

Faire des économies ailleurs que dans le financement de l'assurance-maladie?

La hausse des coûts de la santé publique est appelée à se poursuivre. Il existe un potentiel de gain d'efficience dans l'assurance-maladie (AMal) qu'il est urgent d'exploiter. Cependant, cela ne saurait suffire pour infléchir la tendance de fond. C'est pourquoi l'attention se reporte de plus en plus sur les mesures extérieures au financement de l'AMal: si la population est en meilleure santé, elle aura moins recours à ses prestations.

1 Camenzind (2008) et Camenzind et al. (2008).

2 Bachmann/Furrer (1999).

3 Voir, par exemple, OCDE/OMS (2006), Leu et al. (2008).

Les coûts de la santé en Suisse augmentent depuis de longues années. Dès les années septante, on parlait d'«explosion des coûts» ou d'«explosion des primes». Cependant, l'image est inexacte. Plutôt que d'«explosion», il faudrait parler d'une évolution plus ou moins continue des coûts de la santé depuis 1960. C'est ce qui ressort d'une comparaison internationale (voir *graphique 1*): les coûts moyens dans les pays de l'OCDE ont progressé, entre 1960 et 2007, de 48 dollars à 3075 dollars par habitant (à pouvoir d'achat égal). À l'exception des États-Unis, la plupart des pays développés ont connu une évolution similaire. L'Allemagne et les Pays-Bas, qui ont un système de santé comparable à celui de la Suisse, ont connu une évolution semblable, mais à un niveau un peu plus faible. La Grande-Bretagne – un pays où le système de santé est entièrement public – connaît également une évolution comparable, mais à un niveau légèrement inférieur à celui de la moyenne des pays de l'OCDE.

Le graphique 1 donne l'impression d'une évolution exponentielle. Toutefois, pendant la même période, la prospérité a également fortement augmenté. L'évolution des coûts de la santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) apparaît du coup beaucoup plus modérée (voir *graphique 2*). Étant donné la forte croissance économique que la Suisse a enregistrée ces dernières années, les coûts en pourcentage du PIB ont même légèrement diminué.

Les facteurs responsables de l'évolution des coûts de la santé

Quels sont les facteurs responsables de l'évolution des coûts à long terme? Les études de synthèse les plus récentes en recensent à la fois du côté de l'offre et de la demande¹. Dans ce dernier cas, l'évolution de la prospérité joue un rôle central. Plus grande est celle-ci, plus importante est la part des ressources dépensées pour la santé. Viennent ensuite la structure démographique de la population et le comportement en matière de recours aux prestations. Des études dans le domaine de l'assurance-invalidité montrent, par exemple, de façon frappante comment la notion de maladie a évolué durant ces dernières années². La densité et la qualité de l'offre

jouent évidemment un rôle important. Des analyses empiriques attribuent par ailleurs une influence importante au progrès technologique et médical. Un dernier facteur essentiel est celui du régime de l'assurance-maladie. Les systèmes de marché, plus ouverts, se caractérisent par des coûts supérieurs aux systèmes publics, plus réglementés.

Dans les récents débats concernant l'augmentation des primes 2010, il était régulièrement question du comportement «consommériste» des assurés, dont on disait qu'ils se servent comme dans un «supermarché». Pour l'instant, aucune étude ne vient étayer ces hypothèses. La participation des assurés aux coûts, supérieure en Suisse à la moyenne internationale, de même que la compétence des médecins devraient freiner considérablement ce genre de comportement. Un coup d'œil sur la répartition des coûts montre que le «comportement consumériste» ne peut avoir qu'un impact limité (voir *graphique 3*). 80% de la population génèrent des coûts inférieurs à la moyenne (moins de 3000 francs) et ne sont responsables que de 19% des coûts totaux. Les 6% de la population les plus gravement malades en revanche sont responsables de 52% de l'ensemble des coûts. Dans cette catégorie, le «comportement consumériste» n'a sans doute qu'une influence mineure.

Dans les années à venir, à moins d'un changement d'orientation majeur dans la politique de santé publique, les coûts de la santé continueront d'augmenter. Colombier (2008) escompte que la quote-part des coûts de la santé dans le PIB passera de 10,8% actuellement à 13,5% en 2030 et à 15,4% en 2050. Vuilleumier et al. (2007), avec d'autres méthodes d'évaluation, arrivent à des valeurs comprises entre 15,4% et 16,7% dès 2030. Les causes de cette augmentation future restent les mêmes que dans le passé.

Problème de financement ou de coûts?

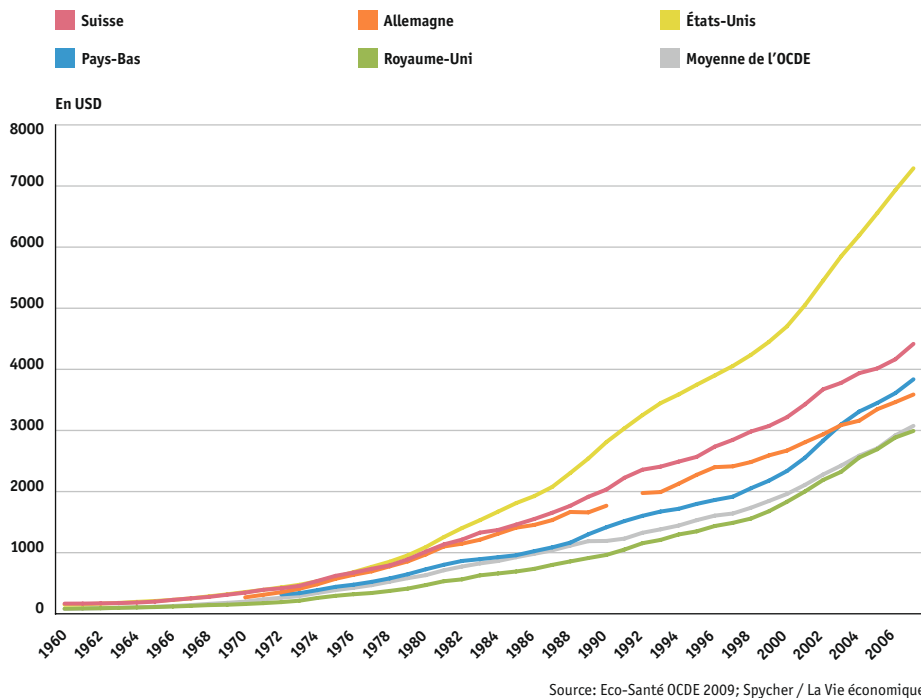
Il n'existe ni un montant «optimal», ni un pourcentage «optimal» par rapport au PIB, ni une croissance «optimale» des coûts. Sur le plan scientifique, on peut seulement dire si les prestations actuelles sont fournies de façon efficiente. À cet égard, la littérature indique que la Suisse peut faire mieux³.



Stefan Spycher
Économiste, chef de l'unité de direction Politique de la santé, vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, Berne

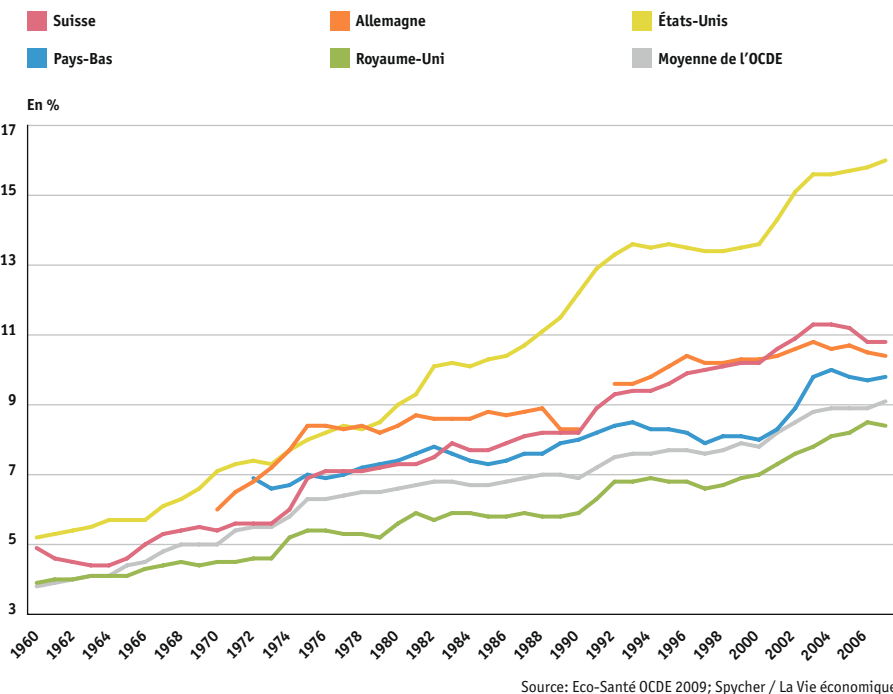
Graphique 1

Évolution des coûts de la santé par habitant dans quelques pays, 1960–2007 (en USD avec parité de pouvoir d'achat)



Graphique 2

Évolution de la quote-part des coûts de la santé dans le PIB de certains pays, 1960–2007



La question se pose d'abord de savoir pourquoi, sur le plan de la politique de la santé, l'évolution des coûts et des primes est jugée aussi problématique. Deux groupes au moins de personnes retiennent notre attention: le premier, la *population en bonne santé*. Celle-ci paie ses primes année après année, mais elle a le sentiment de ne recevoir quasi-

ment aucune prestation directe en retour, hormis la sécurité d'être correctement prise en charge en cas de besoin. Cependant, comme, en moyenne statistique, la santé se détériore avec l'âge, les personnes actuellement en bonne santé devraient aussi voir les choses sous l'angle intertemporel. Or, à l'heure actuelle, il n'existe malheureusement pas encore d'étude d'incidence intertemporelle nous disant quels sont, sur un cycle de vie, les gagnants nets et les perdants nets du système de santé⁴. L'autre catégorie est celle des *ménages à bas revenu ne bénéficiant pas ou de façon très limitée d'une réduction de primes*. Elle est la plus durement touchée par l'augmentation annuelle des primes. Malheureusement nous ne disposons pas d'études empiriques récentes nous renseignant, d'un côté, sur le nombre des personnes ou de ménages concernés et, de l'autre, sur les effets qu'ont sur ces groupes l'augmentation des primes.

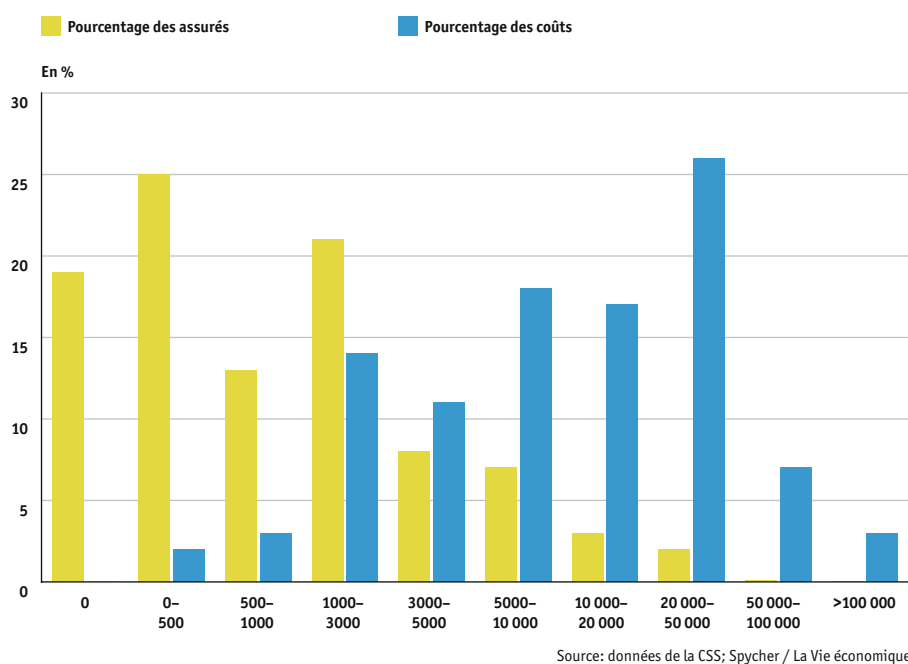
En faisant abstraction du potentiel d'efficacité existant dans l'AMal, si nous considérons que l'évolution des coûts s'accompagne d'un accroissement des prestations de la santé et d'une amélioration de la qualité de la vie, l'augmentation des coûts et des primes ne devrait pas poser de problème en soi. Certaines catégories de la population connaissent, cependant, un problème de financement, tandis que les personnes en bonne santé posent un problème de solidarité.

Par où commencer?

Si, dans les considérations qui suivent, nous partons du principe que des économies s'imposent en matière de santé publique, par où commencer? En premier lieu, il s'agit d'opter pour un régime déterminé. On a le choix entre les systèmes à forte prépondérance étatique, et ceux où domine le principe de l'économie de marché. En Suisse, nous avons opté, dès l'introduction de la LAMA (avant 1996) et plus résolument avec la LAMal, pour une variante modifiée de la «concurrence régulée»⁵. Ce régime repose essentiellement sur une coordination entre l'offre et la demande obtenue par les mécanismes de l'économie de marché (tant du côté des assureurs que des fournisseurs de prestations). Cette ouverture se traduit par une augmentation des coûts lorsque le produit, comme c'est le cas des prestations de la santé publique, est l'objet d'une demande croissante, et que les gains de productivité sont limités. Les régimes à caractère plus étatique ont davantage de possibilités de contrôler l'évolution des coûts. Cela débouche souvent sur d'autres effets négatifs (par exemple files d'attente, médecine à deux vitesses, etc.).

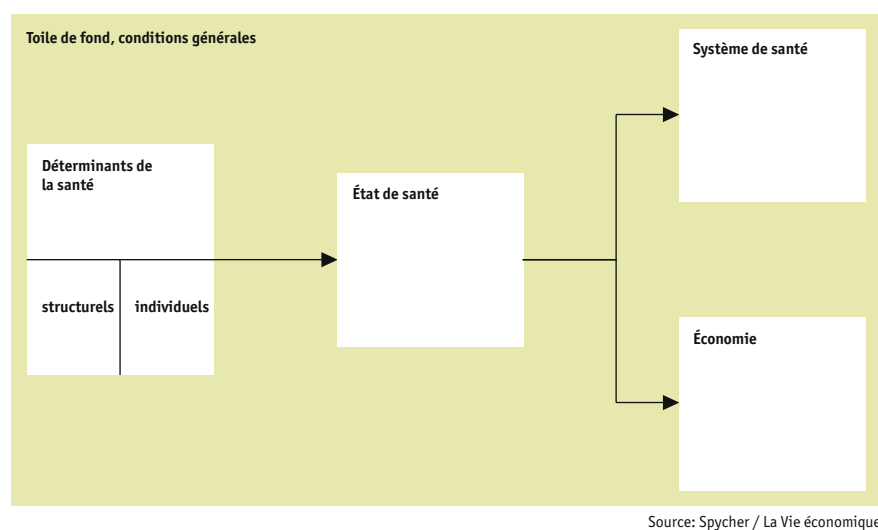
Graphique 3

Répartition des coûts bruts dans l'assurance-maladie, 2008



Graphique 4

Lien entre le système de santé et ses déterminants



Or, quelles options reste-t-il pour faire des économies si on ne veut pas remettre en question la répartition des tâches entre l'économie de marché et l'État telle qu'elle est mise en œuvre par la LAMal? Des possibilités d'économiser existent, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'assurance-maladie.

Possibilités d'économies à l'intérieur de l'assurance-maladie

Faut-il s'attaquer aux gros morceaux ou multiplier les petits chantiers? La controverse

depuis des années. De notre point de vue, il est raisonnable de faire et l'un et l'autre, en donnant cependant la priorité aux gros morceaux. Il faut par ailleurs retenir les enseignements du graphique 3: s'il s'agit de faire des économies, il faut commencer par regarder de près comment se répartissent les coûts. S'il s'agit de faire des économies substantielles, il faut commencer par les assurés les plus gravement malades. Or, le groupe des cas à coût élevé est très hétérogène⁶. C'est pourquoi les réponses ne sauraient être simples et devront être différenciées. En outre, cette catégorie d'assurés soulève d'emblée des problèmes éthiques (notamment celui du rationnement).

Parmi les gros morceaux où des économies sont possibles, il faut mentionner:

- le passage d'une forme de fourniture de prestations jusqu'ici très peu coordonnée à des prestations intégrées, définies en fonction des besoins spécifiques du patient (grâce, entre autres, aux réseaux de soins intégrés et à la mise en œuvre des instruments de la cybersanté);
- la correction d'incitations malvenues s'adressant aux différents acteurs, afin que ceux-ci déterminent leur action compte tenu du coût et de l'utilité de celle-ci (par exemple introduction de la liberté de contracter, recours plus fréquent à des indemnités forfaitaires, introduction d'un financement moniste, réforme plus poussée de la compensation des risques avec une meilleure prise en compte de la morbidité des assurés).

La constitution de régions de ravitaillement plus étendues est souvent, et pour des raisons compréhensibles, comptée parmi les gros morceaux, mais son potentiel d'économies n'est malheureusement pas (encore) étayé par des études validées. Le degré de centralisation est sans doute plus déterminant que l'étendue d'une région. Parmi les chantiers plus petits ou intermédiaires, on compte, par exemple, les correctifs à apporter aux tarifs, les adaptations à apporter aux prix des médicaments, ainsi que l'autorisation des importations parallèles. En revanche, on ne peut pas attendre des gains d'efficacité autres que mineurs de l'introduction du conseil téléphonique, de la prise en charge des assurés à l'étranger ainsi que de la substitution ponctuelle de médecins par des non-médecins.

Les mesures énumérées plus haut ne sont présentées ici que sous l'angle de leur efficacité. Bien entendu, il est possible et souhaitable qu'elles déploient également leurs effets dans d'autres domaines. L'introduction de la cybersanté et de la liberté de contracter,

4 L'Office fédéral de la santé publique a commandé une étude sur cette question.

5 Hammer et al. (2008).

6 Sommer/Biersack (2005).

par exemple, aurait des conséquences majeures pour l'amélioration de la qualité.

Réduire le catalogue des prestations de base aurait des effets douteux

Bien entendu, pour réduire les coûts, on pourrait toucher aux piliers centraux du système actuel sans pour autant attenter aux principes fondateurs de la LAMal. On pourrait ainsi réduire le catalogue des prestations de base. Cela engendrerait d'abord un déplacement des coûts. Les prestations ne figurant plus au catalogue des prestations de base ne seraient plus prises en charge par l'AMal. La solidarité entre assurés sains et malades s'en trouverait compromise, mais en résulterait-il de vraies économies? Celles-ci seraient sans aucun doute très limitées et ne concerneraient que les prestations «indûment» sollicitées auparavant. Une réduction pourrait également être escomptée au niveau des ménages à bas revenu. Une autre voie nous paraît plus judicieuse: la création d'incitations poussant les médecins à n'apporter que les prestations nécessaires, efficaces, appropriées et efficientes. À cette fin, il faudrait étudier des instruments autres que la réduction du catalogue des prestations de base (notamment l'introduction de la liberté de contracter, la promotion de la prise en charge intégrée, ainsi qu'un recours renforcé aux indemnités forfaitaires).

Possibilités d'économies à l'extérieur de l'assurance-maladie

Le *graphique 4* est un schéma très simplifié montrant comment naissent les coûts de santé. L'état sanitaire est influencé par des déterminants individuels et structurels. Parmi les déterminants individuels, on trouve l'âge, le sexe, la prédisposition génétique et le comportement face à la santé. Parmi les déterminants structurels figurent les conditions de travail, la qualité de l'environnement et des transports, les réseaux sociaux, l'éducation, etc. L'état sanitaire influe sur le système de santé et sur l'état de l'économie. Or, jusqu'ici, on est loin d'avoir pris la mesure, en Suisse, de ce lien existant entre santé et économie: la santé, c'est la richesse («health is wealth»). Si nous suivons ce modèle simple, il paraît logique d'investir dans les déterminants de la santé pour faire des économies. *Colombier (2008)* montre que l'amélioration de l'état sanitaire, toutes autres choses restant égales, ferait passer les coûts de la santé en l'an 2050 de 15,5% à seulement 14,6%. *Weaver et al. (2008)* font état de résultats analogues pour le secteur des soins de longue durée. Il est vrai que les études citées ne prennent pas en compte les coûts nécessaires à l'amélioration de l'état sanitaire.

Sur quels déterminants agir (en faisant abstraction des investissements à consentir) pour obtenir une amélioration sensible de l'état sanitaire? *Kickbusch (2008)* suggère de privilégier les approches suivantes:

- réduction des inégalités sociales qui, aujourd'hui encore, produisent d'importantes inégalités en termes de santé (notamment par une meilleure formation);
- amélioration des conditions de travail; réduction du chômage;
- développement de la culture sanitaire des individus de façon à améliorer leur comportement en matière de santé (notamment dans les domaines du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'alimentation et de l'exercice physique).

Les déterminants dotés d'un bon rapport coût-bénéfice

Peut-on trouver des mesures qui permettraient d'améliorer le rapport coût-bénéfice des déterminants de la santé? Il faut avant cela préciser ce qu'on entend par coût et bénéfice. Souvent, nous épousons le point de vue de l'assurance-maladie pour laquelle les coûts se réduisent aux coûts supplémentaires qui font augmenter les primes et le bénéfice aux coûts que l'AMal aura pu économiser. Or, dans bien des cas, cette définition ne tient compte que d'une partie de la réalité. Si on prend l'exemple du tabagisme et de l'abus d'alcool, une partie seulement du coût subi par l'économie relève du domaine de l'assurance-maladie. En effet, il en résulte des coûts indirects (dus, par exemple, à l'absentéisme) et intangibles (dus, par exemple, à la diminution de la qualité de vie). Une mesure peut donc parfaitement avoir un effet positif sur le plan économique, mais négatif en termes de rapport coût-bénéfice pour l'AMal. Qui plus est, il existe des mesures qui génèrent un supplément de coût dans le domaine des coûts directs (internes à l'assurance-maladie), mais dont le bénéfice se traduit essentiellement par l'amélioration de la qualité de vie, qui ne relève pas du domaine de l'AMal.

Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, il existe déjà, malgré des défis méthodologiques considérables, de nombreuses études en Suisse et à l'étranger qui confirment le rapport coût-bénéfice positif de certaines mesures⁷. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lui-même mené plusieurs analyses d'impact et d'évaluation en ce domaine. En outre, il publiera prochainement les résultats d'analyses coûts-bénéfices de programmes de prévention pluriannuels dans les domaines du tabagisme, de l'alcoolisme et des accidents. Le rapport coût-bénéfice d'autres déterminants

7 Voir par exemple Abelson (2003) ou la banque de données spécialisées OMS-Choice: www.who.int/choice.

8 Seematter-Bagnoud et al. (2008), Jaccard Ruedin/Weaver (2009).

Encadré 1

Bibliographie

- Abelson P., Taylor R. et al., *Returns on investment in public health: An epidemiological and economic analysis*, Australian Government, 2003.
- Bachmann Ruth et Furrer Cornelia, *Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung*, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 1999.
- Camenzind Paul, *Analyse des différences interrégionales dans le domaine des coûts de la santé: Analyse de la littérature internationale consacrée à l'économie de la santé et aux statistiques de la santé – avec un éclairage spécifique pour la Suisse*, Document de travail 30, Obsan, 2008.
- Camenzind Paul, Spycher Stefan et Rossel Raymond, «Kosten, Finanzierung, Effizienz und Solidarität» dans Meyer Katharina (éd.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Obsan, Verlag Huber, 2008, pp. 313–324.
- Colombier Carsten, «Vieillesse démographique et santé: un surcroît de dépenses, surtout pour les soins de longue durée», *La Vie économique*, 10-2008, 63–66.
- Hammer Stephan, Martin Peter et Trageser Judith, *Concurrence dans le domaine de la santé – Revue systématique*, Protocole de recherche 9 (en allemand), Obsan, 2008.
- Jaccard Ruedin Hélène et Weaver France, *Ageing Workforce in an Ageing Society: Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030?*, Publication Web de l'Obsan, 2009.
- Kickbusch Ilona, «Auf dem weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik» dans Meyer Katharina (éd.) *Gesundheit in der Schweiz*, pp. 341-355.
- Leu Robert E., Rutten Frans, Brouwer Werner, Rüttschi Christian et Matter Pius, *The Swiss and the Dutch health care systems compared: A tale of two systems*, Nomos Verlag, 2008.
- OCDE/OMS, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse*, Paris, 2006.
- Seematter-Bagnoud Laurence, Junod Julien, Jaccard Ruedin Hélène, Roth Maik, Foletti Claudia et Santos-Eggimann Brigitte, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030*, Document de travail 33, Obsan, 2008.
- Sommer Jürg et Biersack Ortrud, *Hochkostenfälle in der Krankenversicherung. Experten-/Forschungsbericht zur Kranken- und Unfallversicherung*, 2005.
- Vuilleumier Mathieu, Pellegrini Sonia et Jeanrenaud Claude, *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*, 2007.
- Weaver France, Jaccard Ruedin Hélène, Pellegrini Sonia et Jeanrenaud Claude, *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Document de travail 34, Obsan, 2008.

de la santé a été moins étudié, ne serait-ce que parce qu'il est extrêmement difficile d'en mesurer l'impact (s'agissant, par exemple, de l'amélioration de la culture sanitaire à l'école et dans les entreprises).

Programme d'action en santé publique pour les années à venir

L'évolution des coûts et des primes restera à l'ordre du jour politique dans les années à venir. Toutefois, dans une optique plus vaste, d'autres thèmes auront une tout aussi grande importance pour la santé et la qualité de vie de la population. En voici deux grands exemples:

1. *Professionnels de la santé*: les études réalisées jusqu'ici par l'Observatoire suisse de la santé⁸ nous signalent que dans les vingt années à venir, dans les professions médicales et non-médicales du domaine de la santé, d'une part, les départs à la retraite ne pourront pas tous être compensés et que, d'autre part, les besoins supplémentaires découlant des changements démographiques ne pourront pas être couverts. Compte tenu de la durée des études et des formations, il est urgent d'agir. Il est vrai que l'augmentation du nombre de diplômés ne suffira pas à résoudre un problème bien plus complexe. En premier lieu, il serait urgent de renforcer l'intégration de la prise en charge de même que la prévention et la promotion de la santé. Ces deux mesures réduisent la demande en personnel. Toutefois, comme la concurrence sera rude avec d'autres secteurs qui chercheront à attirer des jeunes, il nous faut savoir qu'à plus long terme, nous devons continuer à recruter une proportion considérable des professionnels de la santé à l'étranger. Il conviendra également d'harmoniser le contenu des programmes des différentes professions, afin que des soins intégrés soient possibles. C'est sur la formation que repose les gains en qualité, car elle permet aux professionnels de la santé de collaborer efficacement tout au long de la chaîne de soins et donc d'économiser sur les coûts. Des formations à la fois larges et différenciées à chacune de leurs étapes peuvent, en outre, offrir des possibilités de carrière qui intéresseront les jeunes générations et des perspectives à ceux qui reprennent des études.
2. *Harmonisation avec l'UE*: des négociations sont en cours depuis 2008 entre la Suisse et l'UE en vue d'un accord bilatéral sur la santé. Sans vouloir préjuger des résultats, on peut d'ores et déjà dire que cet accord aura un impact important sur la Suisse dans plusieurs domaines. Il nous faut

notamment être attentifs au projet de directive (414/2008) de l'UE relative à la mobilité des patients. Lorsqu'elle entrera dans l'acquis communautaire, que la Suisse doit reprendre, nos frontières s'ouvriront largement, et nous devons faire face à des exigences nouvelles dans le domaine de la cybersanté et de la garantie de la qualité.

Conclusion

Il est fort probable que les coûts de la santé continueront d'augmenter dans les années à venir. La politique de la santé influencera le rythme de cette croissance sans pour autant infléchir la tendance. Cela tient, d'une part, à des causes sous-jacentes (vieillesse de la population, progrès technique et médical, accroissement de la prospérité). D'autre part, des interventions majeures sur l'évolution des coûts nécessiteraient des mesures drastiques de régulation du système de la santé qui soulèvent des questions délicates (notamment de rationnement) et pour lesquelles la situation n'apparaît pas encore mûre politiquement.

La progression des coûts a même un côté positif dans la mesure où elle reflète – compte tenu également des réserves d'efficience existantes – l'importance croissante de ce secteur économique et donc son impact pour l'emploi. Cependant, les problèmes de financement qui en résultent – et auxquels il faudra s'attaquer – pour certaines couches de la population sont moins réjouissants. Comme l'assurance-maladie est d'essence sociale, la discussion sur l'augmentation des coûts devra davantage prendre en compte la question des «limites de la solidarité». Les réserves d'efficience mentionnées (il est question de 20 à 25% des coûts actuels) doivent être exploitées de façon systématique. Toutefois, si nous ambitionnons de stabiliser un jour durablement les coûts de la santé (par exemple à un niveau de 10% du PIB), il faudra passer par des interventions de l'État qui entreront en conflit avec d'autres objectifs (qualité, solidarité). Il faudra donc des stratégies qui, par leur impact sur les déterminants de la santé, améliorent la santé et la qualité de vie de la population et contribuent de ce fait indirectement à une réduction des coûts. ■