

# Le système de santé suisse: évolution des coûts et problèmes de fond

Le secteur de la santé semble en perpétuelle croissance, que ce soit en valeur absolue ou par rapport au produit intérieur brut (PIB). Cela se traduit par une hausse continue des primes d'assurance-maladie. Alors que cette progression avait pu être freinée artificiellement ces dernières années, en puisant dans les réserves des assureurs, les caisses-maladie ont annoncé pour 2010 des augmentations de primes parfois nettement supérieures à 10%. C'est d'autant plus consternant que, dans le contexte conjoncturel actuel où le chômage ne fait que progresser, cela ne fait qu'affaiblir la demande privée. Même si les mesures discutées et en partie déjà prises pour maîtriser les coûts – certaines étant pertinentes et d'autres moins – devaient porter leurs fruits, elles ne permettraient pas de résoudre les problèmes fondamentaux du système de santé suisse<sup>1</sup>.

1 Voir Commission pour les questions conjoncturelles (2006).

2 Les chiffres absolus sont pondérés en fonction de la parité du pouvoir d'achat. Source: Eco-Santé OCDE 2009.



Face à la complexité des problèmes, il n'existe pas de remède absolu contre la hausse des coûts. Pour mettre en œuvre la meilleure solution possible, il faut combiner des éléments de concurrence avec une réglementation intelligente de l'État.

Photo: Keystone

En principe, il y aurait lieu de se réjouir qu'en période de crise, un secteur connaisse une croissance particulièrement forte, accompagnée d'une progression de l'emploi. Tel devrait être le cas si, dans le secteur de la santé – comme pour les autres biens et services –, c'était exclusivement le marché qui régulait l'offre et la demande. Or, certaines réalités sociopolitiques viennent ici interférer, à commencer par le fait que les prestations ne peuvent être axées uniquement sur les préférences individuelles des citoyens et qu'il s'agit aussi de garantir une couverture de base adéquate en prestations publiques à l'ensemble de la population, même à ceux de ses membres qui ne sont pas en mesure d'en assumer les coûts. La fourniture de soins médicaux est



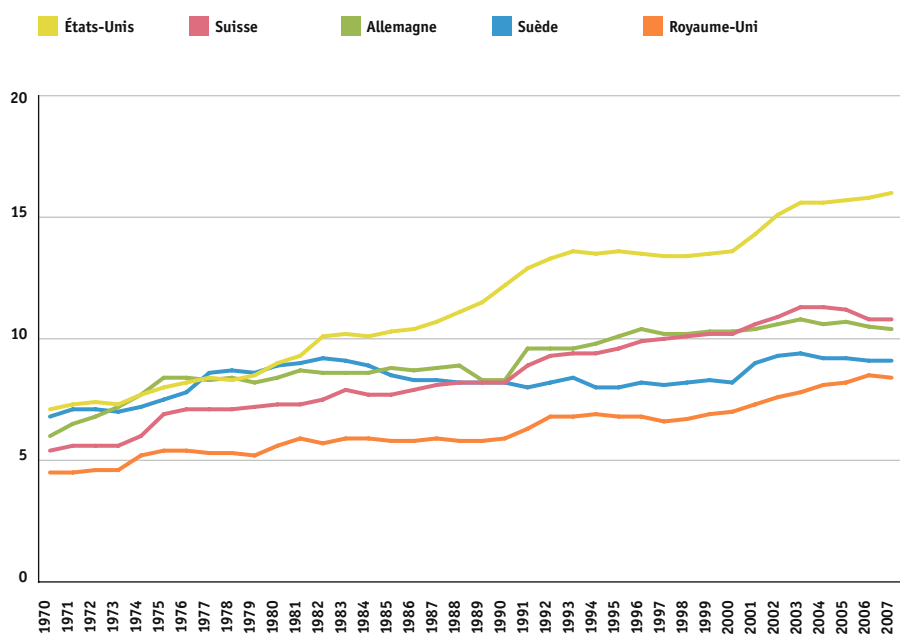
**Pr. Gebhard Kirchgässner**  
SIAW-HSG, université de Saint-Gall

donc un marché qui subit des restrictions considérables. Ce n'est certes pas là l'unique source de difficultés pour le système de santé. Celles-ci résultent de la conjonction de trois problèmes:

1. La majorité des prestations fournies dans le domaine de la santé sont réglées non pas selon les lois du marché (prestations compensées par des contreprestations), mais par les assurances, qui en assouplissent le principe. Elles subissent ainsi un *risque d'ordre moral*, autrement dit les personnes concernées peuvent modifier leur comportement après avoir conclu une assurance.
2. Comme les primes ne sont pas fixées en fonction du risque, il existe un *risque de sélection négative*, qui veut que seuls les patients qui présentent des risques élevés conclueront une assurance. L'obligation de s'assurer introduite pour remédier à ce problème crée des difficultés supplémentaires en incitant les assureurs à attirer les bons risques plutôt que de chercher à réduire les coûts.
3. Les patients ne sont guère capables de juger des mesures les mieux adaptées à leur

Graphique 1

## Les dépenses de santé en % du produit intérieur brut dans quelques pays, 1970–2007



Source: Kirchgässner / La Vie économique

cas. Ce sont donc les médecins, en tant que prestataires de soins, qui déterminent de manière largement indépendante les prestations fournies (*demande induite par le fournisseur*).

Il n'existe pas de remède idéal à cette situation. Pour mettre en œuvre la meilleure solution possible, il faut combiner des éléments de concurrence avec une réglementation intelligente de l'État. Notons ici que la Suisse n'est pas un cas isolé. Tous les pays sont confrontés aux mêmes problèmes.

### Montant, hausse et structure des coûts

Le *graphique 1* montre que le système de santé suisse est l'un des plus chers au monde, tant en valeur absolue (par habitant) que par rapport au PIB. Selon les données relevées en 2006 par l'OCDE pour 30 pays, la Suisse occupe le troisième rang avec des dépenses de santé de 4165 USD par habitant, derrière les États-Unis (9933 USD) et la Norvège (4507 USD)<sup>2</sup>. Si l'on rapporte ces dépenses au PIB, la Suisse est aussi en troisième position (10,8%), précédée des États-Unis (15,8%) et de la France (10,8%).

En comparaison internationale, le système de santé suisse est certes cher, mais aussi de très grande qualité. Une étude de *Jürges (2007)* révèle que les Suisses seraient même, en moyenne, en meilleure santé que les ressortissants des huit autres pays européens examinés dans le cadre de cette

étude. Il ressort des observations de *Jürges* que des dépenses de santé plus élevées se traduisent par une amélioration des indicateurs de santé objectifs, comme l'espérance de vie (voir *graphique 2*). En 2006, celle-ci était en Suisse de 81,7 ans (à la naissance), ce qui place notre pays en deuxième position derrière le Japon dans le classement des 30 pays pris en compte par l'OCDE. À cet égard, il convient de souligner que la grande qualité du système de santé suisse profite à tous les citoyens, donc aussi à ceux qui ne disposent que d'un faible revenu. Sur ce point, notre pays se distingue des États-Unis, par exemple, où le système de santé, bien que plus cher que le nôtre, est loin de profiter à l'ensemble de la population. Cette corrélation entre coûts de la santé et qualité du système tient jusqu'à un certain point seulement; elle n'est plus valable à partir du moment où les dépenses de santé excèdent 8% du PIB. Compte tenu du haut niveau des coûts du système de santé suisse et du fait que d'autres États disposent d'un système de qualité comparable au nôtre mais nettement moins cher, il faut s'interroger sur l'efficacité de notre système et donc sur les réformes qu'il nécessite.

Le *graphique 3* montre que la structure des coûts est restée relativement constante tout au long de ces dernières décennies, à deux exceptions près: la part des coûts des soins ambulatoires a considérablement augmenté et celle des soins dentaires s'est nettement réduite<sup>3</sup>. Les coûts des traitements hospitaliers n'ont guère varié. Ils équivalent toujours à près de la moitié des coûts totaux et sont très élevés en comparaison internationale. À l'étranger, leur part a nettement diminué ces dernières décennies. D'où la conclusion que les traitements hospitaliers occupent en Suisse une place trop importante par rapport aux soins ambulatoires, ce qui – outre les problèmes fondamentaux que nous évoquons ci-dessous – est l'une des explications probables de la cherté du système de santé suisse.

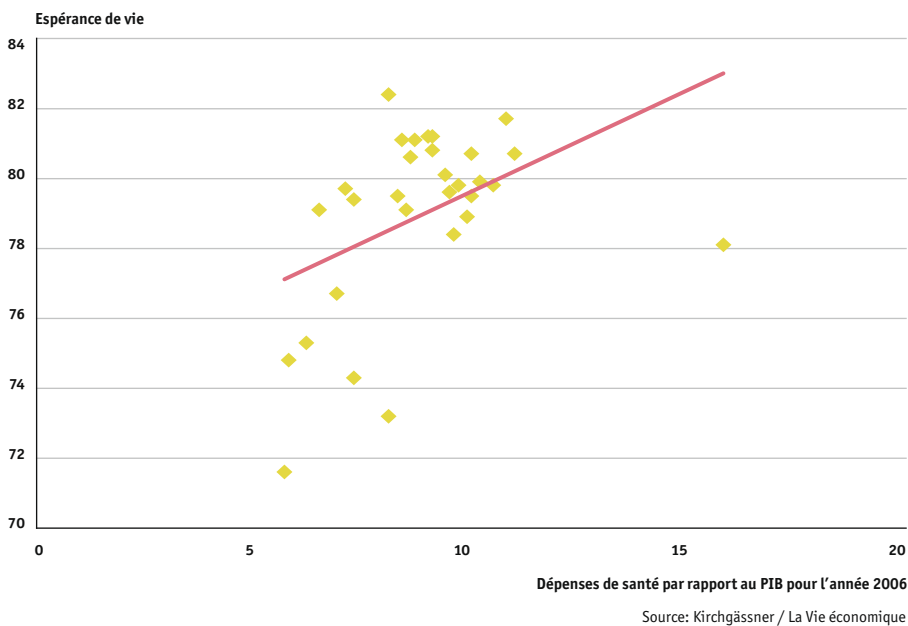
Les prix et les quantités des prestations ont vraisemblablement évolué différemment selon les domaines considérés. Pour les soins ambulatoires, on constate une nette augmentation en termes de volume, probablement due en partie au nombre croissant de médecins, alors qu'au chapitre des médicaments et des traitements hospitaliers en particulier, on note une hausse des prix. Il convient donc de mettre en œuvre les mesures de maîtrise des coûts en différenciant les domaines.

L'évolution des coûts observée en Suisse n'est pas exceptionnelle, mais s'inscrit dans

3 Calcul effectué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique et de l'Annuaire statistique de la Suisse 2009 sur CD-ROM.

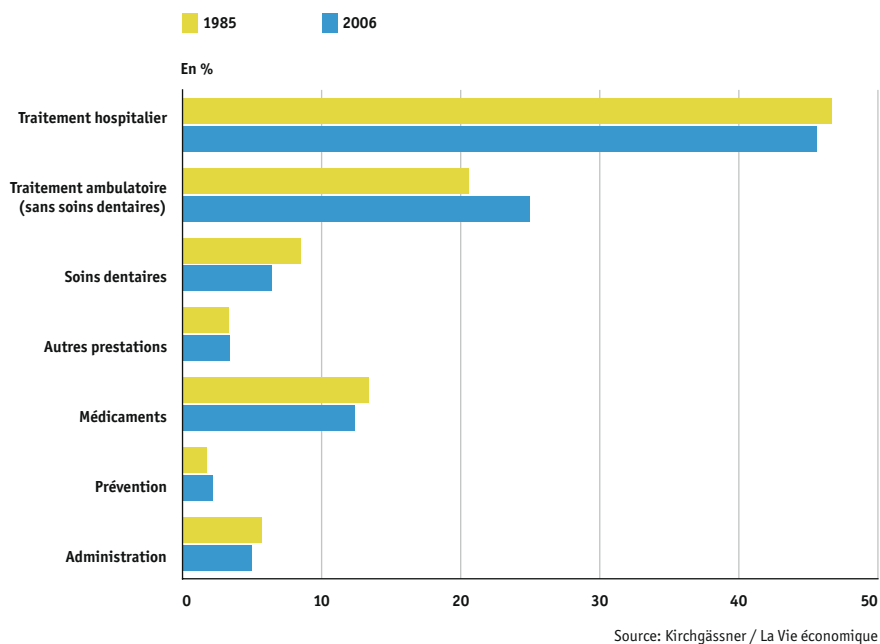
Graphique 2

## Dépenses de santé par rapport au PIB et à l'espérance de vie



Graphique 3

## Structure des dépenses de santé en Suisse, 1985 et 2006



une tendance internationale de hausse relative des dépenses de santé. Autrement dit, les raisons de cette augmentation ne sont pas forcément inhérentes au système suisse et ne peuvent que difficilement être éliminées sans que la qualité n'en souffre.

### Problèmes fondamentaux de la santé publique

Comme signalé plus haut, les problèmes de financement de la santé publique résultent avant tout du fait que les prestations ne sont pas indemnisées par des paiements volontaires sur un marché, mais par le truchement d'assurances qui, en contrepartie, exigent le versement de primes indépendantes du risque spécifique à l'assuré (contrairement à une assurance RC pour véhicules lourds par exemple). Cette réglementation repose sur un consensus tout à fait pertinent, mais crée les problèmes que nous commentons brièvement ci-dessous.

#### Le risque moral

Comme les autres assurances, le secteur de la santé est confronté, lui aussi, au problème du risque moral, à savoir qu'une personne assurée qui n'a pas à assumer les coûts d'un traitement ne se comporte pas de la même manière que si elle n'a pas d'assurance et doit financer elle-même son traitement. À cet égard, rappelons que le but de l'assurance est précisément d'obtenir que les patients puissent bénéficier de prestations qui excèdent leurs moyens financiers personnels. Relevons, toutefois, que le risque moral s'accompagne d'une demande supérieure à ce qu'elle serait si les patients disposaient des moyens nécessaires, pouvaient décider librement des prestations dont ils veulent bénéficier et en finançaient eux-mêmes les coûts. Dans ce cas, ils seraient obligés de comparer les prix et l'utilité des prestations. Avec une couverture d'assurance, seuls les avantages sont déterminants. Les patients assurés qui ne doivent pas régler eux-mêmes leurs coûts médicaux vont plus facilement consulter un médecin ou se faire soigner à l'hôpital que ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance.

Cela ne signifie pas, bien sûr, que les citoyens/patients ne devraient pas demander ces prestations. Il ne s'agit pas ici de porter un jugement moral sur leur attitude, mais de montrer comment l'assurance-maladie peut changer leur comportement et les inciter à solliciter de telles prestations. Tant que cette demande va de pair avec une amélioration de l'état sanitaire de la population, il faut la satisfaire. Par contre, tout ce qui va

au-delà relève du gaspillage (pour la société).

### La sélection des risques

L'État exige que les assurances perçoivent des primes indépendantes du risque individuel, afin d'éviter que les personnes qui souffrent d'infirmités ou présentent un risque élevé de maladie – les personnes âgées en particulier – soient pénalisées. Cela incite les assureurs à attirer autant que possible les bons risques. Pour rendre cette sélection plus difficile, le législateur n'a pas seulement obligé la population à s'assurer, il a aussi contraint les assurances à accepter tout le monde. Cela ne les empêche pas, toutefois, de faire la chasse aux bons risques. La seule manière de réfréner cette pratique est de procéder à une judicieuse compensation des risques.

### La demande induite par le fournisseur

Comme le patient n'est généralement pas à même de déterminer la thérapie adaptée à son cas, c'est quasiment toujours le fournisseur, c'est-à-dire le médecin, qui décide. Concrètement, c'est donc lui qui définit l'ampleur des prestations médicales sollicitées. Or le médecin a un intérêt économique à fournir le plus grand nombre de prestations possible. En cas de doute, il prescrira plutôt en trop qu'en moins telle analyse ou tel traitement. Cette tendance est encore accentuée par le fait qu'en agissant ainsi, il peut se prémunir contre d'éventuelles plaintes ou actions en dommages-intérêts.

### Les vecteurs de hausse des coûts de la santé publique

Tous ces effets résultent d'un comportement rationnel des individus concernés, sans que l'on puisse reprocher à l'un ou l'autre de commettre sciemment des abus. Ils n'en occasionnent pas moins des prestations d'un niveau supérieur et, dans la foulée, des coûts de la santé supérieurs à ce qui serait nécessaire. Pour autant, ils ne peuvent guère être tenus pour responsables d'une hausse excessive des coûts de la santé. Par conséquent, les mesures susceptibles de freiner l'augmentation des dépenses de santé, tels les systèmes de quote-part, de franchises ou de bonus, ont certes le pouvoir d'induire une baisse (unique) du niveau des primes des caisses-maladie, mais ne sauraient empêcher leur légère progression sur la durée. Cette dernière résulte d'autres facteurs tels ceux énumérés ci-après.

Les coûts augmentent en partie avec la *modification de la pyramide des âges de la*

*population*. On sait aujourd'hui que la majeure partie des coûts s'accumule lors des deux dernières années de vie, quel que soit l'âge lors du décès<sup>4</sup>. Cela ne change rien au fait que les personnes âgées – toutes choses égales par ailleurs – ont besoin d'une prise en charge médicale plus importante et de prestations de soins nettement plus nombreuses que les jeunes. Par conséquent, tant que la population continuera de vieillir, les coûts de la santé connaîtront une progression disproportionnée, indépendamment du fait que la population globale augmente ou diminue.

À cela s'ajoute le fait que la part que les citoyens sont disposés à consacrer aux *prestations de santé augmente dans des proportions supérieures à leurs revenus* (comme c'est le cas pour les vacances, par exemple). Dans ce sens, la santé apparaît comme un «bien supérieur», l'élasticité du revenu étant plus élevée que 1. On en veut pour preuve non seulement le «boom» des offres de «wellness» observé ces dernières années, mais aussi le fait que les coûts des soins dentaires qui, en Suisse, ne sont généralement pas couverts par une assurance et sont dès lors directement fixés par le marché, ont également progressé davantage que les salaires ces dernières décennies. Par conséquent, aussi longtemps que la santé demeurera un bien supérieur, les primes des caisses-maladie augmenteront plus fortement que les revenus.

Une autre explication réside peut-être dans le *modèle de croissance déséquilibrée* développé par Baumol (1967). Selon celui-ci, la hausse des coûts est plus marquée dans les secteurs qui nécessitent beaucoup de main-d'œuvre que dans ceux à fort coefficient de capitaux, car le progrès technique – susceptible d'induire une baisse des coûts – est généralement lié au capital. Les coûts augmentent donc plus spécialement dans les services, en comparaison avec la production industrielle. Or la santé est typiquement un secteur de services où la demande de prestations est déjà très (voire complètement) inélastique en raison de son financement par l'assurance-maladie. En outre, le domaine des soins, en particulier, n'offre guère de possibilités de progrès technique.

Il est vrai que l'on considère fréquemment le *progrès technique* comme l'une des causes majeures de l'envolée des coûts de la santé. À cet égard, il faut distinguer entre effets direct et indirect. L'effet direct est lié à la médecine de haute technologie, qui offre de nouvelles formes d'examen et de thérapie grâce auxquelles il est possible (dans le domaine de la médecine de la transplantation par exemple) de guérir des pathologies qui ne pouvaient être traitées

4 Voir par exemple Zweifel et al. (1999).



Encadré 1

**Bibliographie**

- Baumol W.J., «Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises», *American Economic Review*, 57, 1967, pp. 415–426.
- Jürges H., «True Health vs. Response Styles: Exploring Cross-Country Differences in Self-reported Health», *Health Economics*, 16, 2007, pp. 163–178.
- Kirchgässner G., *Problèmes de la santé publique en Suisse: vue d'ensemble et aspects fondamentaux, étude de référence relative aux chapitres 1, 3 et 5 du rapport annuel 2006 de la Commission pour les questions conjoncturelles*, octobre 2006 ([www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)).
- Commission pour les questions conjoncturelles, *Réforme de la santé, Rapport annuel 2006*, Berne, 8 septembre 2006. 385<sup>e</sup> Bulletin, Supplément de la Revue La Vie économique ([www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)).
- Zweifel P., Felder S. et Meiers M., «Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?», *Health Economics*, 8, pp. 485–496.

5 Voir p. ex. Kirchgässner (2006).

efficacement jusqu'ici ou, du moins, d'améliorer considérablement l'état de santé des patients concernés. L'effet indirect résulte du fait que ces nouvelles possibilités de thérapie permettent de prolonger la vie et, dès lors, favorisent le vieillissement de la population, avec pour corollaire une hausse des coûts. On peut certes objecter que le progrès technique permet de réduire les frais de traitement et donc de réaliser des économies, mais cet avantage n'est pas de force à compenser les effets décrits ci-dessus.

En résumé, deux raisons expliquent pour l'essentiel la hausse continue des dépenses de santé: le vieillissement de la société, rendu possible par le progrès technique d'une part, et les préférences des individus d'autre part. Il faut également tenir compte de l'évolution de la société, en l'occurrence du fait que les soins aux personnes âgées sont de moins en moins prodigués au sein de la famille et qu'ils font donc toujours plus l'objet d'une rémunération financière. Aussi longtemps que l'espérance de vie s'allongera, il faudra s'attendre à une croissance de la quote-part des dépenses de santé dans le PIB. Malgré cela, il existe toute une série de réformes susceptibles de contribuer si

ce n'est à la diminution des coûts, du moins à la maîtrise temporaire de la hausse des dépenses dans le système de santé suisse<sup>5</sup>. ■



## Investissez maintenant dans les thèmes d'avenir

La globalisation offre de grandes opportunités aux entreprises qui misent sur des produits et services orientés vers l'avenir. Les fonds Raiffeisen **Future Resources** et **Clean Technology** vous permettent d'investir sur le plan mondial dans de telles entreprises et de bénéficier de l'essor durable de ces tendances globales.

# RAIFFEISEN