefois pas été suivies par tous les assureurs-maladie.[69]

---

[66] Les valeurs des points avaient fait l'objet d'un calcul et se situaient entre CHF 0.80 et CHF 1.00 pour les prestations des hôpitaux publics subventionnés et des valeurs CHF 1.15 et CHF 1.35 pour les hôpitaux publics non subventionnés ainsi que pour les hôpitaux privés. La moyenne était de CHF 0.96, in H+, "Échec des négociations de la Commission paritaire de confiance TARMED", *Communiqué de presse H+*, 10 juillet 2003.

[67] «[Les assureurs] se sont mis d'accord au niveau régional sur les tarifs avec les hôpitaux au niveau cantonal. Mais c'est la centrale [de santésuisse] qui n'a pas approuvé les tarifs, c'est-à-dire qu'elle a un peu mis dans l'embarras ses négociateurs. Ils n'avaient pas de mandat [et] au fond ils leur ont montré "[…] vous n'avez pas de compétences […] de négocier, mais c'est le Verwaltungsrat, le Conseil d'administration de santésuisse, qui décide si on approuve ou pas un tarif

Les divergences entre les partenaires se sont poursuivies après la phase de la neutralité des coûts. En 2005, ne pouvant pas obtenir le remboursement du capital non utilisé par les hôpitaux et qui leur avait été réclamé, les assureurs-maladie ont envisagé de demander la fixation des tarifs par décret cantonal.[70] En 2006, sur 47 accords, 23 ont été fixés par les gouvernements cantonaux, dont 17 de façon définitive et 5 provisoirement. Au début 2007, il y avait encore 9 accords qui avaient été fixés par un gouvernement cantonal, prolongeant la décision prise en 2006 ou fixant un nouveau tarif. Le recours au Conseil fédéral n'a quant à lui été utilisé qu'une fois sur quatre. Depuis, la proportion est restée à peu près constante. Pour 2011, dans les trois quart environ, les partenaires ont trouvé un accord,

---

dans un canton […]. Et ça c'est un grand problème de négociation"» (CDS, 19 janvier 2006).

[68] «Wo wir ein national Versicherung Gesetz haben, wollen wir mit dieser Handlungsrichtlinien, möglich sicher stellen, im einem Schrittweise Prozess von Jahr zu Jahr das wir eben immer die wie die gleiche Probleme, die wir in alle Kantone haben wir auch möglich auch gleichartig lösen, und deshalb brauchen diese Richtlinien, die schreiben was ist, was ist dann die Möglichkeiten, die wir haben eine Lösung zu finden, wo sind wir nicht bereit Kompromisse einzugehen […]» (santésuisse, 18 mai 2006) ; «On peut dire que santésuisse […] domine les décisions et ils donnent des ordres, à leurs structures régionales, pas cantonales, mais régionales» (CDS, 19 janvier 2006).

[69] «In einem Kanton es ist sehr schwierig mit dieser Verhandlungsrichtlinien zur Ziel zu kommen, weil sie eine […] Ausganglage haben, wenn man vergleicht wo man heute ist und wo die Richtlinie sagt» (santésuisse, 18 mai 2006).

[70] SANTÉSUISSE, *Rapport annuel*, 2005, *loc. cit.*

une très petite minorité a été décidée par les autorités cantonales et le reste est entre les mains du Tribunal administratif fédéral.[71]

Le fait que les fournisseurs de prestations hospitalières n'aient pas réussi à se coordonner au niveau national, comme santésuisse le souhaitait, lui a permis de gagner un avantage de situation. Tout en réclamant des contrats tarifaires unifiés, le fait de négocier avec plusieurs partenaires garantissait à santésuisse une marge de manœuvre plus élevée. Bien que santésuisse proclamait la nécessité d'une coordination nationale dans la définition des tarifs, sa stratégie a principalement consisté à essayer de tirer avantage des différences cantonales et régionales. Les assureurs ont essayé de négocier avec des partenaires sélectionnés des conditions leur étant favorables,[72] ce qui leur a par ailleurs permis de rompre ou d'empêcher des alliances réelles ou potentielles entre les fournisseurs de prestations.

Une stratégie de santésuisse a également consisté à dénoncer des contrats-cadre signés avec les partenaires, ambulatoires ou stationnaires. La dénonciation est apparue comme le moyen le plus économique pour faire face à une situation d'information asymétrique et elle engendrait de plus le moins de coûts de transaction. La dénonciation de contrats-cadre a été utilisée pour essayer de redémarrer des négociations et pour attirer l'attention des autorités fédérales.[73] Cependant, face aux limites d'intervention du Conseil fédéral, ainsi qu'à l'impossibilité de négocier avec les partenaires, les assureurs-maladie ont en 2005 démontré la volonté d'adopter une attitude plus stricte dans la conduite des négociations.[74]

---

[71] "Tarmed : Taxpunktwerte ab Januar 2006, Spitäler" (état 14 décembre 2006) in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=30670&detail=yes&navid=2059 ; "Tarmed : valeurs du point tarifaire, hôpitaux 1er janvier 2007" (état 19 février 2007), in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=30670&detail=yes&navid=2056 ; "Tarmed : Valeurs du point tarifaire 2011 hôpitaux" (état 6 avril 2011) in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=30204&detail=yes&navid=2044.

[72] «…et avant de terminer les négociations, santésuisse a déjà raconté dans les cantons qu'il n'y aura pas d'accord national, alors que l'on n'avait même pas fini de discuter, et puis ils voulaient commencer à faire une sorte de LeiKov [Leistungs- und Kostenvereinbarung] avec les cliniques bien choisies avec lesquelles ils veulent bien le faire. En fait c'est aussi le juste chemin, parce qu'il faut regarder ces situations d'une manière régionale ou cantonale ; au niveau national c'est presque impossible d'être juste et correct» (H+, 16 février 2007).

1.5. Conclusion : les implications des négociations

Comme nous venons de le voir, les négociations tarifaires ont débuté par des conflits. Dans le domaine ambulatoire, la CPP a permis aux fournisseurs de prestations de mieux coordonner leurs activités en réduisant la marge de manœuvre de santésuisse. En 2006, santésuisse a recouru 3 fois auprès du Conseil fédéral. Aucun recours n'a été déposé depuis. La même année, les tarifs ont été définis pour la moitié des cas (12 sur 24 accords existants) par le gouvernement cantonal de façon définitive, 4 l'ont été de façon provisoire. En 2007 seul un accord n'a pas pu être conclu .[75] Cette situation ne peut cependant pas être attribuée à une réduction des conflits entre les partenaires. Ne pouvant arriver à un accord satisfaisant, santésuisse a demandé aux autorités cantonales de fixer la valeur des points. Ces dernières ont décidé de prolonger les conventions régionales d'adhésion existantes.[76] En évitant de revoir tout tarif vers le bas, les autorités ont de facto soutenu implicitement les associations régionales. La prolongation des contrats est apparue comme la solution la plus efficiente, évitant de redémarrer des processus de négociation parfois exténuants. Cette mesure ne s'est cependant pas révélée la plus efficace, car ne permettant pas une réduction des coûts.

---

[73] «… und die Kündigung hat eben auch zur Folge, dass wieder die Politischen Instanzen aktive werden müssen. Wenn Sie sich verträglich nicht einigen können, dann muss die Politik geben Entscheid…» (santésuisse, 18 mai 2006).

[74] «Die neue Gesetzt hat man den Versicherern auch stärk die Rolle, also aktive, und das heisst natürlich die Verhandlung Position wird härter» (santésuisse, 18 mai 2006).

[75] "TARMED : Taxpunktwerte ab 1. Januar 2006 Ärzte" (état 28 novembre 2006), in site internet de SANTÉSUISSE, http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?

Les différences dans les modalités de conduite des négociations entre les fournisseurs de prestations en cabinet et en hôpital peuvent s'expliquer par les différentes implications du fédéralisme dans les deux secteurs. Dès son introduction, l'association des assureurs-maladie a essayé d'exploiter TARMED en tant qu'outil pouvant réduire les limites institutionnelles du domaine sanitaire. Cette stratégie visait d'une part la réduction de la complexité par une application uniforme des prix tarifaires[77] et, d'autre part, une rationalisation implicite de l'offre des soins stationnaires.

---

content.vcid=6&content.cdid=30669&detail=yes&navid=2058 ; et "TARMED : Valeurs du point tarifaire 2007 médecins" (état 16 octobre 2007), site internet de SANTÉSUISSE http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=18646&detail=yes&navid=2055.

[76] GÄHLER E., "Unis pour réussir", *loc. cit.*, p. 2029.

[77] «Wenn man das das gleiche Problem im jeden Kanton ein bisschen anders gelöst hat in den Verschieden Tarife Bereichen, dann ist für die Durchführung die Krankenversicherung für die Krankenversicherer sehr, sehr anspruchsvoll. Deshalb hat man gesagt, "wir können uns nicht immer mehr über den Föderalismus beklagen, wir müssen etwas machen" und wir wollen stark ein Strategisches Ziel haben […]. Wir wollen […], dass in den 26 Kantonen die wir haben, möglich die gleiche

Le développement des réseaux nationaux de négociation a poussé les organisations faîtières à revoir leur gestion. Les principaux changements des organisations faîtières participant aux réseaux nationaux de négociation sont schématisés ci-dessous.

Tableau 5 : Principaux changement structurels des organisations faîtières

Organisation	Changements organisationnels	Instruments	Limites, divergences
FMH	▪ démocratisation	▪ manifestations	▪ généralistes ▪ spécialistes
H+	▪ changement de thématique (tarifs, qualité, comptabilité analytique)	▪ décentralisation des décisions	▪ cliniques privées hôpitaux ▪ publics ou subventionnés
CDS	▪ changement de thématique, des questions de formation aux politiques sanitaires (subsides, hôpitaux) ▪ création de groupes permanents	▪ recommandations ▪ lignes directrices	▪ petits cantons ▪ cantons universitaires
SANTÉSUISSE	▪ création d'une organisation faîtière ; ▪ division en 4 structures régionales	▪ structure hiérarchique : décisions à la centrale	▪ grandes assurances ▪ petites assurances

---

Lösung, möglich die gleiche […]. Die jenige die heute in den Gesellschaftsstellen sind, die haben heute viel weniger Handlung Spielräume, aber es war gewollt. Weil wenn wir die Handlung Spielräume so offen halten, dass es wieder für jedes Problem eine Speziallösung gibt, und das wollen wir nicht mehr» (santésuisse, 18 mai 2006).

Dans un premier temps, toutes les organisations ont essayé de réduire les coûts de transaction. Après l'introduction de la LAMal, les principales organisations faîtières des fournisseurs de prestations, FMH et H+, ont connu une transformation organisationnelle. Elles ont recouru à une réorganisation administrative et à une centralisation au niveau national. L'organisation faîtière des assureurs-maladie, santésuisse, a connu une évolution analogue, qui a été couplée à une réduction du nombre des assureurs-maladie, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, suivant en cela les tendances internationales.

Toutes les instances associative ont connu une évolution semblable. Les responsables de ces organisations ont essayé d'adapter leur mode de fonctionnement aux nouveaux modes de gouvernance issus de la LAMal. Les principaux partenaires concernés ont essayé de réduire les coûts de transaction et de simplifier leurs relations, tout en maintenant leur statut, comme relevé par les économistes néo-institutionnalistes. Le resserrement des rangs a constitué une solution communément adoptée par les différents partenaires permettant de garantir le pilotage des nouvelles négociations au niveau national.[78]

Pour tous les partenaires, ces transformations organisationnelles ont été dictées par la nécessité de disposer de l'appui de la base et d'améliorer la représentativité de la délégation des membres au sein des instances de négociation et au niveau politique. Nonobstant ces changements, les organisations faîtières actives ont un pouvoir limité vis-à-vis de leurs membres, qui disposent d'une grande marge de manœuvre. Les décisions se traduisent en recommandations ou en directives que les membres n'ont pas l'obligation de suivre. La reconnaissance des décisions négociées au sein des réseaux nationaux est par conséquent tributaire du degré d'unité et de directivité au sein des organisations prenant part aux négociations paritaires.[79]

---

[78] Résultats de la première série d'entretiens (état mars 2006).

---

[79] Résultats de la première série d'entretiens (état mars 2006), *loc. cit.*

2. L’autorégulation dans le domaine tarifaire stationnaire

Le système de tarification dans le domaine stationnaire suisse est fortement diversifié. Nous expliquerons dans ce chapitre les raisons économiques et politiques ayant conduit à l’introduction du système de financement par cas. Nous clarifierons également le fonctionnement des négociations pour comprendre les répercussions dans la mise en œuvre d’un système cohérent. Comme pour le système de définition des tarifs et des prix pour le domaine ambulatoire, nous avons surtout étudié les modes de gouvernance.

Le système de financement par cas avait été voulu par le gouvernement suisse en se référant aux autres pays de l’OCDE et aux différentes expériences des gouvernements cantonaux qui l’avaient adopté depuis longtemps dans le domaine sanitaire et dans celui des accidents.[80] Malgré cela, les réformes dans le domaine stationnaire ont pris un certain temps.[81] La nature mixte du système stationnaire a empêché la libéralisation totale des prix. À la différence du domaine ambulatoire, toute tentative de standardisation du système de tarification a également été rendue difficile. Outres les aspects techniques, telle que l’hétérogénéité des modes de financement, la dimension hautement politique du financement par cas a empêché une introduction plus rapide.

---

[80] Voir par exemple, INDRA P., "Warum wollen Krankenversicherer die DRGs", in MALK R., KAMPMANN T., INDRA P., *DRG-Handbuch Schweiz*, Bern, Verlag Hans Huber, 2006, pp. 167-193.

[81] Voir par exemple, SWISS DRG, "Objectif clair dès le départ", *Newsletter : informations sur l’association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2004.

Les caractéristiques du système hospitalier suisse –système mixte, fédéralisme– ont freiné les réformes le concernant, particulièrement celles touchant à son financement. Ces divergences expliquent le fait que le dossier sur le financement par cas a été bloqué au Parlement, provoquant de l'incertitude parmi les partenaires. C'est en 2008 seulement que le financement a été voté, ce qui a favorisé la poursuite des négociations au niveau national.

2.1 La définition des tarifs dans le domaine stationnaire

Aujourd'hui encore, les mécanismes de paiements diffèrent significativement entre les cantons, et parfois entre assureurs-maladie et hôpitaux.[82] Après une première phase ayant principalement eu pour objectif la redistribution des subsides hospitaliers, les réformes successives de la LAMal ont visé le changement des modes de financement et de remboursement de l'offre hospitalière, par des forfaits journaliers dans un premier temps, puis par l'introduction du financement par cas. La planification du système stationnaire par des listes d'hôpitaux et le système dual de remboursement étaient perçus comme un obstacle à l'objectif d'économicité prévu par la troisième réforme partielle de la LAMal.

---

[82] OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, Éditions OCDE, 2006, p. 58.

Avant la LAMal, les prestations en hôpital étaient calculées en fonction du nombre de lits.[83] Suivant les autres pays de l'OCDE, les réformes sanitaires ont dans un premier temps introduit un calcul forfaitaire. Une des premières mesures a consisté en la possibilité pour les cantons d'octroyer des subventions par des budgets globaux prospectifs. Cette méthode est aujourd'hui employée par un nombre réduit de cantons, notamment parce que la plupart des cantons continuent à couvrir les déficits encourus par les hôpitaux publics, ce même si certains ont commencé à appliquer des pénalités aux hôpitaux dépassant leurs budgets.

Par la suite, la LAMal a introduit l'obligation du financement des prestations par des forfais journaliers.[84] Le système de financement prédominant encore aujourd'hui est le paiement «per diem», soit des paiements journaliers prospectifs forfaitaires d'hospitalisation, calculés sur les dépenses passées.[85] Les forfaits journaliers constituent le système de financement reflétant le mieux les frais engendrés grâce à la séparation entre coûts d'investissement et coûts d'exploitation. Ils permettaient ainsi l'uniformisation du système de financement, en éliminant les différences dans la prise en charge des coûts d'investissement des hôpitaux publics et des cliniques privées reconnues de la part des assureurs-maladie,[86] ce qui, à terme, devait favoriser la concurrence.

---

[83] BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de, Berlin, Verlag im Internet, 2005, pp. 56-57.

[84] Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, Partie "Financement hospitalier", *Rapport explicatif* du Message du 15 septembre 2004 relatif é la revision partielle de la loi fédéral sur l'assurance maladie (financement hôspitalier), *version provisoire*.

[85] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 375.

L'introduction du financement par forfaits journaliers n'a pas garanti la standardisation des systèmes de financement. De nombreux cantons s'y sont opposés, en particulier en raison du risque de non couverture du déficit public, qui nuirait à l'effet d'économie espéré par les paiements forfaitaires.[87] Les oppositions s'expliquent également par la concurrence engendrée à cette époque par les projets d'introduction d'autres systèmes de paiement, tel que le financement par cas.[88]

Les projets successifs de réformes sanitaires avaient pour but de changer radicalement le système de financement. Après avoir tenté plusieurs voies de contrôle des coûts (budgets globaux, forfaits journaliers) respectant la nature mixte du système stationnaire, le gouvernement a opté pour un système de financement permettant le dépassement entre établissements publics et privés. En 2004, le gouvernement Suisse a prévu l'introduction du financement prospectif par cas pour les soins aigus, censé pallier l'hétérogénéité des méthodes de financement et réduire les surcapacités par la concurrence. Pour les réformateurs, l'introduction du financement par cas constitue une incitation à limiter les dépenses dans le secteur hospitalier, en raison de la comparabilité des prestations fournies et de la prospection. Les principaux partenaires ont été incités à s'autoréguler.[89]

---

[86] WYLER D., "Tarifs", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 395-396.

[87] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 374.

[88] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*

2.1.1. La définition des tarifs dans le domaine stationnaire

Le secteur hospitalier, comme l'ambulatoire, est régi par un système de prix réglementés, du fait de l'offre planifiée basée sur des listes hospitalières et de la propriété des établissements, pour trois quart de nature publique. Les prix des prestations stationnaires sont négociés au niveau cantonal entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. La volonté d'introduire les principes de concurrence prévus par la LAMal s'est traduite par l'adoption du système des forfaits par cas en fonction du diagnostic. En prenant en particulier l'exemple de l'Allemagne, le gouvernement a proposé l'adoption du système basé sur des groupes homogènes de patients, plus connu sous son nom anglais, DRG (voir ci-dessus). Le système DRG vise à calculer le financement des services sur la base de groupes de patients apparentés par diagnostic. L'introduction du financement par cas ne tient pas uniquement à des aspects technico-financiers, mais également politiques, ce financement constituant une réponse aux limites institutionnelles causées par le fédéralisme.[90] Le mode de financement proposé implique une redéfinition totale du système, car il introduit la comparabilité des services, en faisant abstraction de la nature juridique des établissements, publics ou privés.

---

[89] Voir par exemple CDS, "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *Rapport du comité «Planification hospitalière liée aux prestations» à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de santé (CDS)*, juillet 2005 ; DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT),* Brochure d'information sur le projet de nouvelle péréquation soumis à votation le 28 novembre 2004 ; Résultats de la première série d'entretiens (état mars 2006), *loc. cit.*

Par l'adoption du financement par cas, il était donc question d'effacer la planification hospitalière basée sur des listes, qui était perçue comme une distorsion de concurrence entre hôpitaux publics et cliniques privées.[91] Le financement par cas aurait dû se faire par étapes. Après les soins aigus, l'un des secteurs du domaine hospitalier parmi les plus coûteux, il devait être appliqué aux soins chroniques et à la psychiatrie.[92] La définition des cas et de leurs prix devait se faire par concertation. Les principaux partenaires ont donc été poussés à s'autoréguler.

Les premières négociations pour la constitution d'un réseau de concertation pour la définition des cas entre les principaux partenaires suisses, l'Association Swiss DRG (ci-après, l'«Association»), ont débuté en 2004. Il en a résulté un processus de définition, de standardisation et d'uniformisation des négociations pour les cas du secteur des soins aigus. L'Association devait définir un système de tarification des prestations valable pour toute la Suisse, sur l'exemple de ce qui avait été accompli dans le domaine ambulatoire, et fixer un agenda. Certains cantons, ainsi que la SUVA, connaissaient le système du DRG pour la définition de certains services. Nonobstant cela, la définition du système a demandé plusieurs années de négociations, en raison de difficultés d'acceptation des partenaires et de l'absence d'un cadre législatif stable. Le financement par cas n'avait pas encore été voté par le Parlement.

---

[90] Résultats de la deuxième série d'entretiens (état mars 2007).

[91] ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *Dossierpolitique*, n° 3, 19 février 2007.

[92] NEK-CNE, "Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses", Prise de position n° 15, in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 89, n° 36, 2008, pp. 1533-1536.

Les premières négociations entre les partenaires dans le domaine stationnaire ont donc été caractérisées par des conflits et des blocages qui ont ralenti la définition de la structure tarifaire. La mise en œuvre d'un réseau a connu une évolution similaire à celle du domaine ambulatoire, tout en s'en distanciant. La mise en œuvre du financement par cas, initialement prévue pour 2009, est désormais attendue pour 2012. Cela découle du fait que le financement par cas remet en cause certaines des caractéristiques institutionnelles fondamentales du système sanitaire suisse, tels que la fourniture publique de prestations stationnaires et le fédéralisme. Le système par cas a par ailleurs été perçu par certains fournisseurs de prestations comme une ingérence dans leur liberté professionnelle. Beaucoup s'y sont par conséquent opposés, en évoquant un risque de perte d'accès à des prestations de qualité, contrevenant au principe de solidarité voulu par la LAMal.

La réorganisation de la structure tarifaire s'est de plus déroulée dans un cadre législatif instable, qui en a conditionné le fonctionnement. La réflexion et la mise en œuvre des réseaux s'occupant de l'introduction du système de financement par cas ont été menées parallèlement aux discussions sur la troisième réforme partielle de la LAMal. C'est en 2008 seulement que «le Parlement a approuvé le projet relatif au financement des hôpitaux, qui instaure une structure tarifaire liée aux prestations uniformes à l'échelle du pays pour les séjours hospitaliers».[93] Cette décision parlementaire a représenté l'incitation décisive pour les partenaires à s'entendre sur la mise en œuvre du système de financement par cas. Après cette décision, en 2008, les principaux partenaires concernés se sont accordés pour constituer un système unitaire de définition des cas valable pour toute la Suisse.[94]

La décision parlementaire a par ailleurs été l'occasion de fixer des mesures d'accompagnement censées pallier les dérives du système de financement par cas, comme l'augmentation du nombre d'opérations et la réduction de la qualité constatée dans les autres pays ayant adopté ce système, notamment l'Allemagne et les Etats-Unis, deux pays ayant servi de référence pour la Suisse.[95] Il était en particulier nécessaire de mettre en œuvre des mesures garantissant le contrôle de la qualité. L'introduction du système de financement par cas devait garantir l'efficacité dans le système stationnaire, tout en ne remettant pas en cause le principe d'équité prévu par la LAMal. Il s'agissait par ailleurs d'une garantie pour les partenaires qui n'avaient pas été intégrés dans les réseaux s'occupant du financement par cas.[96] Nous résumons ci-dessous les principales étapes de la mise en œuvre du système du DRG.

---

[93] NEK-CNE, *loc. cit.*, p. 1534.

[94] Voir par exemple les interventions du colloque *Economicisation de la médecine ?, L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique*, organisé par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (NEK-CNE) et l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), Auditoire Ettore Rossi, Inselspital (Hôpital des Enfants), Berne, 10 juin 2009.

[95] Voir en particulier l'intervention d'Oliver Peters, "Ce qu'ils sont et ce qu'ils ne sont pas : opportunités et risques des DRG à la lumière des expériences faites et de modalités de leur introduction en Suisse", au même colloque, *ibid.*

Tableau 6 : Genèse des réseaux de négociation pour l'introduction du financement par cas

Année	**Développements**
2004	*Création de l'association DRG*
2004-2007	*Définition des cas*
2007	*Interruption du projet*
2008	*Vote du parlement pour l'introduction du système par cas*
2009	*Constitution de la SwissDRG SA*
2012	*Introduction du système DRG prévue*

2.1.2. Les limites du système et les avantages attendus du financement par cas

Les prestations fournies en hôpital ne sont pas fixées par l'offre et la demande, mais sont réglementées, au même titre que celles du domaine ambulatoire. Les honoraires des services hospitaliers pour les services couverts par l'assurance sociale de base sont négociés au niveau cantonal entre les associations faîtières des hôpitaux et les représentants régionaux de santésuisse.[97] Plusieurs systèmes de paiement différents coexistent. Comme nous l'avons vu, l'un des grands objectifs de la troisième réforme de la LAMal consistait à modifier le financement des services hospitaliers, pour augmenter la transparence et l'efficience du secteur hospitalier.

---

[96] Voir par exemple les interventions du colloque *Economicisation de la médecine ?, L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique*, *loc. cit.*

D'un point de vue strictement technique, le financement par cas constitue un instrument d'unification tarifaire et, par conséquent, un moyen de comparaison des prestations hospitalières fournies par les différents établissements et de leurs performances réciproques.[98] Le changement dans le système de paiement par l'introduction du financement par cas devait introduire un principe de comparaison uniforme permettant de dépasser les obstacles à la concurrence causées par le fédéralisme –le fractionnement des modes de financement– et la planification.[99] En favorisant la comparabilité des prestations et la transparence, le paiement par cas constituait un instrument devant changer les principes de la planification hospitalière.[100]

La comparabilité était censée justifier un remboursement non plus basé sur les coûts engendrés par chaque établissement, mais sur la performance démontrée par rapport à d'autres hôpitaux. Il fallait donc introduire le principe du «pay per performance»[101] instauré dans les autres pays ayant adopté le système de financement par cas, notamment l'Allemagne. Le système de financement par cas représente un changement de paradigme. Il remplace la limitation et le contrôle à postériori des moyens et des prestations fournies, par l'incitation à la maîtrise des ressources en fonction des prestations prévues.

---

[97] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*

[98] PLÜSS H., KRUETTLI S., "Betriebsvergleiche und Benchmarking in einem DRG-Fallvergütungssystem", in MALK R., KAMPMANN T., INDRA P., *DRG-Handbuch* Schweiz, *op. cit.*, pp. 195-204.

[99] «Der Bundesrate erhofft sich damit eine höhere Transparenz und Vergleichbarkeit und zudem eine Stärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern», INDRA P., "Warum wollen Krankenversicherer die DRGs", in *ibid.*, p. 180.

[100] CDS, "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *loc. cit.*

[101] À ce propos voir par exemple, FIGUERAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E., "Purchasing to Improve Health Systems Performance : Drawing the Lessons", in

Un système de tarification uniformisé tel que celui prévu par le financement par cas représente de plus une condition de base à l'éventuelle introduction du système de remboursement moniste, prévu par la troisième réforme.[102] La combinaison du financement par cas et la suppression du système dual devrait à terme remplacer la planification actuelle par une situation de quasi-marché. Il s'agirait de créer un marché dans lequel les cliniques privées seraient traitées sur un pied d'égalité avec les hôpitaux publics et où le contrôle des prix serait garanti.[103]

En référence aux principes de NGP, le financement par cas doit permettre de garantir la séparation entre dimension opérationnelle, qui revient à la seule administration des hôpitaux,[104] et stratégique, qui pourrait être laissée aux autorités publiques. La planification ne devrait désormais

---

FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Peformance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 62-64.

[102] Résultats de la deuxième série d'entretiens (état mars 2007), *loc. cit.*

[103] Voir par exemple, ECONOMIESUISSE, "Contrôle des dépenses : domaine de la santé. Introduire la concurrence en faveur des patients-lutter contre les causes et non contre les symptômes", *Dossierpolitique*, n° 25, 3 juillet 2006 ; ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *loc. cit.*

[104] Ce qui engendrera une redéfinition des responsabilités en faveur des directeurs d'hôpitaux, comme Peter Indra l'a remarqué, «das macht Spitaldirektoren noch viel mehr als heute zu Schlüsselfiguren mit grosser gesseschaftspolitischer Verantwortung», INDRA P., *loc. cit.*, p. 181.

plus être le résultat d'une décision politique, mais le fruit d'une comparaison entre produits, facilitant le développement de mécanismes de marché dans l'offre hospitalière. Le financement par cas devrait constituer un critère objectif de définition de la performance d'un hôpital, sur lequel les choix politiques des autorités publiques pourront se fonder.

2.2. Le projet SwissDRG

Comme nous venons de l'indiquer, l'introduction du financement par cas a rencontré beaucoup de difficultés de mise en œuvre. Nous évoquerons ci-dessous les principales étapes du projet. Nous décrirons également les principales implications pour les différents partenaires concernés.

2.2.1. Les objets et l'agenda du projet

Par sa décision de 2004 incitant à l'introduction du financement par cas pour les soins aigus, le gouvernement souhaitait accélérer les réformes en cours dans le système hospitalier qui tardaient à se concrétiser. Du point de vue du gouvernement, l'introduction du financement par cas devait toutefois se faire sous la seule responsabilité des partenaires concernés. La décision du gouvernement a donc engendré un processus d'autorégulation entre les partenaires pour la standardisation et l'uniformisation des négociations tarifaires dans le domaine des soins aigus. Dans ce but, l'Association SwissDRG a été constituée en 2004, peu après cette décision.

L'Association SwissDRG était une association paritaire à but non-lucratif. Elle constituait une plateforme de discussion devant préparer l'introduction du financement par cas pour toute la Suisse.[105] Elle devait plus spécifiquement standardiser, nationaliser, et généraliser à l'ensemble du pays les différents systèmes de financement par cas déjà existants. Certains cantons (Thoune, par exemple), ainsi que les assureurs sociaux, notamment les assureurs accidents, avaient introduit ce type de financement depuis une dizaine d'années.[106]

Au début du processus, le débat était principalement géré par les responsables cantonaux, en tant qu'acteurs prioritaires du système stationnaire. L'Association SwissDRG est née de l'initiative de la CDS. Les représentants de la CDS ont voulu remplir le rôle de précurseurs du nouveau système de financement en tant que partenaires se situant au-dessus des parties, ce pour favoriser une meilleure coordination.[107]

S'agissant de sa composition et de son objectif, l'Association SwissDRG peut être considérée comme un réseau de négociation, au même titre que le Bureau TARMED. La CDS occupait une position centrale au sein de l'Association, à côté des représentants des fournisseurs de prestations stationnaires, H+. L'association comprenait également les assureurs-maladie et sociaux (santésuisse, CTM) et la FMH pour les prestataires ambulatoires. L'OFSP, l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Association Suisse des infirmières et des infirmiers (ASI) y occupaient un statut d'observateur. L'ASI et les cliniques privées avaient demandé à être intégrées au projet. Les cliniques privées n'ont pas été intégrées au projet en raison de leurs réticences passées à fournir les données nécessaires.[108] Quant à l'ASI, elle n'a pas disposé des moyens financiers suffisants pour s'acquitter de la cotisation requise.

---

[105] SWISS DRG, "Rayon d'action de SwissDRG", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2005 ; SWISS DRG, "Le Système SwissDRG entre dans sa deuxième phase d'élaboration", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 2, 2006.

[106] Voir par exemple les interventions du Colloque *Economicisation de la médecine ?, L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique*, *loc. cit.*. Pour une histoire détaillée des projets pilotes voir INDRA P., "Warum wollen Krankenversicherer die DRGs", *loc. cit.*, pp. 176-180.

[107] «…et les cantons, pour revenir un peu au rôle des cantons, parce que c'est aussi un modèle de gestion. Nous [de la CDS] on se comprend non pas comme neutre, mais plutôt comme instance qui est un peu au-dessus des parties, les partenaires tarifaires. C'est-à-dire si les partenaires tarifaires se mettent d'accord, ce ne seront pas les cantons qui se mêleront de leurs décisions» (CDS, 13 juin 2006).

Comme pour le domaine tarifaire ambulatoire, une base de données, l'«All Patient Diagnosis Related Groups» (AP-DRG), existait déjà lors de la constitution de l'Association. La base de données AP-DRG avait été constituée durant les années '80 par un groupe de cantons. Elle se référait au système de financement par cas existant en Allemagne, le «German DRG» (G-DRG), qui était basé sur le modèle australien, l'«Australian Refined DRG» (AR-DRG). En 2003, seuls deux cantons, Zurich et Vaud, avaient introduit le nouveau système, déjà appliqué dans le domaine des assurances sociales, particulièrement par la SUVA.[109] L'objectif était celui prévu par la LAMal, à savoir offrir un outil avec une «meilleure allocation des ressources et une meilleure maîtrise des coûts».[110] Des projets pilotes ont par la suite été adoptés par les Canton du Tessin et du Valais.[111]

---

[108] «Nous avons demandé à SwissDRG […] de pouvoir siéger là dedans, ce qui nous a été refusé […] H+ nous a refusé» (cliniques privées, 2 mars 2005).

[109] Résultats de la deuxième série d'entretins (état mars 2007), *loc. cit.*

L'introduction du financement par cas devait se faire par étapes. Jusqu'en 2006, le programme prévoyait l'introduction d'indicateurs au niveau national. Il était dans un premier temps prévu que le nouveau système de financement entre en vigueur en 2009. Les négociations ont rencontré des blocages, notamment lors de la définition des cas, laquelle a duré de 2004 à 2007.[112] Le projet a été interrompu en 2007, étant donné que la CTM et santésuisse ont renoncé à y participer à plein titre. L'introduction du financement par cas est désormais prévue pour 2012.

De façon similaire à ce qui avait été le cas pour le Bureau Tarmed, la raison de la durée de mise en œuvre du financement par cas ne peut pas être réduite aux seules difficultés techniques, comme la définition des cas. Le manque de consensus entre les partenaires, particulièrement la décision des assureurs-maladie et sociaux de ne pas s'engager dans le projet en absence de conditions législatives définitives, a également joué un rôle. À cette époque, la réforme du financement par cas était en suspens, notamment la question de sa généralisation à l'ensemble du système hospitalier.

---

[110] GUILLAN H., PLÜSS H., REY J.-C., SCHEKER L., "Financement : les AP-DRG Suisse", in *Hospital*, Vol. 5, n° 6, 2004, pp. 76-78.

[111] Voir par exemple l'intervention de Pierre-François Cuénoud, "Influence de l'introduction des DRGs sur le rôle et la profession des médecins", au colloque *Economicisation de la médecine ?, L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique*, *loc. cit.*

[112] NEK-CNE, "Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses", *loc. cit.*, p. 1534.

Le déroulement ralenti des décisions parlementaires concernant les réformes sanitaires, particulièrement la non-entrée en matière sur le financement hospitalier, ont significativement affecté les réseaux. L'Association SwissDRG a été une caisse de résonance des divergences opposant les partenaires dans les autres secteurs sanitaires. Aux blocages politiques se sont ajoutées les difficultés techniques de définition des cas.

Cette mise en œuvre ralentie peut également être attribuée aux attitudes opaques et à la réticence des fournisseurs de prestations, notamment les cliniques privées, de ne pas fournir les données nécessaires. Les cliniques privées suivent une logique de marché qui ne prévoit pas de gestion centralisée des informations. Toute mise à disposition d'information était et reste perçue comme une ingérence et un moyen de contrôle de la part des autorités et des assureurs-maladie. Sur ce point, le cas suisse se rapproche du système sanitaire américain, dans lequel, comme Alain C. Enthoven le note, «il n'existe aucune réglementation qui exige l'information sur la production uniforme de résultats de la santé. En fait, les prestataires ont été actifs, et avec succès, dans les débats politiques pour bloquer l'accès à ces informations».[113]

---

[113] «…there is no regulation to require the uniform production of health outcomes information. In fact, providers have been active and successful in political activities to block access to such information», SINGER S. J., "Problems in Gaining Access to Hospital Information", in *Health Affairs*, Summer, 1991, pp. 148-151 cité par ENTHOVEN A. C., "The History and Principles of Managed Competition", *loc. cit.*, p. 27.

2.2.2. La création de la Société Swiss DRG, la CMO

Les années de définition et de mise en œuvre de la structure tarifaire prévue par l'Association SwissDRG (de 2004 à 2007) ont été caractérisées par une non-collaboration et un inactivisme de la part des assureurs-maladie et sociaux principalement, s'opposant à la CDS, promotrice de l'Association SwissDRG. Pour les directeurs et directrices cantonaux de la santé, l'introduction du financement par cas constituait une condition nécessaire au passage de la planification basée sur des aspects politiques, à une gestion de l'offre hospitalière objective fondée sur les prestations réellement fournies.

L'adoption d'un système de financement par cas représentait l'instrument qui aurait dû réduire les obstacles dus au fédéralisme et favoriser une planification régionale ouverte à tout type d'établissement. Pour les autorités cantonales, le financement par cas devait être un moyen d'introduire un système intégré de soins.[114] Le projet s'insérait dans un contexte de réformes cantonales adoptant la NGP et le modèle de type Partenariat Public Privé (PPP).[115] Il était considéré comme moyen de gestion des ressources efficient et efficace, dans une période d'austérité financière.

---

[114] CDS, "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *loc. cit.*

[115] DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Brochure d'information sur le projet de nouvelle péréquation soumis à votation le 28 novembre 2004, *loc. cit.* ; DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Berne, DFF et CDC, septembre 2007.

De plus, il aurait permis aux établissements hospitaliers de se gérer de façon plus autonome.[116]

Les discussions relatives au financement par cas mettent en évidence les implications d'un système mixte, tel que le système stationnaire suisse. L'Association SwissDRG a été confrontée à la réticence des cliniques privées qui ont adopté une attitude opaque.[117] Elles réclamaient que les assureurs-maladie couvrent les frais engendrés par les adaptations logistiques nécessaires à la récolte des données. Les cliniques privées s'étaient de plus opposées à transmettre leurs données comptables nécessaires à l'Association SwissDRG pour la définition des indicateurs. Elles ne voulaient transmettre que les données strictement inhérentes au projet.[118] Elles ont préféré attendre le résultat de la réforme parallèlement en discussion sur le financement hospitalier avant de s'engager dans le projet.[119]

---

[116] Résultats de la deuxième série d'entretins (état mars 2007), *loc. cit.*

[117] «…pour SwissDRG, par exemple on voit que les privés ne sont pas là, on a plus d'opposition des privés –chez nous, interne [à H+]– parce que les privés favorisent un système un peu plus opaque ,[comme la] rémunération à l'acte […] c'est clair […] c'est une tendance du marché d'être opaque, parce qu'on veut pas se comparer, on veut être différents ; c'est le marché, c'est normal» (H+, 14 décembre 2005) ; «On aimerait, que [les hôpitaux privés] entrent plus dans le projet SwissDRG, parce que pour le moment il y a très peu d'hôpitaux privés qui sont inclus dans la base de données, qui sont gérés par l'OFS. Parce qu'on a des hôpitaux clés pour faire le calcul du poids des coûts des différents groupes DRG. Donc on aimerait avoir […] le plus grand nombre d'hôpitaux différents, pour avoir une vue globale de la situation des coûts. Ce sont les hôpitaux privés, qui ne veulent pas participer parce qu'ils doivent ouvrir leurs comptabilités» (CDS, 19 janvier 2006).

[118] «Lorsque la clinique doit négocier avec l'assureur des tarifs, la clinique serait disposée à montrer les coûts de la clinique pour la partie qui est l'objet de la négociation. Alors, pour les assurés de base, on peut bel et bien sortir les chiffres, sans autre. Par contre, lorsque vous avez dans une clinique une bonne partie des patients privés, la comptabilité se présente de façon différente et cela ne regarde personne.[…] et c'est là que cela commence à devenir difficile, personne, mais

Les cliniques privées, dont une bonne partie sont dirigées par de grands groupes (ex. : le groupe de cliniques privées Hirslanden comptant 14 cliniques), fonctionnent selon les principes de l'économie de marché et n'apparaissent souvent pas sur la liste des établissements reconnus. Pour les cliniques privées, il n'y avait pas ou peu d'intérêt à se soumettre aux décisions d'une association conçue principalement pour répondre aux exigences des hôpitaux publics et des établissements figurant sur la liste des établissements hospitaliers reconnus.

La réforme partielle de la LAMal, qui était en même temps en discussion, est apparue comme un facteur d'incertitude trop élevé pour les assureurs-maladie et sociaux. Ces derniers ont donc préféré attendre des conditions de mise en œuvre plus stables avant de s'engager dans le projet de réforme, tout en plaidant pour un système de tarification uniforme. Santésuisse en particulier s'attendait à ce que la création d'une société favorise la concertation nationale, non seulement s'agissant des structures tarifaires, mais également des prix. La gestion cantonale de l'offre hospitalière ne permet pas des négociations unifiées au niveau national avec H+. Elles se passent entre les assureurs-maladie et les associations cantonales et régionales d'hôpitaux, contribuant au fractionnement du système et à une fragilisation des assureurs-maladie dans les négociations vis-à-vis des fournisseurs de prestations.

---

personne ne nous paie un sous pour la présentation des comptes séparés d'une façon distincte "ici" assurance de base, "ici" assurance privée. Alors, personne ne nous paie cela et ça coûte terriblement cher» (cliniques privées, 2 mars 2005).

[119] Résultats de la deuxième série d'entretins (état mars 2007), *loc. cit.*

En 2006, les assureurs sociaux (CTM) ont par conséquent décidé de suspendre leur participation à la constitution de la société du Bureau SwissDRG, cela d'autant plus que les assureurs sociaux, la SUVA, en particulier, disposaient depuis des années de contrats tarifaires basés sur les cas.[120] Il n'y avait donc aucune nécessité d'adopter de nouveaux modèles de remboursement. Au vu des aléas politiques, l'engagement dans une société anonyme est par conséquent apparu trop contraignant d'un point de vue organisationnel et trop coûteux d'un point de vue financier.[121] En cas d'échec au Parlement de l'obligation d'adopter le financement par cas, les négociations tarifaires concertées auraient perdu leur signification.

La même année santésuisse avait décidé de se retirer du financement du Bureau SwissDRG. Avant de s'engager dans un projet dispendieux, les assureurs-maladies et sociaux ont préféré attendre la décision sur la révision de la LAMal relative à l'obligation de l'introduction du financement par cas.[122] Ce refus a été décisif pour bloquer la constitution de la société SwissDRG SA, étant donné l'importance centrale des assureurs-maladie pour le remboursement des frais.

---

[120] «…aus Tarif Politische Überlegungen, müssen wir –jetzt kommt die Politik dazu– müssen wir entschieden "ok, wir machen dann nicht mit", weil das ist ein ganz spezifische KVG Problem, dass sie gelost werden muss, und nicht ein grundsätzliche Problem, weil die Eidgenössischen Versicherern haben heute mit 90 Spitälern, ein DRG Vertrag. Wir haben das, schon seit Jahren eingeführt» (CTM, 16 août 2006).

[121] «…die Aufgaben dieses CMO zum heutigem Zeit Punkt, gar nicht definiert sind, dann eine Vorfinanzierung bis zum 9 Millionen Franken sicher bestellt werden musste. Wir sind der Meinung, dass ist überdimensioniert, das ist an die Materielle Seite» (CTM, 16 août 2006).

[122] «…santésuisse attend des bases légales de tout ça, parce que ça n'existe pas en ce moment» (H+, 16 février 2007).

Dans le domaine stationnaire comme dans l'ambulatoire en hôpital, santésuisse revendiquait un système centralisé et simplifié de fixation des prix. Pour les assureurs-maladie, une structure et, si possible, des prix uniformes au niveau national étaient des moyens de réduire la complexité des négociations et, par conséquent, le risque de blocage de la part des fournisseurs de prestations. Des contrats standardisés auraient représenté un moyen plus efficace de gestion et de contrôle de l'offre des prestations stationnaires qu'un système fractionné. Un système centralisé et uniformisé aurait permis de mieux faire face aux contrats gérés par les associations cantonales et régionales comptant dans leurs rangs les représentants d'hôpitaux les plus influents.[123]

Avec le financement par cas, les assureurs auraient disposé d'un instrument pour ne plus financer les services des établissements les moins efficaces, cela indépendamment de leur statut juridique public ou privé. Dans l'attente d'un tel moyen de contrôle, les assureurs-maladie ont recouru à des modalités de négociation pouvant les avantager, jouant sur les différences cantonales. Une pratique courante utilisée lors des négociations a été de proposer les conditions obtenues dans un canton pour définir les contrats à conclure dans d'autres.[124] Pour répondre à cet objectif, des accords bilatéraux entre santésuisse et les partenaires hospitaliers ont dus être trouvés.[125]

---

[123] «[chez santésuisse] ils savent très bien qu'on a des associations cantonales et régionales d'hôpitaux, qui ont plus de poids dans la région que H+[…]. On a [cependant] un problème de ce côté-là, on sait ce qui nationalement serait bien, mais ce n'est pas forcement l'opinion de l'association de la Suisse centrale» (H+, 16 février 2007).

[124] «…La relation avec santésuisse change, parce qu'ils ne peuvent plus utiliser l'information régionale, dans d'autres régions. Parce que c'est santésuisse pour l'instant qui a l'information, mais les prestataires dans un canton, n'ont souvent pas de contact avec le canton voisin, ça commence à changer […]. Donc ce que [les

2.2.3. Le projet d'introduction du financement par cas

En 2008, en concomitance avec la décision du Parlement d'adopter le système de financement par cas, l'Association SwissDRG a été transformée en une société anonyme d'utilité publique, la SwissDRG SA. Avec la constitution de la société, un consensus entre les principaux partenaires a désormais pu être atteint.[126] En 2009 tous les partenaires ont finalement décidé de participer au projet.

La Société SwissDRG SA a repris la composition de l'Association SwissDRG, qui avait été conçue dans le but que les principaux intérêts y soient représentés, notamment ceux des fournisseurs de prestations stationnaires. La responsabilité opérationnelle a été déléguée au centre de

---

membres de] santésuisse ont souvent fait, ils ont commencé les négociations dans un petit canton, qu'ils maîtrisent bien. Ils avaient des faits accomplis, ils sont partis dans un autre canton, puis ils ont dit, "ce canton là a signé et il est moins cher, donc vous devez signer", ce jeu là il est fini. Parce qu'on a un système national, il faut négocier la base rate […]. Il peut y avoir encore des différences, mais il ne peut plus y avoir de jeu dans ce sens là, comme ils avaient fait jusqu'à présent. Donc santésuisse d'un côté aurait presque intérêt à ne pas vouloir un système comme ça» (H+, 16 février 2007).

[125] Résultats de la deuxième série d'entretins (état mars 2007), *loc. cit.*

[126] Intervention du directeur de SwissDRG SA, Simon Hölzer, "Begleitforschung als Erfolgsfaktor der Einführung der DRGs", au colloque *Economicisation de la médecine ?, L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses – un défi éthique*, *loc. cit.*

compétence, le Case Mix Office (CMO),[127] dans sa formulation complète le Bureau Case Mix SwissDRG (ci après, appelé le «Bureau Casemix»), chargé de gérer la mise en œuvre du projet.[128] Le CMO comprend les principaux acteurs du système de santé et, comme l'Association l'ayant précédé, il possède une structure tripartite.

Le Conseil d'administration de la SwissDRG SA est formé des représentants des fournisseurs de prestations (H+, FMH), des assureurs-maladie (santésuisse) et sociaux (CTM) et des autorités cantonales (CDS). La société n'a néanmoins plus prévu d'observateurs, exception faite de l'OFSP. L'ASI et l'Association des patients, qui auraient entre-temps souhaité y participer, n'ont pas été en mesure de payer le montant dû, engendrant ainsi des mécontentements.

Le projet prévoyait que les conventions sur la structure et les prix des prestations continuent à être réglées de façon autonome entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Comme pour le cas des tarifs ambulatoires, le rôle des autorités fédérales devait se borner à la fixation des tarifs en cas de désaccord entre les partenaires. Tant la composition du Bureau que les modes de fonctionnement devaient permettre de réduire les risques de recours et de blocage qui s'étaient manifestés avec l'Association SwissDRG et qui avaient caractérisé les négociations du financement ambulatoire.

---

[127] «La somme de ces valeurs donne ce que l'on appelle le case mix, ou l'"éventail des cas traités", dont la moyenne (indice du *case mix*) sert de base de calcul pour le financement des hospitalisations dans un établissement», comme indiqué par NEK-CNE, "Introduction de forfaits par cas liés au diagnostic dans les hôpitaux suisses", *loc. cit.*, p. 1534, d'où le nom de l'association.

[128] SWISS DRG, "En Harmonie avec la révision de la LAMal", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2006, p. 4.

Par ailleurs, le choix d'une société anonyme devait garantir la légitimité des décisions prises et éviter des dérives lors de la mise en œuvre de la nouvelle structure tarifaire. Pour la même raison, il a été décidé d'introduire un système décisionnel majoritaire (majorité qualifiée) et non pas à l'unanimité. Le but était de réduire les risques de blocage dans les prises de décision et d'éviter que les intérêts particuliers prévalent sur les intérêts généraux.[129]

2.3. Conclusion

La constitution de la société anonyme SwissDRG SA en 2008 a signifié l'acceptation par les partenaires du financement par cas. Elle a également correspondu à une transformation de sa gestion, assurée non plus par les seuls responsables cantonaux, mais également par tous les principaux partenaires impliqués dans le domaine stationnaire. Le projet de financement par cas a été confronté à des difficultés de fonctionnement. La nature juridique du réseau, qui devait garantir un pilotage efficace, et des règles de décision censées favoriser les compromis n'ont pas été des instruments améliorant le consensus. Ces mesures n'ont pas suffi à elles seules à réduire la conflictualité des négociations. Celles-ci ont significativement été conditionnées par les débats politiques en matière de santé se déroulant en parallèle et par les caractéristiques institutionnelles du système suisse de santé, tel que le fédéralisme.

---

[129] Voir l'intervention du minister de l'époque Pascal Couchepin, "Reformstau im Gesundheitswesen : Die Sicht des Bundesrates : Auslegeordnung", au colloque *Reformstau im Gesundheitswesen*, organisé par la Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), Hotel Kreuz, Berne, 4 juin 2009 ; voir également le concept de «veto player» développé par BRAUN D. UHLMANN B., "Policy Stability and Change in Swiss Health Care Reforms", in *Swiss Political Science Review*, Vol. 15, n° 2, 2009, p. 207.

La constitution du réseau dans le domaine tarifaire hospitalier a été confrontée à différents blocages. Elle a toutefois été moins conditionnée par les aspects techniques à régler que par la dimension hautement politique lui étant rattachée et qui la rend très vulnérable.[130] L'introduction du financement par cas en Suisse montre que la technisation n'est pas à elle seule garante de l'adoption d'une culture de marché de la part des partenaires, ce qui contrevient aux principes de la NGP. Dans le cas du financement par cas, la technicisation du débat n'a pas non plus réussi à réduire la dimension politique et la conflictualité entre les partenaires. Elle a même contribué à accentuer les obstacles institutionnels et culturels. L'intérêt des partenaires et les implications financières en jeu font que les discussions portant sur les tarifs sont constamment traversées par une dimension politique, alors même qu'elles traitent d'aspects qui ne le sont pas forcement.

L'introduction du financement par cas devait se faire dans un système planifié d'offre mixte. Les réformateurs ont dû faire face à la fragmentation fédéraliste et à la régionalisation.[131] Ils ont d'autre part dû affronter les différences de fonctionnement entre hôpitaux publics et cliniques privées, souvent exclues de la planification cantonale et parfois intégrées dans des groupes internationaux. Lors de l'adoption du projet, les conditions structurelles et la motivation des principaux partenaires à l'introduction du financement par cas faisaient défaut. L'Association SwissDRG a par conséquent constitué un catalyseur de divergences,[132] plutôt qu'un instrument intégrateur.

---

[130] Résultats de la deuxième série d'entretins (état mars 2007), *loc. cit.*

[131] Pour une analyse du système hospitalier voir par exemple, BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, *loc. cit.*

Dès la prise en charge du département de l'intérieur en 2003, le ministre responsable de la santé de l'époque a toujours plaidé pour l'autonomie de gestion des partenaires et pour que l'on évite tout type d'intervention étatique.[133] L'incitation gouvernementale à l'autorégulation et le pilotage à distance n'ont toutefois pas été des instruments suffisants à l'introduction de mécanismes de quasi-marché. L'adoption du financement par cas a demandé plusieurs années de négociations. Pour qu'il soit accepté, il a fallu une imposition de type «top-down» de la part du gouvernement, concrétisée par la décision du Parlement d'adopter l'introduction du financement par cas en 2008. Un accord entre les partenaires n'a été possible que lorsque les conditions législatives ont été clarifiées et dès qu'il est devenu évident que le financement par cas était une méthode adoptée par une bonne partie des pays de l'OCDE.

---

[132] «DRG c'est une discussion actuellement en cours et puis c'est vrai que ça discute bien parce qu'il y a des questions de conception […] entre ceux qui payent et ceux qui travaillent» (FMH, 7 décembre 2005).

[133] «The existence of self-regulation in so many forms implies the need for the government (if they are to be successful) to pursue policy objectives trough "indirect steering", involving "adjusting, balancing, structuring, facility, enabling, negotiating, but never directly telling and never directly trying to control"», in BLACK J., "Decentering Regulation : The Role of Regulation and Self-Regulation in a Post-Regulatory Word", in *Current Legal Problems*, n° 103, 2001, p. 126 cité par VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, *op. cit.*, p. 72.

L'acceptation du financement par cas en Suisse met en évidence que, pour fonctionner, l'autorégulation nécessite le consentement des principaux partenaires et des conditions législatives suffisamment stables. Elle requiert une culture de la négociation et un contexte institutionnel et politique adéquat. En ce qui concerne les partenaires, Peter Vincent-Jones considère qu'ils doivent avoir une capacité réflexive, c'est-à-dire la capacité d'intérioriser les objectifs étatiques.[134]

Durant des années, le Parlement a hésité à prendre des décisions en matière d'assurance maladie, y compris s'agissant du financement hospitalier, ce qui s'est ajouté aux obstacles dus au fédéralisme, causant de l'instabilité dans les négociations entre les partenaires. L'instauration du financement par cas met en évidence le fait que le contexte institutionnel et l'environnement politique jouent un rôle central dans la conduite des relations au sein des réseaux. La politique et le marché du système sanitaire conditionnent les deux les attitudes des acteurs et leurs relations au sein des réseaux. Les réformes sanitaires ont joué un rôle majeur dans le changement de culture des partenaires et de leurs rapports. La concurrence constitue désormais le principe de fonctionnement du secteur vers lequel le gouvernement a souhaité que l'on tende.

---

[134] «The success of law and regulation in achieving policy goal is, therefore, necessarily dependent on the facilitation and reinforcement of "internal" or reflexive processes within the organizations, involving the "regulation of self-regulation"», in *ibid.*, p. 96 voir également les réflexions in VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", in *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 3, n° 20, 2000, pp. 317-351.

En 2009, la conflictualité au sein du secteur sanitaire en général était telle que les principaux partenaires sont dû se rencontrer à une table ronde avec le ministre de la santé.[135] Parallèlement, les discussions sur les réformes sanitaires ont repris au Parlement, après avoir été ralenties pendant des années. On a assisté à cette période à un changement du fonctionnement politique dans son ensemble, les parlementaires se montrant moins conflictuels et plus ouverts au dialogue. Cette situation explique également le regain d'intérêt pour les questions de qualité.

---

[135] SANTÉSUISSE, "Runde Tische und Notrechtstatt nachhaltige KVG-Reformen", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 2, 2009, pp. 10-11.

3. L'autorégulation dans le domaine de la qualité

Au vu des récentes évolutions internationales, la qualité est devenue un critère fondamental dans tous les pays de l'OCDE.[136] Parallèlement à l'autodéfinition des tarifs et des prix, la LAMal a prévu que les fournisseurs de prestations s'entendent sur la détermination des indicateurs de qualité. L'offre de services de qualité adéquate était une des conditions prévue par la LAMal en plus des principes d'économicité et d'efficacité. La qualité est censée augmenter la transparence et, par conséquent, les possibilités de fonctionnement d'après les principes de concurrence.[137] La LAMal devait poser les bases structurelles du principe d'Alain C. Enthoven de «pay for performance», dont la qualité. L'adéquation d'une prestation doit désormais être un indicateur d'évaluation d'un service offert et une condition à son remboursement. La qualité ne peut plus être conçue, comme par le passé, en termes de coûts supplémentaires, mais en tant que critère de choix pour l'assuré-patient.

---

[136] Pour les questions de qualité en Suisse voir par exemple BAILLY A., BERNHARDT M., GABELLA M., *Pour une Santé de qualité en Suisse*, 2ème édition, Paris, Éditions Economica, 2006.

[137] Concernant le rôle de la qualité dans les contrats, voir par exemple, VALESCO-GARRIDO M., BOROWITZ M., ØVREITVEIT J., BUSSE R., in FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Peformance*, *op. cit.*, pp. 215-235, ainsi que FIGUERAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E., "Purchasing to Improve Health Systems Performance : Drawing the Lessons", in *ibid.*, pp. 64-66. Voir également NGO D., DEN BREEJEN E., PUTTERS K., BAL R., *Supervising the Quality of Care in Changing Healthcare Systems. An International Co*mparison, *loc. cit.*, p. 46 d'après lesquels, «…the focus of healthcare inspection moves from learning and creating trust in professionals and organizations, towards increasing transparency of output, costs, quality and safety, and public accountability for that».

La qualité a néanmoins été négligée par les principaux partenaires, du moins jusqu'à très récemment. Dans ce chapitre, il sera question d'en comprendre les raisons. Nous expliquerons le fait que la qualité n'est devenue un facteur intéressant les partenaires qu'au moment où elle a été identifiée en tant qu'instrument nécessaire à la concurrence. Outre sa signification pour les assurés-patients en tant que paramètre de choix, la qualité constitue un instrument commercial nécessaire au maintien de la confiance et à la justification du prix. L'acceptation de la définition des critères de qualité peut même constituer l'indicateur de la transformation du système sanitaire suisse, vers une plus grande commercialisation. Nous nous occuperons dans cette partie des modalités de gestion de la qualité mises en œuvre par les partenaires.

La LAMal prévoyait que le gouvernement veille à l'adoption de critères de qualité pour les prestations remboursées, soit celles figurant sur le catalogue des prestations. Le gouvernement a néanmoins plaidé pour que cela se fasse par des solutions autorégulées et il a délégué aux fournisseurs de prestations et à leurs organisations la faculté de décider de façon autonome des critères de qualité.[138]

L'adoption de critères de qualité a néanmoins été conditionnée par le scepticisme des fournisseurs de prestations et par la réticence des assureurs-maladie, focalisés sur la nécessité de contrôler les coûts. Par ailleurs, et comme dans les autres pays de l'OCDE, il n'existait aucun consensus sur la définition de la qualité qu'il s'agissait d'adopter. L'autorégulation et les divergences sur la définition des critères de qualité ont prétérité la mise en œuvre d'un système de gestion commun et cohérent. Cette situation a eu comme conséquence le développement d'un système non coordonné, chaque secteur ayant développé ses propres critères de manière indépendante.

---

[138] art. 77 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995; rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*, p. 90.

Comme pour la tarification, la concertation dans le domaine de la qualité a pris du temps. Outre le désintérêt de la part des partenaires, le manque de cadre législatif précis et la volonté du gouvernement d'avoir une gestion autorégulée de la qualité a contribué à la naissance d'une panoplie d'instances s'en occupant, que ce soit dans le domaine ambulatoire ou stationnaire. Des initiatives promues par le gouvernement pour la protection des patients ont également surgi.

3.1. Genèse de l'introduction des critères de qualité

La fourniture de prestations de qualité était un objectif prévu dès l'introduction de la LAMal, sans néanmoins que les modalités de mise en œuvre ne soient explicites. La qualité n'a par conséquent pas fait l'objet d'un programme défini de la part des partenaires et, jusqu'à récemment, le gouvernement a évité toute intervention. L'introduction d'une surveillance standardisée et de procédures de reporting pour la qualité des soins a été un processus lent. Longtemps, les partenaires n'ont pas été prêts à embrasser cet objectif, dans la mesure où la qualité aurait limité la liberté professionnelle dans le domaine ambulatoire et conditionné l'octroi de moyens publics dans le domaine stationnaire. Au vu des caractéristiques institutionnelles du système sanitaire, la qualité n'avait qu'un effet incitateur moindre et elle n'était par conséquent pas perçue comme nécessaire.

La loi prévoyait que le gouvernement soit responsable de l'adoption des instruments de contrôle de la qualité. Cette compétence a dès le début été déléguée aux partenaires, qui devaient en assumer la responsabilité. Jusqu'à la troisième réforme de la LAMal, l'adoption des critères de qualité a néanmoins été négligée. Elle était considérée comme faisant partie intégrante du système, jugé de très bonne qualité. Les fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires ont interprété l'objectif gouvernemental de qualité de multiples façons. «Au niveau local et, dans certains cas, cantonal ou intercantonal, on a assisté à l'émergence d'un grand nombre d'initiatives isolées d'évaluation et de gestion de la qualité. Ces initiatives ont été généralement prises par des prestataires individuels, parfois avec le concours financier limité des établissements des soins».[139]

Les fournisseurs de prestations hospitalières en particulier ont essayé dès le début de s'organiser pour développer des critères standardisés de qualité. Néanmoins, jusqu'à récemment, l'introduction de tels critères a été l'apanage de quelques fournisseurs de prestations, ce qui a rendu difficile l'instauration d'un système standardisé national de contrôle de la qualité. Dans le domaine ambulatoire, la qualité a été laissée à la seule responsabilité des fournisseurs de prestations et a pris la forme de lignes de conduite («guidelines»). Dans les deux cas, les partenaires se sont montrés réticents à mettre à disposition les données nécessaires.

---

[139] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*, p. 88.

La panoplie d'initiatives tient également au fait que, jusqu'à la troisième réforme de la LAMal, la qualité n'était pas considérée comme objectif prioritaire. Pour les assureurs-maladie, il était surtout essentiel de faire respecter l'économicité, en raison des coûts toujours élevés du secteur sanitaire. L'obligation de contracter et la planification hospitalière réduisent de leur part l'impact incitatif de la qualité. La réorganisation du secteur hospitalier et l'adoption du «managed care» dans le domaine ambulatoire constituent des priorités fixées par le gouvernement. Ce sont donc sur elles que les discussions politiques avaient été focalisées.

Avec l'adoption du financement par cas, la qualité est désormais présentée comme instrument de comparabilité des prestations autant que des prix.[140] Ce changement est également à mettre en relation avec le développement des politiques de «value-for-money». Malgré cela, les hôpitaux ont continué à se montrer réticents à la publication des résultats. Dans le domaine ambulatoire, le corporatisme a empêché l'adoption d'un système national. C'est pourquoi le gouvernement a décidé d'intervenir et a proposé de régler la question de la qualité par des ordonnances, ce qui n'a toutefois pas encore été fait, en dépit de multiples déclarations d'intention.

Face à l'inactivité des acteurs, le gouvernement a multiplié les actions censées inciter les fournisseurs de prestations à adopter un minimum de critères de base. Parallèlement à ces incitations, l'Etat a proposé des solutions administratives devant permettre d'introduire des standards nationaux de protection des patients.[141] Sous la pression des assureurs-maladie, l'inscription dans la constitution fédérale de l'adoption de critères de qualité, en tant qu'obligation pour les prestations de soins, a été soumise à votation populaire en 2008. La votation «qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» n'a néanmoins pas été acceptée.[142] Ce n'est que suite à l'introduction, l'année suivante, d'un article dans la LAMal instaurant l'obligation de qualité en lien avec l'adoption du financement par cas, que les principaux partenaires ont décidé de coordonner leurs efforts et de s'unir dans une association commune. Le gouvernement, en tant que porteur de l'intérêt général, a prévu de définir et de publier des indicateurs de qualité permettant de déterminer une stratégie nationale. Un projet pilote a été élaboré à ce sujet en 2008, pour développer des statistiques médicales officielles publiées dès 2009.[143]

---

[140] "Ce qui est désormais nouveau, et unanimement reconnu, est […] la présentation externe de données médicales qualitatives", in GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, "Transparence de la qualité", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 90, n° 26-27, 2009, p. 1037.

3.1.1. L'autodéfinition de la qualité dans le domaine ambulatoire

En Suisse, l'approche ayant prévalu jusqu'à récemment pour assurer la qualité technique des soins est celle de l'autorégulation professionnelle.[144]

---

[141] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse, loc. cit.*

[142] Volksabstimmung vom 1. Juni 2008, Verfassungsartikel "Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung", *Erläuterungen des Bundesrates.*

[143] Voir l'intervention du ministre de l'époque, Pascal Couchepin, "Reformstau im Gesundheitswesen : Die Sicht des Bundesrates : Auslegeordnung", au colloque *Reformstau im Gesundheitswesen*, *loc. cit.*

[144] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*, p. 85.

Dans le domaine ambulatoire, le corporatisme a significativement affecté sa mise en œuvre. Les fournisseurs de prestations ont visé l'autogestion et l'autodéfinition des critères de qualité. Les institutions médicales et les sociétés professionnelles ont élaboré des chemins cliniques et des lignes de conduite médicales.[145] Elles ne sont cependant pas parvenues à s'entendre sur leur adoption et leur application au niveau national.[146] Dès l'introduction de la LAMAl, la qualité a été l'apanage de la FMH, qui a mis en place des procédures de contrôle internes pour faire face aux erreurs médicales. Aucun consensus n'a cependant pu être atteint pour définir quel critère retenir et appliquer à l'ensemble du pays. De plus, la plupart des fournisseurs regardent avec suspicion l'utilisation de principes standardisés de la pratique professionnelle (médicale) et le contrôle externe de la qualité professionnelle.[147]

Les catégories professionnelles des médecins ont jusqu'à récemment considéré la qualité comme un instrument aux mains des assureurs-maladie pour augmenter leur contrôle. La maîtrise de la définition de la qualité a constitué un outil pour défendre leur indépendance envers les assureurs-maladie. Outre l'autonomie professionnelle, l'obligation de contracter a également joué un rôle majeur. Les assureurs-maladie se sont concentrés exclusivement sur les prix dans leurs négociations avec les fournisseurs de prestations.[148] Aucune incitation n'a été développée pour encourager l'adoption de critères de qualité.

---

[145] À ce propos on peut citer les indicateurs et standards d'exellence de la qualité des processus de la médecine adoptés par la FMH : Disease Management (DM), guidelines (GL), cercles de qualité (CQ), Critical Incidents Reporting System (CIRS), cités par HESS K., STRAUBHAAR T., "Qualité et promotion de la qualité", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2011, p. 342.

[146] Pour les questions de qualité voir par exemple le rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.*, aux pages 84-91.

[147] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 377.

3.1.2. Les institutions de gestion de la qualité dans le domaine stationnaire

Quelques initiatives ont été entreprises par les fournisseurs de prestations stationnaires pour contrôler la qualité, bien qu'eux aussi aient souhaité la gérer de façon autonome. Seuls quelques établissements hospitaliers et cantons pris individuellement s'étaient intéressés jusque-là à la qualité dans le domaine stationnaire. Néanmoins, les hôpitaux et les assureurs-maladie ont défini en 1997 déjà un accord général (convention-cadre) pour la gestion de la qualité des prestations hospitalières. Le fait que les représentants cantonaux n'en faisaient pas partie, en a limité la portée. Ce n'est qu'en 2004 seulement, en concomitance avec la troisième réforme de la LAMal et les reformes du secteur hospitalier, que ces pratiques ont été institutionnalisées.

H+ et santésuisse ont décidé de constituer une société, le Service de coordination et d'information pour la promotion de la qualité (CIQ), pour coordonner et surveiller la qualité des soins dans le domaine hospitalier. Le CIQ a été créé avec le but de mettre en place un projet pilote permettant de définir les indicateurs de qualité au niveau national dans trois secteurs du domaine stationnaire : les soins aigus, la réadaptation et la psychiatrie. Ces indicateurs devaient être introduits de façon séquentielle.[149] Toutefois, les interventions élaborées par le CIQ, comme les processus standardisés de contrôle de la qualité, n'ont que partiellement été appliquées, en raison principalement de la réticence de la plupart des établissements hospitaliers à mettre en place de tels systèmes de gestion.

---

[148] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., *loc. cit.*, p. 378.

Les établissements hospitaliers ont refusé d'investir dans ces projets, du fait que les assureurs-maladie n'envisageaient pas un financement séparé pour l'introduction des critères de qualité. De plus, les autorités cantonales n'avaient pas intérêt à investir dans des projets à la conception desquels ils n'avaient pas participé. En raison du système basé sur la planification, la qualité ne représentait pas une incitation valable pour les établissements hospitaliers. Ces derniers continuaient à percevoir ces instruments comme une ingérence dans leurs activités internes. L'intérêt mitigé des fournisseurs de prestations explique par ailleurs pour quelle raison le CIQ a tardé à définir les indicateurs de qualité pour les soins aigus, ce qui explique également en partie le fait que d'autres organisations issues d'initiatives cantonales sont apparues.

Quatre cantons ont pris l'initiative de créer leur propre organisation pour définir les critères de qualité avec les assureurs-maladie. Ainsi, presque simultanément à la création du CIQ, le canton de Zurich a décidé en 2000 de constituer la Verein Outcome (VO). La VO est une association tripartite dans laquelle les quatre directeurs de la direction de la santé des cantons d'Argovie, de Berne, de Soleure et de Zurich, les assureurs-maladie et sociaux (santésuisse, CTM) et leurs hôpitaux travaillent à la définition des indicateurs de qualité pour les soins aigus. Santésuisse avait décidé de conclure des contrats avec les membres de la VO, vu les difficultés de dialogue avec les fournisseurs de prestation pris individuellement et vu la lenteur du CIQ à définir les critères de qualité.

---

[149] "Projets pilotes au niveau national de mesure de la qualité en réadaptation et en psychiatrie stationnaire", sur le site de la ANQ-CIQ, http://www.anq.ch/fr/psychiatrie/pilotprojekt-psych/.

Le Forum de la Qualité (FoQual) existait par ailleurs depuis janvier 2000. Il s'agit d'un réseau conçu pour mesurer la qualité des hôpitaux romands. Il avait été crée par les directions des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), de l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) du Tessin, du Centre hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et du Réseau Santé Valais (RSV). Le FoQual, qui est devenu une association en octobre 2001, avait l'objectif d'introduire des mesures de qualité obligatoires dans les hôpitaux. À la différence de la VO, la FoQual n'est pas une initiative des autorités cantonales et ne traite pas avec les assureurs-maladie. Elle réunit des spécialistes sanitaires directement impliqués dans les activités de management et d'évaluation de la qualité, en particulier les responsables qualité des services hospitaliers d'urgence et les chercheurs travaillant dans ce domaine.[150]

L'existence de plusieurs institutions s'occupant de qualité s'est donc traduite par le développement d'un nombre également significatif,

- d'institutions d'évaluation et d'accréditation d'institutions : H+ qualité, Qualitätsmesssystem der Zentralschweizer Spitäler

---

[150] Voir le site de la FoQual, http://www.foqual.ch.

(QuaZentral) ; Qualitätsförderung auf der Basis von Datenvergleichen im Kanton Bern (QABE) ; Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires et sociales (APEQ) ;

- d'associations et institutions s'occupant de qualité : Swiss Society for Quality Management in Health Care (SQMH) ; Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen (Swisspep) ; Stiftung Externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM-Stiftung) ; Swiss-TS ;
- de branches d'activités : Communauté de Travail pour l'Assurance de la Qualité en Chirurgie (AQC); National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland (AMIS Plus) ; Fondation pour l'assurance de qualité en orthopédie (SIRIS).

Chacune de ses institutions se base sur des indicateurs de qualité différents et offre ses propres labels : EUROPEP ; European Practice Assessment (EPA) ; Critical Incident Reporting System (CIRS). De sa part, le gouvernement fédéral avait également pris des initiatives. En 1994 déjà, l'OFSP avait constitué le SwissNOSO, une association de prévention des infections nosocomiales. Ce n'est toutefois qu'en 2003 que des mesures pour la protection des patients ont été adoptées.[151] À cette époque, le gouvernement fédéral a crée la Fondation pour la sécurité des patients

---

[151] «…nachdem substantiell sehr wenig erreicht würde von 1998, bis vor etwa 1-2 Jahren, wo das diskutiert würde, haben wir schon interne, Bundesinterne gesagt,"Wir müssen intervenieren", weil das Ganze läuft nicht so wie man es gewünscht hat. Die Wirksamkeit, dieser Massnahmen ist ungenügend» (OFSP, 26 octobre 2006).

(«Swiss Patient Safety Agency»), afin de garantir une norme minimale.[152] Parallèlement, il a introduit d'autres programmes pour mieux diriger la mise en œuvre des dispositions en matière de qualité prévues par la LAMal.[153]

Une stratégie supérieure en mesure de piloter les questions de qualité a longtemps fait défaut. Bien que des initiatives pour une meilleure coordination aient été prises par les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, aucun projet national n'avait été envisagé jusqu'à récemment. «Depuis le début de l'année 2005, les autorités suisses ont reconnu la nécessité d'une plus grande implication du gouvernement fédéral dans l'amélioration de la qualité et la sûreté des patients, en partie du fait de l'insuffisance des progrès accomplis par les associations professionnelles et les assureurs et en partie parce que l'augmentation des dépenses de santé a poussé les autorités à s'intéresser davantage aux questions de qualité et d'optimisation des ressources».[154] Depuis, les autorités fédérales ont envisagé l'instauration de projets pour la protection des patients, et ont invité les partenaires à mieux se coordonner en matière de qualité.

Une motion[155] avait été déposée pour que le gouvernement s'engage à définir une stratégie nationale en matière de qualité. Plus particulièrement, la motion demandait au gouvernement de mettre en œuvre une plate-forme commune pour une meilleure gestion des questions de qualité, en accord avec les différents partenaires : cantons, assureurs-maladie, établissements hospitaliers, organisation des patients.[156]

---

[152] MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 377.

[153] «…das war eine Initiative, um etwas die Umsetzung zu kanalisieren» (OFSP, 26 octobre 2006).

[154] Rapport de l'OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*, p. 90.

[155] Motion n° 04.3624, Commission de sécurité sociale et de santé publique du Conseil national (CSSS-N), «L'assurance-qualité et la sécurité des patients dans le domaine de la santé», déposée en mars 2005 à l'initiative de la Conseillière

Plutôt que d'adopter des mesures contraignantes, le gouvernement a toutefois choisi de recourir au pilotage et à la fixation de priorités pour superviser le système. Autrement dit, le gouvernement a maintenu sa volonté initiale d'autonomie, en laissant les acteurs actifs dans le domaine s'autoréguler. Deux rapports publiés par la suite[157] ont mis en évidence les limites du système et ont poussé à un changement de stratégie.

Face à l'hétérogénéité des modalités d'application des dispositions en matière de qualité, les autorités ont été appelées à intervenir dans le système de façon plus directe. En 2005, les objectifs de la LAMal pour la protection des patients et le contrôle de la qualité ont fait l'objet d'un plan général censé mieux diriger les activités des partenaires.[158] Le projet prévoyait six piliers de mesures. Les trois premiers concernaient la protection des patients (dénonciation des erreurs, culture de la sécurité parmi les fournisseurs de

---

nationale Bea Heim, connue par la suite sous son nom et qui avait une année avant déposé une autre motion n° 03.3634, "Sécurité des patients. Garantie de qualité".

[156] Résultats de la deuxième série d'entretiens (mars 2007), *loc. cit.*

[157] Rapport de l'OCDE & OMS, *loc. cit.* ; CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE L'ADMINISTRATION (CPA), *Rôle de la Confédération dans la garantie de la qualité selon la LAMal,* Rapport du Contrôle parlementaire de l'administration à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats, du 5 septembre 2007.

[158] «…weil jetzt der Bund mehr Federführung übernehmen sollte, haben wir Inhalte vorgestellt, wo wir tätig sein wollen. Und wir sind jetzt daran entsprechenden Massnahmen vor zu bereiten. Und da gibt es jetzt ein System wechseln : weg von voll Delegation und die Tarifpartner in zu Bestimmte Vorgabe durch den Bund Machen» (OFSP, 26 octobre 2006).

prestations, satisfaction des patients), le quatrième la réduction des hauts risques (augmentation de la masse critique), le cinquième la pertinence des procédures (évaluation) et, enfin, le sixième portait sur la diffusion de l'information aux patients (indicateurs de qualité transparents).[159]

Par ce projet, le gouvernement a défini les conditions-cadre que les partenaires auraient désormais dû suivre, tout en continuant à leur accorder une grande marge de manœuvre dans les modalités de mise en œuvre, ce qui découle dela responsabilité cantonale[160] dans la fourniture de prestations. Le fédéralisme constitue un obstacle majeur à l'introduction d'un système national de qualité.

3.2. La gouvernance de la qualité dans le domaine stationnaire

Au vu de ce qui précède, il apparaît que la qualité dans le domaine stationnaire a engendré principalement trois types d'associations et organisations s'occupant de cette thématique : les institutions regroupant uniquement les fournisseurs de prestations (FoQual), celles incluant les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations, les autorités cantonales (CIQ, AIQ[161], VO) et les institutions d'évaluation et d'accréditation de la qualité, de nature publique. La VO, le CIQ et l'AIQ sont des associations qui, par leur composition et leur fonctionnement, peuvent être assimilées à des réseaux de négociation. Comme dans le domaine tarifaire, leur mise en œuvre a été ralentie par le scepticisme des fournisseurs de prestations et des cantons à s'y engager, ainsi que par la prudence des assureurs-maladie à rembourser les frais corrélés. A la différence du domaine tarifaire, l'on a plutôt assisté à un éparpillement d'instances s'occupant de la qualité. Nous en donnerons un aperçu ci-dessous.

---

[159] LANGENEGGER M., *QS im Gesundheitswesen – die Rolle des Bundes*, Berne, OFSP, 22 juin 2005, présentation sur transparents.

[160] «Es gibt Limite in den Durchsetzbarkeit, weil wenn der Bund Vorgabe macht zum Qualität, dann kann er das machen, aber es ist nicht den Bund, der die Spitäler direkt beaufsichtig, das sind die Kantone. Der Bund beaufsichtigt die Krankenkassen, aber nicht den Spitälern. Und so lange der Bund keine Aufsicht hat über den Spitälern kann er auch relativ schwer Sachen durchsetzen wenn die andere Partner nicht wollen […] und das ist das föderale System. Diese Aufteilung den Kompetenzen zwischen Kantonen und Bund, die führt dazu, dass teilweise schwierig ist bestimmte Sachen durchzusetzen» (OFSP, 26 octobre 2006).

3.2.1. L'introduction d'un système standardisé

La définition nationale et standardisée de critères de qualité dans le domaine stationnaire a demandé plus de dix ans de négociations. Les premiers efforts ont été entrepris dès les années '90 par l'association des hôpitaux, H+, et par celle des assureurs-maladie, santésuisse qui ont constitué une association dans ce but. Entre 1997 et 2004, le projet a dans un premier temps été mené par un groupe de milice composé de représentants de H+ et de santésuisse. Cette première phase a été caractérisée par la récolte de données sur les activités des hôpitaux en matière de qualité[162].

---

[161] L'Association intercantonale pour l'assurnace de la qualité dans les hôpitaux ; voir plus loin.

La création du CIQ en 2004 avait pour objectif de renforcer les rapports et les activités développées bilatéralement entre H+ et santésuisse sur la question. II s'agissait également d'intégrer tous les partenaires avec un pouvoir politique et financier significatif, à savoir les cantons et les assureurs sociaux. L'implication des autorités cantonales était souhaitée surtout en raison de la réticence ou de la lenteur des hôpitaux publics à fournir les données nécessaires au développement des indicateurs standardisés de qualité. La société a néanmoins gardé son caractère bilatéral originel. Seuls les représentants des fournisseurs de prestations stationnaires (H+), ainsi que les assureurs-maladie (santésuisse) et sociaux (CTM) y participent. La CDS et l'OFSP ont un statut d'observateurs.

Dès le début de l'activité du CIQ, les fournisseurs de prestations, particulièrement les cliniques privées, s'étaient montrées réticents à remettre les données nécessaires.[163] Ils craignaient que les données soient utilisées par les assureurs-maladie comme instrument de contrôle de leurs activités.[164] Comme pour le domaine ambulatoire, les fournisseurs de prestations revendiquaient une définition et une gestion autonome de la qualité.[165] Ils demandaient en même temps que les assureurs-maladie financent séparément la qualité. La situation suisse se rapproche par conséquent de celle du système sanitaire des Etats-Unis, évoquée ci-dessus, dans lequel les fournisseurs de prestations sont difficilement prêts à donner des informations sur leurs activités.

---

[162] «C'était [pour constituer] le Q-Bericht [le rapport de récolte des données]. Alors on a fait une collecte de données avec tous les hôpitaux [en leur demandant] "qu'est-ce que vous faites en ce qui concerne la qualité". Parce qu'au début on ne savait pas ce que les hôpitaux faisaient, et dans quelle direction on voulait aller. Et surtout on n'a pas voulu, imprimer ou exiger des indicateurs qui ne valent pas la peine […]. D'abord, il s'agissait de voir ce qui était déjà fait. Et pour pouvoir avoir cette surveillance, on a fait des questionnaires en 1998, 1999 et 2001» (CIQ, 22 novembre 2006).

[163] «…là où nous avons certaines disputes, des discussions entre les hôpitaux, c'est-à-dire que les assureurs veulent toujours avoir plus d'activités de qualité dans les hôpitaux, mais ils ne payent pas plus. Donc là il y a une différence de perception […]. Nous sommes tout à fait prêts à fournir les résultats de nos mesures, donc à faire preuve de bonne qualité des prestations. Il y a beaucoup d'hôpitaux qui sont très, très actifs, mais ça coûte, et si les assureurs dans les négociations des tarifs

De leur côté, les autorités cantonales, en tant que responsables de l'offre hospitalière, n'avaient pas non plus intérêt à inciter les établissements hospitaliers à adopter des critères de qualité. N'étant pas reconnu par les assureurs-maladie, l'investissement dans le développement d'instruments de qualité aurait engendré des coûts supplémentaires pour les cantons. Par ailleurs, dans un système mixte, comme celui de la Suisse, mais basé sur la planification, la qualité ne pouvait pas constituer une incitation à la concurrence entre les établissements.

En l'absence des représentants cantonaux, les décisions du CIQ n'avaient que peu d'influence sur les fournisseurs de prestations.[166] C'est la

---

veulent toujours avoir plus d'activité de qualité dans les hôpitaux, il faudrait aussi qu'ils adaptent leurs tarifs et puis ils ne le font pas. Et puis c'est là que commence la différence et puis c'est là qui commencent les problèmes pour trouver un consensus» (H+, 20 octobre 2006).

[164] «Die gibt Information nicht, weil die Angst haben, die wir mit den Verpflichtungen …über die … anfangen wurden » (santésuisse, 14 décembre 2006).

[165] «Pour nous [de H+], tout ce qui est réglé dans la loi devrait se trouver dans le CIQ, mais tout ce qui est hors de la loi, qui sont des standards supplémentaires, qui sont des standards professionnels, on veut les traiter à côté» (H+, 20 octobre 2006).

[166] «…avec les travaux on a réalisé que dans beaucoup de questions, on discute mais on ne peut pas vraiment exiger […] des données, des indicateurs, parce qu'il y a

raison pour laquelle, lors de sa constitution en 2004, la CDS a été sollicitée à y participer. Sa participation devait pallier les dérives autonomistes des établissements hospitaliers en les incitants à offrir les données nécessaires à la mise en œuvre d'un système de qualité.[167] La CDS n'a néanmoins pas voulu être intégrée en tant que partenaire et a préféré garder un rôle d'observateur. Les conditions structurelles permettant une gestion uniformisée de la qualité et la volonté des partenaires à s'engager à niveau national manquaient à cette époque.

3.2.2. L'État et les partenaires dans la gestion de la qualité

Dès 2005, en concomitance avec la motion Bea Heim, H+ a commencé à s'engager activement dans la question de la qualité. L'association et ses membres ont formulé une déclaration de principe pour que des standards de qualité soient définis et que les établissements hospitaliers se montrent disposés à communiquer les informations nécessaires.[168] Dès 2005, H+ a introduit la marque de qualité «H+ qualité». Sous ce label, l'association «a élaboré un rapport standardisé sur la qualité hospitalière sous forme de modèle structuré destiné à une collecte uniforme des informations au sein

---

toujours le canton, qui a quelque chose à dire aussi, mais il n'est pas [dans le groupe] et avec toutes ces discussions, on a réalisé que l'on ne peut pas dire "ce sont les trois indicateurs, tels et tels, qui doivent être obligatoires pour toute la Suisse, parce qu'il y a certaines personnes qui ne sont pas là, et il y a aussi les cantons qui ont quelque chose à dire"» (CIQ, 22 novembre 2006).

[167] «… pour le financement des hôpitaux, il serait nécessaire d'avoir la discussion avec le canton, parce qu'un hôpital dépend d'un canton» (CIQ, 22 novembre 2006).

[168] Voir le site de H+, http://www.hplus.ch/fr/qualite_securite_des_patients/h_qualiteR/ ; voir également le site de H+ qualité : http://www.hplusqualite.ch.

d’un groupe de cliniques (somatique aiguë, psychiatrie, réhabilitation et soins de longue durée)».[169]

Jusqu’à récemment, la coordination a surtout été réglée au niveau des associations professionnelles, qui ont toujours revendiqué une marge de manœuvre étendue dans la définition et dans le relèvement des critères de qualité.[170] La volonté des fournisseurs de prestations de se conformer aux objectifs de qualité dénote la nouvelle interprétation qu’ils en font. Elle renvoie également à un changement de paradigme en faveur du paiement pour la performance issue de l’adoption du financement par cas. «La transparence de la qualité doit fournir aux assureurs-maladie une base concurrentielle et générer des rémunérations fondées sur la performance. Sur une concurrence exclusivement basée sur les prix vient se greffer une concurrence fondée sur la qualité. En effet, la publication de données qualitatives doit permettre aux patients de comparer les fournisseurs de prestations».[171]

Dans le domaine de la qualité, comme dans le domaine tarifaire, l’environnement politique joue un rôle central. Les difficultés de mise en œuvre des critères de qualité s’expliquent également par la réticence que les assureurs-maladie avaient montrée jusqu’à peu à offrir des moyens supplémentaires pour la qualité, ce parce qu’ils considéraient la qualité comme un aspect étant partie intégrante du service, qui ne devait pas faire l'objet d'un financement séparé.[172] Les assureurs-maladie ne disposaient pas non plus d'outils d'évaluation pertinents pour l'attribution des contributions, étant donné l'hostilité des fournisseurs de prestations à transmettre les données nécessaires pour adopter des critères de qualité standardisés et à les mettre à disposition.

---

[169] GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, "Transparence de la qualité", *loc. cit.*, p. 1038.

[170] Voir par exemple, FISCHER M.-A., "Qualität und Effizienz stehen im Vordergrund", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 86, n° 15, 2005, pp. 888-889.

[171] GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, *loc. cit.*, p. 1039.

Dans les cantons de la VO, les associations régionales de santésuisse ont tenté de contracter avec les établissements hospitaliers des conditions qui n'avaient pas été prévues au niveau national.[173] Cette attitude n'avait pas été voulue par la centrale, mais elle a été le résultat d'initiatives d'assureurs actifs au niveau cantonal et/ou régional. Santésuisse a essayé de pallier ces dérives autonomistes en imposant à ses groupes régionaux des contrats-cadre.[174] Dans ces cas, les assureurs-maladie avaient accepté de payer davantage pour la qualité que ce qu'ils avaient convenu avec les membres de la CIQ.[175]

---

[172] «Wir zahlen schon immer für die Qualität, das was wir zahlen ist verhandelt immer nur oder den Vornahme für die als möglich Qualität erbraucht wird. Und die Spitälern beraut jetzt immer "wir tut die beste Qualität", aber sie haben bis jetzt nie zeigen können» (santésuisse, 14 décembre 2006).

[173] «…on a constaté qu'il y a une concurrence, que les assureurs et santésuisse, dans les régions, demandent dans leurs contrats des conditions de qualité qui ne s'accordent pas avec celles du CIQ. Et puis c'est là que l'on est intervenu, que l'on s'est dit, depuis le CIQ on commence à négocier un modèle de contrat, que santésuisse et les hôpitaux peuvent utiliser au niveau cantonal […] et donc c'est là qu'on a essayé de rapprocher les deux parties [le CIQ et la VO]. C'est un peu compliqué, […] moi, j'ai appris que dans les régions, à St. Gall, Appenzell, etc. aussi en Suisse romande, autour de Genève, santésuisse a commencé à négocier avec les hôpitaux. Les hôpitaux n'ont plus compris […], ils m'ont donc posé la question "mais qu'est-ce qu'ils font, on a signé les contrats avec le CIQ, ce qu'ils disent maintenant ce n'est pas la même chose"» (H+, 20 octobre 2006).

[174] «…maintenant santésuisse Soleure, donc le siège principal, peut imposer aux régions d'utiliser ce modèle de contrat. Pour ne plus avoir une multitude de contrats, pour ne plus avoir de conflits de contrats entre "niveau canton" et les contrats que l'on a signé avec le CIQ au niveau national» (H+, 20 octobre 2006).

Le CIQ s'est servi de ces accords comme moyen de pression sur l'organisation faîtière des assureurs-maladie pour revendiquer les mêmes conditions que celles accordées à la VO. Santésuisse a donc dû accepter de financer les critères de qualité de tous les fournisseurs de prestations. L'association a cependant conditionné le remboursement des coûts à l'obligation pour les établissements hospitaliers reconnus, donc figurant sur la liste des hôpitaux, d'accepter la convention-cadre signée entre le CIQ et santésuisse.[176]

Santésuisse finance désormais la qualité en versant une contribution supplémentaire à tous les fournisseurs de prestations confondus en vue de l'introduction des critères de qualité nécessaires.[177] En contrepartie, elle a commencé à exiger une démonstration de bonne conduite lors des négociations tarifaires.[178] Les différentes expériences ont été un système d'apprentissage mutuel et ont favorisé le changement de paradigme parmi les principaux partenaires percevant désormais la qualité comme un instrument économique. Les fournisseurs de prestations se montrent ainsi plus disposés à fournir les données de qualité demandées par santésuisse.[179] Santésuisse de son côté ne perçoit plus la qualité comme productrice de coûts, mais comme un moyen de réaliser des économies.[180]

---

[175] «Parce que les assureurs n'ont pas reçu suffisamment d'informations de la part du CIQ, parce que le CIQ n'a pas bien avancé à cause de la recherche de consensus […] ils ont essayé de créer quelque chose qui est plus rapide, en évitant les hôpitaux. C'est clair, ils sont plus rapides, parce qu'il y a moins de consensus à trouver» (H+, 20 octobre 2006).

[176] «Les caisses ont finalement compris et ont ajouté dans les conventions tarifaires, un passage [d'après lequel] si un hôpital est sur la liste des hôpitaux d'un canton, il doit être membre du contrat cadre, de la convention KIQ-santésuisse» (CIQ, 22 novembre 2006).

[177] «Und was jetzt einfach wir mehr machen, weil wir gesehen haben, dass mit die Ein dröhn funktioniert gar nicht, also ich meine "verlangen". Wir haben immer gesagt, "tut", wir haben verlangt, aber es ist nichts passiert. Wir haben gelernt, im Verein Outcome Kantone, das wir unterstützen werden, und dann haben wir gesagt, "ok, dann machen wir". Wir geben mehr Geld in dem System rein, damit die Preise verbringen endlich Kontrolle ihre Qualität durchführen. Wir haben Strategie Änderungen gemacht. Wir haben von Fordern unterschritt im Paritätische fördern, immer zusätzliche Geld weitergeben» (santésuisse, 14 décembre 2006).

La motion Bea Heim et ces premières expériences ont incité les différentes instances s'occupant de qualité à se coordonner et, s'agissant particulièrement des autorités cantonales, à s'engager, ce avant même que l'OFSP n'applique la motion, pour éviter toute intervention étatique. La seule menace d'une intervention de la part du gouvernement fédéral avait d'ailleurs poussé les principaux réseaux à collaborer. Les représentants du CIQ ont essayé de coordonner leurs activités avec les autres partenaires et notamment la VO et ont renoncé à la définition des critères de qualité pour les soins aigus.[181] Le CIQ avait en effet décidé de se focaliser sur la seule réadaptation et la psychiatrie, en laissant la fondation pour la protection des patients et SwissNoso de s'occuper de la sécurité des patients.

---

[178] «C'est clair, l'hôpital est une institution qui doit fonctionner selon les principes économiques, si on ne fait pas assez d'argent, il clair que tôt ou tard on aura des problèmes. Donc l'hôpital essaye de rester dans ce cadre-là, et il y a aussi l'inverse, il y a des prestations qui sont trop bien payées, et là on va étendre les prestations pour que l'hôpital puisse mieux gagner […]. Si effectivement, on prend des aspects de qualité pour négocier les prix, il faut avoir une base pour pouvoir discuter là-dessus» (H+, 20 octobre 2006).

[179] «Ils [les assureurs] ont vraiment compris, à la fin, que ce serait mieux de demander une amélioration des prestations, au lieu d'une sanction. Et sans l'engagement et sans la motivation des hôpitaux pour faire ça, ça va jamais fonctionner !» (CIQ, 22 novembre 2006).

[180] «Den Ziel von den Krankenversicherer jetzt ist, dass die Qualität jetzt verbessert wird beim den Leistungsverbringen, und das man als Sekundäre Effekte Kosten ansparen hat, dadurch dass nicht nur unmöglich werde, auch das für Massnahmen [weil] meisten für Probleme zusätzliche Kosten generieren» (santésuisse, 14 décembre 2006).

Ce partage de compétences a été une solution pragmatique dictée par la reconnaissance des différents acteurs de la nécessité d'avoir un système mieux coordonné et par une sensibilisation accrue aux questions de qualité. La culture du dialogue avait été favorisée par la collaboration des deux organisations à des projets lancés dans le cadre de SwissNoso.[182] Par cette expérience, les membres du CIQ et ceux de la VO ont pris conscience de la nécessité d'une coopération incluant autant les établissements hospitaliers que les cantons. La nécessité d'un dialogue découle également de la volonté des assureurs-maladie[183] et de H+ d'éviter toute ingérence de la part de l'OFSP. Le fait que les autorités n'interviennent pas de façon active dans les réseaux ne signifie néanmoins pas qu'elles n'en affectent pas le fonctionnement.

Une réelle répartition des tâches restait cependant problématique en raison de la composition des deux institutions et de leurs niveaux d'actions différents. Dans le CIQ, les cantons participaient en tant qu'observateurs, ce qui limitait leurs possibilités d'intervention. À l'inverse, s'agissant de la VO, les cantons étaient les précurseurs du projet et jouaient un rôle central garantissant l'efficacité. Le rayon d'intervention se limitait toutefois à quelques cantons.[184] Étant donné l'autonomie de gestion de plus en plus demandée, les établissements hospitaliers souhaitaient participer à une structure dans laquelle ils auraient un droit de vote. Par conséquent, H+, en tant que représentant des fournisseurs de prestations stationnaires, s'est engagée dernièrement dans un processus de collaboration plus étroit avec le CIQ et la VO.[185] Cela s'est également traduit par la volonté d'un meilleur dialogue avec les assureurs-maladie.[186] De telles déclarations d'intention ne garantissent cependant pas une mise en œuvre conséquente.

---

[181] «Man hatte Angst, jetzt da von der KIQ, also den KIQ den Antrag zu geben auch in Akut Bereich Vorschlägen zu machen, weil man nicht eine Konkurrenz ist es von Verein Outcome aufbauen wollte» (OFSP, 26 octobre 2006).

[182] «Avec SwissNoso, on a quand même un peu réussi à travailler ensemble, mais là aussi maintenant c'est la question du financement. Les partenaires disent "si le l'OFSP nous dit comment le faire et qui va le faire, ils doivent aussi le payer"» (CIQ, 22 novembre 2006).

[183] «…et c'est pour ça maintenant que les caisses sont devenues actives. Parce qu'elles ont réalisé qu'il y a l'OFSP. Jusqu'à présent l'OFSP était tout à fait tranquille, mais avec la motion, c'était une éruption du système parce que l'on a dit, [il y a le risque] qu'un jour l'OFSP vienne et maintenant il faut faire vite pour que l'on réussisse à faire quelque chose qui nous convient» (CIQ, 22 novembre 2006).

---

[184] «Il y a des moments où l'on hésite vraiment à mettre les deux ensemble, mais justement à cause des différents partenaires [−les cantons d'une part et les hôpitaux de l'autre−], on n'arrive pas encore à les unir» (H+, 20 octobre 2006) ; «Si la CIQ et la VO avec les trois cantons font une fusion, il y a une contradiction parce qu'eux sont régionaux, interrégionaux et nous on est national […] et ils ont les cantons comme leur propre membres et pas H+ et nous on a H+ et pas les cantons» (CIQ, 22 novembre 2006).

[185] «Il est de notre [de H+] intention de devenir membres de cette IVQ et puis si c'est le cas, on pourrait à nouveau unifier le système et donc fusionner la CIQ et la IVQ. On essaye parce qu'on est en train de créer un Gremium, pour pouvoir mieux coordonner» (H+, 20 octobre 2006).

[186] «Ja, aber das ist jetzt neu. Also, […] wir arbeiten jetzt besser mit H+ zusammen. H+ hat gehöffnet und die haben gesagt, "wir wollen jetzt etwas machen", das ist ganz neu, und "wir wollen jetzt mehr". Das ist schon Spring auf dem Zug, und wir haben jetzt mit H+ vereinbart, dass wir unsere Vertrag Richtlinien mit ihnen so etwas, dass H+ mitnehmen kann, und … H+ und die Dachgesellschaft einverstanden, so dass die Verbringen einbringen kann. Bis jetzt, haben wir die Spitälern, immer verweigert, also entsprechende qualifizierte Qualität verbringen um auszuschliessen» (santésuisse, 14 décembre 2006) ; «Das hat neu verhandelt […]. Das neu ist, das wir intensiv verlang und wir sagen auch für das Projekt Phase :

Ces efforts de concertation n’ont pas permis de réduire toute la complexité du système, en particulier la panoplie d’initiatives prises par les différents établissements hospitaliers ou les régions d’hôpitaux.[187] Une fois constituées, les différentes institutions tendent à garder leur identité et à affirmer leur position en limitant toute possibilité de collaboration avec les autres réseaux. Le CIQ et la VO ont pressenti le risque de perdre leur compétence en matière de qualité. Certains hôpitaux et cliniques privées avaient décidé d’utiliser les critères de la VO, voire d’autres d’institutions tierces ayant également développé des indicateurs de qualité, puisque ces critères étaient disponibles. De ce fait, la VO a obtenu un avantage de situation risquant de remettre en question le rôle du CIQ. Dans un système autogéré par des entités qui ont été forcées de collaborer malgré elles, le bon fonctionnement est souvent tributaire des avantages reçus ou espérés par cette collaboration. Cela limite non seulement l’efficacité, mais également la transparence nécessaire à l’identification des tâches et des responsabilités, de même que cela remet en discussion l’équité de traitement.

Malgré les efforts de concertation pour en garantir la cohérence, le domaine de la qualité a par conséquent continué à être marqué par de l’animosité. Le système est resté fractionné jusqu’en 2007, correspondant au début de la discussion sur la réforme hospitalière. C’est à ce moment là que

---

"Unterstützen wir euch noch, für zwei Jahren helfen wir euch noch", aber danach gibt es Tarife. Das zahlen wir es schon» (santésuisse, 14 décembre 2006).

[187] «Aber, wir versuchen jetzt über einige Verordnung Änderung, das in Prinzip verbindlich zu machen. Das Problem ist ja, es gibt verschiedene Projekte Qualität Sicherung in den Spitälern die Spannende sind, aber jedes Spital macht irgendetwas anders wieder, und für sagen, es gibt Sachen die müssen verbindlich sein für alle, und das wird dann über die Verordnung geregelt, ist die Absicht» (OFSP, 26 octobre 2006).

l'Association intercantonale pour l'assurance de la qualité dans les hôpitaux (AIQ) a été créée. L'association était formée de 19 cantons,[188] des assureurs-maladie et sociaux, ainsi que des fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires à titre individuel. Le but était de définir une stratégie commune et coordonnée en matière de qualité, intégrant les principaux partenaires.

L'entrée en vigueur début (1er janvier) 2009 de l'article 22a de la LAMal sur la qualité a signifié la nécessité d'une meilleure coordination de la part de tous les acteurs impliqués dans le secteur stationnaire, ainsi que d'un meilleur engagement de la part de tous les acteurs, y compris la CDS et les cantons. L'article oblige désormais «les fournisseurs de prestations à communiquer aux autorités compétentes les données nécessaires à la surveillance de l'application des dispositions de la loi sur l'assurance-maladie relatives au caractère économique et à la qualité des prestations».[189]

En mars 2009, le CIQ et l'AIQ ont fusionné et ont constitué l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ).[190] La société a pour but de coordonner et de piloter la garantie de la qualité au niveau national et d'inciter les établissements hospitaliers, par le biais de projets, à promouvoir et à mettre en œuvre une amélioration continue de la qualité des établissements de santé. Son objectif premier est d'introduire, de manière progressive et coordonnée, un système de mesure des résultats dans l'ensemble de la Suisse.[191]

---

[188] Argovie, Berne, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Lucerne, Nidwald, Obwald, Uri, Schwyz, Zoug, Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Glaris, Grisons, Schaffhausen, Saint-Gall, Solothurn, Thurgovie, Zurich, in CHANCELLERIE DU CANTON DE BERNE, "Création de l'Association intercantonale pour l'assurance qualité dans les hôpitaux", *Communiqué de Presse du Canton de Berne,* 22 novembre 2007.

[189] GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, "Transparence de la qualité", *loc. cit.*, p. 1038.

[190] *Ibid.*, p. 1038.

L'ANQ est née du CIQ et est censée poursuivre ses travaux dans tous les domaines traités par le CIQ, à savoir la médecine somatique aiguë, la réadaptation et la psychiatrie. Cette réforme correspondait à l'introduction du DRG. Elle est la première association traitant de la gestion de la qualité réunissant tous les principaux partenaires concernés. Elle s'en distancie néanmoins. L'ANQ est une organisation tripartite dans laquelle sont représentés les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs-maladies (santésuisse) et sociaux, ainsi que le Service central des tarifs médicaux (SCTM). La FMH et l'OFSP occupent un statut d'observateurs, de même que l'Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCH) et le canton du Valais.

Cette organisation se rapproche dans sa forme des réseaux actifs dans le domaine tarifaire. Toutefois, les fournisseurs de prestations et les cantons ne sont pas représentés par les associations faîtières. Dans le cas des fournisseurs de prestations, c'est la direction et/ou la présidence de quelques hôpitaux qui est représentée. Quant à H+, elle joue le rôle d'assesseur. De même, ce n'est pas la CDS qui participe au réseau, mais des représentants cantonaux. Ce qui précède démontre que, malgré les efforts de concertation, la gestion de la qualité a gardé son caractère corporatiste. Les conditions de sa mise en œuvre rend désormais problématique l'obtention d'un système coordonné.

---

[191] Voir site de l'ANQ, http://www.anq.ch/fr/.

La constitution de l'ANQ s'explique par la nécessité pour les acteurs de mettre en œuvre les contraintes prévues par la réforme de la LAMal relative au financement des hôpitaux, entrée en vigueur en 2009. La réforme a impliqué une responsabilisation accrue de la part des autorités cantonales à piloter et coordonner les questions de qualité auprès des établissements hospitaliers reconnus. Les autorités cantonales considèrent désormais la qualité en tant qu'outil de comparaison pour une meilleure gestion de l'offre hospitalière et, par conséquent, des coûts.

La réforme est venue s'ajouter aux initiatives déjà pratiquées par les partenaires et visant une plus grande coordination. Du côté des assureurs, la qualité est perçue en tant qu'outil permettant de mieux contrôler l'offre des services et, à long terme, les coûts.[192] Pour les fournisseurs de prestations, l'adoption de critères de qualité est désormais une nécessité pour mieux se profiler dans un système de concurrence planifiée de l'offre hospitalière.[193] Nous résumons dans le tableau suivant les principales étapes de l'introduction des réseaux et des associations de gestion de la qualité.

---

[192] «Den Ziel von den Krankenversicherer jetzt ist, dass die Qualität jetzt verbessert wird beim den Leistungsverbringen, und das man als Sekundäre Effekte Kosten ansparen hat, dadurch, dass nicht nur unmöglich werde, auch das für Massnahmen…sein müssen für Probleme, also für meisten für Probleme zusätzliche Kosten Generieren» (santésuisse, 14 décembre 2006).

[193] «Ils disent [que] la concurrence ce n'est pas seulement au niveau des prix, mais également de la qualité [et cela] de plus en plus» (Verein Outcome, 1er décembre 2006).

Tableau 7 : Genèse de l'introduction des réseaux et des associations de gestion de la qualité

Année	**Développements**
1997	*Accord général (convention cadre)*
1999	*Création de la Verein Outcome*
2004	*Naissance du CIQ*
2005	*Motion Bea Heim*
2007	*Naissance de l'AIQ*
2008	*Proposition d'un article constitutionnel sur la qualité*
2009	*Constitution de l'ANQ* *(article sur la qualité dans la LAMal)*

3.3. Conclusion

Vu ce qui précède, il apparaît que la Suisse a connu des mesures d'évaluation de la qualité semblables à celles existant dans les autres pays de l'OCDE. La qualité a principalement été gérée par les communautés de professionnels[194] qui ont développé des protocoles pour des prestations de bonne qualité. Le gouvernement s'est principalement préoccupé de surveiller la sécurité des patients par la formulation de conditions-cadre. Jusqu'à récemment, la qualité a constitué un instrument d'évaluation interne aux institutions sanitaires et non pas de contrôle externe et d'information,[195] ce qui explique en même temps l'engagement modéré des autorités cantonales et des assureurs-maladie jusqu'à l'introduction du nouvel article sur la qualité de la LAMal.

---

[194] Rapport de l'OCDE &OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, *loc. cit.*, p. 85.

[195] GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, *loc. cit.*, p. 1037.

L'introduction des critères d'assurance qualité dans le domaine ambulatoire et stationnaire a jusqu'à peu été caractérisée par l'autorégulation professionnelle. Le gouvernement a soutenu cette revendication des prestataires de services. C'est la raison pour laquelle, le contrôle de qualité des prestations fournies a longtemps été un instrument interne aux structures sanitaires le souhaitant, plutôt qu'un système de contrôle externe au service des patients et des autorités s'occupant de planification. Ces interprétations de la qualité ont engendré un nombre significatif d'instances traitant de qualité et causé des chevauchements et des doublons dans la définition des critères de qualité.

La gestion de la qualité de la part des professionnels et l'absence d'un contexte concurrentiel a néanmoins mis à mal le principe d'efficacité voulu par la LAMal et contribué à un système éclaté. Elle a prétérité la mise en œuvre standardisée et coordonnée de critères de qualité au niveau national, pourtant nécessaire à un système basé sur la concurrence. La qualité peut en effet être considérée comme indicateur du degré d'adoption des principes de concurrence.

Une structure adéquate permettant une comparabilité entre les prestations manquait toutefois encore. Les caractéristiques institutionnelles ont par ailleurs influé sur le développement des réseaux en matière de qualité. L'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire et la planification dans le domaine stationnaire ont eu pour conséquence l'absence d'un contexte concurrentiel permettant de lier le remboursement à la qualité des prestations fournies, ce qui explique pourquoi le contrôle de la qualité a longtemps été relégué au second plan par les assureurs comme par une bonne partie des fournisseurs de prestations. La mise en place et le fonctionnement de réseaux coordonnés s'occupant de qualité ont également été conditionnés par ce fait. Aujourd'hui encore, «les systèmes de paiement ne récompensent pas encore les améliorations de la qualité. En fait, les débats politiques sont toujours dominés par des préoccupations de maîtrise des coûts, ce qui suggère que des efforts doivent toujours être faits pour instaurer une système de santé basé sur la qualité et la valeur des soins».[196]

Dans le domaine stationnaire, le CIQ a connu une longue phase d'identification et de définition d'indicateurs nationaux de qualité. À la faiblesse structurelle, particulièrement pendant cette première phase, s'est ajoutée la réticence des fournisseurs de prestations à fournir les données nécessaires pour la constitution d'indicateurs, ce qui a conduit certains cantons à développer leur propre réseau s'occupant de qualité. La concertation entre les principaux partenaires a uniquement pu être mise en place grâce au changement législatif de 2009, obligeant les fournisseurs de prestations à s'engager sur la qualité, y compris les autorités cantonales et fédérales. Si, dans un premier temps, les initiatives étatiques se sont focalisées sur la protection des patients, les réformes dans le domaine hospitalier (en 2008) ont dans un deuxième temps amené l'Etat à développer des projets informatifs avec la récolte et la publication d'indicateurs de qualité. Par son accès à l'information et au suivi des activités, le gouvernement représente le premier lieu d'expertise et de référence dans l'interprétation et l'application de la loi.[197]

---

[196] «Payment systems still do not reward quality improvements. In fact, the policy debates are still dominated by cost containment concerns, suggesting that some effort needs to be made to install a quality and value approach to health care», MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", *loc. cit.*, p. 378.

Seules les interventions politiques sur ce thème, notamment la motion Bea Heim et les deux changements dans la réforme du financement hospitalier, ainsi que l'adoption de l'article sur la qualité et celui sur le financement par cas, ont permis, dès la deuxième moitié des années 2000, de faire face aux limites de l'autorégulation en matière de qualité. Avec l'adoption de l'article sur la qualité, les partenaires ont en particulier été incités à collaborer en vue d'une utilisation externe de la qualité et à développer une structure cohérente permettant la concurrence. La réforme devait permettre d'optimiser les résultats sur la qualité et de garantir ainsi l'efficacité prévue par la LAMal.[198] La qualité est devenue elle aussi, comme les prix, un instrument de comparabilité et, par conséquent, d'incitation à la concurrence entre les partenaires.

L'influence de l'environnement politique sur la constitution de l'ANQ ressemble à celle vécue par l'association DRG, à laquelle elle est indirectement liée. Elle est principalement le résultat d'une nécessité politique et non pas de l'initiative des prestataires. L'adoption du système de financement par cas a également contribué à inciter les partenaires à développer des critères de qualité standardisés dans le système stationnaire, comme prévu par la loi. Il a en même temps signifié le passage d'un système planifié à un système de quasi-marché et l'introduction du principe du «pay per performance» en s'adaptant aux tendances internationales.[199] Dans le domaine tarifaire comme dans celui de la qualité, les autorités continuent à jouer un rôle de pilotage et à vouloir fixer un minimum de règles, malgré l'introduction de mécanismes concurrentiels. Cela se justifie d'autant plus que les efforts de technicisation des débats et d'inclusion des principaux acteurs, comme souhaité par la NGP, n'est pas à elle seule garante de consensus et de maîtrise du système.[200]

---

[197] Résultats de la première série d'entretiens (état mars 2006), *loc. cit.*

[198] Voir par exemple les interventions du colloque, *Sujet brûlant «Qualité»*, 5. Trendtage Gesundheit Luzern, organisé par le Forum Gesundheit Luzern, KKL Lucerne, 25 et 26 mars 2009.

---

[199] HARRISON M. I., *Implanting Change in Health Systems. Market Reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*, London, Sage Publications, 2004.

[200] Résultats de la première série d'entretiens (mars 2006), *loc. cit.*

4. Conclusion du chapitre

Les réseaux autorégulés dans le domaine tarifaire et de la qualité devaient remplir l'objectif holistique d'une meilleure cohérence et d'une meilleure intégration du système sanitaire dans son ensemble. Leur fonction va au delà de la seule négociation des tarifs et de la définition des indicateurs de qualité. Ces instances constituent la réponse institutionnelle à l'autogestion et à la décentralisation voulue par la LAMal. Se focalisant sur des aspects très techniques voulus par la NGP, ces instances de négociation sont censées favoriser la conclusion de conventions et d'accords, ainsi que le dialogue entre les représentants des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire.

Contrairement à ce que suggèrent les principales théories sur la gouvernance, le développement des réseaux n'a cependant pas permis un consensus généralisé. Certains membres, parfois les plus influents, ont utilisé leur marge de manœuvre dans l'application de la loi ou ont simplement décidé de ne pas adhérer aux conventions. Au-delà des conventions et des accords passés, la création de réseaux de négociation a favorisé le développement de contrats informels entre les principaux partenaires actifs dans le domaine sanitaire.

Les négociations tarifaires ambulatoires se sont caractérisées par une forte conflictualité. Une coordination nationale des négociations tarifaires dans le domaine stationnaire n'a pu être instaurée que tout récemment. Celle du contrôle de la qualité n'a pour longtemps pas rencontré l'intérêt des partenaires, du fait de l'absence d'un fonctionnement concurrentiel, engendrant une mise en œuvre résiduelle et non-coordonnée par les institutions s'en occupant. Tant l'environnement politique que le contexte institutionnel ont fixé le cadre dans lequel se déroulent les actions des acteurs et par lequel elles sont conditionnées.

Il ressort de notre analyse que, pour qu'une réforme ait du succès, il faut que les acteurs concernés acceptent les changements et s'engagent en conséquence.[201] Toute réforme doit garantir que les acteurs agissent à l'intérieur d'un cadre bien établi, défini par la réglementation, et n'aient pas à chercher des alliances non souhaitées avec des tiers. Lors de la constitution des réseaux de négociation pour les questions tarifaires et de qualité, les actions des partenaires ont été conditionnées par le degré d'autonomie que la loi leur a accordé. En réduisant le degré de leur liberté, les acteurs sont contraints de collaborer et d'assumer leurs responsabilités, indépendamment du niveau de stabilité de l'environnement dans lequel ils s'insèrent. À l'inverse, plus la marge de manœuvre est grande, plus les acteurs chercheront à l'utiliser à leur guise, comme cela a été le cas dans le domaine de la qualité.

Les associations faîtières actives dans le domaine sanitaire disposent d'instruments (recommandations, directives) qui, en règle générale, ne sont pas contraignants pour les membres. Dans le cas d'une marge d'action réduite, les acteurs développeront des attitudes utilitaristes et créeront des conflits, comme pour Tarmed. Concernant le financement par cas, l'incertitude causée par l'environnement législatif instable a engendré une mise en œuvre partielle et régionalisée, fonction du contexte institutionnel existant, et a amené à une impasse. Enfin, pour ce qui relève des critères de qualité, pour lesquels la loi a accordé une marge de manœuvre considérable aux acteurs, la mise en œuvre a été très individualisée et fonction, dans ce cas aussi, du contexte institutionnel engendrant un système fortement éclaté.

---

[201] LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, MacMillan, 1993.

Nous avons résumé ci-dessous les contraintes auxquelles les partenaires sont soumis. Nous avons évoqué les modalités de mise en œuvre et de fonctionnement des trois réseaux de négociation que nous avons étudiés en fonction des contraintes institutionnelles et des interventions étatiques.

Tableau 8 : Contraintes institutionnelles et influence de l'environnement politique sur les réseaux de négociation

	Contexte institutionnel	**Environnement politique**
TARMED	*Obligation de contracter*	*Conditionné, déterminé*
DRG	*Planification* *Financement dual (système mixte, fédéralisme, planification)*	*Instable* *Absence de base juridique*
Qualité	*Autonomie professionnelle* *Fédéralisme*	*Indéterminé, fractionné* *Absence d'objectifs clairs et de base juridique*

La délégation des compétences a été accompagnée par un renforcement de la surveillance étatique. La participation étatique aux négociations entre les principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire est un instrument de gestion et de maîtrise du système. Par son accès à l'information et au suivi des activités, la Confédération constitue le premier lieu d'expertise et de référence dans l'interprétation et l'application de la loi, ce qui lui permet de continuer à coordonner les activités sous sa responsabilité, notamment dans l'assurance maladie. D'autre part, les partenaires ont essayé d'éviter toute ingérence de la part des autorités dans leurs activités quotidiennes.

Les réseaux de négociation actifs dans le domaine tarifaire et dans celui de la qualité ont connu des évolutions différentes s'agissant de la mise en œuvre des objectifs prévus par la LAMal. Ils se ressemblent néanmoins dans leur composition et dans leurs modes de fonctionner. Une des conséquences de la mise en place de réseaux de négociation a été la restructuration des principales organisations faîtières du secteur sanitaire, notamment par une recentralisation des instances décisionnelles au niveau national.

Sur la base des cas analysés, il est possible de conclure que les structures de gouvernance, c'est-à-dire les réseaux de gouvernance pris dans leur ensemble, sont le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs : la volonté des acteurs d'accepter le changement, le degré de liberté qui leur est accordé, le degré de stabilité de l'environnement politique et le contexte institutionnel existant. Tous ces facteurs concourent à la mise en place de réseaux de négociation, qui prendront des formes spécifiques en fonction du cas. La robustesse d'un système dépend de sa structure générale.

En résumé, nous considérons que pour garantir la cohérence d'un système autorégulé voulu par le gouvernement, plusieurs conditions sont nécessaires, soit : un environnement législatif suffisamment stable (1), en accord le plus possible avec le contexte institutionnel existant, des besoins des acteurs les plus influents (2) en mesure de créer de la dépendance entre les partenaires des réseaux de négociation (3) et susciter leur motivation pour l'adoption d'instruments permettant la collaboration à long terme. L'Etat est appelé à proposer des réformes cohérentes, laissant peu d'espace à l'incertitude. Il est en même temps censé clarifier les responsabilités. C'est aux acteurs de définir les modalités par lesquelles ils peuvent répondre aux objectifs étatiques. Nous analyserons ces aspects dans le prochain chapitre.

QUATRIEME PARTIE

QUATRIÈME PARTIE :
Les implications pour la gouvernabilité

Comme nous l'avons vu au deuxième chapitre de la première partie, notre analyse s'est développée autour de trois dimensions. Une première dimension par laquelle, nous avons décrit les instruments prévus par le gouvernement pour mettre en œuvre les principes de concurrence et de NGP dans le domaine sanitaire. Nous avons en particulier évoqué la nécessité pour le gouvernement de passer par une combinaison de mesures incitatives, dirigées vers les principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire, et planificatrices, pour mettre en œuvre les objectifs prévus par la LAMal. Dans la deuxième partie, nous avons étudié les premiers effets de leur mise en œuvre.

Par une deuxième dimension, nous avons étudié les changements institutionnels intervenus au niveau national suite à l'introduction la LAMal. Nous avons notamment analysé la mise en oeuvre et les premiers fonctionnements des réseaux de négociation dans le domaine tarifaire et dans celui de la qualité. Nous avons décrit de quelle manière les réformes ont poussé les principales organisations faîtières à rechercher la concertation. La troisième dimension, traitée dans cette partie, porte sur les modalités d'intervention de l'Etat au sein des réseaux de négociation apparus après la LAMal, notamment le Bureau Tarmed Suisse, l'Association DRG et les réseaux s'occupant de la qualité. Elle traite également des modes d'action sur l'ensemble du système de santé.

Nous relierons dans cette partie les résultats recueillis sur le terrain aux théories de la contractualisation et de la gouvernance. En partant des cas analysés, nous décrirons quelles répercussions l'adoption de nouveaux modes de fonctionnement d'un système de quasi-marché et de marché réglementé ont eu pour la gouvernabilité du domaine sanitaire. Nous décrirons les tensions qui peuvent surgir entre les objectifs étatiques adéquats de service au public et les nouveaux modes de gouvernance censés améliorer l'efficacité économique. Nous expliquerons pour quelle raison l'autorégulation basée sur les réseaux de négociation n'est à elle seule pas suffisante à pallier ces limites. Elle demande au contraire une régulation étatique, entendue en tant que «règles (normes et restrictions) émises par (ou pour le compte d') un organisme gouvernemental, visant à influer sur les activités, entreprises par les acteurs au sein d'une société définie (ou secteurs de la société).»[1]

Même dans un système autorégulé, l'Etat doit parfois intervenir auprès des partenaires pour réduire les incertitudes et redéfinir les responsabilités, comme les théories de gouvernance le décrivent. Il doit garantir un système de gouvernance robuste et éviter tout fractionnement de la mise en œuvre des objectifs étatiques. Dans une économie mixte, des structures de gouvernance spontanée typiques d'une économie de libre marché ne sont pas un instrument adéquat. Dans un système de quasi-marché et de marché réglementé, il s'agit de créer des structures de gouvernance intentionnelle, c'est-à-dire des structures voulues pour faire face aux obstacles institutionnels dans la mise en œuvre des principes politiques souhaités.

---

[1] «…as (1) the rules (norms and restrictions), (2) issued by (or on the behalf of) a government body, (3) aimed at influencing activities, (4) undertaken by actors within a defined society (or sector of society)», in ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", in SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1995, pp. 65-66.

La régulation peut donc prendre différentes formes et avoir divers niveaux d'intervention étatique. Comme Peter D. Jacobson le note pour les Etats-Unis, «au cours des vingt dernières années, la réduction des coûts des soins de la santé, l'amélioration de la qualité et l'accroissement de l'accès aux soins ont été les justifications le plus souvent citées pour des interventions réglementaires».[2] La Suisse ne fait pas exception.

Notre recherche nous a permis d'étudier les répercussions pour les structures de gouvernance et les modes de régulation. Nous rappellerons les modalités de contractualisation adoptées dans le domaine sanitaire suisse au niveau national. Nous commenterons le fonctionnement des réseaux de négociation. Nous terminerons avec une analyse des implications pour la gouvernabilité du système sanitaire dans son ensemble, qui constitue notre question centrale.

Comme nous l'avons vu, selon la théorie de la nouvelle gouvernance, une des principales tâches de l'Etat consiste à définir des objectifs collectifs et à fixer des priorités. Les projets de réforme de la LAMal ont fixé de tels objectifs et ont défini une stratégie d'ensemble pour le domaine de la santé. L'objectif prioritaire du gouvernement a consisté à réduire les coûts de la santé par l’introduction de mécanismes de concurrence et de NGP. Il a parallèlement souhaité le maintien de la solidarité, par un accès aux prestations et un traitement équitables pour toute personne en ayant besoin.

---

[2] «Over the past twenty years, reducing health care costs, improving quality, and increasing access have been the most often cited justifications for regulatory interventions», in JACOBSON P. D., "Regulating Health Care : From Self-Regulation to Self- Regulation", in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, n° 5, October 2001, p. 1167.

D’après les théories de la gouvernance, l’Etat est également censé sauvegarder la cohérence et la robustesse du système. L’objectif de notre recherche a consisté à comprendre les implications pour la gouvernabilité dans le domaine sanitaire de la délégation de certaines compétences aux assureurs-maladie et aux fournisseurs de prestations. Nous avons analysé dans quelle mesure les relations entre les principaux partenaires actifs dans le domaine sanitaire sont conditionnées par l’environnement politique et de quelle façon l’Etat doit garantir la cohérence des objectifs politiques et leur mise en œuvre dans un système mixte public-privé autorégulé régi par les réseaux de négociation.

Les réseaux de négociation et la régulation sont les deux principales caractéristiques des systèmes sociaux d’assurance,[3] tel que celui existant en Suisse. L’introduction de la LAMal, comme nous l’avons vu dans notre analyse, a signifié un renforcement de l’autorégulation et des mécanismes de nouvelle gouvernance. Nonobstant cela, l’Etat a continué à intervenir dans le système par des mesures régulatrices plus ou moins directes, de la même manière que les autres pays connaissant le même système d’assurance. Comme David Chinitz, Matthias Wismar et Claude Le Pen le notent, l’un des plus grands défis pour les systèmes d’assurance-maladie a été de maintenir en même temps autorégulation et pilotage central du système.[4]

---

[3] CHINITZ D., WISMAR M., LE PEN C., "Governance and (Self-) Regulation in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, p. 155.

Nous avons montré qu'au cours de la mise en œuvre des réformes suisses, les interventions de l'Etat ont été adaptées aux différents réseaux de négociation. Le gouvernement a en particulier combiné des interventions directes de type traditionnel avec des interventions subsidiaires de nouvelle gouvernance. Il est intervenu en tant qu'arbitre pour réduire les conflits liés aux définitions des tarifs ambulatoires au sein du Bureau Tarmed, il a proposé et initié l'introduction du financement par cas, et, par conséquent, la création de l'Association DRG, et a lancé la coordination des réseaux s'occupant de qualité.

Le premier chapitre de cette partie sera consacré à l'analyse des règles de contractualisation dans le système sanitaire suisse. Nous évoquerons quelles sont les caractéristiques et les limites de l'utilisation dans le domaine sanitaire de ce que Hugh Collins appelle la métaphore du contrat. Dans le deuxième chapitre, nous terminerons par expliquer les implications pour la gouvernabilité de la délégation d'activités à des tiers. Nous décrirons dans quelle mesure ces implications dépassent les rapports contractuels entre partenaires se développant au sein des seuls réseaux de négociation et touchent la cohérence et la robustesse du système dans son ensemble.

---

[4] «One of the challenges for SHI systems has been to maintain self-governance and central guidance of the system simultaneously», in CHINITZ D., WISMAR M., LE PEN C., *loc. cit.*, p. 167.

1. Modes de contractualisation dans le domaine sanitaire

Nous analyserons dans ce chapitre les différences entre les règles de contractualisation dans le domaine privé et dans un système mixte, en se référant au cas du système sanitaire suisse. Nous expliquerons notamment dans quelle mesure il est possible de garantir que les règles de contractualisation commerciale utilisées désormais dans les systèmes de marché et de marché réglementé ne portent pas atteinte au respect des objectifs publics.

Les réformes sont toujours le résultat d'un compromis ; elles doivent nécessairement compter sur une part d'imprévisibilité lors de leur mise en œuvre. Cela tient en partie à l'impossibilité d'un changement radical des conditions institutionnelles existantes, qui empêchent la réalisation d'un projet idéal-typique. Elle s'expliquent de plus par les attitudes des acteurs qui ne sont pas tous prêts à entreprendre des réformes dans l'immédiat.

Comme nous l'avons vu, s'agissant de l'assurance-maladie, la recherche d'une cohérence stratégique de la part du gouvernement est dans un premier temps passée par la définition d'une réforme divisée en paquets de réformes partielles. Du fait de formulations ouvertes et de propositions d'objectifs difficilement réalisables à court terme et controversés, les réformes de l'assurance-maladie ont créé des incertitudes parmi les acteurs concernés. Les incertitudes se sont répercutées sur la mise en œuvre et le fonctionnement des réseaux de négociation, qui ont pris des formes différentes selon le secteur concerné.

Il ressort de notre analyse que les actions des acteurs dans un système autorégulé basé sur les réseaux sont fonction de la combinaison du degré de stabilité de l'environnement politique et du cadre législatif, dépendant de son état d'achèvement et des règles institutionnelles existantes. Dans le cas d'un cadre législatif inachevé, les acteurs tendront à adapter les nouvelles exigences prévues par une réforme aux modèles d'actions auxquels ils sont habitués ou à adopter des attitudes utilitaristes, ce qui peut amener au conflit, à l'immobilisme ou au fractionnement d'une politique donnée. Dans le tableau ci-dessous, nous avons résumé les résultats obtenus.

Tableau 9 : Logiques des acteurs et intervenants étatiques auprès des réseaux de négociation

	Fournisseurs de prestations	**Etat**
Bureau TARMED	▪ *conflits* ▪ *manifestations de rue* ▪ *simplification, réduction des coûts de transaction* ▪ *standardisation*	*Règles de fonctionnement* ▪ *neutralité des coûts* ▪ *compensation des prix*
Association Swiss DRG	▪ *attente d'un cadre législatif stable ; blocages* ▪ *réalisation lente* ▪ *initiatives privées*	*Incitation* ▪ *introduction du financement par cas*
ANQ	▪ *attente d'un cadre législatif clair* ▪ *initiatives privées* ▪ *autonomie, discrétion de solutions*	*Coordination* ▪ *attribution des responsabilités*

Dans le tableau qui précède, nous avons décrit les attitudes adoptées par les principales organisations faîtières pour faire face aux réformes sanitaires, ainsi qu'à l'environnement politique. La prise en considération de ces aspects différencie notre analyse à la fois des approches institutionnalistes, fonctionnalistes et utilitaristes.

Les trois réseaux de négociation étudiés, le Bureau Tarmed, l'association puis Société SwissDRG, et les réseaux de négociation pour la qualité, se distinguent quant au degré de liberté dont ils ont pu bénéficier. En se basant sur ces cas, il est possible de conclure que lorsque l'environnement est instable et que le degré d'autonomie est élevé, comme pour l'introduction du financement par cas et l'adoption de critères de qualité standardisés, les acteurs tendront à adapter leur action au contexte institutionnel existant, auquel ils sont habitués. Ils adopteront plutôt une attitude conservatrice et conduiront la mise en œuvre des objectifs dans une impasse et la fractionneront. Lorsque le contexte institutionnel est contraignant, comme pour l'adoption de Tarmed, ce sont surtout les attitudes utilitaristes qui apparaîtront, causant des conflits.

Nous partageons sur ce point l'analyse de Oliver E. Williamson, selon qui, «étant donné les degrés de liberté que le long terme offre, les tentatives d'imposer la loi aux participants –individus ou organisations– qui ne le veulent pas sont susceptibles d'être vaines».[5] Les impasses et les conflits empêcheront une mise en œuvre cohérente des objectifs étatiques. L'intervention étatique doit permettre de coordonner et de piloter le système dans son ensemble. Elle doit surtout garantir sa robustesse, c'est-à-dire sa résistance à réagir et résister à tout aléa.

---

[5] Traduction libre de «given the added degrees of freedom that the long run affords, attempts to impose law on unwilling participants –be the individuals or organizations– are apt to be fatuous», in BARNARD C., *The Functions of the Executive*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1938, pp. 181-182 cité par WILLIAMSON O. E., *The Mechanisms of Governance*, Oxford, Oxford University, Oxford, 1996, pp. 32-33.

En même temps, les réseaux ont été caractérisés par l'isomorphisme.[6] De la constitution du Bureau TARMED Suisse, à celle de l'ANQ en passant par la SwissDRG SA, les réseaux ont tendu vers une même matrice de représentation d'acteurs incontournables, qui doit être interprétée comme la volonté de la part des partenaires de réduire la complexité et les coûts de transaction. La composition des réseaux n'a néanmoins pas été reproduite de façon totalement fidèle d'un réseau à l'autre. Elle a subi des variations en fonction du secteur concerné, du moment de sa mise en place, du contexte institutionnel et de l'environnement politique. Elle a également été fonction des origines du réseau. Cela a été tout particulièrement le cas de la qualité. La composition des réseaux, spécialement, celle de l'ANQ en 2009, a été conditionnée par la volonté des acteurs à l'autodétermination des critères de qualité. Beaucoup de fournisseurs de prestations stationnaires ont été intégrés à titre individuel dans le nouveau réseau, plutôt que d'être représentés par l'organisation faîtière, reflétant par là l'origine fractionnée dont il est issu.

---

[6] DIMAGGIO P. J., POWELL W. W., "The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", in *American Sociological Review*, Vol. 48, n° 2, 1983, pp. 147-160.

1.1. Limites de la négociation dans le système sanitaire

Les transactions qui se passent au sein des réseaux de négociation des domaines ambulatoires et stationnaires sont des contrats régulés assimilables aux contrats commerciaux. C'est ce qui pousse Hugh Collins à parler de métaphore de contrat pour les désigner. Se référant au système sanitaire public anglais, Hugh Collins considère plus particulièrement que, «l'emploi de la métaphore du contrat dans l'administration publique devrait [...] être compris comme une appropriation de certains aspects de la signification du contrat dans le but de rendre les opérations de l'administration plus transparentes et potentiellement plus responsables».[7] Dans le secteur public, l'on doit désormais être en mesure d'identifier les coûts des prestations fournies de façon semblable au privé. Il est donc question d'améliorer l'efficacité en intervenant, si nécessaire, sur l'offre et la demande.

C'est en poursuivant cet objectif que le gouvernement suisse a mis en œuvre un système de régulation réflexive, soit «de règles ou de normes qui définissent les comportements requis ou interdits»,[8] mais qui laissaient aux partenaires une liberté d'application. Toujours d'après Hugh Collins, «la nécessité de préserver la responsabilité politique des résultats des services publics entraîne les gouvernements à hésiter à s'en remettre complètement aux mécanismes de marché pour l'établissement de normes et à refuser de prendre des engagements précis au sujet de leurs besoins avec les cocontractants».[9]

---

[7] «The employment of the metaphor of contract in public administration should […] be understood as an appropriation of some aspects of the meaning of contract for the purpose of rendering operations of the administration more transparent and potentially more accountable», in COLLINS H., *Regulating contracts*, Oxford University Press, 1999, p. 318.

[8] «…rules or standards that define the conduct required or proscribed», in *ibid.*, p. 62.

Les réseaux de négociation sont des lieux de concertation pour la fixation de standards nationaux. Ils ont été créés dans ce but, en suivant le principe selon lequel les acteurs concernés sont les plus aptes à fixer de tels standards. La standardisation constitue une méthode de concrétisation d'objectifs stratégiques, sur lesquels l'on doit s'entendre, mais dont la responsabilité quant à la définition et à l'application est laissée aux partenaires.[10] D'après les théories sur les réseaux et celles des économistes néo-institutionnalistes, la volonté et l'intérêt de collaborer sont des conditions nécessaires à l'autorégulation. Elles se basent sur une vision consensuelle de la société. «L'intérêt de rechercher la collaboration tient au fait que l'on peut s'attendre à ce que les participants auront une meilleure connaissance des problèmes techniques de la régulation d'un marché particulier, qu'ils seront en meilleure position que le régulateur pour adapter les règles au secteur du marché concerné et qu'ils auront un sens plus sûr des possibilités d'application d'une norme».[11] La connaissance du terrain n'est toutefois pas garante d'accords entre les partenaires.

---

[9] «The need to preserve political responsibility for the outcomes of public services drives governments to balk at the full operation of the market mechanism for the setting of standards, and to refuse to make precise commitments about their requirements with contractors», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 319.

[10] «In setting the standards, it favors the use of self-regulation, so that within a broad requirement fixed by the legislation the participants can settle through negotiation the detailed rules to govern transactions», in *ibid*, p. 65.

[11] Traduction libre de «the advantages of seeking collaboration are expected to be that the participants will have better knowledge about the technical problems of

L'autorégulation est souvent confrontée à des limites. Dans les cas que nous avons analysés, il est apparu que l'autorégulation à elle seule n'est pas en mesure de pallier toute divergence. Des divergences peuvent surgir sur la définition des critères. Des dérives dans l'application des objectifs fixés par la LAMal ont émergé, dans le domaine ambulatoire, dans le domaine stationnaire et dans la définition des critères de qualité.

1.1.1. Routinisation dans les négociations tarifaires ambulatoires

Selon les théories sur les réseaux, le fait que des négociations se fassent entre des partenaires qui se fréquentent régulièrement constitue une garantie de routinisation des rapports, facilite les échanges et réduit la complexité. La répétitivité des relations est une condition nécessaire au bon fonctionnement des réseaux de négociation. Les accords qui sont conclus en leur sein sont censés créer des rapports de confiance et de coopération entre les partenaires et favoriser la prévisibilité de leurs actions. Comme Hugh Collins le note, la généralisation, la routine de la mise en œuvre et la réduction des coûts de transactions sont des conditions nécessaires au type de contrat qui sert les

---

regulation a particular market, that they will be in a better position than a regulator to tailor the rules precisely to this market sector, and that they will have a surer sense of what standards will prove practicable», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 65

intérêts des affaires.[12] Les contrats créent en même temps des rapports de dépendance entre des partenaires dont les intérêts peuvent parfois diverger.

La routinisation n'est toutefois pas une assurance de stabilité et de réduction des conflits. Les relations qui s'instaurent au sein des réseaux sont conditionnées par l'environnement politique dans lequel elles s'insèrent et par le contexte institutionnel duquel elles sont issues. Dans le cas de collaborations fortement encouragées par le gouvernement, tel que dans les négociations que nous avons analysées, la confiance entre acteurs qui se fréquentent depuis toujours et la dépendance due aux contraintes institutionnelles ne sont pas à elles suffisantes à remédier aux conflits qui peuvent déboucher sur l'immobilisme.[13] Cela a notamment été le cas pour les réseaux de négociation tarifaire que nous avons analysés.

La présence des mêmes acteurs dans différents réseaux de négociation, comme dans le domaine sanitaire, peut induire un blocage des négociations plutôt que leur avancée, ce qui peut s'expliquer par le fait que les acteurs tendront à proposer toujours des solutions auxquelles ils sont habitués pour la résolution des mêmes problèmes. De plus, lorsque l'environnement est instable et/ou faiblement contraignant, des attitudes autonomistes peuvent apparaître et les solutions peuvent se multiplier.

Les difficultés de collaboration et les antagonismes politiques déjà existant avant la LAMal expliquent en partie l'option du gouvernement d'introduire des limites dans le domaine tarifaire ambulatoire. La neutralité des coûts et la compensation des prix qui ont suivi étaient des instruments nécessaires à garantir un système en réseaux cohérent par rapport aux objectifs politiques. Nous avons démontré dans notre analyse qu'elles ont plutôt constitué une contrainte trop lourde tout particulièrement pour certaines catégories de professionnels, qui ne l'ont par conséquent pas acceptée. Les règles fixées par le gouvernement sont apparues trop strictes pour certains auteurs. Les conflits qui ont émergé ont bloqué le fonctionnement du système sanitaire dans son ensemble et ce jusqu'à très récemment.

---

[12] Plus précisément l'auteur considère que, «…generality, routine enforceability, and minimizing transactions costs serve as important guides to the type of law of contract which serves the interests of business», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 178.

[13] Résultats de la première série d'entretiens (mars 2006).

Peu après leur adoption surtout, l'Etat a dû intervenir en fixant les structures tarifaires par décret. Il a de la sorte veillé à ce que l'objectif d'économicité soit garanti et qu'aucun transfert des coûts envers les assurés-patients n'ait lieu. Depuis, les négociations tarifaires sont devenues routinières et les interventions étatiques ont été réduites. Cela s'explique par le fait que le système de remboursement n'a pas changé, malgré le risque toujours présent de la suppression de l'obligation de contracter. Les conflits n'ont pas disparu,[14] ils restent toutefois circonscrits au sein des réseaux de négociation.

---

[14] À ce propos voir par exemple, GÄHLER E. SCHERRER, "Révision TARMED: le projet TARVISION", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 92, n° 3, pp. 47-48.

1.1.2. Entraves institutionnelles dans les négociations du domaine stationnaire

Le système stationnaire a quant à lui été conditionné par les aspects institutionnels, alors même qu'un système fonctionnant selon les critères de l'économie de marché était visé. Cet objectif se heurte aux conditions institutionnelles du système sanitaire suisse, la planification et le fédéralisme qui empêchent sa pleine réalisation. Les réseaux de négociation actifs dans le système sanitaire suisse intègrent toutefois des partenaires publics et privés. Les standards définis au sein des réseaux nationaux sont l'instrument de gestion par lequel le gouvernement suisse a voulu dépasser les divergences entre les deux modes de fonctionnement, public-privé. À terme, les standards définis doivent permettre d'améliorer le suivi des activités et, par conséquent, l'efficacité du système dans son ensemble, par une distribution plus adéquate des ressources. À la métaphore du contrat succède la métaphore du marché intégré.

Les acteurs agissant dans un système autorégulé ont besoin d'un environnement suffisamment stable pour agir et interagir sans incertitude entre eux et permettre de la sorte un fonctionnement optimal des réseaux de négociation. Des conditions législatives adéquates et claires sont seules en mesure de garantir une mise en œuvre cohérente des objectifs étatiques et d'assurer en dernier lieu la robustesse du système.

L'incertitude causée par l'absence de cadre législatif stable concernant le financement des prestations durant quelques années a été l'une des raisons du retard de la mise en œuvre du réseau de négociation pour la définition des cas. L'absence d'obligation d'introduire le financement par cas a causé la multiplication de formes disparates de ce type de financement selon les établissements hospitaliers et les régions géographiques. Cette absence a également engendré une panoplie de réseaux et instances s'agissant de la qualité.

L'Etat a dû intervenir pour inciter les partenaires à introduire le système de financement par cas. À l'époque, des conditions institutionnelles adéquates à l'acceptation de ce système de la part de tous les partenaires n'existaient toutefois pas encore. Les acteurs non-intéressés, notamment les assureurs-maladie, n'ont pas agi dans le sens souhaité par la loi. Certains fournisseurs de prestations ont en outre préféré agir individuellement et non pas de façon coordonnée comme prévu par la loi. Ils ont fait appel à des pratiques auxquelles ils étaient habitués ou qui pouvaient les avantager. L'adoption de contrats dans un système mixte n'est par conséquent pas à lui seul garant d'efficacité et de réduction des coûts.

Dans le secteur public, l'offre est toujours déterminée politiquement. Dans le secteur privé, elle est guidée par des objectifs utilitaristes. Dans ce dernier cas, les fournisseurs de prestations se concentrent sur les alternatives au rendement le plus élevé. S'agissant du secteur public, les autorités cantonales doivent de plus tenir compte des sensibilités de la société. Dans les deux cas, l'efficacité ne peut pas être atteinte, ce malgré l'introduction de standards nationaux.

1.1.3. Pluralité dans l'introduction des critères de qualité

Les prix ont longtemps été les seuls critères pris en compte pour la définition et la comparaison des prestations, une attention mineure étant portée à leur qualité. En l'absence de structures garantissant la transparence, les prix ont été les critères les plus aisément vérifiables pour les assureurs-maladie. Cette situation explique également pour quelle raison, en Suisse comme aux Etats-Unis, les initiatives sur la qualité visent principalement l'introduction de processus de suivi et moins les résultats.[15] Cela s'est particulièrement vérifié lors de la première phase d'introduction des systèmes de qualité en Suisse, comme nous l'avons vu dans la troisième partie.

La LAMal a laissé une grande marge d'interprétation dans la définition et la mise en œuvre des critères de qualité. En raison de la formulation ouverte de la loi, la qualité a fait l'objet d'initiatives individuelles influencées par le contexte institutionnel existant, se traduisant par une logique fédéraliste et corporatiste. Dans le domaine stationnaire, presque chaque hôpital ou réseau d'hôpitaux a mis en œuvre un système particulier de contrôle de la qualité. Dans le domaine ambulatoire, les associations professionnelles ont toujours revendiqué une autonomie de définition des critères de qualité en tant qu'instrument de bonne conduite. L'auto-proclamation de la bonne qualité des services offerts a longtemps dominé les discours. Pour que la qualité devienne un indicateur vérifiable et non seulement déclaré, il a fallu une intervention étatique ayant réattribué les responsabilités pour garantir une meilleure coordination. La vérification des responsabilités constitue, d'après les théoriciens de la gouvernance, une tâche revenant à l'Etat. Dans ce cas, il est intervenu pour pallier les résultats insuffisants du régime de gouvernance,[16] mis en œuvre par les partenaires.

---

[15] «Most current quality initiatives are not actually about quality (results), but process. Most "pays for performance" is really a pay for compliance. […] Providers are expected to conform to specific processes, but are not necessarily rewarded for better results», in PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, Harvard, Harvard Business School Press, 2006, p. 86.

1.2. Règles de contractualisation dans les systèmes incités

Les accords et les négociations entre les partenaires ont eu un rôle grandissant en raison des nouveaux rapports entre les partenaires du secteur sanitaire suite à la création des réseaux de négociation tarifaires et de qualité. L'analyse du système sanitaire suisse a permis de mettre en évidence le fait que l'autorégulation n'est pas à elle seule suffisante à un fonctionnement efficient, cela d'autant moins quand les réseaux de négociation sont intentionnels et non pas spontanés, tels que ceux étudiés par les économistes néo-institutionnalistes, c'est-à-dire de type associatif et à but commercial.

Dans le cas du système sanitaire suisse, les réseaux de négociation ont été encouragés par le gouvernement. Ils se différencient par conséquent de ceux étudiés par les théoriciens néo-institutionnalistes et de ceux des réseaux. Ils ont servi d'instrument pour dépasser les divergences de fonctionnement public-privé. Les partenaires ont été incités à collaborer et à trouver un accord de fonctionnement. Il n'y a donc pas eu d'unité de pensée dès le début. Comme James G. March et Johan P. Olsen le notent, dans ces conditions, il est nécessaire de créer l'unité entre les partenaires et de fixer des règles.[17] Les mécanismes de gouvernance nouvellement apparus avec les réformes, notamment les réseaux de négociation, sont censés éviter toute sortie, pour paraphraser Albert O. Hirschman.[18] Dans le cas contraire, le risque est l'exercice du pourvoir par les acteurs les plus puissants, par l'autonomie et l'utilisation de toutes les ressources.[19] Le fait que les acteurs actifs dans les réseaux soient incontournables signifie qu'ils ont un pouvoir discrétionnaire considérable.

---

[16] À ce propos voir par exemple, PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, New York, Palgrave MacMillan, 2005, p. 17, d'après lesquels «accountability may involve both public and the private sector actors, although ultimately it must depend upon the authority of the public sector to enforce findings of inadequate performance of the governance regime».

En partant de ce constat, nous avons étudié la volonté et la capacité des principaux partenaires de se positionner entre eux dans le nouveau contexte engendré par la LAMal incitant à la coopération. Nous sommes arrivés à la conclusion que dans le cas d'une collaboration non spontanée, mais fortement incitée, les relations entre les partenaires peuvent être maintenues par la confiance, comme dans les contrats commerciaux. Elles peuvent également l'être par la création de dépendances sur le long terme. À défaut, seule la régulation et l'intervention directe du gouvernement peuvent garantir le fonctionnement du système. Même lorsqu'elles sont présentes, la confiance et la dépendance ne suffisent pas à elles seules à créer un système cohérent et robuste. Seul l'Etat peut y pallier.

---

[17] MARCH J. G. OLSEN J. P., *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, New York, The Free Press, 1989, p. 136.

[18] HIRSCHMAN A. O., *Exit, Voice and Loyalty. Response to Decline in Firms, Organizations and States*, Harvard, Harvard University Press, 1970.

[19] MARCH J. G. OLSEN J. P., *op. cit.*, p. 144 définissent le pouvoir en tant que «…something like the ability to induce others to act in a way that contributes to a power holder's interests».

1.2.1. Court et long terme dans la contractualisation

Les contrats qui sont apparus au sein des réseaux de négociation peuvent être assimilés aux contrats de type commercial.[20] La signature d'un contrat commercial nécessite l'accord des parties impliquées. Elle se fait sur une base volontaire et elle est limitée dans le temps.[21] Les contrats ne créent qu'une dépendance momentanée. Les accords qui se concluent au sein des réseaux de négociation du système sanitaire suisse ne s'apparentent dès lors que partiellement aux contrats commerciaux.

Cela tient au fait que les réseaux agissent dans un contexte institutionnel en partie planifié et sont régis par des objectifs de service au public. Toute transaction entre les partenaires au sein des réseaux de négociation a des implications qui vont au-delà des seuls accords, en raison de la planification et de l'obligation de contracter. C'est pourquoi elle ne peut pas se permettre d'omettre la prise en considération du long terme. Une telle prise en compte a conditionné les relations à l'intérieur des réseaux de négociation dans tous les cas que nous avons analysés. Comme les théoriciens des contrats le relèvent, l'efficacité du système sera dépendante de la capacité des acteurs à intérioriser l'avenir.

---

[20] Voir par exemple les contributions dans *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997.

[21] Voir par exemple, COLLINS H., *Regulating contracts*, *op. cit.*, pp. 13-28.

Les sociologues et les économistes néo-institutionnalistes s'étant occupés des réseaux ont cependant montré les limites des relations entre les partenaires concluant un contrat. Ces théoriciens ont mis en évidence que les attitudes utilitaristes évoquées par les théories néo-libérales ne guident pas toutes les relations. Elles sont souvent conditionnées par une rationalité limitée. Cela signifie que les acteurs actifs dans un réseau de négociation, de façon semblable à ceux concluant un contrat, ne peuvent pas maîtriser toute l'information leur permettant de prendre des décisions en toute connaissance de cause. Ils ne peuvent pas non plus anticiper totalement les actions de leurs partenaires ou prévoir les résultats des négociations. C'est la raison pour laquelle toute relation connaît des coûts de transaction élevés, qui poussent les partenaires à développer des stratégies pour les réduire.

Les réseaux de négociation actifs dans le système sanitaire se rapprochent en ce sens des relations contractuelles. Une des stratégies consiste à développer l'empathie et la confiance entre les acteurs du système.[22] Une autre stratégie adoptée par les organisations faîtières a impliqué le réajustement et l'adaptation des structures de ces organisations pour faciliter leur représentation auprès des réseaux de négociation.

---

[22] MARCH J. G. OLSEN J. P., *op. cit.*, p. 148.

1.2.2. La confiance

Selon les théories sur les contrats, la confiance entre les acteurs constitue l'un des moyens pour réduire les coûts de transaction. Elle garantit de plus la stabilité des relations. La confiance se réalise par la constitution de réseaux de négociation, à qui est donné le pouvoir de régler de manière discrétionnaire les questions auxquelles les partenaires sont confrontées lorsque l'information pertinente est accessible.[23] Cela est tout particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de négocier des contrats pour le long terme, comme c'est le cas des réseaux de négociation conditionnés par la planification et le corporatisme.

Pour que les réseaux de négociation fonctionnent, il faut que les acteurs apprennent non seulement à collaborer, mais également à se faire confiance, comme dans les relations contractuelles. La confiance constitue une condition nécessaire à la collaboration entre les partenaires et elle permet en dernier lieu de garantir la cohérence du système. Comme Hugh Collins le souligne pour les contrats privés, les structures de gouvernance sont les lieux destinés à construire un degré de confiance nécessaire pour engager des relations contractuelles.[24]

---

[23] Traduction libre de «an efficient strategy which keeps transaction costs to a minimum is for the parties to create a governance structure for their relation, so that a body is given discretionary power to resolve these issues when the relevant information is available», in STINCHCOMBE A. L., "Contracts as Hierarchical Documents", in STINCHCOMBE A. L., HEIMER C. A (eds.), *Organization Theory and Project Management : Administering Uncertainty in Norwegian Offshore Oil*, Oslo, Norwegian University Press, 1985, p. 121 cité par COLLINS H., *op. cit.*, p. 226.

Dans les systèmes marchands, auxquels le système sanitaire suisse se rapproche de plus en plus, la confiance a trois avantages principaux. Elle guide en premier lieu le choix de l'autre partie contractante. Elle permet ensuite de surmonter le problème de la vulnérabilité de celui qui fait le premier pas, en facilitant les échanges. Elle réduit enfin la nécessité de se prémunir contre la déception, en spécifiant en détail le contenu précis de l'engagement réciproque et des modalités de surveillance.[25] «Cela ne signifie pas que les règles établies par l'autorégulation sont moins contraignantes ou moins entravantes. [...] Pour les acteurs individuels, il peut être plus difficile de contester les règles fixées par l'autoréglementation que celles basées dans la législation».[26]

---

[24] Traduction libre de «…the techniques for sustaining co-operation such as governance structures, should not be regarded as sources of potential sanctions, but rather the basis on which the parties achieve the necessary degree of trust for entry into contractual relations», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 121.

[25] L'auteur donne une explication très détaillée : «first, it guides the selection of the other contracting party. There is usually a strong preference to enter transactions with persons with whom one has enjoyed previous positive experiences and to prefer them over strangers […]. The second effect of trust is to overcome the problem of the vulnerability of the first mover. The vulnerability to betrayal remains, but the presence of trust the parties to discount this risk as one of low probability, and therefore enter the contract and commerce performance […]. The final effect of the parties is that it reduces the need to guard against disappointment by specifying in detail the precise content of the reciprocal undertaking and then monitoring performance closely», in *ibid.*, p. 100.

[26] «This does not necessarily mean that the rules set by the self-regulation are less binding or are less of a hindrance. […] For individual actors, it may be more difficult to contest rules which are set by self-regulation than those which are based in legislation», in ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", *loc. cit.*, p. 66.

Les règles non écrites, tacites, sont essentielles, elles peuvent toutefois être dysfonctionnelles pour le système. La confiance ne se construit pas par la simple fréquentation entre homologues. Au contraire, la fréquentation peut même être source de conflits ou de blocages. Cela a notamment été le cas de Tarmed. Pour qu'il y ait collaboration en l'absence de confiance, il faut de plus que les acteurs y trouvent leur intérêt.

Selon Hugh Collins, plutôt que la préservation de la confiance dans les relations commerciales durables, la principale orientation normative du gouvernement reste sa responsabilité politique à assurer au public une fourniture satisfaisante.[27] D'après les théories sur la gouvernance, le rôle central du gouvernement est de vérifier la cohérence entre les objectifs politiques et leur mise en œuvre, mais non pas d'intervenir dans les aspects opérationnels. Les réseaux de gouvernance reflètent toutefois la difficulté identifiée par Hugh Collins pour les contrats, de conjuguer loi privée et orientation politique de la régulation publique.[28]

---

[27] «Instead of the preservation of the requisite trust in the long-term business relation, the primary normative orientation of government remains its political responsibility to ensure the provision of satisfactory services to the public», in COLLINS H., *Regulating contracts, op. cit.*, p. 319.

[28] L'auteur considère que «…the contractual frame of reference thinks about the provision of a public service in ways to create fixed entitlements and obligations, whereas in the last resort the government must always give priority to the normative framework of conformity to its political responsibilities and commitments. The use of contracts as an instrument of government tries to reserve these priorities for the sake of efficiency and transparency, but in so doing the practice creates considerable tensions which become revealed in the structural impediments to the achievement of co-operation and quality through contracts», in *ibid.*, p. 319.

1.2.3. La dépendance

La confiance et l'intérêt ne sont néanmoins pas des attitudes automatiques, surtout lorsqu'il s'agit d'interactions qui n'ont pas été souhaitées par les partenaires. Cela a par exemple été le cas pour les réseaux de négociation, notamment dans le domaine du financement par cas, que nous avons analysés, qui sont le résultat d'incitations politiques. Dans ces cas, les partenaires ont été forcés de s'entendre, puisqu'ils y ont été sollicités par le gouvernement. Dans un contexte de collaboration forcée, les contrats sont des conditions préalables à la collaboration et à la confiance, non pas leur aboutissement. Dans un système autogéré, où les différents partenaires disposent d'une marge de manoeuvre significative et où les lieux de négociation se multiplient, la coopération devient une nécessité. Le cas du système sanitaire suisse a montré que la performance des réseaux et la collaboration entre les partenaires sont des conditions nécessaires à la cohérence du système dans son ensemble.

Lorsque toutefois les acteurs ne trouvent pas leur intérêt et ne se font pas confiance, la collaboration n'est possible qu'en plaçant les acteurs dans des conditions de dépendance les uns et par rapport aux autres. La dépendance peut être définie comme la condition dans laquelle les responsabilités des partenaires sont clairement identifiables et le contrôle réciproque instauré. Dans les réseaux de négociation du domaine sanitaire, il n'est pas possible de se borner au seul échange. Il est nécessaire que les partenaires parviennent à un accord, ce pour garantir le bien public. En absence de confiance, seule des règles claires et des processus bien définis peuvent garantir la stabilité du système, ce qui passe entre autres par les réseaux de négociation. Nous avons montré que leur réalisation nécessite un contexte structurel adéquat et un environnement politique stable.

La cohérence de la mise en œuvre des objectifs politiques est une condition à la réalisation d'un système robuste, c'est-à-dire un système fonctionnant de manière adéquate et en mesure de résister à toute secousse, politique ou économique. Selon James G. March et Johan P. Olsen, c'est particulièrement dans les périodes de crise et de réduction des ressources que l'intégration, plus que l'agrégation, devient importante, ce qui est d'autant plus facile à réaliser si les partenaires ont une position proche de celle du centre du pouvoir.[29]

Par la définition des principes et le suivi des étapes, un système intégré vise à créer un même référentiel. Il favorise la collaboration entre les partenaires, car créant de l'interdépendance entre secteurs, et peut fonctionner indépendamment des décisions politiques. Les nouveaux modes de fonctionnement passent en particulier par l'adoption des mêmes processus[30], afin de garantir que tout acteur agisse en suivant les mêmes objectifs. Néanmoins comme Jon Pierre J. et B. Guy Peters le relèvent, parler de processus revient à accepter que le privé joue un rôle dans la gouvernance,[31] ce qui demande en même temps une redéfinition du rôle étatique.

---

[29] MARCH J. G. OLSEN J. P., *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, *op. cit.*, pp. 152-153.

[30] Pour l'adoption des processus dans le système de santé suisse voir par exemple, VATTER A., "Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik", in ZENGER C. A., JUNG T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, p. 2003, pp. 155-165.

La robustesse d'un projet passe par la capacité de l'Etat à offrir des conditions adéquates de fonctionnement à tout acteur, notamment ceux qui sont incontournables. C'est donc par l'intervention de l'Etat que passe la différence entre gouvernance spontanée et gouvernance intentionnelle, selon les termes des économistes néo-institutionnalistes.[32]

1.3. Interventions étatiques dans les réseaux de gouvernance

L'Etat doit veiller à ce que les acteurs tiers –économiques ou organisations non profitables– appelés à fournir des services au public se comportent de façon responsable. Le suivi des réseaux de négociation est le moyen dont l'Etat s'est doté pour garantir que tout acteur actif dans le système sanitaire adopte les mêmes principes de fonctionnement et assume en même temps la responsabilité de ses actions. C'est donc par les réseaux de négociation que les partenaires sont censés assumer le même référentiel, condition préalable à un fonctionnement de type concurrentiel. Dans les réseaux de négociation, l'Etat intervient par la participation et par d'autres types d'intervention.

---

[31] PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, *op. cit.*, p. 14.

[32] WILLIAMSON O. E., *The Mechanisms of Governance*, *op. cit.*, dès p. 145.

1.3.1. Participation

Dans les réseaux de négociation que nous avons analysés, l'Etat assume principalement un rôle d'observateur, sa participation aux négociations n'étant pas une condition indispensable à leur fonctionnement et à leur régulation. Ce statut lui permet de surveiller le bon fonctionnement des réseaux. La présence de représentants étatiques aux négociations est principalement un moyen d'acquérir les informations et de garantir la transparence sur le respect du bien public de la part des partenaires, les assurés-patients étant souvent écartés des négociations. L'on se rapproche des systèmes de négociation de type associatif, décrits par Peter D. Jacobson, dans lesquels le gouvernement siège également aux côtés des partenaires privés pour fixer un cadre légal stable.[33] Ainsi, dans les réseaux de négociation, comme nous l'avons décrit, les représentants fédéraux continuent à jouer un rôle d'interface entre les négociateurs et les assurés-patients normalement exclus.[34] Les contrats sont des mécanismes permettant de remédier à l'asymétrie d'information dont les fournisseurs de prestations bénéficient.[35]

---

[33] «…in the [regulatory negotiation process, dubbed] *reg-neg* process, the regulatory agency sits down with the affected industry to develop a regulatory approach that is acceptable to each side to avoid contentious and time-consuming litigation», in JACOBSON P. D., "Regulating Health Care : From Self-Regulation to Self-Regulation", *loc. cit.*, p. 1173.

[34] «In the tariffs negotiations office, the federal offices representatives continue playing an interface role between the negotiators and the insured, which have been excluded», in IZZO S., BANKAUSKAITE V., "The New Modes of Health Swiss System Functioning : The Tariffs Bargaining at the National Level and Their Consequences for the State and the Insured", paper for participation at the 4th Annual Conference of the Network for European Social Policy Analysis (ESPAnet), *Transformation of the Welfare State : Political Regulation and Social Inequality*, Workshop Health Market and Social Policy, Bremen, 21st-23rd September 2006, p. 12.

Tout en pouvant détenir des ressources significatives, les acteurs privés ne sont pas habilités à se porter garant des intérêts publics. La participation étatique au sein des instances de négociation est un moyen de représentation garantissant le respect des intérêts publics et de la démocratie, ce dans l'intérêt des assurés-patients. Ainsi, comme nous l'avons évoqué, l'accès adéquat à l'information, plus que la représentation de l'Etat, est nécessaire pour garantir la démocratie et la solidité du système, lorsque ce dernier est régi par les principes de NGP et de gouvernance.[36]

La participation de l'Etat aux processus de négociation favorise les partenaires-mêmes, car ils acquièrent de la reconnaissance et donc de l'influence.[37] S'il est vrai que les agents sont avantagés en raison de leur meilleure maîtrise de l'information des modes de fonctionnement, il est également vrai qu'ils dépendent de la reconnaissance de l'Etat et des autres partenaires pour agir convenablement dans le système. C'est pourquoi, par les réseaux de négociation, une dépendance mutuelle se crée entre l'acquéreur et le fournisseur des prestations.

---

[35] HOFMACHER M. M., DURAN-ZALESKI I., "Contracting and paying providers in social health insurance systems", in *Social Health Insurance System in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, p. 207 cité par IZZO S., BANKAUSKAITE V., *loc. cit.*, p. 10.

[36] «In a health system characterized by NPM principles and governance mechanisms principles, such as solidarity and democracy, ask for new social instruments, such as equal access to information, rather than direct State representation as it used to be in the past», in ROSE T., "Citizens and Health", in *Eurohealth*, Vol. 10, n° 2, pp. 6-7 cité par *ibid.*, p. 13.

[37] «Networks without those connections are most unlikely to have any real influence over policy, and that in turn empowers the government in question to set the boundaries membership and action», in PIERRE J., PETERS B. G., *op. cit.*, p. 78.

À elle seule, la participation aux réseaux de négociation ne permet néanmoins pas à l'Etat de maintenir la cohérence du système. La fixation des objectifs de la part du gouvernement doit être accompagnée par des mesures régulatrices conséquentes en mesure de garantir un contexte robuste assurant leur mise en œuvre. C'est pourquoi, à la différence des théoriciens de la contractualisation, nous considérons que ces conditions vont au-delà des seuls rapports contractuels. La garantie de la cohérence concerne le système dans son ensemble, en tant que condition pour le fonctionnement du marché et le respect des objectifs publics. Tout système basé sur l'autorégulation appelle par conséquent l'adoption de tâches de nouvelle gouvernance. Parallèlement aux fonctions plus traditionnelles de régulateur et d'arbitre, le gouvernement, dans le système sanitaire suisse, a dû développer de nouvelles modalités d'interaction avec les partenaires. Le gouvernement doit veiller à ce que les nouveaux modes de fonctionnement s'insèrent adéquatement dans les structures existantes et à ce que les actions des partenaires ne compromettent pas les objectifs généraux de la réforme.

Comme nous l'avons relevé auparavant en citant Yannis Papadopoulos, «les organisations d'autorégulation tels que le "Bureau Tarmed Suisse" limitent le pouvoir de l'Etat dans le contrôle des activités déléguées aux partenaires. Néanmoins, et contrairement à ce qui a été proclamé par certains auteurs […], la liberté de négociation n'est pas nécessairement synonyme de démission Etat. Au contraire, même si certaines activités opérationnelles ont été déléguées, l'Etat continue à jouer un rôle actif dans d'autres aspects».[38] C'est pourquoi la seule participation étatique n'est à elle seule pas suffisante, d'autres modes d'intervention étant nécessaires.

1.3.2. Intervention

Les réseaux de négociation ont pour objectif de pousser les partenaires à collaborer par le respect des mêmes principes et des mêmes modalités de fonctionnement, lesquels sont censés jeter les bases de la définition de processus, semblables à ceux existants dans une économie privée. Ils n'imposent toutefois pas avec qui tisser des rapports privilégiés et ne peuvent par conséquent pas empêcher la dispersion des rapports et la multiplication de réseaux de négociation. C'est pourquoi la définition d'une stratégie politique globale n'est à elle seule pas suffisante à garantir la robustesse du système. La régulation est le seul instrument pour favoriser la coopération entre les partenaires, la cohérence du système dans son ensemble et garantir une coordination nationale.

---

[38] «…as Papadopoulos noticed about general governance institutions, self-regulation organizations such as the "Bureau Tarmed Suisse" limits the State power in controlling the activities delegated to the partners. Nevertheless and differently from what proclaimed by some authors […], the freedom of bargain is not necessarily the synonym of State resignation. On the contrary, even if some operational activities have been delegated, the State keeps playing an active role in other aspects», in PAPADOPOULOS Y., "Political Accountability in Network and Multi-Level Governance", paper prepared for the conference *Linking European, National and Subnational Levels of Governance : Drawing Lessons From Structural Funds, Regional and Environmental Policy of «Connex» Network of Excellence*, Panton University, Athens, May 5-7, and for the workshop Delegation and multi-level governance of the same network, Sciences Po., Paris, May 11 2005 cité par IZZO S., BANKAUSKAITE V., *loc. cit.*, p. 12 et p.13.

La régulation peut toutefois être affaiblie par l'absence d'un contrôle intégré du système financier du système sanitaire et de la planification, ainsi que par la présence d'une forte hégémonie médicale.[39] L'Etat doit ainsi veiller à ce que chaque réseau fonctionne convenablement, car c'est du fonctionnement de l'ensemble des réseaux que dépend la cohérence du système et l'efficacité de la mise en œuvre des objectifs prévus par la loi et, en dernier lieu, la robustesse du système.

Dans un système de quasi-marché et de marché régulé, la régulation permet de réduire la liberté des acteurs et d'inciter à la collaboration. Même dans un système autorégulé, il est nécessaire de fixer des conditions pour une collaboration à long terme entre des partenaires qui ne la souhaitent pas ou qui n'y sont pas intéressés. Cela passe également par des instruments étatiques de type classique, comme la surveillance.[40]

---

[39] «A lack of integrated control over health system financing and planning, as well as the strong hegemony of the medical profession, can make regulation of capacity difficult», in SALTMAN R. B., DE ROO A. A., "Hospital policy in the Netherland: the parameters of structural stalemate", in *Journal of Health Politics, Policy and Law,* n° 14, 1989, pp. 773-95, SCHUT, F. T., *Competition in the Dutch Health Care Sector,* Ridderkerk, Ridderprint, 1995 cités par CHINITZ D., «Good and Bad Health Sector Regulation : An Overview of the Public Policy Dilemmas», in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Care System Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 2002, p. 63. Voir également ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", *loc. cit.*, p. 72.

[40] Comme Richard B. Saltman le note, «regulatory activity itself, in the health sector as elsewhere, consists of legislation, implementation, monitoring and evaluation, enforcement and judicial supervision», in SALTMAN R. B., BUSSE R.,"Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector : theory and practice", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *loc. cit.*, p. 16.

Depuis l'introduction de la LAMal, surtout pendant la première phase de sa révision, le gouvernement a dû intervenir à plusieurs reprises dans les réseaux de négociation pour garantir leur mise en place ou leur fonctionnement. Les interventions étatiques ont pris des formes diverses selon les cas. Lors de l'introduction de Tarmed, le gouvernement est surtout intervenu pour réduire les conflits et les recours dans la définition des tarifs ; s'agissant du DRG il a incité les partenaires à adopter le financement par cas ; quant aux réseaux de qualité, le gouvernement a poussé les partenaires à se coordonner dans une institution nationale. Dans les cas analysés, l'Etat est particulièrement intervenu pour donner des directives en ciblant le champ d'action des partenaires. Là où il n'a pas été possible de piloter le système, il a eu recours à des mesures interventionnistes traditionnelles.

Malgré cela, comme Peter Vincent-Jones le note, l'autorégulation se base sur la confiance, car l'exercice du pouvoir par la surveillance et l'application de sanctions implique des coûts de transactions élevés.[41] Cet aspect est d'autant plus marqué dans un système commercial, dans lequel les sanctions non-légales peuvent avoir des répercussions significatives sur les cocontractants.[42]

---

[41] «Power is regarded an inferior substitute of trust due to the higher transactions cost involved in monitoring and the imposition of sanctions», VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", in *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 3, n° 20, 2000, p. 329.

[42] Hugh Collins note qu'«in order to overcome the risks of betrayal and disappointment, trust and sanctions are vital, but within these mechanisms the legal sanction available for breach of contract appears to occupy only a marginal role. Other devices designed to construct trust and non-legal sanctions [economic costs, refusal to deal with the other party in the future, damage the business reputation]

Dans un système d’économie mixte, dans lequel les objectifs publics doivent être respectés, les sanctions non-légales ont un rôle mineur. Dans un système de gouvernance intentionnelle, tout conflit de gestion, soit tout aspect technique et non politique, peut être laissé à l’arbitrage des partenaires ou d’instances tierces. Cela a par exemple été le cas des conflits liés à Tarmed, dont l’arbitrage a été délégué au TFA. La garantie de la cohérence du système est au contraire une tâche que seul l’Etat peut assumer.

Les structures tarifaires sont approuvées en dernière instance par le gouvernement fédéral. Selon les dispositions LAMal, le gouvernement constitue la dernière instance d’appel dans les négociations tarifaires et les cantons ont un pouvoir de décision dans la définition des prix en cas de désaccords entre partenaires au niveau cantonal. Cette situation leur permet de renforcer leur expertise et, par conséquent, la possibilité de surveiller l’application de la loi. L’externalité des structures de négociation apparaît donc davantage comme un choix de l'Etat de garder une vision plus large sur les activités de santé.[43]

---

play a more prominent part in enabling the parties to overcome the problem of first mover or co-operation», in COLLINS H., *Regulating* contracts, *op. cit.*, p. 104 et p. 101.

[43] «According to the LAMal dispositions in the tariffs negotiations, the Swiss government represents the last appeal instance and the cantons have a decision power in price definition in case of dissension between partners at cantonal level. […] This situation allows them reinforcing their expertise and consequently the possibility monitoring the implementation of law. The externality from the negotiations structures appears consequently more as a State choice to keep a broader vision on health activities», in IZZO S., BANKAUSKAITE V., "The New Modes of Health Swiss System Functioning : The Tariffs Bargaining at the National Level and Their Consequences for the State and the Insured", *loc. cit.*, p. 13.

La délégation du pouvoir dans le domaine des tarifs a par ailleurs été accompagnée d'un renforcement des activités de l'État en dehors des réseaux de négociation. Suite à l'introduction de la LAMal, le contrôle des assureurs-maladie a été amélioré. La surveillance ne se limite pas aux aspects économiques (approbation du montant de la prime, solvabilité économique des assureurs maladie, etc), mais implique une surveillance juridique plus étroite par le gouvernement (à travers l'administration fédérale) de la mise en œuvre appropriée de la loi.[44]

1.4. Conclusions

La gouvernance spontanée étudiée par les économistes néo-institutionnalistes se vérifie dans le cas idéal-typique d'une économie totalement privatisée. Tout système, et, a fortiori, également un système mixte public-privé tel que celui existant dans le domaine sanitaire suisse, requiert plutôt une gouvernance intentionnelle. Seule une gouvernance intentionnelle voulue et guidée par l'Etat peut garantir une mise en œuvre cohérente des principes et des objectifs prévus par la loi. L'Etat doit de plus intervenir pour garantir la robustesse d'un système décentralisé, par la coordination du système.

---

[44] «…the delegation of power in the tariffs domain has been accompanied with a strengthening of the State's activities outside them. With the introduction of LAMal, the control of the sickness insurers has been improved. The monitoring is not limited to economic aspects (approval of the health premium amount, sickness insurers' economic solvency, etc.), but it implies a closer legal supervision of the Swiss government (through the federal administration) on the appropriate implementation of the law», in WIEDMER D., "La Surveillance des assureurs-maladie", in *Sécurité sociale CHSS*, OFAS, n° 5, pp. 248-250 cité par IZZO S., BANKAUSKAITE V., *loc. cit.*, p. 13.

L'obligation de coopérer n'est toutefois pas seule suffisante. Dans les cas que nous avons analysés, elle n'a pas permis d'empêcher l'éclatement des solutions. La régulation doit réduire l'incertitude en offrant aux partenaires un environnement suffisamment stable permettant leur intégration, c'est-à-dire un environnement dans lequel «les "relations concrètes et les structures" génèrent la confiance et découragent les malversations de toutes sortes, non économiques ou extra-économiques».[45] La régulation est censée créer les conditions de dépendance entre les partenaires et clarifier les responsabilités par des processus de suivi. Les réseaux de négociation dans le système sanitaire suisse ont justement eu cet objectif. David Chinitz en conclut, pour ses cas d'étude, que la régulation n'est pas uniquement une alternative au marché.[46]

Les trois cas que nous avons analysés ont démontré que la cohérence du système par rapport aux objectifs étatiques et la garantie de la robustesse du système n'est pas automatique. Lorsque les partenaires s'accordent sur des standards, les instruments ne sont pas forcément adéquats et ne répondent pas toujours aux attentes étatiques. Selon Hugh Collins, la conséquence de l'«absence de disposition contractuelle détaillée sur les risques et la qualité tend à compromettre l'utilité des contrats en tant qu'outil, pour des questions difficiles de coûts, de répartition des risques, et la surveillance de la qualité peut ainsi être omise. Il peut en découler que ces contrats fictifs peuvent rarement atteindre les objectifs de gestion pour lesquels ils sont conçus».[47] Le cas de Tarmed est significatif, car les contrats sont focalisés sur les prix et la standardisation n'est pas en mesure d'empêcher tout conflit. Dans un système très standardisé, les conflits peuvent néanmoins être maîtrisés.

---

[45] «…"concrete relations and structure" generate trust and discourage malfeasance of non-economic or extra-economic kinds…», in WILLIAMSON O., *The Mechanisms of Governance*, *op. cit.*, p. 230.

[46] «…regulation is not simply an alternative to the market, but a tool to improving the manner in which different institutional structures allow participants to complete the transactions in which they are engaged. One important aspect of any transaction is the extent to which each partner involved can be held accountable by the others», in CHINITZ D., «Good and Bad Health Sector Regulation : An Overview of the Public Policy Dilemmas», *loc. cit.*, p. 58.

En ce qui concerne en particulier la définition du financement par cas et des indicateurs de qualité, le gouvernement n'a longtemps pas disposé du consensus nécessaire de la part des partenaires impliqués. Un tel consensus a uniquement été atteint grâce à la conjonction de la définition claire des objectifs dans le texte de la loi et de la mise en œuvre individuelle de la part de certains partenaires concernés, qui ont anticipé les tendances internationales et se sont rapidement organisés. L'accord sur les objectifs et leur mise en œuvre a par conséquent été obtenu par la combinaison d'actions de type «top-down», perfectionnement de la stratégie étatique, et «bottom-up», prise en considération coordonnée et suivi des processus.

Nous partageons par conséquent l'opinion de David Chinitz, d'après qui, «la régulation dans le secteur de la santé n'est pas uniquement une question d'instruments techniques, mais d'interventions gestionnaires. La gestion implique tout particulièrement leadership et capacité d'obtenir un consensus sur les objectifs sanitaires à atteindre et à mettre en œuvre.[48]

---

[47] «…this absence of detailed contractual provision on risk and quality tends to undermine the utility of contracts as management device, for difficult questions of costs, risk allocation, and monitoring of quality can thereby be avoided. It may follow from this argument that these fictional contracts can rarely achieve the management objectives for which they are designed», in COLLINS H., *op. cit.*, p. 318.

Dans un système autorégulé régi par les réseaux de négociations, l'Etat sera amené à intervenir en fonction des cas par des mesures de nouvelle gouvernance en atténuant les conflits, en initiant des pratiques ou en rétablissant la robustesse du système. Il ne peut en conséquence être limité au rôle d'observateur ou d'arbitre, tel qu'évoqué dans de multiples travaux portant sur la gouvernance. Nous considérons que l'Etat ne doit pas avoir un suivi sur la gestion des activités des partenaires. Il doit toutefois l'avoir sur les structures de gouvernance dans leur ensemble, surtout lorsque l'environnement politique est en transformation. Nous estimons en particulier que l'Etat doit fournir des structures de gouvernance robustes. Comme David Chinitz, Matthias Wismar et Claude Le Pen le relèvent, le principal rôle du gouvernement dans les systèmes sociaux d'assurance tient à sa capacité à réunir les principaux acteurs du système dans des réseaux de négociation et à établir un consensus public.[49] Sans un suivi proche et continu des activités des partenaires de la part de l'Etat, la cohérence du système peut être mise en péril et, et avec elle, les prestations pour les assuré-patients.

---

[48] Traduction libre de «regulation in the health sector is ultimately not only a matter of technical tools but a question of ongoing managerial intervention. Management involves not only setting rules and monitoring adherence, but leadership and the achievement of a consensus about the health system goals and implementation that relies on trust and social cohesiveness», in CHINITZ D., *loc. cit.*, p. 69.

[49] Plus particulièrement, les auteurs considèrent que «bringing the stakeholders together for structured negotiations, establishing public consensus, nurturing social solidarity ; these are the roles of government in SHI systems», in CHINITZ D., WISMAR M., LE PEN C., "Governance and (Self-) Regulation in Social Health Insurance Systems", *loc. cit.*, p. 158.

2. Cohérence et robustesse du système

Après avoir commenté le fonctionnement des réseaux de négociation tarifaire et de qualité agissant au niveau national, nous nous concentrerons à nouveau sur le système sanitaire dans son ensemble. Nous reviendrons en particulier à la question centrale de notre thèse, soit de savoir quelles sont les possibilités de gouvernabilité du système sanitaire suisse désormais régi par les principes de concurrence et de NGP, l'efficience, l'efficacité et la transparence.

Nous résumerons premièrement quelles sont les implications pour la gouvernabilité d'un système devenu complexe, car combinant à la foi des mesures planificatrices et une gestion autorégulée par les réseaux de négociation. Nous expliquerons dans quelle mesure l'Etat peut garantir la robustesse du système malgré les limites de mise en œuvre de la LAMal que nous avons évoquées dans les parties deux et trois.

Il ressort de notre étude que l'autorégulation se superpose aux conditions institutionnelles déjà existantes et démultiplie ainsi les lieux de concertation, ce qui remet en cause la prétendue efficience et efficacité de l'ensemble du système prévu par la LAMal. Cette superposition remet également en question l'objectif d'obtenir une meilleure coordination des négociations tarifaires au niveau national, tel que voulu lors de l'adoption de la LAMal en 1996. Nous décrirons ci-dessous le niveau de mise en œuvre des principes de NGP et de concurrence et rappellerons les modalités d'intervention de l'Etat.

2.1 Cohérence du système sanitaire

La garantie de cohérence de la part des acteurs agissant dans le système sanitaire par rapport aux objectifs du gouvernement a été identifiée par les théoriciens de la gouvernance, en tant que tâche prioritaire revenant à l'Etat. Cette tâche est d'autant plus pressante lorsque le système est en partie régi par un système autorégulé, dans lequel les partenaires disposent d'une marge de manœuvre considérable. Selon Richard B. Saltman et Reinhard Busse, cela tient au fait que, dans un système sanitaire, les objectifs politiques et les mécanismes de gestion, tout en étant différents, doivent être conçus de manière à fonctionner convenablement et à permettre un environnement légal cohérent et durable.[50]

En faisant référence aux théoriciens de la gouvernance, nous avons défini la cohérence comme étant la capacité du gouvernement à proposer et concilier des objectifs politiques avec un projet de réformes adéquat, c'est-à-dire en mesure de s'adapter au mieux aux conditions institutionnelles déjà existantes, indépendantes de son adoption. Dans le système sanitaire suisse, le gouvernement a eu un projet qui était, surtout dès la troisième réforme partielle, très cohérent. Certains sous-projets de cette dernière réforme, notamment le monisme, le financement par cas et les modèles alternatifs d'assurance, n'étaient pas compatibles avec le contexte institutionnel existant. Ils n'étaient par conséquent pas applicables à court terme. Le projet de loi et la stratégie prévue étaient trop ardus par rapport à l'environnement législatif en vigueur. Cela explique l'opposition des principaux partenaires à son acceptation et la lenteur dans la mise en œuvre, comme nous l'avons évoqué, notamment dans la troisième partie. L'incitation à leur introduction n'a pas été suffisante, ce qui a engendré des conflits, qui ont débouché sur des impasses et réduit pour longtemps toute possibilité d'harmonisation nationale en matière tarifaire et de qualité.

---

[50] Traduction libre de «…while policy objectives and management mechanisms differ from each other conceptually, they must be designed to fit together if a government is to have a coherent and sustainable regulatory framework in its health sector», in SALTMAN R. B., BUSSE R., "Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector : Theory and Practice", *loc. cit.*, p. 15.

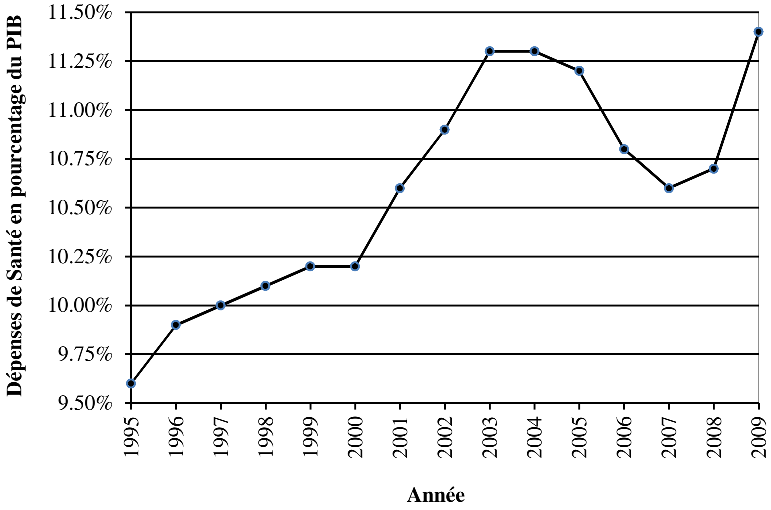
La réforme a en même temps prévu des objectifs en apparente contradiction entre eux, en combinant des mesures d'incitation à la concurrence et des mesures de contrôle de l'offre, dans le domaine ambulatoire avec la clause du besoin, dans le domaine stationnaire avec la planification hospitalière prévue par la RPT. Cette situation a poussé les partenaires à agir dans un premier temps comme ils y étaient habitués auparavant et en tenant compte des contraintes institutionnelles. Leurs actions ont été conditionnées par la «path dependency», ce qui a débouché sur des retards dans la mise en œuvre de la réforme et a fragilisé davantage l'environnement politique. L'inachèvement de la réforme de la LAMal, parallèlement en discussion, a par conséquent été une obstruction à la mise en œuvre d'objectifs déjà acceptés.

Nous décrirons ci-dessous les répercussions pour les objectifs de NGP, d'efficacité, d'efficience et de transparence voulue par la LAMal. Nous rappellerons également quelles ont été les modalités d'intervention de l'Etat dans le système sanitaire suisse pour garantir la robustesse du système.

2.1.1. Les répercussions pour l'efficience et l'efficacité

D'après les réformateurs suisses et en suivant les principes néolibéraux, l'introduction de mécanismes incitatifs devait garantir à terme l'efficacité de l'allocation des ressources du système sanitaire. L'un des buts de la LAMal était justement de réduire les coûts de la santé. Depuis son introduction, ceux-ci n'ont toutefois fait qu'augmenter. Le graphique ci-dessous montre l'évolution des coûts de la santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) de 1995 à 2009. La situation n'a pas changé aujourd'hui.

Graphique 1 : Évolution des dépenses de santé en % du PIB par année



Source : OCDE, Health Data, site internet, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=csp2010, consulté le 22 janvier 2012.

L'augmentation des coûts de la santé s'est traduite par l'augmentation des primes d'assurance-maladie, qui n'a elle aussi pas pu être freinée. Depuis 1999 (base 100 points) l'indice des primes pour l'assurance de base a constamment augmenté, jusqu'à 167.1 points en 2010. L'évolution des primes a causé en moyenne une réduction des revenus de 0.2% entre 2004 et 2005 et de 0.3% entre 2005 et 2006, laquelle a eu des implications significatives sur le pouvoir d'achat global, en particulier pour les personnes à faibles et moyens revenus.

En 2007, les primes n'ont pas augmenté, ce pour la première fois depuis l'introduction de la LAMal. Cela s'explique uniquement par le choix du ministre de l'époque de faire réduire les réserves des assureurs-maladie, ce qui a uniquement eu un effet à court terme. En 2008 le niveau des primes a de nouveau augmenté de 0.5% en moyenne et pour 2009 l'OFSP a décidé une augmentation de 2.6%, correspondant à une augmentation de prime moyenne de 323 CHF.[51] Un résumé de leur évolution de 2000 à 2010 est présenté ci-dessous. Les primes d'assurance n'ont pas cessé d'augmenter, ce qui a obligé l'Etat à intervenir dans le système en augmentant la part des subsides.

---

[51] OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2009,* OFSP, Berne, 2008.

Tableau 10 : Indice total des primes d’assurance-maladie, 2000-2010 (base 1999=100 points)

	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
Indice total*	104.6	110.3	119.0	127.4	134.0	136.7	141.7	143.1	142.5	144.6	156.3
Assurance de base	103.8	109.8	120.8	133.0	142.1	145.6	151.5	153.3	151.7	153.7	167.1
Assurance complémentaire	106.4	111.1	115.4	116.4	117.9	118.9	122.4	123.0	124.4	126.6	134.8

*L’indice reflète l’évolution des primes pour l’assurance de base et l’assurance complémentaire.

Source : OFS, *Indice des primes d’assurance maladie*, site internet http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/05/03/blank/key/index.html (état 6 décembre 2010).

Les réseaux de négociation nationaux de définition des tarifs, initiés par le gouvernement suisse, représentent la solution retenue pour dépasser les différences de fonctionnement entre acteurs privés et publics actifs dans le système sanitaire suisse. L’objectif premier des réseaux de négociation, le Bureau TARMED Suisse et la SwissDRG SA, est d’adopter de nouveaux modes de gestion, notamment les processus, valables pour un système mixte fonctionnant d’après le quasi-marché et le marché réglementé.

Les mêmes partenaires doivent collaborer dans et par les réseaux de négociation, dans lesquels de nouvelles conditions d’interconnexion s’instaurent pour répondre aux exigences légales. Comme Richard B. Saltman et Reinhard Busse le notent, l’introduction de mécanismes de marché par des fournisseurs de prestations publiques est censé préserver la nature publique des fournisseurs de prestations et des valeurs sociales qu'ils incarnent par plus d'efficacité, d'efficience et de responsabilité des patients.[52] La planification hospitalière et l'obligation de contracter conditionnent les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie et leur imposent de collaborer par les réseaux de négociation tarifaire et de qualité, ainsi que dans le reste des secteurs du système sanitaire.

La cohabitation des partenaires dans les réseaux de négociation n'est pas seule garante de la cohérence et de la robustesse du système. Les mêmes contraintes institutionnelles conditionnent les partenaires dans les réseaux. Les tensions pour la définition des tarifs et des critères de qualité, ainsi que pour leur application se répercutent dans les relations que les partenaires ont dans les différents domaines dans lesquels ils interagissent. Le système de tarification Tarmed favorise ces attitudes et influence en conséquence le domaine stationnaire par un transfert des coûts vers l'ambulatoire. Étant donné que les systèmes incitatifs n'ont pas encore été instaurés dans le domaine stationnaire, on a assisté à un transfert des coûts vers le domaine ambulatoire. La tendance à augmenter le volume des prestations n'a pas diminué avec l'introduction de la LAMal.

L'autorégulation n'offre par conséquent pas les garanties d'efficience et d'efficacité voulues par la LAMal. Sa mise en œuvre n'a été que partielle, le financement par cas n'ayant pas encore été introduit, et ne touche qu'un nombre limité de secteurs, alors que d'autres pays, notamment l'Allemagne, envisagent de ne plus y recourir. Les systèmes d'assurance alternatifs commencent depuis peu à connaître une évolution positive et les critères de qualité ne sont qu'en partie uniformisés au niveau national. Ce fractionnement se répercute sur la possibilité d'atteindre l'objectif de la transparence.

---

[52] «…the introduction of market-style mechanisms with publicly operated providers can –by bringing greater efficiency, effectiveness and patient responsiveness– preserve the future of publicly owned providers and of the social values they embody», in SALTMAN R. B., BUSSE R., "Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector : Theory and Practice", *loc. cit.*, p. 7.

2.1.2. La garantie de la transparence

Pour les réformateurs, les nouveaux modes de fonctionnement basés sur les principes de concurrence et de NGP auraient à terme permis de garantir la transparence du système. La LAMal n'a pas permis de garantir cet objectif. Le système sanitaire a besoin de structures de gouvernance en mesure de dépasser les différences institutionnelles entre les partenaires et entre les secteurs. Les réformes suisses ont visé un système dans lequel la responsabilité des fournisseurs de prestations passe en partie par le suivi des processus, par le financement par cas dans le domaine stationnaire et par les modèles alternatifs d'assurance dans le domaine ambulatoire. À terme, ces deux systèmes visent l'intégration des soins, qui constitue une alternative à l'introduction du marché, parmi d'autres stratégies.[53]

Selon notre analyse, il est toutefois apparu que l'intégration n'a été que partielle. L'autonomie accordée aux partenaires a engendré une gouvernance spontanée caractérisée par de multiples systèmes non coordonnés entre eux, péjorant toute possibilité de suivi et de contrôle, comme souhaité par les mesures incitatives. La présence de multiples systèmes prétérite par conséquent nécessairement la comparabilité de l'ensemble et donc la transparence.

---

[53] «Market-facilitating strategies» mentionnées par JACOBSON P. D., "Regulating Health Care : From Self-Regulation to Self- Regulation", *loc. cit.*, p. 1166.

Dans le système stationnaire, la définition des cas pour les tarifs nationaux n'a concerné, dans un premier temps, que les soins aigus, et elle concernera par la suite la réadaptation et la psychiatrie. Le financement par cas n'est de plus pas encore entré en fonction. La définition des tarifs reste fractionnée selon les cantons et le secteur d'action. Les modèles alternatifs d'assurance n'ont connu que récemment une évolution positive, tout en restant minoritaires par rapport aux modèles d'assurance traditionnels.[54] Cela s'explique en particulier par le fait que le système de tarification ambulatoire, basé sur la régulation des prix, n'a pas été modifié. La régulation tarifaire au niveau national doit permettre aux fournisseurs de prestations de continuer à tirer bénéfice de l'augmentation du volume des prestations fournies. Les pratiques de transfert des coûts du stationnaire à l'ambulatoire ci-dessus évoquée découlent également de cette situation. Un vrai contrôle sur l'offre de la part des assureurs maladie, comme souhaité par la LAMal, ne peut par conséquent pas être garanti, ce qui est également vrai pour le contrôle de la qualité, pour lequel un système d'accréditation au niveau national n'existe pas encore.

---

[54] SANTÉSUISSE, "Managed Care-Reform : Anreize Richtig Setzen", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, 2011, n° 1, p. 2.

2.2. Les répercussions sur la robustesse du système sanitaire

Les réseaux de négociation ne touchent qu'aux aspects de tarification et de qualité. Ils ne recouvrent qu'une partie du système sanitaire suisse. Ils se sont superposés au fonctionnement du système déjà existant. Le système sanitaire suisse constitue à notre sens un cas emblématique de ce que l'on entend par société complexe. La superposition de nouveaux et d'anciens modes de gestion a complexifié sa structure et appelle de nouveaux modes d'intervention étatique de gouvernance et de nouvelle gouvernance. D'après la LAMal, l'adoption des mécanismes de NGP et de concurrence devait réduire la dimension politique du marché sanitaire. Cependant, comme David Chinitz le relève pour les autres systèmes sociaux d'assurance des pays de l'OCDE, la NGP n'est pas seule suffisante à résoudre tous les problèmes d'efficacité.[55]

L'autorégulation qui en découle ne peut pas garantir seule la cohérence et, par conséquent, la robustesse du système sanitaire. Cela correspond à la pensée désormais répandue dans les autres pays de l'OCDE selon laquelle il n'est pas souhaitable de séparer l'implication du gouvernement de l'interaction des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire. L'Etat devrait avoir son rôle dans la définition des conditions-cadre pour le financement, le paiement des acteurs tiers, la fourniture des services dans l’offre de soins et la régulation des relations entre les différents partenaires.[56]

---

[55] CHINITZ D., MEISLIN R., ALSTER-GRAU I., "Values, Institutions and Shifting Policy Paradigms : Expansion of the Israeli National Health Insurance Basket of Services", in *Health Policy*, Vol. 90, n°1, 2009, pp. 37-44.

Notre étude a clairement démontré que pour garantir la robustesse du système dans son ensemble, des mécanismes de régulation sont nécessaires.[57] Dans un système mixte public-privé, la régulation devient une tâche prioritaire de l’Etat. Celui-ci, notamment la Confédération, est responsable en dernier ressort de l’évolution des coûts de la santé et du niveau des primes. C’est pourquoi les tâches de surveillance du marché autorégulé lui reviennent

Dans les cas que nous avons analysés, l’Etat est intervenu pour pallier les dérives de fonctionnement des réseaux de négociation, mais également directement sur les marchés assurantiels et des prestations. Nous rappellerons ci-dessous quels ont été les outils étatiques employés par le gouvernement pour garantir la robustesse du système, condition *sine qua non* à sa gouvernabilité.

---

[56] Traduction libre de «there […] is adequate evidence to warn against separating state involvement from the interplay between the key actors of the health care. The state should have its role in setting the framework in financing of health care, in payments from third-party payers to service providers, in health care delivery and in regulating relationships between different actors», in KOKKO S., HAVA P., ORTUN V., LEPPO K., "The Role of the State in Health Care Reform", in SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1998, p. 305.

[57] Pour une réflexion sur la regulation dans le domaine santiaire voir par exemple, ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", *loc. cit.*, pp. 65-85 ainsi que JACOBSON P. D., *loc. cit.*, pp. 1165-1177 les deux auteurs adoptant une prospective différente.

2.2.1. Les interventions étatiques

Dans leurs activités hors des réseaux de négociation, les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie ont continué à agir de la façon à laquelle ils étaient habitués, causant des effets inattendus par rapport aux objectifs prévus par la LAMal. Dès l'introduction de la réforme, l'Etat est intervenu pour pallier les dérives du système, de manière différente selon les cas, par des moyens classiques ou de nouvelle gouvernance.

Nous avons décrit dans la deuxième partie quelles ont été les principales attitudes adoptées par les acteurs lors de l'adoption de la LAMal. Nous avons montré que les assureurs maladie ont continué à pratiquer la sélection des risques. Nous avons également évoqué comment les fournisseurs de prestations stationnaires ont, dans un premier temps, adopté une attitude autarcique évitant toute collaboration intercantonale et interhospitalière, de même que les fournisseurs de prestations ambulatoires n'ont pas immédiatement adopté les modèles alternatifs d'assurance.

Pour remédier à ces situations, l'Etat est intervenu par des moyens classiques de commande et de contrôle de l'offre des services de santé. Pour éviter toute pratique de sélection des risques, il a adopté des mesures disciplinantes envers les assureurs-maladie en les empêchant de pratiquer toute interdépendance entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Il a également prolongé le fonds de compensation des risques. Il a régulé l'offre ambulatoire par la clause du besoin et l'offre stationnaire par la planification décrite par la RPT, ainsi que, dans un premier temps, par le paiement des services hors canton de résidence. L'Etat a de plus régulé la distribution des subsides pour les primes d'assurance par une harmonisation cantonale. C'est également à l'Etat que revient la définition des catalogues de prestations et des médicaments couverts par l'assurance de base. Toutes ces interventions devaient permettre de garantir l'équité de traitement et pallier les attitudes utilitaristes des assureurs-maladie et des fournisseurs de prestations, qui ne correspondaient pas aux objectifs de la LAMal, notamment freiner la hausse des coûts de la santé.

L'Etat a ensuite agi par des moyens de nouvelle gouvernance en intervenant dans les réseaux de négociation, comme décrit dans la troisième partie. Il a agi en tant que modérateur des conflits et, en surveillant les réseaux de négociation tarifaire, il a initié la mise en oeuvre des objectifs prévus par la loi s'agissant du financement par cas et a sollicité une coordination en matière de qualité. Il a de plus lui-même mis en œuvre des services d'information pour la sécurité des patients. L'Etat doit désormais veiller à ce que les processus de fourniture de prestations se déroulent de façon efficiente, efficace et transparente. À notre sens, le pilotage ne se borne pas à un euphémisme de l'autorégulation, comme évoqué par les théoriciens de la nouvelle gouvernance mentionnés dans la partie théorique. Il implique au contraire une action concertée de l'Etat et des partenaires et, surtout dans les systèmes régulés, il doit veiller à la définition des responsabilités.

2.2.2. L'Etat, l'information et la robustesse du système

D'après les théories de la nouvelle gouvernance, l'Etat doit, outre la fixation des objectifs, définir les responsabilités du système autorégulé et veiller à leur vérification. Il est censé garantir la performance du système dans son ensemble,[58] tant par la satisfaction des besoins des assurés-patients, comme pour tout autre service au public, que par le développement d'une stratégie, le suivi des processus et la garantie de l'information.[59] Son rôle est d'assurer la tenue du système, sa robustesse, de sorte que tout acteur agisse de façon responsable, ce qui doit d'autre part permettre de garantir une allocation efficace et équitable des ressources. Dans un système autorégulé, le rôle du gouvernement est également de définir les résultats que l'on attend du système sanitaire. Par ses interventions, il est censé guider tous les acteurs afin qu'ils définissent et suivent les processus pour produire les prestations attendues. C'est toujours à l'Etat que revient la tâche de vérification des résultats et leur diffusion.[60]

Une des tâches centrale de l'Etat, dans un système autorégulé, est de coordonner l'émission de critères d'accréditation et de certification, en vue de faciliter leur introduction sur les marchés des partenaires. Selon Peter D. Jacobson, «les stratégies de simplification du marché, tels que l'accréditation privée de codes déontologiques, sont conçues pour permettre au marché de fonctionner plus efficacement».[61] Dans tous les pays de l'OCDE, il est désormais question de mettre en œuvre le système de la médecine fondée sur des preuves, plus connue sous son appellation anglaise, «the evidence based medicine» (EBM). Il s'agit d'un système dans lequel l'utilisation efficace des ressources est clairement démontrée. Les fournisseurs de prestations doivent par conséquent offrir non seulement des services, mais des services de qualité à des prix bas et dans de brefs délais, comme pour tout produit commercialisable.[62]

---

[58] FIGUERAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E., "Purchasing to Improve Health Systems Performance : Drawing the Lessons", in FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 62-64 et sur le rôle spécifique du gouvernement, HUNTER D. J., SHISHKIN S., TARONI F., "Steering the Purchaser : Stewardship and Government", in *ibid.*, pp. 164-186.

[59] Les attentes envers l'État s'approchent de plus en plus à celles prévues pour une entreprise privée. À ce propos voir, WAIBEL R., KÄPPELI M., *Betriebswirtschaft für Führungskräfte. Die Erfolgslogik des unternehmerischen Denkens und Handelns*, 2., überarbeitet Auflage, Zürich, Versus Verlag, 2008 tout particulièrement, pp. 252-253.

[60] Sur la surveillance étatique voir par exemple, COLLINS H., *Regulating* contracts, *op. cit.*, p. 64.

La Suisse, comme les autres pays de l'OCDE, se rapproche de plus en plus du principe de «value based competition on results» proposée par Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg pour la réforme du système américain. Selon ces auteurs, la performance ne peut pas être évaluée sur le seul niveau des coûts, ni sur la seule quantité de services délivrés. Elle doit être jugée uniquement sur l'efficacité des résultats obtenus, en fonction de l'efficience de l'utilisation des ressources et de leur qualité. Cependant, notre analyse a démontré que dans un système dans lequel plusieurs types de marchés et de gouvernance cohabitent, la garantie que les partenaires fournissent une information exhaustive, tant sur les coûts que sur la qualité des soins, est compromise.

---

[61] «Market-facilitation strategies, such as private accreditation of professional ethical codes, are designed to enable the market to function more effectively», in JACOBSON P. D., "Regulating Health Care : From Self-Regulation to Self-Regulation", *loc. cit.*, p. 1166.

[62] Pour une analogie des produits d'une économie privée, voir encore WAIBEL R., KÄPPELI M., *op. cit.*, pp. 241-248.

Pour Michael E. Porter et Elizabeth Olmsted Teisberg, l'Etat a principalement pour tâche de pallier les imperfections du marché de la santé, lesquelles ont été identifiées par Kenneth J. Arrow au début des années '60, à savoir l'impossibilité de commercialiser la charge souhaitable des risques et la commercialisation imparfaite de l'information.[63] Par conséquent, la tâche principale de l'Etat consiste à réduire l'asymétrie d'informations entre les assurés-patients et les fournisseurs de prestations. L'Etat est à ce titre simplement censé garantir une information transparente sur les résultats en développant des systèmes de récolte et de distribution des données.[64]

Toutefois, pour Florian P. Kreisz et Christian Gericke l'intégration des soins est d'autant plus compliquée lorsque les fournisseurs publics et privés sont supposés interagir à différents niveaux d'un continuum de soins donnés.[65] Dans un système fractionné, le transfert des coûts ne pourra pas être évité. C'est pourquoi, tout en partageant l'idée de la nécessité d'un emploi efficace des ressources, nous estimons que l'Etat doit se doter d'autres instruments pour garantir la robustesse du système, qui vont bien au-delà de l'information. Cela est tout particulièrement vrai pour les systèmes hybrides, le modèle désormais le plus répandu parmi les pays de l'OCDE.

---

[63] «…the nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfection marketability of information», in ARROW, K. J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care ", in *American Economic Review*, Vol. 53, n° 5, 1963, p. 947 cité par JACOBSON P. D., *loc. cit.*, p. 1165.

[64] PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, *op. cit.*, p. 342.

[65] «The integration of care is all the more difficult where public and private providers are supposed to interact at different levels of a given care continuum», in KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", in *Health Economics, Policy and Law*, n° 5, 2010, p. 20.

S'agissant du cas suisse, «intégrant certains éléments de l'économie de marché, s'inspirant des principes de concurrence, de gestion d'entreprise et encourageant le profit, le système de santé d'inspiration libérale ne permet qu'un engagement modéré de l'Etat et accorde une large place au secteur non étatique : acteurs économiques, médecins en cabinets privés et œuvres privées d'intérêt communautaire».[66] Indépendamment de cela, d'après notre analyse, l'Etat a continué à intervenir dans le système après l'introduction de la LAMal par des moyens traditionnels et de nouvelle de gouvernance, dans le but de sauvegarder la robustesse du système, ce qui soulève la question de la gouvernabilité.

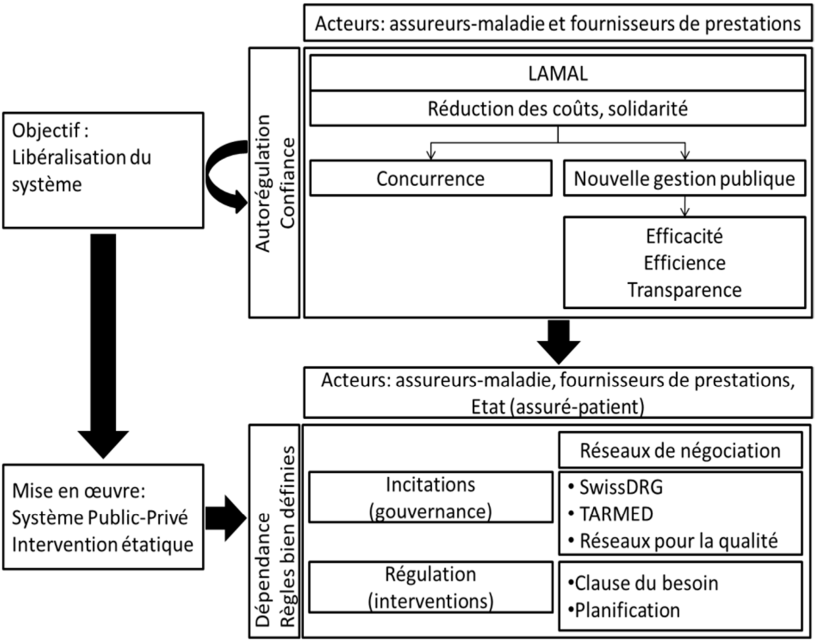
2.3. Conclusion : la gouvernabilité du système

Après avoir commenté les résultats de la mise en œuvre de la LAMal, nous revenons à notre question centrale, qui est de savoir quelles ont été les conséquences pour la gouvernabilité d'un système régi par les principes de la concurrence et de la NGP –l'efficacité, l'efficience et la transparence– voulues par la LAMal en 1996 et mis en œuvre à partir de la troisième réforme partielle surtout, dès 2004. Pour ce faire, nous nous réfèrerons au graphique présenté ci-dessous, qui résume la démarche et les principaux résultats de notre recherche. Dans la première partie du graphique, nous avons rappelé les principes et les objectif de la LAMal, dans la deuxième nous avons résumé les principales modalités de mise en œuvre et les résultats de la réforme.

---

[66] OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives*, Berne, OFSP, 2006, p. 37.

Graphique 2 : Gouvernabilité dans le système sanitaire Suisse


Acteurs: assureurs-maladie et fournisseurs de prestations
Objectif : Libéralisation du système
Autorégulation
Confiance
LAMAL
Réduction des coûts, solidarité
Concurrence
Nouvelle gestion publique
Efficacité
Efficience
Transparence
Acteurs: assureurs-maladie, fournisseurs de prestations, Etat (assuré-patient)
Mise en œuvre: Système Public-Privé Intervention étatique
Dépendance
Règles bien définies
Réseaux de négociation
Incitations (gouvernance)
• SwissDRG
• TARMED
• Réseaux pour la qualité
Régulation (interventions)
•Clause du besoin
•Planification

En ce qui concerne les principes, comme nous l’avons vu au premier chapitre de la première partie, l’objectif central de la LAMal était de réduire les coûts de la santé par la libéralisation du marché sanitaire. Dans ce but, le gouvernement a prévu un système basé sur l’autorégulation des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire, notamment les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires.

L’autorégulation devait principalement garantir la coordination nationale des négociations tarifaires et l’introduction des critères de qualité. Les réseaux de négociation étaient quant à eux censés introduire des processus pour un marché intégré et garantir de la sorte une meilleure transparence des prestations fournies. Ces processus devaient toutefois être adoptés alors que l’obligation de contracter et la planification subsistaient. L’existence de marchés planifiés et réglementés explique pour quelle raison les partenaires ont tergiversé dans la constitution du Bureau Tarmed et, surtout, de l’Association DRG et des réseaux s’occupant de la qualité. Ces constitutions ont dû être encouragées et coordonnées par le gouvernement, comme nous l’avons vu. Elles n’ont toutefois été effectives qu’après l’aval du Parlement, dès la deuxième moitié des années 2000.

Étant donnée la non linéarité entre objectifs politiques et fourniture de prestations dans un système autorégulé, le gouvernement doit s’assurer que les réseaux de négociation fonctionnent convenablement, car de leur efficience dépend l’intégration du système et, par conséquent, sa robustesse. L’Etat doit de plus garantir que l’ensemble du système continue à fonctionner efficacement et, dès lors, que les réseaux de négociation s’insèrent adéquatement dans le tout. Dans le système sanitaire suisse, l’Etat est intervenu par plusieurs moyens dans le but de contrôler les coûts et de garantir une baisse des primes d’assurance-maladie.

En raison des contraintes institutionnelles, le gouvernement a continué à contrôler l'offre par des mesures planificatrices : liste des hôpitaux, planification de la médecine hautement spécialisée et clause du besoin. La conjonction de mesures incitatives et de régulation a engendré un système complexe appelant la multiplication des interventions étatiques, plutôt que sa réduction, cela afin de garantir le fonctionnement sanitaire dans son ensemble.

L'efficacité ne peut pas être évaluée sur chaque résultat prix individuellement, mais sur la performance[67] du système dans son ensemble. La mise en œuvre performante des objectifs de solidarité, d'équité d'accès aux prestations prévues par la LAMal et de bien-être de la population en général, dépend également du bon fonctionnement du système. L'Etat doit principalement assurer le maintien des acquis sociaux,[68] malgré les ressources limitées dont il dispose. C'est pourquoi, il ne peut plus être considéré comme distributeur de bien-être, mais comme garant de la justice sociale. Cette situation explique en même temps la raison pour laquelle l'Etat doit continuer à intervenir par des moyens de protection. Dans le cas suisse, il l'a fait en améliorant l'égalité dans la distribution des subsides aux primes d'assurance-maladie et en améliorant les mécanismes d'équité de l’assurance-maladie (obligation d’assurance, obligation d’admission, fonds de compensation des risques, planification de l’offre). L’Etat doit également veiller à ce que les acteurs tiers adoptent une attitude équitable envers l’assuré-patient.

---

[67] Pour une réflexion approfondie sur les différentes approches sur la performance voir, SMITH P. C., MOSSIALOS E., PAPANICOLAS I., LEATHERMAN S. (eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects*, Health Economics, Policy and Management Series, World Health Organisation (WHO) and European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

[68] SOULET M.-H., *Solidarité : la grande transformation.Crise et recomposition des solidarités. Vers un nouvel équilibre État-société civile*, collection «Res Socialis», Fribоug, Academic Press Fribourg, , 1996, p. 18.

Les activités de gouvernance dans le domaine sanitaire répondent désormais aux exigences de «stewardship» identifiées par la banque mondiale il y a une dizaine d’années.[69] Le rôle de l’Etat est en particulier aussi de s’assurer que le fonctionnement fondé sur une économie de marché ne porte pas préjudice au bien-être de l’assuré-patient et qu’il n’y ait pas d’inégalité de traitement. La performance ne peut pas se borner à l’utilité des seuls partenaires, d’autant moins s’ils ont un but lucratif. Toute action est censée se produire sans remettre en cause l’intérêt général ou la stratégie étatique issue du mandat politique. Les possibilités de responsabilisation de l’assuré-patient dépendent également de l’efficacité du système. Comme nous l’avons vu dans la deuxième partie, l’assuré-patient dispose d’une marge de manœuvre réduite pour exercer son droit au choix. De façon générale, l’assuré-patient a pour le moment été exclu de tout processus.

---

[69] Sur les aspects de gouvernance voir par exemple, HUNTER D. J., SHISHKIN S., TARONI F., "Steering the Purchaser : Stewardship and Government", *loc. cit.*, pp. 164-186.

3. Conclusion du chapitre: structures de gouvernance et intégration

Par l'intégration,[70] adoptée surtout dès la troisième réforme partielle de la LAMal, la Suisse et les pays de l'OCDE sont entrés dans une troisième phase de réformes depuis les années '70. Après la réduction des coûts durant les années '70 et le début des années '80 et les changements financiers et structurels de la fin des années '80 et '90, il est désormais question d'améliorer la qualité et l'équité d'accès aux prestations.[71] Les systèmes sanitaires de ces pays tendent tous vers des modèles intégrés médicalement, dans le sens de groupes d'acteurs efficaces travaillant ensemble sur le long terme avec l'objectif d'atteindre l'excellence.[72] L'intégration est l'un des instruments devant à terme permettre de réduire les incertitudes liées aux transactions commerciales et garantir un fonctionnement optimal du marché, tel que proclamé par les néo-institutionnalistes.[73]

Ces théoriciens considèrent que l'intégration est l'instrument permettant de garantir pour les patients un système basé sur la valeur et non pas uniquement sur la réduction des coûts. Il n'est pas question de mettre en œuvre «the best practice medicine», c'est-à-dire l'efficacité clinique, ni, nous nous permettons de l'ajouter, «the economics based medicine». Ce qui est cliniquement efficace peut ne pas l'être économiquement. Ce qui est cliniquement efficace peut ne pas être efficient dans l'utilisation des ressources.[74]

---

[70] PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, *op. cit.*, p. 75.

[71] Voir par exemple HARRISON M. I., *Implanting Change in Health Systems Market Reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*, London, Sage Publications, 2004, pp. 4-7.

[72] Traduction libre de «…in the sense of groups of skilled individuals working together consistently over time in a focused way to attain true excellence», in PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *op. cit.*, p. 169.

[73] WILLIAMSON O. E., *The Mechanisms of Governance*, *op. cit.*, p. 235.

En Suisse, c'est dans le cadre des réseaux de négociation que les instruments pour l'intégration sont définis et que les partenaires tissent des rapports de confiance et de dépendance nécessaires au suivi des processus. Les tentatives d'intégration ont principalement concerné l'introduction du financement par cas dans le système stationnaire et les modèles de «managed care» dans le domaine ambulatoire. Comme nous l'avons vu, le financement par cas est censé introduire un principe de comparabilité uniforme dépassant les limites à la concurrence causées par le fédéralisme et la planification. À terme, il s'agit de garantir la possibilité de délivrer des mandats à tout établissement –hôpital, clinique privée– démontrant l'expertise la plus élevée dans un domaine particulier et de favoriser la collaboration entre tout type d'établissement hospitalier.

Dans le domaine ambulatoire, les conventions Tarmed ont eu l'objectif d'augmenter la transparence et la mesurabilité des prestations. Elles ont constitué un instrument de contrôle des coûts des prestations pour les assureurs-maladie. Elles ont en même temps ouvert la voie à la conclusion de contrats spécifiques de type «managed care», qui ont dernièrement légèrement augmenté, tout en restant minoritaire par rapport aux assurances-maladie de type traditionnel.[75] L'objectif d'intégration a également concerné les initiatives dans le domaine de la qualité, lesquelles, comme nous l'avons vu, ont longtemps été placées au deuxième plan dans les priorités des partenaires. La conviction des partenaires sanitaires que la qualité est un indicateur trop coûteux est désormais en train de changer.

---

[74] Plus spécifiquement, les auteurs considèrent que «redefining health care competition around value will require changes in the structure, organization, measurement, and time horizon of patient care […]. The activities of all those involved in the cycle of care must be integrated and coordinated […]. With coordination of care will come joint accountability for outcomes and cost over the full care cycle by all those involved», in PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *op. cit.*, p. 101.

L'intégration doit en même temps répondre aux nouveaux objectifs de justice sociale corrélés à un système sanitaire fonctionnant d'après les principes de marché. Dans ce contexte, la solidarité ne peut pas se borner à la seule fixation d'un minimum de protection. Elle demande en plus la mise en œuvre de conditions équitables au fonctionnement d'un système non discriminatoire pour les assurés-patients. La liberté de choix et la responsabilisation sont deux instruments qui ont été adoptés par le gouvernent suisse pour encourager la demande et favoriser ainsi les mécanismes de marché.

Par la mise en œuvre de réseaux de négociation, le gouvernement a visé la mise en place de systèmes structurés de négociation. C'est par les structures de gouvernance que l'intégration se réalise. Nous estimons toutefois que cela n'est pas suffisant sans un certain niveau de robustesse des structures de gouvernance du système sanitaire. Il ressort de notre étude que de tels systèmes ont besoin d'une coordination étatique supérieure, car la collaboration entre les partenaires ne se traduit pas automatiquement par un système performant et cohérent. La collaboration entre les partenaires, au lieu d'engendrer des systèmes intégrés, peut se développer en parallèle entre plusieurs groupes d'acteurs en concurrence. Le groupe qui s'imposera sera le plus efficace, celui qui réussit le mieux à s'adapter au système en cherchant si possible des économies d'échelle en fusionnant avec d'autres groupes.[76]

---

[75] Intervention de Konstantin Beck, "Sind integrierte Versorgungsmodelle tatsächlich effizienter ?", au colloque *Herausforderung Innovation,* 6. Trendtage Gesundheit Luzern, organisé par le Forum Gesundheit Luzern, KKL, Lucerne, 17 et 18 mars 2010 et SANTÉSUISSE, "Managed Care-Refom : Anreize Richtig Setzen", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 1, 2011.

Comme nous l'avons vu, la planification cantonale et le corporatisme jouent un rôle prépondérant dans la distribution des services au public dans le domaine stationnaire et dans le domaine ambulatoire, ce qui limite les possibilités de libéralisation totale du système, comme souhaité par le gouvernement. Les incitations et les interventions pour pallier les contraintes institutionnelles se sont révélées insuffisantes.[77]

Pour éviter tout éparpillement de l'offre, le gouvernement suisse est censé développer une stratégie, ce qui nécessite une vision d'ensemble passant par le suivi et la coordination des activités des structures de gouvernance. À différence de celles spontanées, les structures de gouvernance intentionnelles, c'est-à-dire celles voulues par les autorités, doivent également contribuer au maintien de la cohérence et de la stabilité du système. Par les structures de gouvernance, les partenaires sont tenus de se conformer aux objectifs politiques, ce indépendamment du degré de stabilité de l'environnement politique. S'agissant de structure de gouvernance intentionnelle et d'un système régulé, les partenaires doivent de plus se discipliner et suivre la stratégie «super ordonnée» poursuivie par le gouvernement. L'intégration crée des dépendances qui garantissent un fonctionnement stable du système aux niveaux organisationnel et financier, qui constituent, d'après Richard B. Saltman, deux caractéristiques des systèmes sociaux d'assurance.[78]

---

[76] C'est ce qui s'est par exemple passé aux États-Unis, «at the same time that the health plans moved away from the cost-plus reimbursement of providers that had led to overbuilding, providers began to consolidate into large, broad line groups to counter health plans' negotiating power», in PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *op. cit.*, p. 78.

[77] Pour une analye de toutes les contraintes du système sanitaire suisse voir, VATTER A., "Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik", *loc. cit.*, pp. 155-165.

Nous estimons qu'une libéralisation totale du système *via* son intégration n'est à moyen terme pas adéquate pour le système sanitaire suisse. Son inadéquation tient en partie à son inachèvement, mais surtout aux contraintes institutionnelles ayant pesé sur les actions des partenaires actifs dans le domaine sanitaire, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises. Nous partageons par conséquent l'opinion d' François Ewald et Denis Kesseler, selon qui «l'économie de marché n'implique ni abstention ni disparition de l'Etat. Gouverner selon le marché demande au contraire que l'Etat utilise les pouvoirs qui sont les siens pour le doter des institutions qui, dans un contexte déterminé, assurent son bon fonctionnement. L'idée que l'Etat doit moins faire par lui-même que laisser faire les acteurs économiques n'implique aucune abstention de sa part».[79]

---

[78] SALTMAN R. B., "Social Health Insurance in Perspective the Challenge of Sustaining Stability", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, *op. cit.*, pp. 3-20.

[79] EWALD F., KESSLER D., "Les Noces du risque et de la politique", in *Le Débat*, n° 109, mars-avril 2000, p. 70.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans notre thèse, nous avons étudié quelles sont les implications pour la gouvernabilité d'un système partagé, basé sur les principes de NGP et de concurrence. Nous avons analysé l'adoption des réformes sanitaires suisses, combinant à la fois des mesures régulatrices et de planification. Nous avons montré que les incitations ne sont pas seules suffisantes à garantir l'efficience, la transparence et l'efficacité du système, comme souhaité par les réformateurs. Elles nécessitent en plus la motivation des partenaires concernés et un environnement politique stable. De telles conditions ont manqué, surtout dans la première phase d'application la LAMal, ce qui a causé des retards et des dérives dans la mise en œuvre des objectifs politiques.

Nous avons structuré nos propos en trois dimensions. Une première dimension par laquelle nous avons présenté la genèse de l'adoption de la LAMal, ainsi que des projets de réforme successifs, et évoqué les premières difficultés de mise en œuvre. Durant la première phase de l'introduction de la LAMal, seules les mesures les moins controversées ont pu être instaurées. Le gouvernement a tenté, avec le projet de troisième réforme, de pallier les oppositions en divisant la réforme en paquets législatifs, à mettre en œuvre de façon progressive. Le gouvernement a toutefois, dans le même temps, radicalisé les réformes en les orientant vers une compétition régulée et vers l'intégration des soins, avec l'instauration des réseaux de négociation au niveau national en matière tarifaire et de qualité.

Par une deuxième dimension, nous avons étudié en profondeur la mise en œuvre de ces réseaux de négociation. Il est ressorti de notre analyse que la nature non-volontaire de ces réseaux a rendu les partenaires très vulnérables à l'environnement politique, caractérisé par l'inachèvement des réformes. Leur fonctionnement a été prétérité et, en conséquence, celui du système dans son ensemble. Nous avons ainsi montré que l'Etat a dû intervenir à plusieurs reprises par des incitations à l'autorégulation, tout en continuant d'adopter des mesures de contrôle de l'offre pour ne pas porter préjudice à l'accès aux soins.

La troisième dimension a été consacrée au développement de notre thèse, notamment les possibilités de gouvernabilité dans un système autorégulé. Nous sommes arrivés à la conclusion que les systèmes autogérés nécessitent des interventions étatiques. La forme de la régulation a changé par rapport aux interventions passées. L'Etat est appelé à garantir la cohérence du fonctionnement du système par rapport aux objectifs politiques, il est en même temps censé assurer la robustesse du système dans son ensemble. Il doit en particulier offrir les conditions institutionnelles adéquates pour que les nouveaux modes de fonctionnement s'insèrent convenablement dans les structures existantes.

Question de départ et intérêt du cas étudié

Par notre étude, nous nous sommes posé la question centrale de savoir quelles sont les implications pour la gouvernabilité d'un système adhérant aux principes de NGP –efficience, efficacité, transparence et qualité– et de concurrence. Nous avons notamment voulu analyser les implications pour la cohérence, en regard des objectifs politiques, d'un système fonctionnant d’après la délégation et l’autorégulation. Nous nous sommes posé la question de savoir, ce qu’il en est de la gouvernabilité dans une société basée sur la délégation.

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi le cas de l’assurance-maladie suisse, lequel, dès le milieu des années ‘90, lors de l’adoption de la LAMal, a adhéré aux principes de NGP et de concurrence. L’objectif de libéralisation du secteur sanitaire a été confronté aux contraintes institutionnelles qui le caractérisent, notamment le fédéralisme et le corporatisme. Pour faire face à cette situation, le gouvernement suisse a, dès le milieu des années ‘90, décidé de combiner des mesures incitatives et des mesures régulatrices. Les incitations devaient être réalisées par l’adoption de réseaux de négociation pour harmoniser les modes de financement publics-privés et pour instaurer des critères de qualité, ce au niveau national. Tout en plaidant pour une plus grande responsabilisation, les professionnels du système sanitaire se sont longtemps opposés aux changements dans les modes de financement et de contrôle de qualité. Les caractéristiques institutionnelles du système sanitaire suisse expliquent également la nature non spontanée des réseaux de négociation, ce qui les différencie de ceux étudiés par les économistes néo-institutionnalistes.

Les réseaux de négociation ont été le résultat de fortes incitations étatiques, qui en ont conditionné la mise en œuvre et le fonctionnement. Ceci a contribué au repositionnement des principaux acteurs dans le système sanitaire suisse et a modifié leur façon d’interagir. La mise en œuvre de la LAMal n’a toutefois été possible que par la conjonction d’incitations étatiques et d’initiatives prises par les acteurs actifs dans le domaine sanitaire. La tâche du gouvernement a donc consisté à les coordonner et à les harmoniser dans le sens de la loi, ce qui n'a été possible qu'une fois l'environnement politique stabilisé et les attentes clarifiées.

Réseaux de négociation et interventions étatiques

Dans le schéma présenté ci-après, nous avons résumé les principaux résultats de notre recherche, par des cercles concentriques. Dans un premier cercle nous avons représenté les réseaux de négociation en tant que résultat des incitations du gouvernement à se convertir aux principes de concurrence. Les réseaux de négociation devaient permettre la définition des standards nécessaires au suivi des processus au niveau opérationnel et à l'intégration du système. Ils n'ont toutefois concerné que des secteurs très partiels du domaine sanitaire, notamment les tarifs ambulatoires, une petite partie du domaine stationnaire et l'adoption généralisée des critères de qualité.

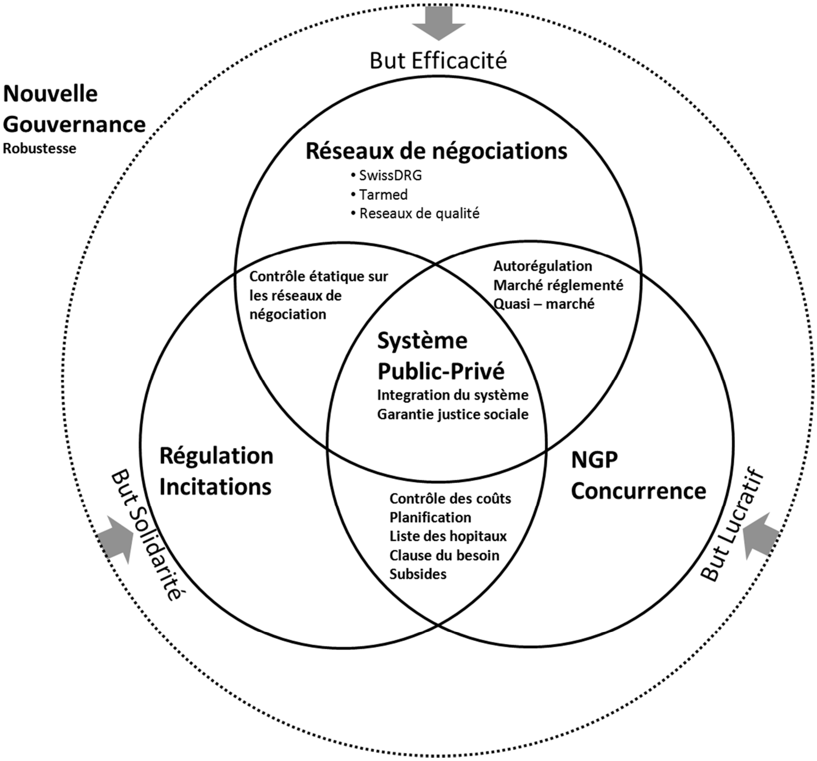
Nous avons voulu montrer avec ce graphique que l'autorégulation n'est pas seule suffisante. Les réseaux de négociation ne se sont que partiellement substitués aux institutions existantes, sur lesquelles ils se sont superposés. La mise en œuvre des réformes a souligné une inadéquation entre la structure souhaitée et la culture existante, menant aux conflits, aux impasses et au fractionnement des solutions proposées.

Les objectifs de la réforme ont dû être adaptés aux conditions institutionnelles du système sanitaire suisse. La réforme a en particulier dû mettre en œuvre des systèmes publics-privés, de quasi-marché, dans le domaine stationnaire et de marché réglementé dans celui des assurances et des prestataires ambulatoires. Là où cela n'a pas été possible, l'Etat a continué d'adopter des politiques interventionnistes de contrôle de l'offre, comme décrit dans le deuxième cercle. De notre analyse il est clairement apparu qu'à côté des tâches traditionnelles de contrôle et de commande, la régulation implique d'autres modalités d'intervention. L'Etat a dû intervenir à plusieurs reprises depuis l'introduction de la LAMal.

L'Etat est intervenu pour délimiter le cadre dans lequel les acteurs peuvent agir. Par des pratiques de gouvernance, il a dû veiller à offrir un contexte qui ne soit ni trop contraignant, pour éviter tout conflit, ni trop indulgent, afin d'éviter la dispersion des actions. Il a ensuite veillé à une insertion optimale des nouveaux systèmes de fonctionnement, compte tenu de ceux déjà existants. La délimitation des actions et l'insertion dans les systèmes existants sont des conditions nécessaires à la robustesse du système. De la robustesse du système dépend le respect de la justice sociale, en complément aux tâches protectrices plus traditionnelles.

Les tâches de nouvelle gouvernance incluent donc tout type d'intervention étatique, des tâches interventionnistes à celles protectrices, en passant par la gouvernance des réseaux de négociation et à la régulation des marchés. Les interventions de nouvelle gouvernance sont censées garantir la cohérence entre les objectifs politiques évoqués et leur mise en œuvre.

Graphique 3 : Nouvelle gouvernance dans le système sanitaire Suisse


But Efficacité
Nouvelle Gouvernance
Robustesse
Réseaux de négociations
• SwissDRG
• Tarmed
• Reseaux de qualité
Contrôle étatique sur les réseaux de négociation
Autorégulation
Marché réglementé
Quasi – marché
Système Public-Privé
Integration du système
Garantie justice sociale
Régulation Incitations
NGP Concurrence
Contrôle des coûts
Planification
Liste des hopitaux
Clause du besoin
Subsides
But Solidarité
But Lucratif

La thèse à l'épreuve du terrain

À l'heure actuelle, la troisième réforme partielle de la LAMal n'est pas encore totalement achevée. Alors que les négociations dans le domaine ambulatoire ont atteint une certaine routine, les modèles de «managed care» commencent juste à s'affirmer ; le financement par cas sera quant à lui introduit en 2012 et la définition des critères de qualité est en train de se faire. En 2009, un nouveau paquet de mesures urgentes a été proposé par le gouvernement. L'objectif de la réforme consistait à mettre à disposition des moyens fédéraux supplémentaires pour les subsides destinés aux revenus les plus modestes. Ce paquet a été rendu nécessaire au vu de la prévision d'une augmentation moyenne de 8.7% des primes pour adultes. Cette augmentation est apparue après que les primes aient été artificiellement stables en 2007, grâce au puisement dans les réserves des assureurs-maladie,[1] comme nous venons de l'évoquer.

La réforme a par ailleurs été l'occasion de réitérer les objectifs des projets de réforme en cours. Tout comme les précédents, le nouveau paquet de réformes urgentes proposé par le gouvernement au Parlement en mai 2009 était un mélange entre libéralisation et régulation, et touchait tant la demande que l'offre. Du côté de la demande, le paquet visait le renforcement de la responsabilisation des assurés-patients. Outre de nouvelles possibilités d'action sur la franchise à option, le gouvernement a proposé un renforcement des systèmes de «gate-keeping» dans le domaine ambulatoire. Les assurés-patients ont été incités, mais pas contraints, de recourir au conseil téléphonique en contrepartie d'un rabais sur les primes. Tous les assureurs-maladie devaient offrir ce service. Le projet prévoit par ailleurs que les consultations ambulatoires hospitalières sont couvertes par un financement partagé entre les cantons et les assureurs-maladie. La mesure avait pour but premier de mettre sur un pied d'égalité les deux financeurs. Les cantons ont désormais été appelés à instaurer des mandats de prestation pour les services hospitaliers ambulatoires et à éviter tout transfert des coûts.

---

[1] CRIVELLI L., "Urgent Measures to Curb Costs and Control Premiums", in *Health Policy Monitor*, Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, n° 14, 2009, p. 4 ; SANTÉSUISSE, *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 4, 2009.

Parallèlement aux mesures incitatives, le projet continue de prévoir, et même de renforcer, les mesures régulatrices de contrôle des coûts dans le domaine ambulatoire. D'après le projet, le gouvernement peut intervenir dans la régulation des tarifs ambulatoires, ce dans l'objectif de maintenir l'économicité des prestations. Pour ce qui est du marché assurantiel, le projet prévoit des limites aux changements d'assureurs-maladie de la part de l'assuré-patient en portant l'obligation d'assurance à deux ans, plutôt qu'une année. Cette mesure devrait permettre de réduire les changements d'assureurs pratiqués principalement par les bons risques et devrait éviter une désolidarisation du système.

Pendant la phase de pré-consultation, une bonne partie des mesures de la réforme urgente n'a pas rencontré de soutien de la part des principaux fournisseurs de prestation, ni du Parlement. Seules les mesures adressées aux assurés-patients ont été retenues, exception faite néanmoins du ticket modérateur et de la proposition d'augmentation extraordinaire des subsides destinée à contenir les primes d'assurance-maladie. L'absence de paiement des primes d'assurance-maladie, surtout de la part d'assurés-patients insolvables, est un phénomène qui a gagné du terrain et auquel les assureurs-maladie ont répondu par la suspension de la couverture assurantielle. Les autorités cantonales responsables ont par conséquent dû intervenir dans de nombreux cas. Ce qui précède signifie que l'inégalité d'accès aux soins et la médecine à deux vitesses sont des risques pour la Suisse, malgré l'obligation d'assurance et un catalogue de prestations parmi les plus généreux au sein des pays de l'OCDE, qui vient par ailleurs d'être récemment à nouveau étendu à la médecine complémentaire.

Le rôle de l'assuré-patient

Dans notre étude, nous nous sommes avant tout occupés de l'offre, en étudiant les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Nous n'avons pas analysé les aspects relatifs à la demande, notamment le rôle de l'assuré-patient, puisque cela sortait du cadre de notre interrogation centrale. Avec la LAMal, les réformateurs ont clairement visé la responsabilisation, d'après la nouvelle conception de justice sociale exigeant une responsabilité partagée de tout individu. Ainsi, comme le notent Isabelle Vacarie, Anissa Allouche, Anne-Sophie Ginon, Yllas Ferkane et Sonia Leroy, «la notion classique de solidarité, selon laquelle la collectivité est responsable envers les individus, se voit restreinte, voire même inversée […] il incombe à chaque individu de peser le moins possible sur l'ensemble des autres individus ; et il incombe en retour à la collectivité de donner à chaque individu les moyens lui permettant de réduire au maximum la charge qu'il présente pour les autres».[2]

Dans un contexte de ressources limitées, chacun est censé faire sa part pour contribuer au bien-être général. C'est pourquoi le renforcement de la liberté de choix de l'assuré-patient a souvent été un thème central des réformes sanitaires des pays de l'OCDE. L'assuré-patient est désormais appelé à agir en tant que client, comme nous l'avons décrit dans la deuxième partie.

---

[2] VACARIE I., ALLOUACHE A., GIGNON A-S, FERKANE Y., LEROY S., "Crise de l'État-providence ou crise de la régulation économique ? Les leçons des réformes de l'assurance maladie ", in *Droit social*, n° 11, novembre 2008, p. 1114.

L'Etat doit offrir les soins de base et inciter les assurés-patients à faire leur choix. Dans les systèmes autorégulés, la justice sociale passe désormais par la combinaison de mesures protectrices de type traditionnel et de mesures de régulation. Parallèlement à la responsabilisation, des mécanismes favorisant l'égalité de financement (subsides fédéraux), l'équité d'accès (assurance de base obligatoire, catalogue de prestations) et l'égalité de traitement (fonds de compensation des risques) ont été introduits, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie. L'Etat doit à la fois intervenir sur le niveau des prestations offertes et agir sur les structures de gouvernance. L'adoption de processus de la part des partenaires doit en même temps permettre un suivi proche de l'assuré-patient pour encourager des choix responsables, en lui faisant adopter une attitude de consommateur. En agissant sur les réseaux de gouvernance, l'Etat intervient indirectement sur l'assuré-patient.

L'accès aux soins est un principe qui a été accepté dans tous les pays de l'OCDE. Pour instituer un système basé sur le consommateur, il faut en premier lieu que les assurés-patients adoptent une attitude responsable en effectuant des choix pondérés et économiquement soutenables pour l'ensemble du système sanitaire. Cela passe par plusieurs mécanismes, notamment la prise de conscience des coûts.[3] Michael E. Porter et Elizabeth

---

[3] «The introduction of the health savings accounts and other mechanisms that give consumers a stake in paying for their own care are prominent features of the consumer-driven health care movement», in PORTER M. E., OLMSTED

Olmsted Teisberg considèrent que le rôle du gouvernement est de créer un environnement permettant de créer une compétition basée sur la valeur des patients,[4] correspondant à la qualité du résultat par rapport au montant investi. Avec l'idée de la valeur basée sur les patients, les auteurs rompent avec l'idée de «value for money» d'Alain C. Enthoven, conçue pour un système de concurrence régulée, et la dépassent, car ne se bornant pas uniquement à la réduction des moyens ou des services.[5]

Les auteurs identifient trois tâches sociales prioritaires qui incombent à l'Etat : la garantie d'une assurance-maladie de base et l'accès aux prestations, une couverture minimale de prestations et la mise en place d'une structure adéquate de livraisons de prestations sanitaires.[6] Dans un système autorégulé caractérisé par l'introduction de mécanismes de concurrence régulée, les mesures de justice sociale sont à associer aux interventions de régulation étatique. Cette conception de l'Etat est désormais très répandue dans les pays de l'OCDE.

TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, Harward, Harvard Business School Press, 2006, p. 83.

[4] «Government's role is to create an environment that requires and enables competition based on patient value» ; «The goal of public policy should be to enable value-based competition on results at the medical condition level», in *ibid.*, p. 343 et p. 341.

[5] «The right objective for health care is to increase value for patients, which is the quality of patient outcomes relative to the dollar expended. Minimizing costs is simply the wrong goal, and will lead to counterproductive results. Eliminating waste and unnecessary services is beneficial, but cost savings must arise from true efficiencies, not from cost shifting, restricting care (rationing), or reducing quality. Every policy and practice in health care must be tested against the objective of patient value», in *ibid.*, p. 98.

[6] *Ibid.*, p. 327.

En suivant une logique néolibérale, les auteurs estiment que le rôle de l'Etat doit se borner à fournir les informations sur les performances des prestations et sur leurs prix. Ces mesures suffisent à garantir un fonctionnement intégré et coordonné autonome fonctionnant d'après la concurrence basée sur la valeur des prestations fournies.[7] Toutefois, au vu de notre analyse, l'on peut se demander si l'information est suffisante à assurer la cohérence du système par rapport aux objectifs étatiques ; l'on peut également se demander comment garantir que l'assuré-patient soit convenablement informé pour faire des choix responsables.[8]

Comme nous l'avons vu, l'Etat doit désormais fournir les conditions de base permettant à l'assuré-patient d'agir en acteur responsable pour ne pas peser sur la société. Toutefois, la liberté de choix ne peut actuellement pas s'exercer de façon convenable. D'autre part, l'autoresponsabilité rime souvent avec auto-exclusion des prestations et des couvertures assurantielles. L'Etat doit donc assurer des conditions équitables en veillant à ce que les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie se comportent de façon transparente et offrent les alternatives les plus économiques et les plus adéquates possibles. Les professionnels occupent toujours un rôle d'intermédiaire, cela malgré tous les efforts pour limiter l'asymétrie d'information. De plus, jusqu'à présent, les assurés-patients ont été exclus des réseaux de négociation.

---

[7] ORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *op. cit.*, pp. 341-343.

[8] Depuis quelques années en Suisse ont été installés différents systèmes de comparaison. À ce titre on peut par exemple citer le site "comparis.ch" pour la comparaison des primes d'assurance-maladie.

Notre étude a cependant démontré que le système actuel ne permet pas (encore) une telle équité de traitement, raison pour laquelle des mesures protectrices sont encore nécessaires. Le gouvernement suisse et ceux des autres pays de l'OCDE assument une grande partie des coûts sanitaires. Compte tenu également de la crise économique, les questions de justice sociale continuent à se poser dans le domaine sanitaire, ainsi que dans celui des assurances sociales.[9]

---

[9] Pour les aspects de protection et d'assurances privées dans le domaine des assurances sociales, voir SOULET M.-H., "Les Rapports entre solidarité publique et solidarité privée : vases communicants ou coopération conflictuelle", in PETRELLA R., SOULET M.-H., LONGCHAMP A., *L'État démissionne ? Place au privé ! Les œuvres d'entraide en question*, Lucerne, Éditions Caritas, 1997, pp. 28-46. À noter pour les questions de solidarité, SOULET M.-H., *Solidarité : la grande transformation. Crise et recomposition des solidarités. Vers un nouvel équilibre État-société civile*, collection «Res Socialis», Friboug, Academic Press Fribourg, 1996.

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES

I. Méthode

Pour mener notre recherche nous avons adopté une approche de type qualitative. Nous avons recouru à deux méthodes, la consultation de sources primaires et secondaires, et le recours à une série d'entretiens semi-directifs. Pour mener notre analyse, nous avons fait appel à la méthode hypothético-déductive, de type durkheimienne. Nous avons toutefois conclu notre thèse par une généralisation de type inductive sur le rôle de l'Etat dans une société hybride.

a) La définition des enjeux par les sources primaires

Les sources primaires que nous avons utilisées se regroupent en deux catégories principales, les documents officiels et la documentation des organisations faîtières des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire. Concernant les textes officiels, nous avons recouru à la LAMal, ainsi qu'aux projets de réforme potentiels présentés dans les messages du Conseil fédéral, répertoriés ci-dessous.

Tableau 11 : Messages du Conseil Fédéral de 1991 à 2005

Messages du Conseil fédéral		
6 novembre 1991	Message concernant la révision de l'assurance-maladie	91.071
21 septembre 1998	Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie	98.058
14 juin 1999	Message concernant l'initiative populaire «pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier»	99.059
31 mai 2000	Message concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)»	00.046
18 septembre 2000	Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie	00.079
26 mai 2004	Message concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents)	04.031
26 mai 2004	Message relatif à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (Liberté de contracter)	04.032
26 mai 2004	Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes) et à l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie	04.033
26 mai 2004	Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Participation aux coûts)	04.034
15 septembre 2004	Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care)	*version provisoire*
15 septembre 2004	Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)	*version provisoire*
16 février 2005	Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins	
22 juin 2005	Message concernant l'initiative populaire «pour une baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»	05.000

Pour la phase exploratoire de notre recherche, nous avons fait référence aux débats politiques qui se sont déroulés au sein de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) pour l'adoption de la LAMal et de ses réformes successives. Nous avons consulté presque dix ans (janvier 1993 à décembre 2003) de procès-verbaux des séances de la CSSS, du Conseil national et du Conseil des Etats. Cette période coïncide avec l'adoption de la LAMal, jusqu'à la troisième réforme partielle.

Tableau 12 : Procès-verbaux de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National et des États entre 1991 et 2000

Procès verbaux des CSSS : 91.071	
Conseil national	**Conseil des Etats**
07/08.01.1993 ; 25/26.01.1993 ; 01/02.04.1993 ; 06/07/08.04.1993 : 29.04.1993 ; 06.05.1993 ; 07.05.1993 ; 14.05.1993 ; 02.07.1993 ; 08.07.1993 ; 09.07.1993 ; 23/24.08.1993 ; 01.09.1993 ; 02.09.1993 ; 03.09.1993 ; 09.02.1993 ; 20/21.01.1994 ; 03.02.1994 ; 10.03.1994.	06/07.04.1992 ; 28/29.04.1992 ; 29/30.06.1992 ; 19.08.1992 ; 03.09.1992 ; 01/02.10.1992 ; 12.10.1992 ; 16.10.1992 ; 04/05/06.11.1992 ; 20.10.1993 ; 25/26.10.1993 ; 15/16/17.11.1993 ; 09.12.1993 ; 14.12.1993 ; 02.03.1994.

Procès verbaux des CSSS : 98.058	
Conseil national	**Conseil des Etats**
25/26.03.1999 ; 25/26.11.1999 ; 03/04.02.2000 ; 20.03.2000.	02/03.11.1998 ; 23.11.1998 ; 11/12.01.1999 ; 01.02.1999 ; 16/17.08.1999 ; 06.09.1999 ; 14.03.2000.

Procès verbaux des CSSS : 00.046	
Conseil national	**Conseil des Etats**
06/07.07.2000 ; 19/20.10.2000 ; 20.09.2001 ; 14/15.11.2002 ; 03.12.2002.	16.01.2001 ; 01/02/03.07.2002 ; 14/15.10.2002 ; 04/05.11.2002 ; 27.11.2002.

Procès verbaux des CSSS : 00.079
Conseil national
23.11.2000 ; 09/10.11.2001 ; 21/22.02.2002 ; 10/11/12.04.2002 ; 26/27/28.06.2002 ; 28/29/30.08.2002 ; 05/06.09.2002 ; 23/24/25.10.2002 ; 14/15.11.2002 ; 02.05.2003 ; 08/09.05.2003 ; 19.05.2003 ; 04/05.09.2003 ; 04.12.2003.

Par cette étude, nous avons analysé les enjeux ayant amené à l'adoption de la LAMal et les principaux objectifs évoqués dans le projet de réforme. Nous avons plus particulièrement voulu comprendre le changement de référentiel introduit par la réforme, et les raisons l'ayant motivé. Nous avons croisé les données avec le cadre théorique, ce qui nous a permis de développer de premières interprétations intermédiaires. Avec cette documentation, il nous a été possible d'identifier les aspects sur lesquels portaient la délégation et les incitations dirigées vers les fournisseurs de prestations, les assureurs-maladie et les assurés-patients. Nous avons par ailleurs retenu les principales positions des différents partenaires.

Les débats nous ont permis d'identifier les premières oppositions des principaux acteurs impliqués dans les réformes. Nous avons approfondi ces aspects par la lecture de la documentation produite par les organisations faîtières des principaux acteurs actifs dans le domaine sanitaire, notamment les rapports annuels (ASI, CDS, FMH, H+, santésuisse, Société Suisse des Pharmaciens, tous jusqu'à environ 2004) et, surtout, les communiqués de presse (jusqu'à environ 2007).

Nous nous en sommes servis pour identifier les positions des principaux acteurs actifs dans les réseaux tarifaires et de qualité sur les thèmes des réformes. À la différence de la documentation officielle, nous n'avons pas effectué une analyse systémique de ces documents. Nous les avons toutefois utilisés pour la rédaction des guides d'entretien. Ils nous ont permis d'identifier les aspects centraux des réformes et de constituer la base pour la rédaction des guides d'entretiens.

b) Le recours des discours par les entretiens

La deuxième méthode de récolte des données a consisté en une série d'entretiens semi-directifs (27, dont deux avec deux interlocuteurs) subdivisée en deux phases, une phase exploratoire et une phase d'approfondissement. Pour la phase exploratoire (de mars 2005 à mai 2006), nous nous sommes adressés aux acteurs qui, par leur influence politique et leur poids financiers, jouent un rôle central dans le système sanitaire suisse. Nous avons mené des entretiens (12) avec les responsables (directeurs, présidents) des principales organisations faîtières nationales d'assureurs-maladie et de fournisseurs de prestations :

- ASI : Association suisse des infirmières/infirmiers (1) ;
- CDS : Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (3) ;
- Cliniques privées (1) ;
- FMH : Fédération des médecins suisses (1) ;
- H+ : les hôpitaux suisses (1) ;
- Novartis International SA (1) ;
- OFSP : Office fédéral de la santé publique (1) ;

- Politique nationale suisse de la santé (1) ;
- Santésuisse : les assureurs-maladie suisses (1) ;
- SSPh : Société suisse des pharmaciens (aujourd'hui pharmaSuisse) (1).

Les responsables avec lesquels nous nous sommes entretenus correspondent en partie à ceux qui participent aux réseaux de négociation tarifaire et de définition des critères de qualité, à savoir les fournisseurs de prestations ambulatoires, stationnaires et les assureurs-maladie. Dans la première phase exploratoire, nous avons interviewé des acteurs centraux du système sanitaire suisse (ASI, pharmaSuisse, représentants de l'industrie pharmaceutique et de l'administration fédérale), qui ne participent toutefois pas aux réseaux de négociation sur lesquels a porté notre recherche. Ces entretiens n'ont pas été intégrés dans notre analyse.

Pour la phase d'approfondissement (de juin 2006 à juin 2007), nous avons eu des entretiens avec les principaux partenaires actifs dans les réseaux nationaux tarifaires ambulatoires, stationnaires et de qualité. Nous avons par ailleurs mené des entretiens avec les responsables d'organisations actives au niveau cantonal et s'occupant des négociations des prix dans le domaine ambulatoire, ce que nous n'avons pas fait pour les négociations de prix dans le domaine stationnaire, fortement décentralisé et diversifié , et au vu des réformes en cours pour l'introduction du financement par cas. Un élargissement aux négociations concernant les prix sortait de notre objectif de recherche. Un tableau récapitulatif des principaux acteurs interpellés est présenté ci-dessous.

Tableau 13 : Synoptique des entretiens au sein des organisations faitières

	Ambulatoire	**Stationnaire**	**Qualité**
National	*Bureau Tarmed Suisse :* ▪ *FMH (1)* ▪ *Santésuisse (2)* ▪ *Commission des tarifs médicaux (CTM) (1)*	*SwissDRG :* ▪ *H+ (1)* ▪ *CDS (1)* ▪ *Santésuisse (2)*	*CIQ (1) :* ▪ *H+ (1)* ▪ *Santésuisse (1)* ▪ *VereinOutcome (1)* ▪ *Swiss Patient Safety Agency (OFSP) (1)*
Cantonal	*CCM (2)*	*Santésuisse (2)*	-

La transformation des résultats a principalement consisté en une analyse de contenu sans codage. Nous avons extrapolé les points utilisés dans notre analyse. Par la confrontation avec les informations obtenues par les sources documentaires, cette phase nous a permis de développer les premières hypothèses de recherche et de préparer la deuxième volée d'entretiens.

Les premiers guides d'entretien semi-directifs ont eu un caractère général. Ils ont porté sur presque tous les principaux objets prévus par la LAMal et les projets de réforme. Ces entretiens ont eu comme but de nouer les premiers contacts et d'acquérir les informations préliminaires –à l'époque difficilement accessibles– sur la mise en œuvre des principes prévus par la LAMal. Nous avons en particulier voulu identifier les principaux enjeux du point de vue des acteurs, mais surtout leur position par rapport aux modalités de gouvernance de la mise en œuvre de la réforme. C'est principalement par ce biais que nous avons appris de la constitution de réseaux pour les négociations tarifaires et de définition des critères de qualité, censés répondre aux objectifs d'efficacité et de qualité. Nous avons par ailleurs identifié la constellation des principaux intérêts existant dans le domaine sanitaire.

Les guides d'entretien pour la deuxième volée ont été plus focalisés. Nous les avons spécifiquement conçus en fonction du partenaire concerné et du domaine traité. Les questions ont principalement porté sur les modes de fonctionnement interne aux réseaux de gouvernance. Ce deuxième cycle d'entretiens visait une compréhension approfondie de la constitution et des logiques de fonctionnement des réseaux. Nous avons voulu étudier la nature des relations existant entre les différents partenaires et l'existence d'éventuels points de désaccords. Il était également question de comprendre le rôle joué par les autorités dans la gouvernance des réseaux et des structures de gouvernance dans leur ensemble.

Nous avons procédé à un traitement manuel des données, sans recourir à un codage systématique. Les données ont dans les deux cas fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Nous avons plus particulièrement repris les points essentiels de notre analyse directement dans une synthèse générale des trois champs d'investigation : les négociations tarifaires ambulatoires, stationnaires ainsi que le domaine de la qualité. Notre analyse a été soutenue par le recours à la littérature secondaire spécialisée.

c) Participation aux forums

Durant plusieurs années, nous avons participé à différents congrès adressés principalement aux spécialistes dans le domaine sanitaire. Nous avons par ce moyen recouru à une observation directe, ce qui nous a en même temps permis de constituer notre capital relationnel par des échanges formels et informels. Ci-dessous la liste des forums auxquels nous avons participé avec des contributions :

- MORESI-IZZO S., "Tariffs negotiations and quality bargaining in the Swiss healthcare system", for the participation at the Annual Conference of the European Health Management Association (EHMA), *The Politics of Health : Policy, organization, community-changing contexts, managing relationships,* National School of Public Health, Athens, 25th-27th June 2008.
- HELDERMAN J.-K., HENKE K.-D., MORESI-IZZO S., REIMERS L., "Competition in Health Insurance Systems", 16th Meeting of the European Health Policy Group (EHPG), *Access, Choice and Equity*, Economic and Social Research Institute (ESRI), Dublin, 16th-17th April 2008.
- MORESI-IZZO S., "Les réformes sanitaires en Suisse : les implications du temps", présentation à la conférence de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF), *Les temps des politiques sociales*, Département Travail Social et Politiques Sociales, Université de Fribourg, Fribourg, Fribourg, 22-23 novembre 2007.
- MORESI-IZZO S., "Swiss health system since 1990s : structural changes and repercussions on solidarity", for the participation at the Annual Conference of the European Health Management Association (EHMA), *Managing values in Health Care,* IFROSS, Université Jean Moulin Lyon, Lyon, 27th-29th Jun 2007.

- Paper discussant of HELDERMAN J.-K., "Institutional Complementarity in Dutch Health Care Reforms. Going beyond the pre-occupation with choice", 14th Meeting of the European Health Policy Group (EHPG), *Access, Choice and Equity*, Bertelsmann Conference Center, Berlin, 19th-20th April 2007.
- IZZO S., BANKAUSKAITE V., "The new mode of health Swiss system functioning : the tariffs bargaining", paper for participation at the 4th Annual Conference of the Network for European Social Policy Analysis (ESPAnet), *Transformation of the Welfare State : Political Regulation and Social Inequality,* Workshop Health Market and Social Policy, University of Bremen, Bremen, 21st-23rd September 2006.
- IZZO S., "Les nouveaux modes de fonctionnement du système sanitaire suisse : les négociations tarifaires", «poster» pour les Journées françaises de l'évaluation, *À quoi sert l'évaluation* ?, Société Française de l'Evaluation et Société Suisse de l'Evaluation, Lyon (Espace Tête d'Or), 20-21 juin 2006.

II. Utilisation et traitement du matériel

Les analyses issues de la documentation officielle et des entretiens sont les deux principales sources sur lesquelles nous avons basé notre thèse et développé notre modèle d'analyse. La documentation recueillie a été organisée et analysée en fonction de notre question de départ pour être intégrée à une analyse globale sur le rôle de l'Etat dans une société complexe.

a) Principes de la LAMal

La LAMal et les projets de révision ont constitué notre cadre de référence. C'est par la LAMal que les objectifs politiques en matière sanitaire sont concrétisés et les principes pour la conduite des réformes sont définis. C'est également par la loi que les responsabilités entre l'Etat, les partenaires et les assurés-patients ont été redéfinies. L'analyse des textes de loi nous a permis d'identifier les deux principaux objectifs de la réforme, le maintien, voire l'amélioration de la solidarité, et la réduction des coûts. Ces deux objectifs devaient désormais être atteints par l'adoption des principes de NGP –efficacité, efficience, transparence– et les mécanismes de marché, basés principalement sur les prix et la qualité et moins sur la planification. La loi a par conséquent encouragé l'autorégulation de la part des acteurs actifs dans le système sanitaire et la responsabilisation de la part des assurés-patients. Ceci a engendré des réformes institutionnelles au niveau national, avec l'apparition des réseaux de gouvernance dans le domaine tarifaire et de qualité.

Nous nous sommes servis des documents de base, lois et ordonnances, pour étudier l'origine des principes d'autorégulation et de responsabilisation des acteurs dans le domaine sanitaire par rapport au contexte institutionnel existant. Les débats au sein des commissions parlementaires nous ont fourni une première clé de lecture pour identifier la nature des oppositions au projet de reforme et les principales limites institutionnelles aux incitations à l'autorégulation. Ils nous ont permis d'interpréter les textes de loi et de comprendre les principaux enjeux de la réforme.

b) Réappropriation et logiques des acteurs

Les sources primaires ont constitué le point de départ pour étudier les principaux enjeux de la réforme et dresser notre question de départ et nos hypothèses portant sur les transformations institutionnelles. C'est toutefois des entretiens (premier volet, exploratoire) que nous avons appris le plus s'agissant de la constitution des réseaux de gouvernance au niveau national en matière tarifaire et de qualité. Nous avons utilisé les entretiens (deuxième volet, approfondissement) particulièrement pour étudier les stratégies des acteurs dans l'appropriation et la mise en œuvre des principes décrits par la LAMal. Les entretiens et la documentation des organisations faîtières nous ont de plus servi à comprendre dans quelle mesure l'environnement politique a affecté leur interprétation et la mise en œuvre des objectifs de la loi.

c) Structures de gouvernance et rôle étatique

Nous avons fait un usage cognitif des entretiens et non pas compréhensif. Cela tient à notre approche plutôt hypothético-déductive. En partant du nouveau contexte défini par la LAMal, nous avons étudié les implications en termes de gouvernabilité des structures de gouvernance. Nous avons toutefois fait des inductions et généralisé le rôle que l'Etat est désormais appelé à jouer dans une société autorégulée basée sur les réseaux de gouvernance.

Liste des abréviations

AIQ	Association intercantonale pour l'assurance de la qualité dans les hôpitaux
AM	Assurance militaire
AMIS Plus	National Registry of Acute Myocardial Infarction in Switzerland
AI	Assurance invalidité
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
APEQ	Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires et sociales
AQC	Communauté de Travail pour l'Assurance de la Qualité en Chirurgie
ASI	Association suisse des infirmières/infirmiers
CAMS	Concordat des assureurs-maladie suisses (santésuisse aujourd'hui)
CDS	Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
CIQ	Coordination et information nationales de l'assurance qualité dans les établissements de santé
CCM/KKA	Conférence des sociétés cantonales de Médecine Konferenz des Kantonalen Ärtze Gesellschafte

CIRS	Système de déclaration d’incidents critiques Critical Incident Reporting System
CNA	Caisse national suisse d’assurance en cas d’accidents
CPP	Convention sur les prestations et les prix
CTM	Commission des tarifs médicaux
DRG	Diagnosis related groups (groupes homogènes de maladies)
EOC	Ente ospedaliero cantonale
EPA	European Practice Assessment
Equam	Fondation pour l’assurance externe de la qualité dans la médecine Stiftung Externe Qualitätssicherung in der Medizin
EUROPEP	Sondage auprès des patients pour évaluer les pratiques des médecins généralistes/de famille
EBM	Evidence based medecine
FMH	Fédération des médecins suisses
Foqual	Forum de la qualité
GRAT	Gesamt Revision Arz Tarif
HMO	Health maintenance organisation
H+	Les hôpitaux de suisse

H+ qualité	Marque de qualité d'H+
INFRA	Infrastruktur-Kostenstudien
IPA	Independent Practice Association Organisation de cabinets indépendants, réseaux de "médecin de famille"
IPAM	Indice des primes d'assurance-maladie
LAMA	Loi sur l'assurance en cas de maladie et accidents (remplacée dès 1996 par la LAMal)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Leikov	Leistung und Kosten Vereinbarung
NGP	Nouvelle gestion publique
NPM	New public management
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
OFAP	Office fédéral des assurances privées
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral des la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PIB	Produit interieur brut

PPO	Preferred-Provider-Organization
PPP	Partenariat Public Privé
QABE	Qualitätsförderung auf der Basis von Datenvergleichen im Kanton Bern
QuaZentral	Qualitätsmesssystem der Zentralschweizer Spitäler
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
RSV	Réseau Santé Valais
Santésuisse	Les assureurs maladie suisses
SCM/KÄG	Société cantonale de médecine (également connue sous le nom de G7) Kantonalen Ärtzengesellschaft
SIRIS	Fondation pour l'assurance de qualité en orthopédie
SQMH	Swiss Society for Quality Management in Health Care
SSPh	Société suisse des pharmaciens (aujourd'hui pharmaSuisse)
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
SwissNOSO	Association de prévention des infections nosocomiales
Swisspep	Institut pour la qualité et la recheche dans le système de santé

Swiss-TS	Zertifikat ISO 9001 für Qualitätsmanagement
Tarmed	Tarif médical unifié
Veska	Vertreter des schweizerischen Krankenhauswesens (ajourd'hui H+)
VO	Verein Outcome

BIBLIOGRAPHIE

Sources secondaires

ABBÉ-DECARROUX F., "La LAMal et les mécanismes de la concurrence", *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 36, 2001, pp. 1910-1919.

ARMSTRONG C., *Rethinking Equality. The Challenge of Equal Citizenship*, Manchester, Manchester University Press, 2006.

ARVIDSSON G., "Regulation of Planned Markets in Health Care", in SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1995, pp. 65-85.

BAILLY A., BERNHARDT M., GABELLA M., *Pour une Santé de qualité en Suisse*, 2ème édition, Paris, Éditions Economica, 2006.

BALTHASAR A., "Dans quelle mesure les objectifs visés par la LAMal ont-ils été atteints ?", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 1, 2002, pp. 6-9.

BANDELOW N. C., "Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik : Vom Korporatismus zum pluralismus ?", in *Politische Bildung*, Vol. 37, n° 2, 2004, pp. 49-63.

BANDELOW N. C., "Governance im Gesundheitswesen : Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung", in LANGE S., SCHIMANK U. (Hrsg.), *Governance und* *gesellschaftliche Integration*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004, pp. 89-107.

BANKAUSKAITE V., "Health Care Needs and Tools in Health Care Decentralization in Europe", paper presented at the 3rd Annual Conference of the Network for European Social Policy Analyses (ESPAnet), *Making Social Policy in the Post-Industrial Age*, University of Fribourg, Fribourg, 22th-24 th September 2005, pp. 1-15.

BÄTTIG C., "«Assurés spoliés» : résultats de l'analyse effectuée par le Contrôle parlementaire de l'administration", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 1, 2005, pp. 6-12.

BAKER L., "Managed Care and Social Welfare. What has Managed Care Really Done to the U.S. Health Care System ?", in ZHOU H. *The Political Economy of Health Care Reforms*, Michigan, Western Michigan University, 2001, pp. 33-63.

BAUMBERGER J., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 219-228.

BAUMBERGER J., "Soins gérés", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2011, pp. 415-425.

BAUR R., *Managed Care-Modelle. Bestandsaufnahme 2004*, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004.

BECK K., "Growing Importance of Capitation in Switzerland", in *Health Care Management Science*, n° 3, 2000, pp. 111-119.

BECK K., SPYCHER S., HOLLY A., GARDIOL L., "Risk Adjustment in Switzerland", in *Health Policy*, n° 65, 2003, pp. 63-74.

BEGUIN M-L., *Les Réseaux de santé*, Institut de droit de la santé (IDS), Neuchâtel, Université de Neuchâtel, cahier n° 8, décembre 1999.

BENNER T., REINICKE W.-H., WITTE J. M., "Multisectoral Networks in Global Governance : Towards a Pluralistic System of Accountability", in *Government and Opposition*, Vol. 39, n° 2, 2004, pp. 191-210.

BERNATH F., "Rechts- und Projektmanagementfragenrund um den TarMed", in RICHLI P., POLENDA T., *Tarife im Gesundheitsrecht*, Forum Gesundheitsrecht, Zürich, Schulthess, 2002, pp. 17-51.

BERTSCHI M., *Untersuchung der ärztlichen Versorgung*, Solothurn, FMH, BFG, santésuisse, GDK, Schweizerische Gesundheitsobservatorium, 2005.

BERWICK D. M., JAIN S. H., "The Basis for Quality Care in Prepaid Group Practice", in ENTHOVEN A. C., TOLLEN L. A (eds.), *Toward a 21st Century Health System. The Contributions and Promise of Prepaid Group Practice,* San Francisco, Jossey-Bass Wiley, 2004, pp. 22-44.

BESSARD P., "Challenges of Mixed-Economy Solutions in Healthcare : the Examples of Switzerland and Singapore", in *Economic Affairs*, Vol. 28, n° 4, December 2008, pp. 16-21.

BIERSACK O., *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de, Berlin, Verlag im Internet, 2005.

BISIG B., GUTZWILLER F. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz : Gibt es Unter- oder Überversorgung ?*, Band 1 : Gesamtübersicht : die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus, Zürich, Verlag Rüegger, 2004.

BLANK R. H., BURAU V., *Comparative Health Policy*, New York, Palgrave MacMillan, 2007.

BLAIR J. D., FOTTLER M., SAVAGE G. (eds.), *Advances in Health Care Management* : Volumes 1 and 2, New York, Elsevier Science, 2000.

BOLGIANI I., *L'Application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : risques et opportunités*, Muri (BE), Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), n° 66, 2002.

BRAUN D. UHLMANN B., "Policy Stability and Change in Swiss Health Care Reforms", in *Swiss Political Science Review*, Vol. 15, n° 2, 2009, pp. 205-238.

BRENTANO M., SCHIPS B., *System zur Honorierung der Apothekerleistungen. Ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen*, Zürich, Vdf Hochschulverlag AG, ETHZ, 2001.

BRIDEL B., "Histoire de l'assurance-maladie suisse", in GILLIAND P. (s/s la dir. de), *Assurance-maladie suisse. Quelle révision ? 1889-1989, cent ans déjà !,* Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1990.

BRITT F., "La 2ème révision de la LAMal", in *La vie économique. Revue de politique économique*, n° 11, 2002, pp. 12-13.

BRITT F., BROMBACHER STEINER M. V., STREIT P., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, pp. 26-45.

BRUNNER H. H., CUENI S., JANUTH R., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 45-69.

BRUNNER H. H., "Die Ergebnisse der Verhandlungen", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 80, n° 6, 1999, pp. 317-320.

BRUNNER H. H., "Einheitliche Einzelleistungstarifstruktur. Bericht über das Projekt GRAT/INFRA I", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 80, n° 5, 1999, pp. 239-242.

BRUNNER H. H., "GRAT/INFRA auf Zielgeraden", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 78, n° 51, 1998, pp. 2589-2590.

BUCKLEY P. J., CHAPMAN M., "The Perception and Measurement of Transaction costs", in *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997, pp. 127-145.

BUCHS L., "Managed Care", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, pp. 124-135.

BUNDESAMT FÜR STATISTIK (BFS), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997*, Neuchâtel, BFS, 2002.

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG (BSV), *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich. Beiträge zur sozialen Sicherheit*, Forschungsbericht, Bern, BSV, n° 7, 2000.

BUSSE R., SALTMAN R. B., DUBOIS H. F. W., "Organization and Financing of Social Health Insurance Systems : Current Status and Recent Policy Developments", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 33-80.

CAMPBELL D., VINCENT-JONES P., *Contract and Economic Organisation. Socio-Legal Initiatives*, Aldershot, Dartmouth, 1996.

CARRIN G., JAMES C., "L'Assurance maladie sociale : les facteurs clés qui affectent le passage à la protection universelle", in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 58, n° 1, 2005, pp. 55-78.

CATRICE-LOREY A., STEFFEN M., "La Mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales", in *Revue français des affaires sociales*, n° 2-3, avril-septembre 2006, pp. 171-189.

CATTACIN S., TATTINI V., "Les Politiques sociales", in KLOTI U., KNOPFEL P., KRIESI H., LINDER W., PAPADOPOULOS Y., *Handbuch der Schweizer Politik*, Zürich, NZZ-Verlag, 1999, pp. 807-839.

CHAMBAT P., "Service public et néolibéralisme", in *Annales. Economies, sociétés, civilisations (ESC)*, n° 3, mai-juin 1990, pp. 615-648.

CHEVALLIER J., *Le Service public*, collection «Que-sais-je ?», Paris, PUF, 2003.

CHINITZ D., "Citizen Empowerment : Opportunity of Threat for Health Management", in *Eurohealth*, Vol. 11, n° 3, 2005, p. 2.

CHINITZ D., "Good and Bad Health Sector Regulation : An Overview of the Public Policy Dilemmas", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 2002, pp. 56-72.

CHINITZ D., WISMAR M., LE PEN C., "Governance and (Self-) Regulation in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 155-169.

CHINITZ D., COHEN J. (eds.), *Governments and Health Systems : Implications of Differing Involvements*, Chichester, Wiley, 1998.

CHINITZ D., MEISLIN R., ALSTER-GRAU I., "Values, Institutions and Shifting Policy Paradigms : Expansion of the Israeli National Health Insurance Basket of Services", in *Health Policy*, Vol. 90, n°1, 2009, pp. 37-44.

CLARKE J., NEWMAN J., *The Managerial State*, London, Sage Publications, 1997.

COLLINS H., "Competing Norms of Contractual Behavior", in *Contract and Economic Organisation. Socio-Legal Initiatives*, Aldershot, Dartmouth, 1996, pp. 67-94.

COLLINS H., *Regulating contracts*, Oxford, Oxford University Press, 1999.

COMMISSION DES CARTELS, "Conditions de concurrence entre caisses-maladie et conventions tarifaires entre prestataires de soins et caisses-maladie : Résumé", in *Wettbewerbsverhältnisse unter Krankenkassen und Tarifverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern: Untersuchung*, Berne, Publications de la Commision suisse des cartels et du préposé à la surveillance des prix, 1993, n° 2, pp. 25-45.

COMMISSION DES CARTELS, *L'état de la concurrence dans l'activité médicale indépendante*, Zurich, Publications de la Commission suisse des cartels, Vol. 20, cahier n° 3/4, 1985, pp. 325-398 (introduction).

CONFÉRENCE NATIONALE SUR LE FÉDÉRALISME, *Première conférence nationale sur le fédéralisme. Le fédéralisme coopératif face à de nouveaux défis*, PIFF, Insitut du Fédéralisme Fribourg Suisse, Bâle, Helbing & Lichtenhahn, 2005.

CRIVELLI L., "Urgent Measures to Curb Costs and Control Premiums", *Health Policy Monitor*, Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, n° 14, 2009, pp. 1-10

CULPITT I., *Social Policy and Risk*, London, Sage Publications, 1999.

CUTLER D. M., "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform", in *Journal of Economic Literature*, Vol. 40, n° 3, 2002, pp. 881-906.

DAFFLON B., "Fédéralisme coopératif : une «vielle bonne» idée. Qu'apporte la collaboration ? Que coûte-t-elle ?", in CONFÉRENCE NATIONALE SUR LE FÉDÉRALISME, *Première conférence nationale sur le fédéralisme. Le fédéralisme coopératif face à de nouveaux défis*, PIFF, Insitut du Fédéralisme Fribourg Suisse, Bâle, Helbing & Lichtenhahn, 2005, pp. 35-54.

DAWSON S., DARGIE C., "New Public Management. A Discussion with Special Reference to UK Health", in Mc LAUGHLIN, OSBORNE S. P., FERLIE E., *New Public Management. Current Trends and Future Prospects*, London-New York, Routledge, 2002, pp. 34-56.

DEAKIN S., MICHIE J., "Contracts and Competition : An Introduction", in *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997, pp. 121-125.

DREIDING P., FRITSCHI J., "Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen!", in *Schweiz Ärztezeitung*, Vol. 87, n° 29/30, 2006, pp. 1315-1319.

DIMAGGIO P. J., POWELL W. W., "The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", in *American Sociological Review*, Vol. 48, n° 2, 1983, pp. 147-160.

DIXON A., LE GRAND J., "Is Greater Patient Choice Consistent With Equity? The Case of the English NHS", in *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 11, n° 3, 2006, pp. 162-166.

DIXON A., PFAFF M., HERMESSE J., "Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 170-186.

DOMENIGHETTI G, CRIVELLI L., "Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers ", in *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 43, 2003, pp. 397-425.

DONZELOT J., "L'Avenir du social", in *Esprit*, n° 219, mars 1996, pp. 58-81.

DROR D. M., "Réformer l'assurance maladie : une question de principes", in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 53, n° 2, 2000, pp. 85-115.

DUNLEAVY P., HOOD C., "From Old Public Administration to New Public Management", in *Public Money and Management*, Vol. 14, n° 3, 1994, pp. 9-16.

EBERHARD P., "Les Franchises à option dans l'assurance maladie ", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 6, 2000, pp. 331-334.

ECONOMIESUISSE, "Contrôle des dépenses : domaine de la santé. Introduire la concurrence en faveur des patients-lutter contre les causes et non contre les symptômes", *Dossierpolitique*, n° 25, 3 juillet 2006.

ECONOMIESUISSE, "Spitalfinanzierung : kein Ausbau der Planung. Qualität- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt statt kantonalen Protektionismus", *Dossierpolitik*, n° 12, 3. April 2006.

ECONOMIESUISSE, "Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire", *Dossierpolitique*, n° 3, 19 février 2007.

ENTHOVEN A. C., "The History and Principles of Managed Competition", in *Health Affairs*, supplement, 1993, pp. 25-48.

EVANS R. G., "Fellow Travelers on a Contested Path : Power, Purpose, and the Evolution of European Health Care Systems", in *Journal of Health Politics Policy and Law*, Vol. 30, n° 1-2, 2005, pp. 277-293.

EWALD F., "Insurance and Risk", in BURCHELL G., GORDON C., MILLER P. (eds.), *The Foucault Effect. Studies in Governability*, Chicago, University of Chicago Press, 1991.

EWALD F., KESSLER D., "Les Noces du risque et de la politique", in *Le Débat*, n° 109, mars-avril 2000, pp. 55-72.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, *Health Care Systems in Transition : Switzerland*, Copenhagen, World Health Organisation (WHO) on behalf of the European Observatory on Health Care Systems, 2000.

FERRONI B., STUDER H.-P., "Médecine complémentaire", in OCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 229-237.

FENN P., CSABA I., Mc GUIRE A., "Long-Term Contracts in the Market for Health Care", in CAMPBELL P. and VINCENT-JONES P., *Contract and Economic Organisation. Socio-Legal Initiatives*, Aldershot, Dartmouth, 1996, pp. 143-179.

FIGUERAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E., "Purchasing to Improve Health Systems Performance : Drawing the Lessons", in FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 44-80.

FINGER M., "Le New Public Management – Reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques", in *Nouvelle gestion publique. Chances et limites d'une réforme de l'administration*, Travaux du Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL), Genève, Université de Genève, n° 48, février 1997, pp. 41-60.

FINGER M., RUCHAT B., "Le New Public Management : État, administration et politique", in FINGER M., RUCHART B. (s/s la dir. de), *Pour une nouvelle approche de management public. Réflexions autour de Michel Crozier*, Paris, Éditions Seli Arslan, 1997, pp. 33-56.

FINGER M., RUCHAT B., (s/s la dir. de), *Pour une nouvelle approche de management public. Réflexions autour de Michel Crozier*, Paris, Éditions Seli Arslan, 1997.

FISCHER M.-A., "Qualität und Effizienz stehen im Vordergrund", in *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 86, n° 15, 2005, pp. 888-889.

FREEMAN R., *The Politics of Health in Europe*, European Policy Research Unit Series, Machester, Manchester University Press, 2000.

FREEMAN R., MORAN M., "Reforming Health Care in Europe", in FERRERA M., RHODES M. (eds.), *Recasting European Welfare States*, London, Frank Cass, 2000, pp. 35-58.

FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, pp. 51-57.

FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005, pp. 66-75.

FREI W., "Assureurs-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 83-94.

FROSSARD M., "Solidarité et santé", in EUZEBY A., EUZEBY C., *Les Solidarités : fondements et défis*, Paris, Éditions Economica, 1996, pp. 139-155.

GAYNOR M., "Competition and Exlusive Dealing Between Health Insurers and Health Care Providers", in CHINITZ D., COHEN J. (eds.), *Governments and Health Systems : Implications of Differing Involvements*, Chichester, Wiley, 1998, pp. 227-245.

GÄHLER E. SCHERRER, "Révision TARMED : le projet TARVISION", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 92, n° 3, pp. 47-48

GÄHLER E., "Unis pour réussir", in *Bulletin des médecins suisses,* Vol. 87, n° 47, 2006, p. 2029.

GEYMAN J. P., *The Corporate Transformation of Health Care. Can the Public Interest Still Be Served ?*, New York, Springer Publishing Company, 2004.

GERMANN R. E., "Switzerland : Emerging Administrative Sciences within Federalism and Direct Democracy", in KICKERT W. J. M., STILLMAN R. J., *The Modern State and its Study. New Administrative Sciences in a Changing Europe and United States*, Cheltenham, Edward Elgar, 1999, pp. 199-213.

GILARDI F., FUEGLISTER K., LUYET S., "Interdependent Welfare States : The Diffusion of Health Care Reforms in OECD Countries", paper for presentation at the 3rd Annual Conference of the Network for European Social Policy Analyses (ESPAnet), *Making Social Policy in the Post-industrial Age*, University of Fribourg, University of Fribourg, Fribourg, Switzerland, 22th-24th September 2005, pp. 1-28.

GILLIAND P. (s/s la dir. de), *Assurance-maladie. Quelle révision ? Suisse 1889-1989, cent ans déjà !*, Lausanne, Éditions Réalités sociales, 1990.

GILLIAND P., "Assurance-maladie et solidarité", in DE LAUBIER P., FRAGNIEREJ.-P., KELLERHALS J., *Pratiques des solidarités*, Lausanne, Éditions Réalités sociales, 1991, pp. 45-65.

GILLIAND P., *La Révision de l'assurance-maladie*, Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Lausanne, Cahiers de l'IDHEAP, 1991.

GILLIAND P., *Les Défis de la santé. Les coûts et l'assurance*, Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1986.

GILLIAND P., *Politique sociale en Suisse*, Lausanne, Éditions Réalités Sociales, 1988.

GODDARD M., HAUCK K., PREKER A., SMITH P. C., "Priority Setting in Health – A Political Economy Perspective", in *Health Economics and Law*, n° 1, pp. 79-90.

GRESS S., "Regulated Competition in Social Health Insurance : A Three-Country Comparison", in *International Social Security Review*, Vol. 59, n° 3, 2006, pp. 27-47.

GROUPE DE TRAVAIL TARMED DE LA FMH, "Ce qu'il faut savoir sur le TarMed", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 18, 2001, pp. 896-897.

GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, "Gestion de la qualité et certification de la prestation médical : coûts et utilité", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 89, n° 20, 2008, pp. 838-44.

GROUPE DE TRAVAIL QUALITE DE LA FMH, "Transparence de la qualité", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 90, n° 26-27, 2009, pp. 1037-1040.

GUILLAN H., PLÜSS H., REY J.-C., SCHEKER L., "Financement : les AP-DRG Suisse", in *Hospital*, Vol. 5, n° 6, 2004, pp. 76-78.

GUYE C., "Deuxième révision partielle de la LAMal : état de la discussion devant le Conseil des États", in *Sécurité Sociale CHSS*, n° 1, 2002, pp. 36-37.

HARRISON M. I., *Implanting Change in Health Systems. Market Reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*, London, Sage, 2004.

HARROW J., "New Public Management and Social Justice – Just Efficiency or Equity as well ?", in Mc LAUGHLIN K., OSBORNE S. P., FERLIE E. (eds.), *The New Public Management : Current Trends and Future Prospects*, London, Routledge, 2002, pp. 141-159.

HELDERMAN J.-K., *Bringing the Market Back In ? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care*, Thesis, Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.

HELDERMAN J.-K., HENKE K.-D., MORESI-IZZO S., REIMERS L., "Competition in Health Insurance Systems", paper for the 16th Meeting of the European Health Policy Group (EHPG), *Access, Choice and Equity*, Economic and Social Research Institute (ESRI), Dublin,16th-17th April 2008, pp. 1-37.

HERRMANN F., CHASTONAY P., CHOPARD P., CHAMOT E., GARNERIN P., BOVIER P., TERNEGER T., "Survol du système suisse de santé", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 32/33, pp. 1722-1727.

HESS K., STRAUBHAAR T., "Qualité et promotion de la qualité", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2011, pp. 337-348.

HIRSCHMAN A. O., *Exit, Voice and Loyalty. Response to Decline in Firms, Organizations and States*, Harvard, Harvard University Press, 1970.

HITZ P., ULRICH V., "Steuerung von Gesundheitssystemen – Kriterien, Ansätze und offene Fragen", in ZENGER C. A., JUNG T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, 2003, p. 197-210.

HOFMACHER M. M., DURAND-ZALESKI I., "Contracting and Paying Providers in Social Health Insurance Systems", in *Social Health Insurance System in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 207-226.

HOOD C., *The Tools of Government*, Chatham (New Jersey), Chatham House, 1986.

HOOD C., "A Public Management for All Seasons ?", in *Public Administration*, n° 69, 1991, pp. 3-19.

HUGHES D., Mc HALE J., GRIFFITHS L., "Contrats in the NHS : Searching for a Model", in CAMPBELL D., VINCENT-JONES P., *Contract and Economic Organisation. Socio-Legal Initiatives*, Aldershot, Dartmouth, 1996, pp. 155-179.

HUGHES D., GRIFFITHS L., Mc HALE J. V., "Do Quasi-Markets Evolve? Institutional Analysis and the NHS", in *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997, pp. 259-276.

HUGHES TUOHY C., "Agency, Contract, and Governance : Shifting Shapes of Accountability in the Health Arena", in *Journal of Health Politics, Policy and Law,* Vol. 28, n° 2-3, 2003, pp. 195-216.

HUFTY M., "Aux Racines de la pensée comptable", in HUFTY M. (s/s la dir. de), *La Pensée comptable. État, néo-libéralisme, nouvelle gestion publique*, Nouveaux cahiers de l' Institut Universitaire d'Etudes du Développement (IUED), Paris-Genève, PUF, 1998, pp. 15-40.

HUNTER D. J., SHISHKIN S., TARONI F., "Steering the Purchaser : Stewardship and Government", in FIGUERAS R., ROBINSON R, JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 164-186.

IMMERGUT E., *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

INDRA P., JANUTH R., CUENI S., "Assurance-maladie", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2011, pp. 53-54.

INDRA P., "Warum wollen Krankenversicherer die DRGs", in MALK R., KAMPMANN T., INDRA P., *DRG-Handbuch Schweiz,* Bern, Verlag Hans Huber, 2006, pp. 167-193.

IZZO S., BANKAUSKAITE V., "The New Modes of Health Swiss System Functioning : The Tariffs Bargaining at the National Level and Their Consequences for the State and the Insured", paper for participation at the 4th Annual Conference of the Network for European Social Policy Analysis (ESPAnet), *Transformation of the Welfare State : Political*

Regulation and Social Inequality, Workshop Health Market and Social Policy, Bremen, 21st-23rd September 2006, pp. 1-19.

JACOBSON P. D., "Regulating Health Care : From Self-Regulation to Self-Regulation ", in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 26, n° 5, October 2001, pp. 1165-1177.

JAEGER F., HELWIG C., *Le Rôle et la signification des cliniques privées dans le système de santé suisse*, Institut de recherche d'économie empirique et de politique économique, Saint-Gall, Université de Saint-Gall, 2004.

JUNKER C., "État de santé et espérance de vie ", in KOCHER G., WILLY O. (éd.), *Systeme de santé suisse 2004-2006*, Berne, Verlag Hans Huber, 2004.

KEMSHALL H., *Risk, Social Policy and Welfare*, Buckingham/ Philadephia, Open University Press, 2002.

KERSENS J. J., GROENEWEGEN P. P., "Consumer Choice of Social Health Insurance in Managed Competition", in *Health Expectations*, n° 6, 2003, pp. 312-322.

KETTL D. F., "Managing Indirect Government", in SALAMON L. M. (ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002, pp. 490-510.

KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M., "Introduction : A Management Perspective on Policy Networks", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997, pp. 1-13.

KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997.

KICKERT W. J.M., KOPPENJAN J. F.M., "Public Management and Network Management : An Overview", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997, pp. 35-61.

KLIJN E.-H., "Policy Networks : An Overview", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997, pp. 14-34.

KNOEPFLE P., "Le «New Public Management» : est-ce la panacée ?", in *Swiss Political Science Review*, Vol. 1, n° 1, 1995, pp. 133-148.

KNÜSEL R., *Assurances sociales : une sécurité pour qui ? La loi Forrer et les origines de l'État social en Suisse*, Institut de Science Politique, Lausanne, Université de Lausanne, 1979.

KOCHER G., "Confédération, cantons et communes : partage des compétences et des tâches", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005, pp. 90-96.

KOCHER R., GRESS S., WASEM J., "La LAMal, modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance-maladie allemande ?", in *Sécurité Sociale CHSS*, n° 5, 2002, pp. 299-307.

KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001.

KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005.

KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007.

KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*, Édition Hans Huber, Berne 2011.

KOKKO S., HAVA P., ORTUN V., LEPPO K., "The Role of the State in Health Care Reform", in SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1998, pp. 289-307.

KOOIMAN J., "Governance and Governability : Using Complexity, Dynamics and Diversity", in KOOIMAN J., *Modern Governance*, London, Sage Publications, 1993, pp. 35-48.

KOOIMAN J., *Governing as Governance*, London, Sage Publications, 2003.

KOOIMAN J., "Societal Governance : Levels, Modes, and Orders of Social-Political Interaction", in PIERRE J. (ed.), *Debating Governance. Authority, Steering and Democracy*, New York, Oxford University Press, 2000, pp. 138-164.

KREISZ F. P., GERICKE C., "User Choice in European Health Systems : Towards a Systematic Framework for Analysis", in *Health Economics, Policy and Law*, n° 5, 2010, pp. 13-30.

KUHN H., "Conventions tarifaires, approbation des tarifs, «neutralité des coûts»", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 18, 2001, pp. 899-906.

LE GRAND J., "Equality and Choice in Public Services", in *Social Research,* Vol. 73, n° 2, 2006, pp. 695-710.

LE GRAND J., *Equality and Choice. An Essay in Economics and Applied Philosophy*, London, Routledge, 2002.

LE GRAND J., "Equity as An Economic Objective", in *Journal of Applied Philosophy,* Vol. 1, n° 1, 1984, pp. 39-51.

LE GRAND J., "Knights, Knaves or Pawns ? Human Behaviour and Social Policy", in *Journal of Social Policy,* Vol. 26, n° 2. 1997, pp. 149-169.

LE GRAND J., BARTELETT W. (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, London, MacMillan, 1993.

LE GRAND J., "Quasi-Markets and Social Policy", in *The Economic Journal*, n° 101, September 1991, pp. 1256-1267.

LE GRAND J., *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services trough Choice and Competition,* Princeton, Princeton University Press, 2007.

LE GRAND J., *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*, London, George Allen & Unwin, 1982.

LEU E. R., *Financement hospitalier moniste : résumé*, Institut d'économie politique, Berne, Université de Berne, 2004.

LEU E. R., *Monistische Spitalfinanzierung*, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004.

LEU E. R., BECK K., *Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz,* Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, Bern, Universität Bern, 2006.

LEU E. R., HILL S., *Six années de LAMal – La politique de santé à la croisée des chemins*, Bâle, Interpharma, 2002.

LISAC M., REIMERS L., HENKE K.-D., SCHELETTE S., "Access and Choice-Competition Under the Roof of Solidarity in German Health

Care : An Analysis of Health Policy Reforms Since 2004", in *Health Economics Policy and Law*, n° 5, 2010, pp. 31-52.

LYONS B., MEHTA J., "Contracts, Opportunism and Trust : Self-Interest and Social Orientation", in *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997, pp. 239-257.

LUNGEN M. et al., "Using Diagnosis-Related Groups. The Situation in the United Kingdom National Health Service and Germany", in *European Journal of Health Economics*, n° 49, 2004, pp. 287-289.

MAAG D., *New Public Management (NPM) im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ansätze in den Kantonen*, Muri (BE), Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), n° 61, 2000.

MACH A., *Globalisation, néo-libéralisme et politiques publiques dans la Suisse des années 1990*, Zurich, Éditions Seismo, 1999.

MAHER M. E., "Transaction Cost Economics and Contractual Relations", in *Cambridge Journal of Economics. Special Issue on Contracts and Competition*, Vol. 21, n° 2, 1997, pp. 147-170.

MALK R., KAMPMANN T., INDRA P., *DRG-Handbuch Schweiz*, Bern, Verlag Hans Huber, 2006, pp. 167-193.

MARCH J. G. OLSEN J. P., *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*, New York, The Free Press, 1989.

MARSH D., "Théorie de l'État et modèle de réseaux d'action publique", in Le GALES P., TACHER M. (éd.), *Les Réseaux de politiques publiques*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1995, pp. 141-162.

MEIER R., "La Surveillance exercée dans le domaine des assurances sociales est-elle une garantie d'efficacité et de sécurité ? ", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 5, 2000, pp. 237-238.

MOENKS J., "La Nouvelle gestion publique : boîte à outils ou changement paradigmatique ?", in HUFTY M. (s/s la dir. de), *La Pensée comptable. État, néo-libéralisme, nouvelle gestion publique*, Nouveaux cahiers de l' Institut Universitaire d'Etudes du Développement (IUED), Paris-Genève, PUF, 1998, pp. 77-89.

MONNIER M., "Médecins de premier recours : pénurie ou pléthore ? État des lieux et devenir", in *Primary Care*, Vol. 4, n° 40, 2004, pp. 755-759.

MOYNIHAN R., BLUM K., BUSSE R., SCHLETTE S. (eds.), *Health Policy Developments 12 : Value for Money, Funding and Governance, Access and Equity*, Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2009.

MORESI-IZZO S., BANKAUSKAITE V., GERICKE C. A., "The Effect of Market Reforms and New Public Management Mechanisms on the Swiss Health Care System", in *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 4, n° 25, 2010, pp. 368-385.

MORAN M.*, Governing the Health Care State : A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester, Manchester University Press, 1999.

MORAN M., "Three Faces of the Health Care State", in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 2, n° 3, 1995, pp. 767-781.

MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J. (eds.), *Funding Health Care : Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2003.

MOSSIALOS E., DIXON A., "Funding Health Care in Europe : Weighing up the Options", in MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J. (eds.), *Funding Health Care : Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2003, pp. 272-300.

MOSSIALOS E., OLIVER A., "An Overview of Pharmaceutical Policy in Four countries : France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom", in *International Journal of Health Planning and Management*, n° 20, 2005, pp. 291-306.

MUELLER IMBODEN A., "L'Introduction du TarMed pour la rémunération des prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Les conditions-cadre légales et leurs conséquences", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 82, n° 18, 2001, pp. 907-910.

MUSGROVE P., *Public and Private Roles in Health. Theory and Financing Patterns*, World Bank Discussion Paper, Washington D.C., World Bank, n° 339, 1996.

NEK-CNE, "Introduction de forfaits par cas lies au diagnostic dans les hôpitaux suisses", Prise de position n° 15, in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 89, n° 36, 2008, pp. 1533-1536.

NEWBRANDER W., EICHLER R., "Managed Care in the United States : Its History, Forms, and Future", in RON A., SCHEIL-ADLUNG X. (eds.), *Recent Health Policy Innovations in Social Security*, New Brunswick/London, Transactions Publishers, 2001, pp. 83-106.

NEWMAN J. (ed.), *Remaking Governance. People, Politics and the Public Sphere,* Bristol, Policy Press, 2005.

NGO D., DEN BREEJEN E., PUTTERS K., BAL R., *Supervising the Quality of Care in Changing Healthcare Systems. An International Comparison*, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (IBMG), Department of Healthcare Governance Institute Health Policy and Management, Erasmus, Erasmus University Medical Center, August 2008.

NGO D., DEN BREEJEN E., PUTTERS K., BAL R., "Redefining Healthcare Inspection. Supervising the Quality of Care in Changing Healthcare Systems", paper submitted at the 18th Meeting of the European Health Policy Group (EHPG), *Governance of Healthcare Systems*, University of Bologna, Bologna, 23th-24th April 2009, pp. 1-24.

NORMAND C., BUSSE R., "Social Health Insurance Financing", in MOSSIALOS E., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J. (eds.), *Funding Health Care : Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2003, pp. 59-79.

OBINGER H., LEIBFRIED S., CASTLES G., *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

OCDE, *Les Nouvelles orientations des politiques sociales*, Études de politique sociale, Paris, Éditions OCDE, n° 12, 1994.

OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, Éditions OCDE, 2004.

OCDE & OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Paris, Éditions OCDE, 2006.

OECD, *New directions in Health Care Policy. Health Policy Studies*, Paris OECD, n° 7, 1995.

OFAS, "Assurance-maladie : questions d'actualité" – Résumé de l'allocution tenue par Pascal Couchepin le 9 septembre 2003, in *Sécurité sociale CHSS*, n° 6, 2003, pp. 352-354.

OFAS, "Changer le système de financement de l'assurance-maladie ? – Votation populaire du 18 mai 2003 sur l'«initiative santé»", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 2, 2003, pp. 82-84.

OFAS, "Le People suisse reste attaché au principe de solidarité. – À l'occasion du départ de M. Otto Piller, directeur de l'OFAS", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 2, 2003, pp. 62-63.

OGGIER W., *La Caisse unique : un faux débat*, Lausanne, Éditions Favre, 2006.

OGGIER W., "Comparaisons internationales", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 95-106.

OSBORNE D., GAEBLER T., *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, New York, Plume, Penguin Group, 1993.

O'TOOLE L. J., HANF K. I., HUPE P. L., "Managing Implementation Processes in Networks", in KICKERT W. J.M., KLIJN E.-H., KOPPENJAN J. F.M. (eds.) (1997), *Managing Complex Networks*, London, Sage Publications, 1997, pp. 137-151.

PALIER B., *La Réforme des systèmes de santé*, collection «Que-sais-je ?», Paris, PUF, 2004.

PALIER B., "The Health Care Policies Quadrilemma", paper presented at the 3rd Annual Conference of the Network for European Social Policy Analyses (ESPAnet), *Making Social Policy in the Post-industrial Age*, University of Fribourg, Fribourg, Switzerland, 22th-24th September 2005.

PAPADOPOULOS Y., "Political Accountability in Network and Multi-Level Governance", paper prepared for the conference *Linking European, National and Subnational Levels of Governance : Drawing Lessons From Structural Funds, Regional and Environmental Policy of «Connex» Network of Excellence*, Pantoin University, Athens, May 5-7, and for the workshop «Delegation and Multi-Level Governance» of the same network, Sciences Po., Paris, May 11 2005.

PETERS B. G., "Contracts As a Tool of Public Management", in FORTIN Y., VON HASSEL H. (éd.), Contracting in The New Public Management: From Economics to Law and Citizenship, Amsterdam, IOS Press, 2000, pp. 33-47.

PETERS B. G., "Managing Horizontal Government : The Politics of Networks", in *Public Administration*, n° 76, 1992, pp. 295-312.

PIERRE J. (ed.), *Debating Governance : Authority, Steering and Democracy*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

PIERRE J., PETERS B. G., *Governance, Politics and the State*, New York, St. Martin's Press, 2000.

PIERRE J., PETERS B. G., *Governing Complex Societies. Trajectories and Scenarios*, New York, Palgrave MacMillan, 2005.

PINSON G., SALA PALA V., "Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ?, in *Revue française de science politique*, Vol. 57. n° 5, 2007, pp. 555-597.

POLLITT C., BOUCKAERT G., *Public Management Reform. A Comparative Analysis*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

PORTER M. E., "A Strategy for Health Care Reform. Toward a Value-Based System", in *The New England Journal of Medicine*, Vol. 361, n° 2, July 9, 2009, pp. 109-112.

PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., "Redefining Healthcare", in *Harvard Business Review*, June 2004, pp. 65-76.

PORTER M. E., OLMSTED TEISBERG E., *Redefining Healthcare*, Harvard, Harvard Business School Press, 2006.

PLÜSS H., KRUETTLI S., "Betriebsvergleiche und Benchmarking in einem DRG-Fallvergütungssystem", in MALK R., KAMPMANN T., INDRA P., *DRG-Handbuch Schweiz*, Bern, Verlag Hans Huber, 2006, pp. 195-204.

PRANTL A., "L'Évaluation de l'infrastructure pour le GRAT", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 80, n° 10, 1999, pp. 589-592.

PREKER A. S., HARDING A., GIRISHANKAR N., "Private Participation in Supporting the Social Contact in Health : New Insights from Institutional Economics", in RON A. SCHEIL-ANDLUNG X. (eds.), *Recent Health Policy Innovations in Social Security*, New Brunswick/London, Transaction Publishers, , 2001, pp. 209-252.

PREUSS K.-J., RÄBIGER J., SOMMER J. H., *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand* *der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, Stuttgar/New York, Schautter, 2002.

RATHWELL T., "Implementing Health Care Reform : A Review of Current Experience", in SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1998, pp. 385-399.

"Réformes et régulation des systèmes de santé", *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, avril-septembre 2006.

REINHARDT U. E., "The Swiss Health System. Regulated Competition Without Managed Care", in *Journal of American Medical Association*, Vol. 292, n° 10, 8 September 2004, pp. 1227-1231.

RENEVEY B., *La Solidarité bien tempérée. Analyse des limites assenées à la mise en œuvre de solidarités dans l'assurance-maladie sociale et de la genèse de ces limites*, Mémoire de licence, Fribourg, Université de Fribourg, février 2000.

RHODES R. A. W., *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.

RHODES R. A. W., "Governance and Public administration", in PIERRE J. (ed.), *Debating Governance. Authority, Steering and Democracy*, Oxford, Oxford Univerity Press, 2000, pp. 54-90.

ROBINSON R, JAKUBOWSKI E., FIGUERAS J., "Introduction", in ROBINSON R, JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 3-10.

ROSANVALLON P., *La Nouvelle question sociale. Repenser l'État-Providence*, Éditions du Seuil, Paris, 1995.

ROSE T., "Citizens and Health", in *Eurohealth*, vol. 10, n° 2, pp. 6-7.

RUEFLI C., VATTER A., *Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3 : Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED*, Büro Vatter für die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle (PVK), Bern, Parlamentsdienst, 2001.

SALADIN P., WEGMUELLER B., GILLIOZ A., BIENLEIN M., "Hôpitaux", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2007, pp. 173-192.

SALAMON L. M., "The New Governance and the Tools of Public Action : An Introduction", in SALAMON L. M.. (ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002, pp. 1-47.

SALAMON L. M., "The Tools Approach and the New Governance : Conclusion and Implications", in SALAMON L. M.. (ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002, pp. 600-610.

SALAMON L. M. (ed.), *The Tools of Government : A Guide to the New Governance*, Oxford/New-York, Oxford University Press, 2002.

SALTMAN R. B., "Social Health Insurance in Perspective the Challenge of Sustaining Stability", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 3-20.

SALTMAN R. B., BANKAUSKAITE V., VRAENGBAECK K. (eds.), *Decentralization in European Health Care Systems*, Berkshire/New York, Open Press/McGraw-Hill, 2005.

SALTMAN R. B., BUSSE R., "Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector : Theory and Practice", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E., *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2002, pp. 3-52.

SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004.

SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS J. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2002.

SALTMAN R. B., DUBOIS H. FW., "Current Reform Proposals in Social Health Insurance Countries" , in *Eurohealth*, Vol. 11, n° 11, 2005, pp. 10-14.

SALTMAN R. B., DUBOIS H. FW., "Individual Incentive Schemes in Social Health Insurance Systems", in *Eurohealth*, Vol. 10. n° 2, 2004, pp. 21-25.

SALTMAN R. B., FERROUSSIER-DAVIS O., "The Concept of Stewardship in Health Policy", in *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 78, n° 6, 2000, pp. 732-739.

SALTMAN R. B., FIGUERAS J., "Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms", in *Health Affairs*, March- Avril, 1998, pp. 85-108.

SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1998.

SALTMAN R. B., MOSSIALOS J., DIXON A., FIGUERAS J., KUTZIN J., *Funding Health Care : Options for Europe*, Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2003.

SALTMAN R. B., VON OTTER C. (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*, State of Health Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 1995.

SANTOS-EGGIMANN B., *Is There Evidence of Implicit Rationing in the Swiss Health Care System ?*, Health Services Research Unit, Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne, University of Lausanne, July 2005.

SANTOS-EGGIMANN B., SEEMATTER-BAGNOUD L., "Projets «Accès aux soins médicaux en Suisse» : Enquête auprès des hôpitaux et des médecins traitants", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 84, n° 36, 2003, pp. 1834-1835.

SAVAS S., SHEIMAN I., TRAGAKES E., MAARSE H., "Contracting Models and Provider Competition", in SALTMAN R. B., FIGUERAS J., SAKELLARIDES C. (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, State of Health Series, Philadelphia, Open University Press, 1998, pp. 157-178.

SCHEIL-ADLUNG X., "Réglementation des dépenses de santé par des mesures d'incitation : observations et analyses comparative entre pays de l'OCDE", in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 51, n° 1, 1998, pp. 115-152.

SCHEIMAN I, WASEM J., "Regulating the Entrepreneurial Behavior of Third-Party Payers in Health Care", in SALTMAN R. B., BUSSE R., MOSSIALOS E. (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Care System Series, Buckingham/Philadelphia, Open University Press, 2002, pp. 179-198.

SCHMID H., *Konstenbeteiligung*, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2003.

SCHMID H., *Participation aux coûts*, Rapport final du Groupe de travail "Participation aux coûts" pour le projet "Bases de la 3ème révision partielle de la LAMal", Biel-Benken, 21 avril 2003 (actualisé, 31 janvier 2004).

SCHNEIDER-BUNNER C., "Equity in Managed Competition", in BARER M. L., GETZEN T. E., STODDART G. L., *Health, Health Care and Health Economics. Perspectives on Distribution*, Chichester, Wiley, 1999, pp. 295-318.

SCHNEIDER-BUNNER C., "La Justice sociale dans les systèmes de santé européens", in *Futuribles*, n° 201, 1995, pp.5-25.

SCHWEIZERISCHE KARTELLKOMMISSION, PREISÜBERWACHER, *Wettbewerbsverhältnisse unter Krankenkassen und Tarifverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern: Untersuchung*, Bern, Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Presiüberwachers, n° 2, 1993.

SMITH A., "Les Idées en action : le referential, sa mobilization et la notion de *policy network*", in FAVRE A. & alii, *La Construction de sens dans les politiques publiques. Débat autour de la notion de référentiel*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1995, pp. 103-120.

SMITH P. C., GINNELLY L., SCHULPHER M. (eds.), *Health Policy and Economics : Opportunities and Challenges*, State of Health Series, New York, Open University Press, 2005.

SMITH P. C., MOSSIALOS E., PAPANICOLAS I., LEATHERMAN S. (eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects*, Health Economics, Policy and Management Series, World Health Organisation (WHO) and European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

SOMMER J. H., *Muddling Through Elegantly : Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel, Schweizerischer Ärzteverlag EMH, 2001.

STEININGER-NIEDERLEITNER M., SOHN S., SCHÖFFSKI O., *Managed Care in der Schweiz und Übertragungsmöglichkeiten nach Deutschland*, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Burgdorf, Herz, 2003.

STEFFEN M. (eds.), *Health Governance in Europe : Issues, Challenges and Theories*, Oxford (BG)/New York, Routledge, 2005.

STEWART A., "Cost-Containment and Privatization : An International Analysis", in DRACHE D., SULLIVAN T., *Governance and Change in the Global Era*, London, Routledge, 1999, pp. 65-84.

STEVENS Y., VAN ROMPAEY L., HUBER V., VAN BUGGENHOUT B., "Questions relatives à l'assurance maladie complémentaire en Belgique", in *Revue internationale de sécurité sociale*, Vol. 51, n° 4, 1998, pp. 81-103.

STOFFEL U., "La Convention sur les prestations et les prix (CPP)", in *Bulletin des médecins suisses*, Vol. 87, n° 39, 2006, pp. 1688-1690.

SOULET M.-H., "De Quelques enjeux contemporains de la solidarité", in SOULET M.-H. (éd.), *La Solidarité exigence morale ou obligation publique ?*, collection «Res Socialis», Friboug, Academic Press Fribourg, , pp. 9-20.

SOULET M.-H., *Solidarité : la grande transformation. Crise et recomposition des solidarités. Vers un nouvel équilibre État-société civile*, collection «Res Socialis», Friboug, Academic Press Fribourg, 1996.

SOULET M.-H., "Les Rapports entre solidarité publique et solidarité privée : vases communicants ou coopération conflictuelle", in PETRELLA R., SOULET M.-H., LONGCHAMP A., *L'État démissionne ? Place au privé ! Les œuvres d'entraide en question*, Lucerne, Éditions Caritas, 1997, pp. 28-46.

SWINARSKI HUBER Z., *Système de santé suisse : formation et maîtrise des coûts*, Berne, Verlag Peter Lang, 2005.

SPYCHER S., "Compensation des risques dans la LAMal – et la suite ?", in *Sécurité sociale CHSS,* n° 2, 2004, pp. 109-112.

SPYCHER S., *La Compensation des risques dans le cadre de la 3ème révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie*, Rapport final définitif du groupe de travail «Compensation des risques» :

Synthèse, Mandat de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, BASS, 6 janvier, 2004.

SPYCHER S., *Risikoausgleich Krankenversicherungsgesetz. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung*, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004.

THOMSON S., DIXON A., "Choices in Health Care : The European Experience", in *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 11, n° 3, 2006, pp. 167-171.

THOMSON S., MOSSIALOS E., "Regulating Private Health Insurance in the European Union : The Implications of Single Market Legislation and Competition Policy", in *European Integration*, Vol. 29, n° 1, March 2007, pp. 89-107.

TRAVIS P., EGGER D., DAVIES P, MECHBAL A., "Towards Better Stewardship : Concepts and Critical Issues", in MURRAY C. J. L., EVANS D. B. (eds.), *Health Systems Performance Assessment : Debates, Methods and Empiricism*, Geneva, World Health Organisation (WHO), 2003, pp. 289-300.

UNDRITZ N., "Hôpital", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, pp. 106-117.

UNDRITZ N., "Hôpital", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, Berne, Édition Hans Huber, 2005, pp. 142-156.

VACARIE I., ALLOUACHE A., GIGNON A-S, FERKANE Y., LEROY S., "Crise de l'État-providence ou crise de la régulation économique ? Les leçons des réformes de l'assurance maladie", in *Droit social*, n°11, novembre 2008, pp. 1103-1114.

VALESCO-GARRIDO M., BOROWITZ M., ØVREITVEIT J., BUSSE R., "Purchasing for Quality of Care", in FIGUREAS J., ROBISON R., JAKUBOWSKI E. (eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2005, pp. 215-235.

VAN RAAK A., MEIJER E., MEIJER A., PAULUS A., "Sustainable Partnerships for Integrated Care : the Role of Decision Making and its Environment", in *International Journal of Health Planning and Management*, n° 20, 2005, pp. 159-180.

VARONE F., BONVIN J.-M., "Regards croisés sur la nouvelle gestion publique", in *Les Politiques sociales*, n°1/2, 2004, pp. 4-17.

VATTER A., "Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik", in ZENGER C. A., JUNG T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, 2003, pp. 155-165.

VINCENT-JONES P., "Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis", in *Oxford Journal of Legal Studies*, Vol. 3, n° 20, 2000, pp. 317-351.

VINCENT-JONES P., *The New Public Contracting. Regulation, Responsiveness, Relationally*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

WAIBEL R., KÄPPELI M., *Betriebswirtschaft für Führungskräfte. Die Erfolgslogik des unternehmerischen Denkens und Handelns*, 2., überarbeitet Auflage, Zürich, Versus Verlag, 2008.

WÄLTI S., "Institutional Reform of Federalism : Changing the Players Rather Than the Rules of the Game", in *Swiss Political Science Review*, Vol. 2, n° 2, 1996, pp. 113-141.

WIEDMER D.,"La Surveillance des assureurs-maladie", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 5, 2000, pp. 248-250.

WILDNER M., DEN EXTER A. P., VAN DER KRAAN W G. M., "The Changing Role of the Individual in Social Health Insurance Systems", in SALTMAN R. B., BUSSE R., FIGUERAS J. (eds.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, New York, Open University Press, 2004, pp. 248-263.

WILLIAMSON O. E., *The Mechanisms of Governance*, Oxford, Oxford University Press, 1996.

WIRTHNER A., ULRICH V., "Managed Care", in ZENGER C. A., JUNG T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, p. 2003, pp. 255-267.

WHITE J., "Choice, Trust and Two Models of Quality", in *Journal of Health Politics, Policy and Law,* Vol. 24, n° 5, 1999, pp. 993-999.

WHO, *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe ?*, Health Evidence Network (HEN), Copenhagen, World Health Organisation (WHO), July, 2004.

WOLF L., *Swiss Democracy. Possible Solutions to Conflict in Multicultural Societies*, London, MacMillan Press, 1998.

WYLER D., "Tarifs", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé Suisse 2001-2002. Survol de la situation actuelle*, Soleure, Édition KSK/CAMS Concordat des assureurs-maladie suisses, 2001, pp. 228-232.

WYLER D., "Tarifs", in KOCHER G., OGGIER W. (éd.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Édition Hans Huber, Berne, 2007, pp. 391-400.

WYSS K., LORENZ N., "Decentralization and Central and Regional Coordination of Health Services : The Case of Switzerland", in *International Journal of Health Planning and Management*, n° 15, 2000, pp. 103-104.

ZENGER C. A., JUNG T. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext-Normen-Perspektiven*, Bern, Verlag Hans Huber, p. 2003.

ZELTNER T., "Sept messages pour une réforme", in *Sécurité sociale CHSS*, n° 3, 2004, pp. 172-175.

ZWEIFEL P., "Switzerland", in *Journal of Health Politics, Policy and Law,*Vol. 25, n° 5, 2000, pp. 937-944.

Sources primaires (rapports, communiqués de presse)

BALTHASAR A., BIERI O. MÜLLER F., *Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, Monitoring 2004, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2005.

BALTHASAR A., BIERI O., FURRER, "Évaluation de l'application de la réduction des primes", *Aspects de la sécurité sociale*, Rapport de recherche, Berne, Office fédéral des assurances sociales (OFAS), n° 5, 2001.

CHANCELLERIE DU CANTON DE BERNE, "Création de l'Association intercantonale pour l'assurance qualité dans les hôpitaux", *Communiqué de Presse du Canton de Berne,* 22 novembre 2007.

CHANCELLERIE FÉDÉRALE, *Réforme du gouvernement et de l'administration. Rapport final de la Direction du projet*, Chancellerie fédérale, 2000.

CDS, *Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM) : Rapport explicatif*, 25 novembre 2004.

CDS, *Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)*, 14 mars 2008.

CSD, *Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée : Rapport final du groupe de travail «Médecine de pointe» à l'intention du comité directeur de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS)*, 29 avril 2003.

CDS, "Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations", *Rapport du comité «Planification hospitalière liée aux prestations» à l'intention du Comité directeur de la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de santé (CDS)*, Berne, CDS, juillet 2005.

CDS, "Information du projet TARMED aux cantons : Bilan de l'introduction, organes TARMED, problématiques, état des fixations et des approbations des tarifs", *Lettre de la CDS*, 16 février 2004.

CDS, *1919-1994. 75 ans de la CDS. Notes d'histoire de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires*, Berne, CDS, 1994.

CDS, *Rapport annuel* : 2002-04.

CDS, SANTÉSUISSE, *Accord entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, (Weltpoststrasse 20, 3000 Berne) 15 et santésuisse*, (Römerstrasse 20, 4502 Soleure), du 30 juin 2002.

COMMISSION DE GESTION DU CONSEIL DES ÉTATS, *Mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal. Mesures et marge de manœuvre des organes responsables de la Confédération : Synthèse*, à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats, Berne, Services du Parlement, 2001.

COMMISSION DE GESTION DU CONSEIL DES ÉTATS, *Problèmes lors de la mise en œuvre de Swissmedic et évaluation de la situation actuelle*, Rapport de la Commission de gestion du Conseil des États du 25 août 2004, Berne, Services du Parlement, 2004.

CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE L'ADMINISTRATION (CPA), *Rôle de la Confédération dans la garantie de la qualité selon la LAMal,* Rapport du Contrôle parlementaire de l'administration à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats, du 5 septembre 2007.

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTERIEUR (DFI), "Le Conseil fédéral a fixé la valeur initiale du point TARMED à 1 franc pour les assurances fédérales AA/AM/AI", *Communiqué de presse du DFI*, 19 décembre 2003.

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Brochure d'information sur le projet de nouvelle péréquation soumis à votation le 28 novembre 2004, Berne, DFF et CDC, 2004.

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DES FINANCES (DFF) & CONFÉRENCE DES GOUVERNEMENTS CANTONAUX (CDC), *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)*, Berne, DFF et CDC, septembre 2007.

FMH, *Rapport annuel* : 2002-04.

H+, "Bataille juridique TARMED : H+ se poursuit devant le Tribunal fédéral des assurances", *Communiqué de presse H+*, 12 janvier 2004.

H+, "Échec des négociations de la Commission paritaire de confiance TARMED", *Communiqué de presse H+*, 10 juillet 2003.

H+, "Financement hospitalier : l'assurance de base devrait permettre le libre choix de l'hôpital", *Communiqué de presse H+*, 7 mai 2007.

H+, "Financement hospitalier : la transparence n'intéresse pas les assureurs", *Communiqué de presse H+*, 22 août 2006.

H+, "H+ en faveur des patients, de la qualité et de la transparence en matière de financement hospitalier", *Communiqué de presse H+*, 11 avril 2007.

H+, "Libre choix de l'hôpital à l'échelon national avec financement hospitalier lié aux prestations", *Communiqué de presse H+*, 21 mars 2007.

H+, "Nouveau financement des hôpitaux : H+ plus prépare un nouveau modèle d'évaluation des investissements", *Communiqué de presse H+*, 7 février 2007.

H+, "Oui au contrôle du caractère économique, Non au patient transparent", *Communiqué de presse H+*, 10 mai 2007.

H+, *Palais fédéral. Nouvelles brèves de H+* : 2004 (n° 1-2), 2005 (n°1-4), 2006 (n°1-4), 2007 (n°1-2).

INSTITUTION COMMUNE DE LA LAMAL, *Rapport sur la gestion de la compensation des risques en 2005*, Soleure, Institution commune LAMal, 2005.

INSTITUTION COMMUNE DE LA LAMAL, *Rapport sur la gestion de la compensation des risques en 2009*, Soleure, Institution commune LAMal, 2010.

ITEN R., HAMMER S., *Finanzierung der Pflege,* Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004.

Message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance maladie.

Message du 26 mai 2004 concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents).

Message du 31 mai 2000 concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)».

Message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Message du 26 mai 2004 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie.

Message du 26 mai 2004 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (participation aux coûts).

Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care), *version provisoire*.

Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), *version provisoire*.

Message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter).

MOSER M., *Managed Care*, Grundlagen zur 3. KVG-Revision Experten-/ Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2004.

MOSER M., *3ème révision de la LAMal. Rapport final sur le sous-projet, Managed Care : Résumé*, Niederwangen, Markus Moser (MM), 27 février 2004.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (OFAS), "Analyse des effets de la LAMal : Rapport de synthèse", *Aspects de la sécurité sociale,* Rapport de recherche n° 6/1, Berne, OFAS, 2001.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Informations générales concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)*, Berne, OFSP, 5 février 2010, pp. 1-10.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 1 : Analyse et perspectives*, Berne, OFSP, 2006.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Les politiques suisses de santé – Potentiel pour une politique nationale. Volume 2 : Portrait de 10 politiques suisses de santé*, Berne OFSP, 2006.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (OFSP), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2009,* Berne, OFSP, 2008.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts de la santé en Suisse. Evolution de 1960 à 2000. StatSanté : résultats des statistiques suisses de la santé*, n° 1, Neuchâtel, OFS, 2003.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts du système de santé. Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995*, Neuchâtel, OFS, 2002.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé en 2003,* Neuchâtel, OFS, 2005.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé en 2004,* Neuchâtel, OFS, 2006.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé en 2005,* Neuchâtel, OFS, 2007.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Coûts et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente,* Neuchâtel, OFS, mars 2010.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Enquête suisse sur la santé 2002 : premiers résultats*, Neuchâtel, OFS, 2003.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Profil des études de médecine en Suisse*, Neuchâtel, OFS, 2005.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex)*, Neuchâtel, OFS, 2003.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2001 : Résultats sous forme de tableaux standards*, Neuchâtel, OFS, 2003.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2002 : Résultats sous forme de tableaux standards*, Neuchâtel, OFS, 2004.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2003 : Résultats (Tableaux standards)*, Neuchâtel, OFS, 2005.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2004 : Résultats définitifs*, Neuchâtel, OFS, 2006.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2005*, Tableaux des statistiques de santé, Neuchâtel, OFS, 2006.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS), *Tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003*, Neuchâtel, OFS, 2005.

OGGIER W., *Kontrahierungszwang. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung*, Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2003.

OGGIER W., *Projet partiel "obigation de contracter" : Rapport final*, Résumé, Mandat de l'Office fédéral des assurance sociales (OFAS), Zurich, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, 6 mai 2003.

Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, Partie "Financement hospitalier", *Rapport explicatif* du Message du 15 septembre 2004 relatif é la revision partielle de la loi fédéral sur l'assurance maladie (financement hôspitalier), *version provisoire*.

Révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, Partie : "Stratégie globale, à la compensation des risques, aux tarifs des soins et au financement des hôpitaux", *Rapport explicatif* du Message du Conseil fédéral n° 04.031.

SANTÉSUISSE, *Rapport annuel* : 2001-2006.

SANTÉSUISSE, *Brennpunkt. Gesundheitspolitik* : de 2003 (n° 4) à 2011 (n° 1).

SANTÉSUISSE, "Kooperation und Wahlfreiheitanstelle staatlicher Planwirtschaft", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 3, 2008, pp. 6-7.

SANTÉSUISSE, "Managed Care-Reform : Anreize Richtig Setzen", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, 2011, n° 1, p. 2.

SANTÉSUISSE, "Massnahmen gegen den Kostenschub im Gesundheitswesen – Zwischenbilanz", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 4, 2009, pp. 4-5.

SANTÉSUISSE, "Runde Tische und Notrechtstatt nachhaltige KVG-Reformen", in *Brennpunkt. Gesundheitspolitik*, n° 2, 2009, pp. 10-11.

SOCIÉTÉ SUISSE DES PHARMACIENS, *Rapports annuels* : 2001-04.

SWISS DRG, "En Harmonie avec la révision de la LAMal", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2006.

SWISS DRG, "Le Choix du système est imminent", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 4, 2005.

SWISS DRG, "Le Projet SwissDRG, une année après", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 2, 2005.

SWISS DRG, "Le Système SwissDRG entre dans sa deuxième phase d'élaboration", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 2, 2006.

SWISS DRG, "Les Hôpitaux, porteurs de succès", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 2, 2004.

SWISS DRG, "Objectif clair dès le départ", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2004.

SWISS DRG, "Rayon d'action de SwissDRG", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2005.

SWISS DRG, "Une Gestion commune de la structure tarifaire", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 2, 2006.

SWISS DRG, "Une Nouvelle étape importante a été franchie", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 3, 2005.

SWISS DRG, "Swiss DRG : la voie est libre", *Newsletter : informations sur l'association SWISSDRG et le projet SwissDRG*, n° 1, 2007.

Volksabstimmung vom 1. Juni 2008, Verfassungsartikel "Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung", *Erläuterungen des Bundesrates*.

Lois et ordonnances

Loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, modification du 8 octobre 2004, Prorogation du 20 décembre 2006 et du 21 décembre 2007.

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) (Etat le 1er janvier 2011).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Admission selon le besoin), modification du 13 juin 2008.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Stratégie globale, compensation des risques), modification du 8 octobre 2004.

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (Etat le 1er mars 2011).

Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance maladie (OCoR) (Etat le 1er janvier 2011).

Ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) (Etat le 1er janvier 2010).

Curriculum vitae

Stefania Moresi-Izzo est née en 1975 à Faido (canton Tessin) et elle est mariée. Elle a suivi sa scolarité obligatoire à Biasca. En 1994 elle a obtenu une maturité cantonale de type c (scientifique) au lycée cantonal de Bellinzona. Stefania Moresi-Izzo est en possession d'une licence en sciences politiques remise en 1998 par l'Université de Lausanne, ainsi que d'un diplôme d'étude approfondie en sciences politiques délivré par les Universités de Lausanne et de Genève en 2000.

Avant de démarrer sa thèse de doctorat en 2004, Stefania Moresi-Izzo, a effectué deux stages auprès de l'administration fédérale suisse, au Centre des études de la science et de la technologie, rattaché au Conseil Suisse de la Science et de la Technologie, ainsi qu'à l'Office fédéral des statistiques. Durant cette période, elle a effectué des travaux de recherche, d'évaluation et a contribué à des publications officielles.

Après un séjour linguistique de six mois aux Etats-Unis, elle a obtenu un poste d'assistante diplômée auprès du Prof. Marc-Henry Soulet, chef de la Chaire francophone de Travail social et politiques sociales. Elle a repris ses activités auprès de la Chaire, après une année passée auprès des Services du Parlement suite à l'obtention d'une bourse «politique et science». Entre fin 2004 et fin 2007, Stefania Moresi-Izzo a accompli ses tâches d'assistante diplômée, d'enseignante et a conclu sa phase de terrain.

Depuis fin 2007, elle est engagée auprès du Conseil des Ecoles polytechniques fédérales, en tant que collaboratrice scientifique, s'occupant principalement de prises de position politiques sur des questions de formation supérieure et de recherche. Elle a débuté et achevé sa phase de rédaction de thèse durant cette période.

Je déclare sur mon honneur que ma thèse est une oeuvre personnelle, composée sans concours extérieur non autorisé, et qu'elle n'a pas été présentée devant une autre Faculté.