



### Point de vue

La question de la régulation du nombre des médecins agite le monde politique depuis le début du siècle. La toile de fond en est la hausse des coûts de la santé – phénomène qui ne laisse personne indifférent. Pourtant, le principe du «moratoire», sur lequel on s'efforce de légiférer depuis quinze ans, ne soulève, reconnaissons-le, guère d'enthousiasme.

Évaluer a posteriori l'action politique est une chose. Réfléchir objectivement aux effets concrets d'une mesure de régulation en est une autre. Une base objective est nécessaire pour pouvoir examiner, discuter et enfin se décider pour des options futures. C'est important pour la mise en œuvre d'un instrument de régulation tel que la limitation du nombre de médecins. L'Obsan livre dans ce bulletin des chiffres et des estimations actualisés. Ces analyses aideront à y voir plus clair et à prendre des décisions en se basant sur des données.

La CDS soutient le Conseil fédéral dans son intention de trouver une solution durable et efficace pour remplacer dès mi-2019 les dispositions transitoires actuelles de limitation de l'admission de nouveaux médecins. Un regard sur les évolutions pendant la courte phase sans réglementation (de fin 2011 à mi-2013) suffit à montrer qu'il faut trouver une solution pour la fin des dispositions transitoires et ainsi éviter toute rupture. Pour les cantons, qui doivent assurer la couverture des besoins, il importe de décider sur le principe de leur donner les moyens de réguler, si nécessaire, les soins ambulatoires. Il n'est plus temps de procéder à des expérimentations qui, si elles ne convainquent pas la majorité ou si elles sont sans effet, pourraient conduire à une nouvelle interruption dans la réglementation.

Thomas Heiniger,  
Conseiller d'État, Président de la CDS

## Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés

### Évolution de leur effectif et de leurs coûts

Ce bulletin s'inscrit dans la discussion sur la limitation de l'admission de médecins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), communément appelée clause du besoin ou moratoire. Il actualise les principaux indicateurs du bulletin 4/2015 de l'Obsan (Roth et Sturny, 2015) d'une part et propose des nouvelles analyses sur les coûts et les consultations des médecins en cabinets privés d'autre part.

Cette première publication à ce sujet avait montré une forte augmentation du nombre de médecins spécialistes durant la période de levée du moratoire. Ce constat soulève des questions importantes concernant les coûts à la charge de l'AOS et la structure de l'offre de soins:

- Les coûts et les consultations ont-ils évolué dans les mêmes proportions que le nombre de médecins?
- Y-a-t-il des modifications de la structure de l'offre qui pourraient justifier une telle évolution du nombre de médecins, comme par exemple l'augmentation du temps partiel ou l'installation des nouveaux médecins en zone de pénurie?

Ce bulletin propose d'enrichir le débat en traitant ces deux questions de manière descriptive. Les principaux résultats se résument ainsi:

- Forte augmentation du nombre de médecins spécialistes et de leurs coûts AOS pendant la levée du moratoire et les premiers semestres suivant sa réintroduction;
- Augmentation modérée du nombre de consultations par assuré depuis la levée du moratoire;
- L'augmentation du temps partiel n'est pas clairement démontrée par les données utilisées;
- Les nouveaux médecins s'installent plutôt en zone urbaine;
- Pendant la levée du moratoire, les deux tiers des nouveaux spécialistes appartiennent à cinq spécialisations différentes.

## Constat: le nombre de spécialistes en augmentation

De janvier 2006 à décembre 2016, la densité de médecins (nombre de médecins<sup>1</sup> pour 10 000 habitants) ayant facturé au moins une prestation à charge de l'AOS évolue de manière différenciée entre la médecine spécialisée et la médecine de premier recours (G1).

On remarque une forte augmentation de la médecine spécialisée durant la période de la levée du moratoire, de janvier 2012 à juin 2013 (+6,1% en moyenne annuelle). L'augmentation persiste pendant la période du régime transitoire, mais à un rythme décroissant. Ainsi, les deux premiers semestres de cette période (2<sup>e</sup> semestre 2013 et 1<sup>er</sup> semestre 2014) connaissent encore une augmentation soutenue (+4,6%), alors que sur l'ensemble de cette période l'augmentation moyenne est moins marquée (+1,8%)<sup>2</sup>. L'augmentation de la densité de médecins spécialistes est la plus modérée pendant la période du moratoire (+0,5%) qui est la période la plus stricte en matière d'admission.

À contrario, la densité de médecins de premier recours varie moins pendant les trois périodes (encadré 2). D'une légère baisse pendant le moratoire (-0,3% en moyenne annuelle), on passe à une légère augmentation pendant la levée du moratoire (+0,9%). L'augmentation de la densité de médecins de premier recours est la plus prononcée pendant la période du régime transitoire (+1,3%). De manière plus générale, on remarque que la densité de médecins de premier recours augmente légèrement depuis 2011. À cette période, différentes mesures en faveur de la médecine de famille et de base ont été instaurées.

La forte augmentation de la densité de médecins spécialisés durant la levée du moratoire soulève plusieurs questions qu'il s'agit d'aborder dans la suite du bulletin:

- Le nombre de consultations et les coûts suivent-ils la même évolution?
- La structure de l'offre de soins s'est-elle modifiée?
- Quelle est l'évolution au niveau cantonal?

### Encadré 1: Définitions

**Assurés:** nombre d'assurés selon les données de la compensation des risques.

**Catégorie «Médecine de premier recours»:** médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecins praticiens, cabinet de groupe et pédiatrie.

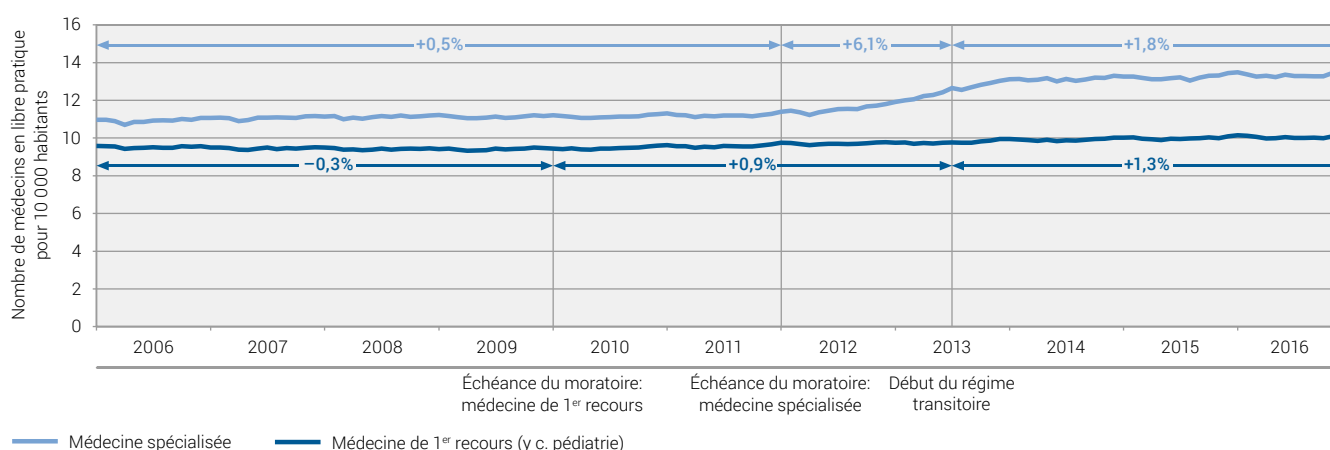
**Consultations:** nombre de consultations et de visites à domicile.

**Coûts AOS:** dépenses à charge de l'assurance obligatoire des soins.

**Densité de médecins:** nombre de médecins pour 10 000 habitants.

## Densité de médecins en cabinet privé ayant facturé à charge de l'AOS et variation annuelle moyenne de la densité, de 2006 à 2016

G1



Sources: SASIS SA – Pool de données; OFS – STATPOP/analyse Obsan

© Obsan 2017

<sup>1</sup> L'analyse se fonde sur le nombre de numéro enregistré dans le registre des codes créanciers. Il n'y a pas d'information sur le taux d'occupation des médecins.

<sup>2</sup> Les sources potentielles de l'augmentation de la densité de médecins pendant les premiers semestres du régime transitoire sont évoquées en détail dans le bulletin 4/2015.

## Les consultations augmentent faiblement, les coûts fortement

Sur l'ensemble de la période analysée, le nombre de consultations par assuré augmente modérément pour les deux catégories de médecins (+0,5% en moyenne annuelle pour la médecine de premier recours et +1,8% pour la médecine spécialisée). Au dernier trimestre 2016, le nombre de consultations par assuré s'élève à 0,9 pour la médecine de premier recours et à 0,6 pour la médecine spécialisée.

Pour la médecine spécialisée, le nombre de consultations par assuré augmente plus fortement à partir de la fin du moratoire: +3,3% en moyenne annuelle pendant la levée du moratoire et +2,6% pendant le régime transitoire (G2). Pour la médecine de premier recours, l'augmentation la plus prononcée se situe pendant la période du moratoire (+1,2% en moyenne annuelle), tandis que pendant les autres périodes, les consultations par assuré restent quasiment stables.

Au dernier trimestre 2016, les coûts AOS par assuré s'élèvent à 150 francs pour la médecine spécialisée et à 138 francs pour la médecine de premier recours. Les coûts AOS des spécialistes et des médecins de premier recours n'augmentent pas au même rythme entre 2006 et 2016.

Pour la médecine spécialisée, la période de levée du moratoire correspond à une forte augmentation des coûts AOS (+7,8% en moyenne annuelle) (G4). Cette augmentation contraste avec les augmentations plus modérées des deux autres périodes (+3,6% et +4,5%). Notons également que les coûts AOS augmentent encore de façon prononcée pendant les premiers trimestres du régime transitoire. Il y a un certain décalage temporel avant de percevoir la totalité de la hausse des coûts. L'augmentation des coûts n'est donc pas uniquement un phénomène de court terme qui prendrait fin dès la période de transition. Cette augmentation prononcée des coûts correspond à un effet de seuil. Même si le taux de croissance des coûts retrouve un niveau plus habituel, il faut relever la hausse de leur niveau pendant la levée du moratoire.

### Encadré 2: Modifications de la réglementation sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à charge de l'AOS

Pour faciliter l'interprétation des résultats, trois périodes ont été définies (T1). Ces périodes varient selon qu'il s'agisse de la médecine de premier recours ou de la médecine spécialisée:

#### Aperçu des différentes périodes de la réglementation T1

Périodes	Médecine de premier recours	Médecine spécialisée
Moratoire	Juillet 2002 à décembre 2009	Juillet 2002 à décembre 2011
Levée du moratoire	Janvier 2010 à juin 2013	Janvier 2012 à juin 2013
Régime transitoire	Juillet 2013 à juin 2019	Juillet 2013 à juin 2019

Note: Pour le présent bulletin, les analyses ne couvrent pas l'entier de ces périodes, mais les années 2006 à 2016.

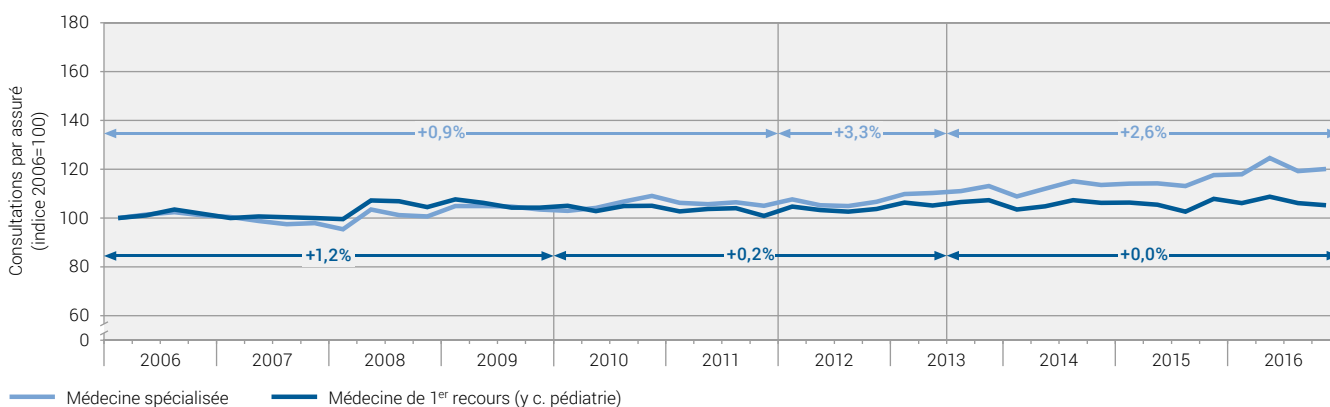
Source: propre présentation

© Obsan 2017

En 2002, le Conseil fédéral a édicté une ordonnance pour limiter l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'AOS (RS 832.103). L'application de cette limitation était du ressort des cantons. D'abord prévue pour une durée de trois ans, elle a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2009 pour la médecine de premier recours et jusqu'au 31 décembre 2011 pour la médecine spécialisée (G3). Au 1<sup>er</sup> juillet 2013, après une période de levée du moratoire, une forme plus souple de la limitation des admissions a été introduite. Sont notamment exclus de cette limitation les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu (RO 2013 2065). Ce régime transitoire est prévu jusqu'en juin 2019. Son application est de la responsabilité des cantons.

## Consultations des médecins en libre pratique par assuré, de 2006 à 2016

G2



Note: Les séries des consultations ont été désaisonnalisées grâce à la procédure X12 de SAS (voir encadré 4 pour plus de détails).

Source: SASIS SA – Pool de données/analyse Obsan

© Obsan 2017

Aperçu des modifications de la réglementation				G3
Introduction du moratoire	Echéance du moratoire: Médecine de 1 <sup>er</sup> recours	Echéance du moratoire: Médecine spécialisée	Régime transitoire	Nouveau projet de loi
3 juillet 2002	31 décembre 2009	31 décembre 2011	1 <sup>er</sup> juillet 2013	1 <sup>er</sup> juillet 2019

Source: propre présentation © Obsan 2017

Sur l'ensemble de la période analysée, les coûts AOS de la médecine spécialisée augmentent plus fortement que les coûts de la catégorie «divers prestataires<sup>3</sup>». La différence est particulièrement marquée pendant la période de levée du moratoire (G4). Ce constat confirme le caractère exceptionnel de la hausse des coûts durant cette période.

À contrario, les coûts AOS de la médecine de premier recours évoluent de manière similaire aux coûts de divers prestataires. L'augmentation la plus marquée se situe pendant la période du régime transitoire (+4,0%) par rapport aux deux autres périodes (+1,0% avant 2010 et +2,3% pendant la levée du moratoire) (G4). Il est possible que cela résulte de différentes mesures en faveur de la médecine de premier recours, comme l'adaptation du Tarmed.

## Changements de la structure de l'offre de soins?

La deuxième question traitée dans ce bulletin est celle des changements de la structure de l'offre de soins. L'accent est mis sur trois changements susceptibles d'expliquer ou justifier d'un point de vue de la politique de santé l'évolution de la densité des médecins:

- Augmentation du temps partiel
- Installation en zone de pénurie
- Comblent la pénurie de certaines spécialisations

### Augmentation du temps partiel peu visible dans les données analysées

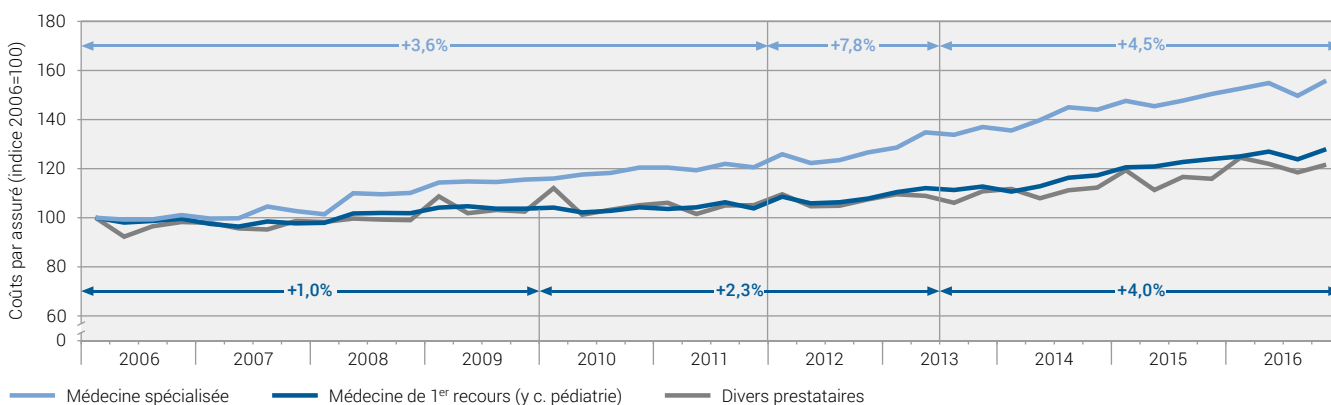
Plusieurs études montrent une diminution du taux d'occupation des médecins en Suisse. Entre 2008 et 2016, il est passé de 9,0 à 8,8 demi-journées par semaine pour l'ensemble des médecins (Hostettler, 2017). Pour les médecins dits «ambulatoires», le taux a diminué de 8,7 à 8,2 demi-journées par semaine.

Les données utilisées ne permettent pas d'évaluer précisément le taux d'activité des médecins. Néanmoins, les consultations par médecin et les coûts par médecin donnent une indication de l'évolution du taux d'activité.

Les consultations par médecin évoluent modérément avec une légère tendance à la baisse (G5). Pour la médecine de premier recours, elles augmentent jusqu'en 2008, puis diminuent pour retrouver en fin de période le même niveau qu'en 2006. Pour la médecine spécialisée, elles varient peu jusqu'à fin 2011. La baisse pour la médecine spécialisée pendant la levée du moratoire (–3,2% en moyenne annuelle) provient plutôt de l'arrivée de nouveaux médecins qui mettent un certain temps à constituer leur patientèle que d'une forte augmentation du temps partiel. D'ailleurs, après deux ans, le nombre de consultations par médecin augmente à nouveau.

## Coûts AOS par assuré selon la catégorie de prestataires, de 2006 à 2016

G4



Note: Les séries des coûts AOS ont été désaisonnalisées grâce à la procédure X12 de SAS (voir encadré 4 pour plus de détails).

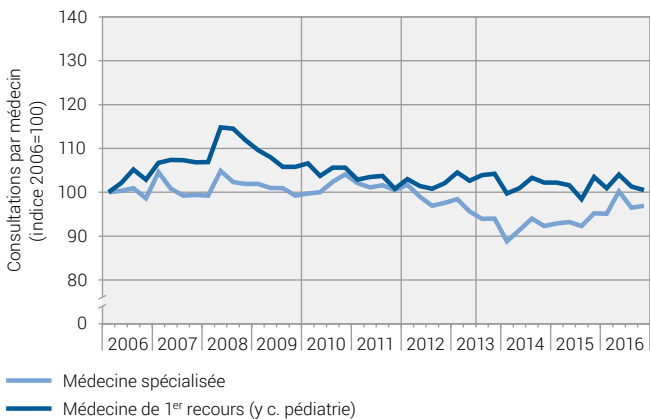
Source: SASIS SA – Pool de données/analyse Obsan

© Obsan 2017

<sup>3</sup> La catégorie «divers prestataires» comprend l'ensemble des prestataires hormis les hôpitaux et les médecins. Les hôpitaux ont été exclus du fait de la forte augmentation des coûts AOS à l'introduction du nouveau financement hospitalier.

### Consultations par médecin en libre pratique, de 2006 à 2016

G5



Note: Les séries des consultations ont été désaisonnalisées grâce à la procédure X12 de SAS (voir encadré 4 pour plus de détails).

Source: SASIS SA – pool de données/analyse Obsan

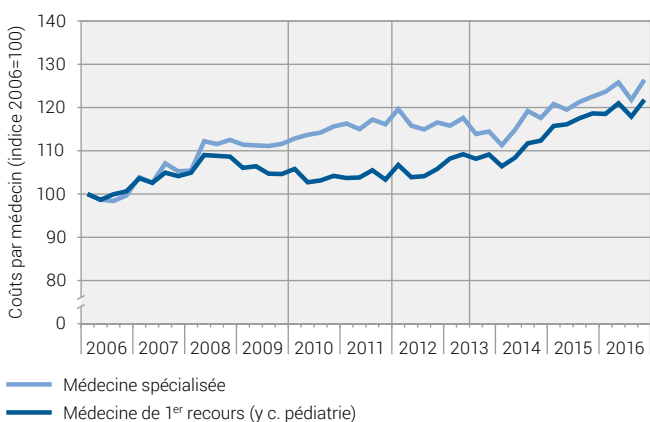
© Obsan 2017

Les coûts par médecin ont tendance à augmenter (G6). À noter que les coûts AOS par médecin spécialiste diminuent légèrement en 2012 et 2013. L'argument précédemment cité sur le temps pour constituer une patientèle peut ici aussi expliquer cette évolution. Cette augmentation peut refléter à la fois une évolution du taux d'occupation et un changement dans les prestations fournies.

À partir de 2012, il y a une augmentation du nombre de cabinets de groupe dans les données analysées. Un cabinet de groupe est compté comme un prestataire, mais il regroupe les consultations et les coûts de plusieurs médecins. Ainsi, le nombre de consultations et les coûts AOS par médecin de premier recours sont légèrement surestimés. Il est possible que la médecine spécialisée soit également concernée. Cependant, les données ne permettent pas de vérifier cette hypothèse.

### Coûts AOS par médecin en libre pratique, de 2006 à 2016

G6



Note: Les séries des coûts AOS ont été désaisonnalisées grâce à la procédure X12 de SAS (voir encadré 4 pour plus de détails).

Source: SASIS SA – pool de données/analyse Obsan

© Obsan 2017

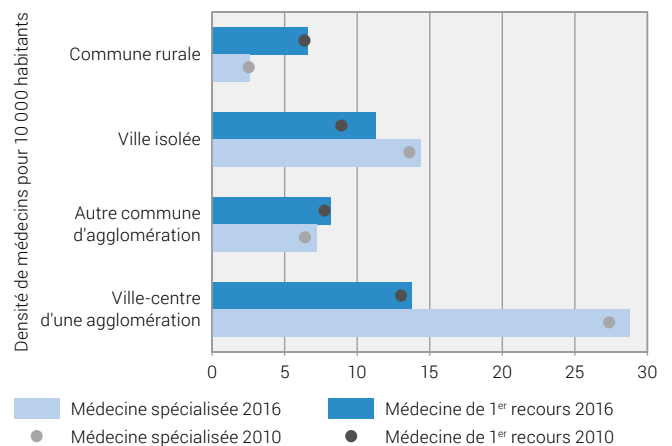
### Installation des nouveaux médecins: préférence aux régions urbaines

Les nouveaux médecins ne s'installent pas nécessairement dans les zones de pénuries d'offre de soins qui sont plutôt des régions rurales. La densité de médecins reste stable dans les communes rurales entre 2010 et 2016, ceci autant pour la médecine spécialisée que pour la médecine de premier recours, alors que dans les autres types de régions, l'augmentation de la densité de médecins est plus marquée (G7).

Les médecins se concentrent principalement dans les villes-centre d'une agglomération. Pour la médecine de premier recours, il y a 13,7 médecins pour 10 000 habitants en 2016 et pour la médecine spécialisée 28,8 (respectivement 13,0 et 27,4 en 2010). Les communes rurales ont la plus faible densité de médecins avec 6,6 médecins de premiers recours et 2,6 médecins spécialisés pour 10 000 habitants en 2016.

### Densité de médecins selon le type de régions, en 2010 et en 2016

G7



Sources: FMH – Statistique médicale; OFS – STATPOP/analyse Obsan

© Obsan 2017

#### Encadré 3: Données utilisées

Le pool de données de SASIS SA, une filiale de santésuisse, donne des informations détaillées sur les coûts à charge de l'AOS et sur le nombre de numéro RCC (registre des codes créanciers) qui ont facturé à charge de l'AOS. Les données mensuelles du pool de données ont été utilisées.

Les résultats relatifs à la densité de médecins selon le type de régions se basent sur les données de la Statistique médicale (2010 et 2016) de la Fédération des médecins suisses (FMH). Cette base de données décrit les activités du corps médical suisse à une date donnée et renseigne sur son évolution.

## Une minorité de spécialisations représente la majorité des nouvelles installations et des coûts

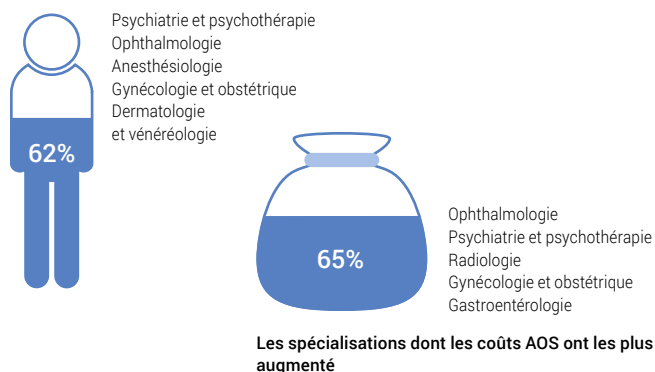
Toutes les spécialisations ne sont pas concernées de manière identique par la levée du moratoire. Si certaines voient leur effectif fortement augmenter, d'autres le voient stagner ou même diminuer.

L'augmentation du nombre de spécialistes concerne un nombre limité de spécialisations: cinq titres de spécialistes représentent presque les deux tiers des spécialistes installés pendant la levée du moratoire (G8). Il est difficile de juger si ces spécialisations étaient ou n'étaient en pénurie en Suisse. Néanmoins, il semblerait que ces nouveaux spécialistes s'installent plutôt dans des cantons où la densité est déjà élevée. En effet, pour ces cinq spécialisations il existe une corrélation positive entre leur densité cantonale et le nombre de nouveaux spécialistes.

### Peu de spécialisations représentent la majorité des nouvelles installations et des coûts

G8

#### Les spécialisations dont l'effectif a le plus augmenté



Source: SASIS SA – pool de données/analyse Obsan

© Obsan 2017

Du point de vue des coûts AOS par assuré, cinq spécialisations représentent les deux tiers de l'augmentation des coûts AOS de l'ensemble des médecins spécialisés pendant la période de levée du moratoire (G8). Notons que trois spécialisations représentent à elles seules près du 53% de l'augmentation des coûts AOS des spécialistes pendant cette période.

## Aspects cantonaux

La situation des cantons est très variable tant du point de vue de la densité de spécialistes que de l'évolution de cette dernière.

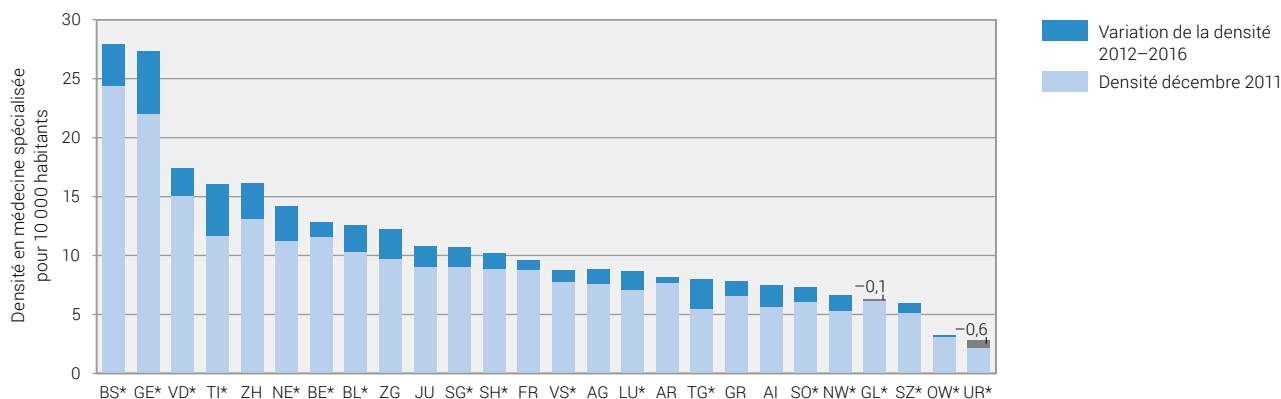
En décembre 2011, avant la levée du moratoire, la densité de spécialistes est la plus élevée dans les cantons de Bâle-Ville et de Genève (G9). Elle est presque huit fois supérieure à celle des cantons d'Uri ou d'Obwald. À la fin 2016, la densité de spécialités n'est pas devenue plus homogène entre les cantons, au contraire les différences se sont accentuées. La densité à Bâle-Ville est dix fois supérieure à celle d'Uri.

Entre 2012 et 2016, la densité de spécialistes a augmenté dans tous les cantons, hormis Glaris et Uri. La plus forte augmentation (en valeur absolue) se trouve dans les cantons de Genève et du Tessin (respectivement +5,3 et +4,4 spécialistes pour 10 000 habitants). Par rapport à la situation de fin 2011, les cantons de Thurgovie et du Tessin ont connu la plus forte augmentation relative de leur densité (respectivement +45% et +38%).

Entre 2012 et 2016, il existe une relation positive entre la variation de la densité de spécialistes et la variation des coûts par assuré des spécialistes (coefficient de corrélation 0,4<sup>4</sup>). Cependant, au niveau cantonal, il est difficile de modéliser les effets des différentes phases du moratoire sur les coûts, sur les consultations ou encore sur le nombre de médecins, car l'application du moratoire dépend de la situation du canton. Ce problème limite grandement l'interprétation des résultats. De plus, les flux inter-cantonaux de patient compliquent l'analyse. Il est donc difficile de conclure au niveau cantonal à la pertinence ou non du moratoire pour limiter les coûts AOS sur la base de résultats descriptifs.

## Densité de spécialistes en libre pratique ayant facturé à charge de l'AOS par canton, en 2011 et en 2016

G9



\* Le canton a réintroduit un moratoire pour la médecine spécialisée à partir de juillet 2013 (Rüefli et al., 2016).

Sources: SASIS SA – Pool de données; OFS – STATPOP/analyse Obsan

© Obsan 2017

<sup>4</sup> Statistiquement significatif au seuil de 5%.

## Conclusion

Ce bulletin complète les informations d'une première publication sur la limitation de l'admission de médecins (Roth et Sturny, 2015). Il part du constat d'une forte augmentation de la densité de médecins spécialistes pendant la période de levée du moratoire. Puis, il présente l'évolution des coûts AOS et des consultations et discute des hypothèses qui pourraient justifier une telle augmentation de la densité de spécialistes. Les principaux résultats se résument ainsi:

- Pendant la levée du moratoire, le nombre de médecins spécialistes a fortement augmenté, alors que le nombre de médecins de premier recours est resté relativement stable. Le nombre de spécialistes continue d'augmenter pendant les premiers semestres de la période transitoire.
- Pour la médecine spécialisée, les coûts AOS par assurés suivent la même évolution que les effectifs. La période de levée du moratoire correspond à un effet de seuil qui provoque une hausse persistante du niveau des coûts AOS.
- Le nombre de consultations par assurée augmente de façon plus modérée, ceci tant pendant la période de la levée du moratoire qu'avant et après cette dernière.
- Les analyses menées ne permettent pas de justifier, du point de vue de la politique de santé, une telle augmentation du nombre de spécialistes. L'augmentation du temps partiel est peu visible dans les données utilisées. Les médecins ont plutôt tendance à se concentrer dans les zones urbaines et pas dans des zones plus susceptibles d'être en pénurie de médecins.
- La situation des cantons suisses varie beaucoup. Certains ont connu une forte augmentation du nombre de spécialistes à l'échéance du moratoire, d'autres une augmentation plus modérée, voire une baisse.

Ce bulletin apporte des éléments importants dans le cadre de la discussion de la limitation de l'admission de médecins. Il montre clairement l'évolution des effectifs de médecins et des coûts qui en découlent. Il apporte également un éclairage sur l'évolution des consultations.

La pénurie ou la surabondance de médecins reste une question centrale de ce débat. Pour continuer la discussion sur l'admission des fournisseurs de prestations, d'autres analyses seraient souhaitables. L'évolution des modèles d'activité des médecins, notamment de leur taux d'occupation devrait être mieux considérée. Les futures données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) devraient le permettre. Les flux de patients entre cantons qui sont devenus plus importants ces dernières années, sont également un paramètre à mieux intégrer dans de futures analyses. Des facteurs comme l'évolution démographique et le transfert de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire devraient également être inclus.

### Encadré 4: Éléments de méthode

#### Désaisonnalisation des séries de coûts et de consultations

Les données mensuelles du pool de données (coûts et consultations) sont fortement impactées par des facteurs saisonniers (p. ex.: effet comptable du mois de janvier, nombre de jours ouvrables mensuelles). Pour obtenir des résultats qui reflètent bien la réalité, il est important de tenir compte de la saisonnalité de ces séries. Il s'agit de modèles de désaisonnalisation qui corrigent les séries de leurs variations infra-annuelles.

Pour la présente étude, la procédure standard de SAS (proc X12) a été utilisée. Les tests standards de qualité de la désaisonnalisation (table F3 des outputs) pour les séries mensuelles et trimestrielles ont été comparés. Les présentes analyses se basent sur les séries trimestrielles de coûts et de consultations, car elles présentent des tests de qualités meilleures que les séries mensuelles.

Il n'est pas possible d'utiliser des séries semestrielles avec cette procédure. La série trimestrielle est obtenue en agrégeant les mois correspondants au trimestre.

### Publications sur le corps médical

Hostettler, S. & Kraft, E. (2017). *36 175 médecins en exercice. Bulletin des médecins suisses*, 98(13): 394–400.

Roth, S. & Sturny, I. (2015). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés: évolution de leur effectif* (Obsan Bulletin 4/2015). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Rüefli, C.; Huegli, E. et Berner, D. (2016). *Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone*. Bern: Büro Vatter.

Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité: modèle conceptuel*. Rapport établi dans le cadre du mandat partiel «Coordination de la formation postgrade des médecins». Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Burla, L. & Widmer, M. (2017). *Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité – Rapport II: premier modèle de calcul*. Rapport établi dans le cadre du mandat partiel «Coordination de la formation postgrade des médecins». Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

**L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

#### Impressum

##### Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

##### Auteurs

Sacha Roth, Isabelle Sturny (Obsan)

##### Référence bibliographique

Roth, S. & Sturny, I. (2017). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinets privés: évolution de leur effectif et de leurs coûts* (Obsan Bulletin 4/2017). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

##### Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tél. 058 463 60 45,  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

##### Langue du texte original

Français; cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 1033-1704).

##### Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

##### Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

##### Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch) (gratuit)

##### Numéro OFS

1034-1704

##### Téléchargement du fichier PDF

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications (gratuit)

© Obsan 2017



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.