

Essai d'explication des disparités régionales des coûts de la santé

Les coûts de la santé en Suisse ainsi que leurs disparités cantonales et régionales ne cessent d'alimenter le débat sur la politique de notre pays en ce domaine. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a lancé en 2007 un programme de recherche sur la question. Celui-ci comprend une analyse de la littérature spécialisée internationale, la création d'une banque d'indicateurs, l'étude économétrique des déterminants explicatifs des disparités régionales et la rédaction d'un rapport de synthèse. Le présent article présente les résultats de la première partie de ce programme, soit l'analyse de la littérature internationale consacrée aux disparités régionales en matière de coûts de la santé.

Encadré 1

L'Observatoire suisse de la santé

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de «politique nationale suisse de la santé». Son mandat est défini par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations disponibles dans le domaine de la santé en Suisse. Il soutient également la Confédération, les cantons et les institutions de santé publique dans leurs planifications, leurs prises de décision et leur action. Pour plus d'informations, voir www.obsan.ch.



Les dépenses socialisées de santé étaient presque deux fois et demie plus élevées dans le canton de Genève (près de 6400 francs) que dans le canton d'Appenzel Rhodes-Intérieures (à peine 2600 francs). Les racines de ces différences font l'objet d'un programme de recherche à l'Obsan. En illustration: l'hôpital cantonal de Genève. Photo: Keystone

Le coût de la santé en Suisse en comparaison internationale

D'après l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Suisse consacrait, en 2005, 11,4% de son produit intérieur brut (PIB) à la santé, ce qui la plaçait très haut au plan mondial (voir *graphique 1*). Elle n'est devancée que par les États-Unis, qui, la même année, n'avaient pas affecté moins de 15,4% de leur PIB pour le même objet. Elle est, en revanche, suivie de près par ses voisins immédiats: les coûts de la santé constituaient 11,1% du PIB en France, 10,7% en

Allemagne et 10,2% en Autriche, un peu moins (8,9%) en Italie.

11,4% du PIB suisse représentait 53 milliards de francs en 2005, ventilés en biens et services de santé. Cela fait environ 7100 francs par habitant pour une seule année. Le *tableau 1* montre à quels domaines de prestations sont consacrées les dépenses les plus importantes; il indique également quels sont les agents-payeurs qui en assurent le financement.

De larges différences intercantionales

Le système suisse de santé a une structure fortement fédéraliste; les prestations de santé relèvent essentiellement de la compétence des cantons. Ce système fait qu'il existe en Suisse d'importantes différences de coûts entre les cantons. Nous ne disposons, toutefois, pas encore – en raison de difficultés liées aux données et à la méthodologie – de chiffres fiables sur la répartition par canton des coûts de la santé. L'étude la plus poussée, à cet égard, est celle de *Crivelli et al. (2008)*, qui se fonde sur la notion de *coûts socialisés de la santé* (voir *graphique 2*)¹.



Paul Camenzind
Chef a. i., Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel

Tableau 1

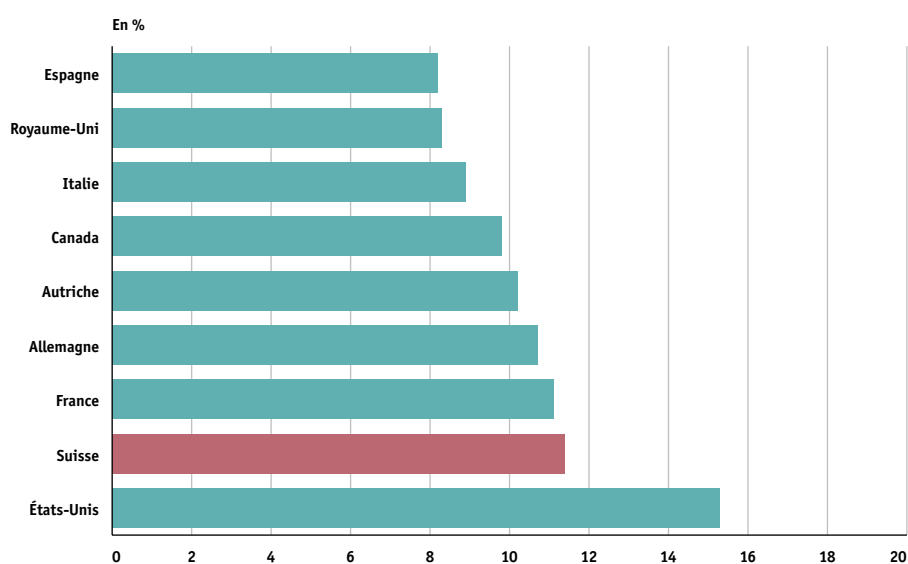
Coûts de la santé en Suisse par fournisseurs de prestations et agents-payeurs, 2005

En milliards de francs	Prestataires						Total
	Services ambulatoires	Hôpitaux	Institutions médico-sociales	Commerce de détail	État	Autres	
Agents-payeurs							
LAMal/AOS	6.5	6.8	1.4	2.7	0.0	0.9	18.3
État	0.6	6.5	1.0	0.0	0.8	0.0	8.9
Ménages privés	6.5	1.7	6.0	1.5	0.3	0.1	16.1
LCA	1.4	2.1	0.0	0.3	0.0	0.8	4.7
AI/AVS/AC/APG/autres	1.1	1.1	1.2	0.4	0.0	0.9	4.7
Total	16.1	18.3	9.6	4.9	1.0	2.8	52.7

Source: OFS (2007); Camenzind / La Vie économique

Graphique 1

Quote-part des coûts de la santé dans le produit intérieur brut de certains pays de l'OCDE, 2005



Source: OCDE Health Data (état des données 2007) / La Vie économique

Les dépenses socialisées de santé étaient presque deux fois et demie plus élevées dans le canton de Genève (près de 6400 francs) que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (à peine 2600 francs). D'une manière générale, on observe dans le système suisse de santé une disparité entre l'est et l'ouest du pays: outre Genève, les «dépenses socialisées» étaient en 2005 supérieures à la moyenne – plus de 4000 francs par personne et par an – dans les cantons de Bâle-Ville, de Neuchâtel, de Vaud, du Tessin, du Jura et de Berne; les coûts les plus bas – moins de 3000 francs – étaient enregistrés dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Nidwald, d'Obwald et de Thurgovie.

Méthodologie

Nos recherches sur la littérature spécialisée ont été essentiellement effectuées à tra-

vers la banque de données Econlit², qui renseigne sur la période allant de 1986 au milieu de 2007. D'autres banques de données bibliographiques³ ont été consultées, de même qu'Internet. Parmi les centaines d'articles et d'études trouvés, nous avons analysé les cent travaux dont on pouvait attendre le degré d'explication le plus élevé. Leurs références bibliographiques ont dévoilé quelques études qui n'avaient pas été repérées dans l'exploration électronique des banques de données (ce que l'on appelle littérature «grise»). Le contenu de ces travaux a été analysé sur la base des dix questions suivantes:

- quels sont les modèles d'explication théoriques qui existent à ce jour (théorie économique)?
- quelle est l'influence de la structure, de l'organisation et du financement du système de santé?
- quels points communs y a-t-il entre les différents modèles d'explication?
- est-il plus pertinent de considérer le niveau des coûts ou leur évolution?
- quels sont les agrégats de coûts analysés (modèle des coûts totaux ou sous-modèles)?
- quels facteurs d'explication communs trouve-t-on dans ces travaux?
- quels sont les intervalles de temps considérés?
- quelles sont les données disponibles en Suisse et dans d'autres pays?
- quel est le type de régionalisation utilisé (niveau d'analyse géographique)?
- quels sont les modèles statistiques et méthodologiques (modèles économétriques) utilisés?

Modèles d'explication théoriques et économiques

Les résultats des différentes approches expérimentées dans le monde pour décrire théoriquement l'évolution des coûts de la santé sont finalement assez modestes. Les re-

1 La «spesa sanitaria socializzata» (voir Crivelli et al., 2008, p. 9ss) comprend les subventions aux fournisseurs de prestations, les réductions de primes accordées aux assurés, les primes nettes et les participations aux coûts de l'AOS. Manquent les prestations que les ménages paient de leur poche et les primes nettes (y compris la participation aux coûts) de l'assurance-maladie complémentaire (LCA).

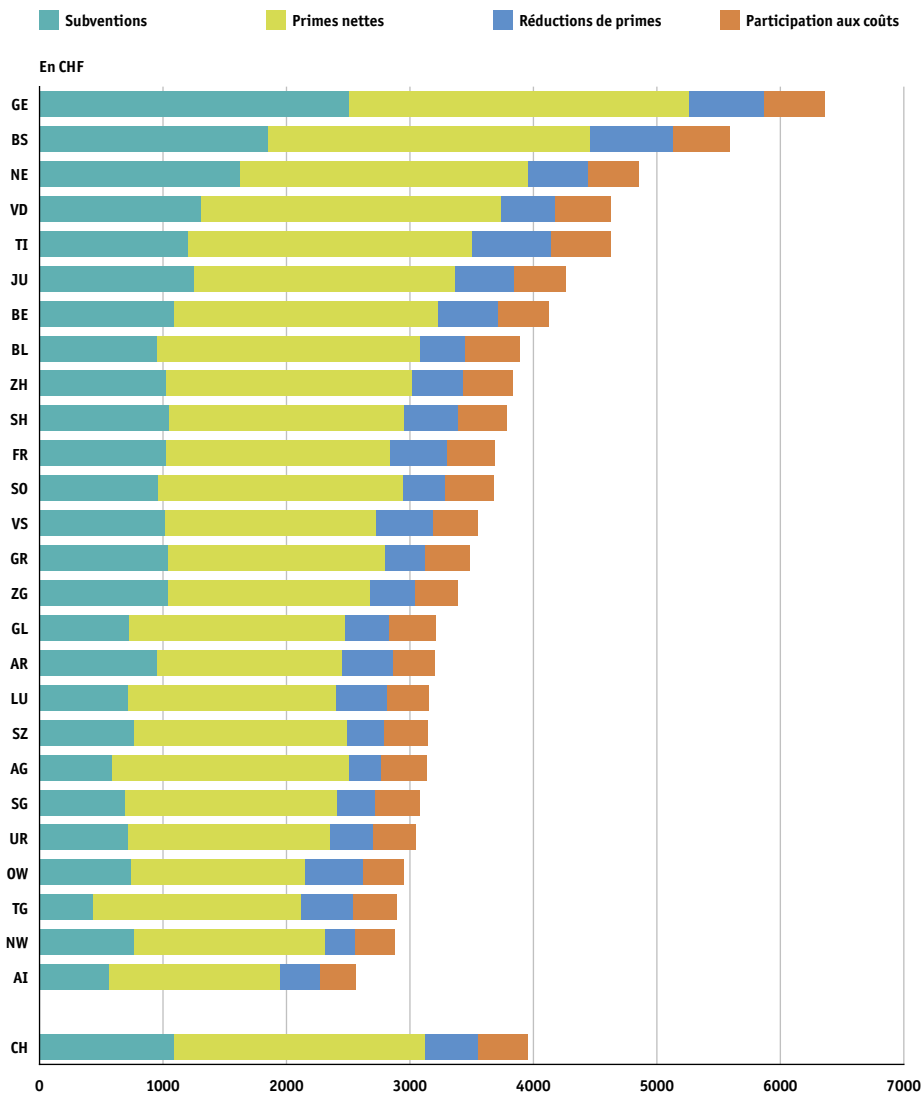
2 American Economic Association's electronic bibliography of economic literature.

3 The Cochrane Database, Medline, HSTAT, RePEc ainsi que Google et Google Scholar.

Graphique 2

Coûts socialisés de la santé selon les cantons, 2005

Dépenses par catégories de personnes et par an



Source: Crivelli et al. (2008) / La Vie économique

cherches sur les disparités des coûts de la santé restent, vingt ans après le mot bien connu de *Culyer* (1988, p. 29), une «expédition sans boussole». Il n'est pas étonnant dès lors de trouver dans la littérature spécialisée un grand nombre de modèles d'explication. Une synthèse de cette diversité a été adaptée à la situation suisse et résumée dans le modèle représenté dans le *graphique 3*.

Celui-ci distingue quatre domaines: la *population* (volet de la demande), le système de santé (volet de l'offre), le mode de financement et les structures politiques. Chacun de ces domaines comporte un grand nombre de facteurs susceptibles d'exercer des effets sur les coûts régionaux de la santé.

Les facteurs d'explication liés à la *population* sont de nature sociodémographique, puisqu'on considère son effectif, ses mouve-

ments (naissances, décès, immigration, émigration) et sa structure (âge, sexe, nationalité). S'y ajoutent des facteurs socioculturels tels que l'appartenance à un groupe linguistique ou aux différentes catégories des ménages. La population d'un pays vit, en outre, dans un environnement physique et géographique particulier (bruit, air, rayonnements, eau, urbanisation, topographie, etc.) et peut connaître différentes situations de vie, de travail, de revenu et de fortune. Ces facteurs – tout comme les comportements et l'état de santé de la population – ont une influence sur le degré de sollicitation du système de santé et sur ses coûts.

Un besoin de santé ne devient une sollicitation effective du système de santé que si une prestation correspondante est proposée sur le marché et si une source de financement existe. Beaucoup d'études postulent que la présence dans une région donnée d'un grand nombre de fournisseurs de prestations (hôpitaux, établissements médico-sociaux, médecins généralistes, spécialistes) génère une demande (demande induite par l'offre). Les auteurs de ces études analysent par conséquent l'incidence que peuvent avoir sur les coûts des indicateurs tels que la *densité* régionale de praticiens ambulatoires ou de lits d'hôpitaux. La *structure des soins* (par exemple la part des soins «intra-muros», la proportion de spécialistes...) et un niveau élevé d'équipement technique pourraient également avoir un effet sur les coûts régionaux de la santé.

La probabilité que la demande d'un ménage se traduise par une sollicitation effective du système de santé dépend:

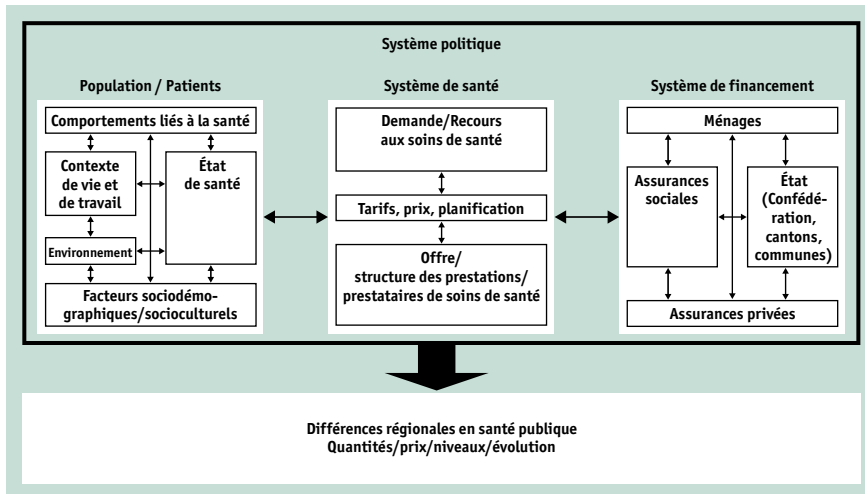
- des moyens financiers que ce ménage peut consacrer aux prestations de santé;
- de ce qu'il doit payer de sa poche pour obtenir les prestations voulues;
- de l'existence pour ces prestations d'une couverture d'assurance sociale ou privée;
- du nombre de personnes dans la population qui disposent d'une protection d'assurance;
- du nombre de prestations subventionnées par l'État;
- des incitations prévues par le système pour réguler l'offre (excessive) ou le recours (excessif) aux prestations.

Tous ces aspects peuvent être saisis par des indicateurs et analysés quant à leurs effets sur les coûts de la santé.

Les marchés de la santé sont plus ou moins administrés par l'État. Des quantités (par exemple le nombre de lits d'hôpitaux) ou des volumes de coûts (par exemple enveloppes budgétaires) sont fixés dans le cadre d'une planification publique. Ces interven-

Graphique 3

Modèle explicatif des coûts de la santé en Suisse



Source: Camenzind / La Vie économique

tions de l'État ont naturellement des effets sur les coûts de la santé, mais leur ampleur et parfois même leurs conséquences sont très discutés dans la littérature spécialisée. En ce qui concerne le niveau de centralisation du système de santé, les spécialistes sont plutôt d'avis qu'un fédéralisme poussé va de pair avec un haut degré de satisfaction des patients, même si celui-ci se double d'un coût élevé. Enfin, les instruments de la démocratie directe, tels que l'initiative et le référendum, sont également considérés comme des variables déterminantes dans les modèles.

Essai d'explication des disparités régionales des coûts de la santé

Réparties selon des critères géographiques, les études empiriques sur les coûts de la santé se subdivisent en trois groupes: les disparités internationales, les disparités régionales à l'étranger et les disparités régionales en Suisse.

Les différences de coûts internationales

Dans toutes les comparaisons internationales considérées, le PIB est identifié comme le principal facteur de croissance des coûts. Son influence sur le niveau ou la croissance des coûts de la santé est toujours positive: il peut représenter jusqu'à 90% de la croissance. Beaucoup d'études attribuent aussi la hausse des coûts à une forte proportion de personnes âgées (de plus de 65 ans) ainsi qu'à une importante densité de médecins généralistes et de spécialistes exerçant en cabinet. La pression à la baisse exercée sur les coûts par le mode de rémunération forfaitaire et l'existence du système du médecin référent a éga-

lement été nettement mise en évidence. Un niveau de formation élevé et le statut de personne active occupée contribuent aussi à freiner le recours aux services de santé. En revanche, rares sont les études comparatives internationales qui mettent en évidence un lien significatif entre des facteurs épidémiologiques tels que le mode de vie, la morbidité ou la mortalité et les coûts de la santé. Cela s'explique en partie par le manque flagrant de données disponibles dans ce domaine.

Les différences régionales à l'étranger

Les recherches effectuées sous l'angle économique et statistique dans les banques de données de la littérature internationale sur la santé montrent que peu d'études portent explicitement sur la question des disparités régionales en matière de coûts de la santé dans un pays. Cela est probablement dû au fait qu'il n'existe aucun pays occidental où le système de santé soit aussi fédéraliste qu'en Suisse. Un tel système permet des disparités régionales marquées, susceptibles de susciter l'intérêt des milieux politiques et scientifiques.

C'est sur le Canada et l'Espagne qu'ont apparemment été effectuées le plus de recherches économiques et statistiques en matière de disparités régionales. Ces deux pays sont dotés de systèmes de santé à tendance fédéraliste et leurs particularités linguistiques et culturelles (avec la Catalogne et le Pays-Basque en Espagne, la province du Québec au Canada), sont apparemment favorables à de telles recherches sur la politique régionale. D'autres pays (France, États-Unis) ont fait l'objet de quelques travaux; des études sporadiques ont, en outre, été menées pour la Grande-Bretagne, l'Italie, le Danemark et l'Allemagne.

En conclusion, il ressort de ces études que les principaux facteurs associés aux coûts sont un revenu élevé, une proportion importante de personnes âgées, une forte population féminine, une part importante de personnes non actives, un faible niveau de formation, un mauvais état de santé, une forte densité de médecins et une forte densité d'hôpitaux ou de lits d'hôpitaux ainsi que des progrès techniques marqués. Une couverture générale d'assurance et des subventions du gouvernement central relativement élevées aux régions autonomes sont aussi des facteurs de hausse des coûts.

Les différences régionales en Suisse

Étant donné la situation relative aux données, la plupart des études sur les disparités cantonales quant au niveau ou à l'évolution des coûts de la santé en Suisse se fondent uniquement sur les informations dont dis-

pose l'assurance obligatoire des soins (AOS); au mieux, elles tiennent compte également des dépenses de l'État pour le domaine de la santé. Étant donné que le financement des coûts de la santé est assuré pour près de 20% par l'État et pour un peu plus de 30% par l'AOS, ces études ne couvrent que la moitié, au maximum, du recours aux prestations de santé ou des coûts du système de santé. Elles ne prennent donc pas en compte les informations relatives aux prestations et aux coûts qui relèvent des assurances sociales et des ménages privés.

Les études portant sur les disparités entre les cantons suisses en matière de coûts de la santé⁴ mettent en avant, comme *facteurs de hausse*, la densité des médecins, la structure par âge et par sexe, le taux de chômage, le degré d'urbanisation, l'appartenance à une langue et une culture latines, la densité de pharmacies et les progrès techniques. Pour ce qui est de l'influence du revenu cantonal, les études faisant état d'une corrélation positive avec les coûts de la santé sont à peu près aussi nombreuses que celles qui indiquent une corrélation négative. Parmi les autres facteurs significatifs de hausse mentionnés dans des études suisses, on peut citer le taux de mortalité, la croissance des salaires en termes nominaux, la densité de lits d'hôpitaux, la proportion de cliniques spécialisées, celle de personnes socialement marginalisées, la remise de médicaments dans les cabinets médicaux, la proportion d'étrangers ainsi que les prix des biens et des services du domaine de la santé.

Résultats relatifs à la méthodologie

L'examen de la littérature montre que l'analyse économétrique sur données de panel est la méthode d'estimation privilégiée dans tous les travaux récents pour expliquer les disparités régionales en matière de coûts. Celle-ci permet notamment de tenir compte tant des variations des coûts régionaux dans le temps que des différences systématiques entre les régions considérées.

Conclusion

Les conclusions tirées par l'Obsan de son analyse de la littérature sur les disparités régionales en matière de coûts de la santé sont les suivantes:

- les études sur les disparités régionales en matière de coûts de la santé en Suisse doivent être réalisées selon une démarche exploratoire et sur la base d'un modèle d'explication global;
- des différences de structure, d'organisation et de financement entre les systèmes

de santé cantonaux peuvent être mises en évidence;

- dans toutes les estimations portant sur la Suisse, il faudrait tester un catalogue minimal de facteurs explicatifs communs à plusieurs études suisses (voir point suivant);
- les principaux facteurs explicatifs pour les différences de coûts en Suisse sont la densité de médecins (généralistes et spécialistes), la structure par âge et par sexe, le revenu national, le taux de chômage, le degré d'urbanité, l'appartenance à une communauté de langue latine, la densité de pharmacies et les progrès techniques;
- il faudrait, autant que possible, ventiler les coûts en fonction des variables prix et quantité, ainsi que fournisseurs de prestations et agents payeurs;
- en Suisse, les principales sources de données sont le pool de données de santé-suisse, les statistiques des hôpitaux, l'enquête suisse sur la santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et la statistique financière établie par l'Administration fédérale des finances (AFF);
- les données disponibles devraient, si possible, être utilisées intégralement pour toute la période à laquelle elles se réfèrent, par exemple, depuis l'introduction de la LAMal (en 1996) jusqu'à la période actuelle;
- il faudrait procéder à des analyses qui comparent les coûts à un échelon inférieur à celui du canton; compte tenu de la pratique dans le domaine de la politique de la santé, il semble que le niveau (politique) du district constitue une bonne alternative;
- une approche économétrique à partir de données de panel permet de considérer simultanément le niveau (analyse transversale) et l'évolution (analyse longitudinale) des coûts.

Encadré 2

Bibliographie

- Camenzind P., *Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen: Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und -statistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz*, document de travail n° 30, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel, 2008 (document en allemand avec un résumé en français).
- Crivelli L. et al., *I costi dell'assicurazione malattia nel cantone del Ticino – Rapporto finale*, Università della Svizzera italiana, Lugano, 2008.
- Culyer A. J., «Health expenditures in Canada: myth and reality; past and future», *L'Association canadienne d'études fiscales*, n° 82, Toronto, 1988.

4 Voir Camenzind (2008, p. 116 ss)