



Contrôle des dépenses de l'Etat : santé

Le présent dossierpolitique fait partie d'un ensemble complet consacré au contrôle des dépenses de l'Etat. Il fait suite au Concept des dépenses publié l'année dernière par economiesuisse. Nous nous proposons de présenter pour chaque domaine, à partir des prévisions formulées l'an dernier, l'évolution effective des dépenses. Le but est de montrer si, et dans quels domaines, les dépenses présentent une évolution acceptable sur la durée. Des cartons verts, jaunes ou rouges sont attribués selon l'évolution en cours. Les dépenses des pouvoirs publics pour la santé ont augmenté de 4% par rapport à 2000. Ainsi, l'objectif de 2,2% par an visé dans le Concept des dépenses est nettement dépassé, mais l'évolution attendue de 5% n'est pas atteinte. Les principales causes de ces dépenses supplémentaires considérables sont à chercher dans les facteurs de l'augmentation quantitative, dans les exigences à l'égard du système de santé, dans les nouvelles possibilités médicales et dans l'évolution démographique. A défaut de mesures de correction, l'augmentation élevée des dépenses de santé est d'ores et déjà programmée.

Un franc sur huit consacré à la santé

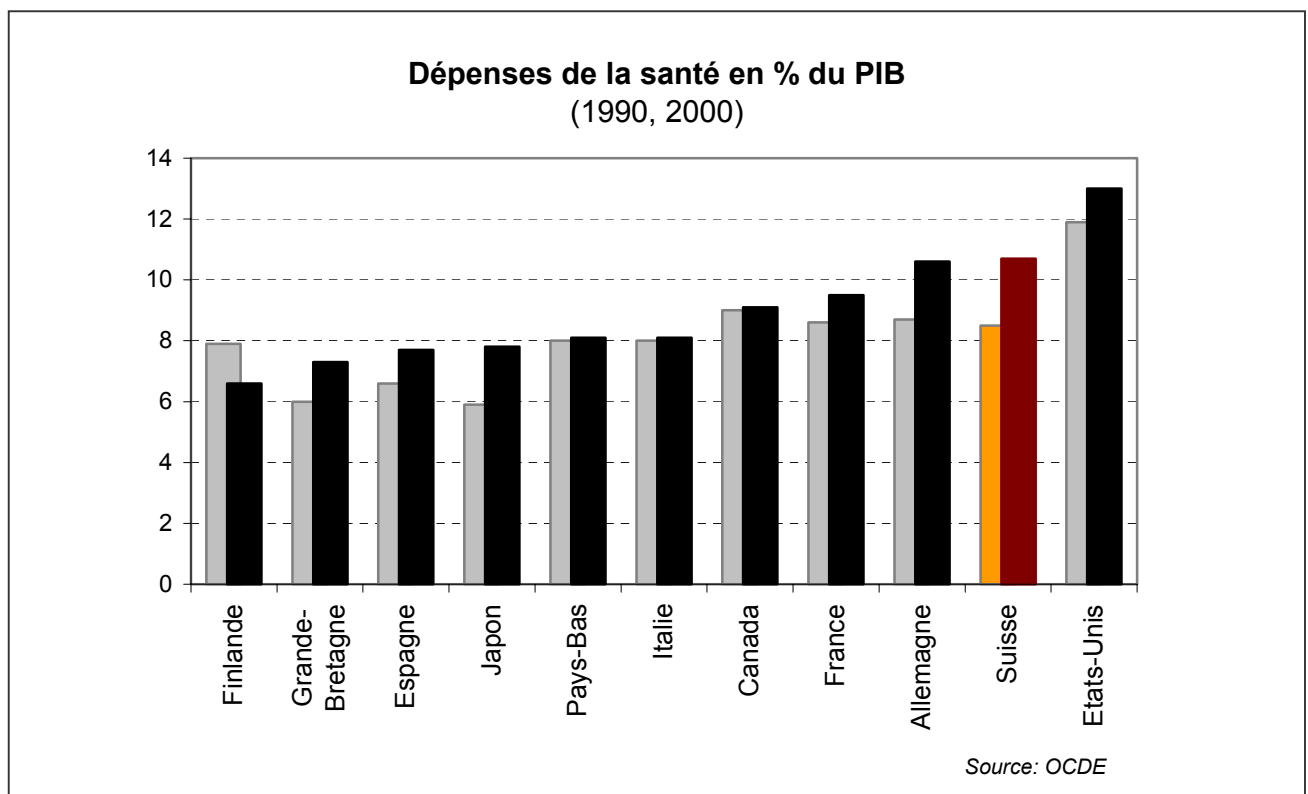
Eliminer les mauvaises incitations et les surcapacités

En 2000, les dépenses de santé ont augmenté plus fortement que les dépenses totales des collectivités publiques et des assurances sociales. Elles ont progressé de 1,6%. Le groupe de tâches *santé* a absorbé 12,1% des dépenses totales consolidées, soit 0,4% de plus qu'en 1990. Le Concept des dépenses juge possible un objectif de progression de 2,2% par an dans le domaine de la santé. Pour les dépenses totales, le chiffre correspondant est de 1,8%.

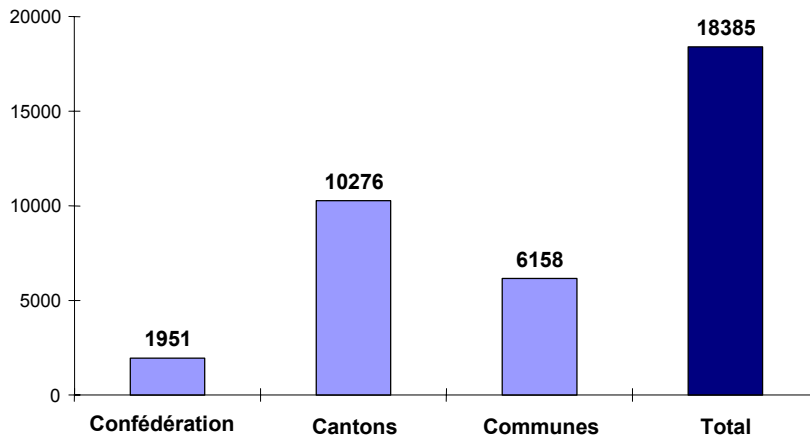
Dépenses de santé : la Suisse dans le peloton de tête

Les dépenses publiques dans le domaine de la santé ne représentent qu'une partie seulement de celles du système de santé (en tant que secteur d'activité économique des services). Elles ne correspondent pas non plus aux dépenses - obligatoires et facultatives - dont le financement est prévu dans la loi sur l'assurance maladie (LAMal). La diversité des contributeurs impliqués (privés et publics) et les chevauchements dans la répartition des compéten-

ces entre la Confédération et les cantons, de même que les mécanismes de financement complexes permettent difficilement d'avoir une vue d'ensemble du financement du système de santé. En comparaison internationale, la Suisse figure parmi les pays où le rapport entre les coûts de la santé et le PIB est le plus élevé. En 2000, il a atteint une part de 10,8%, occupant ainsi la deuxième place derrière les Etats-Unis (13%). Les coûts du système de santé totalisaient 43,3 mrd en 2000, dont 18,4 mrd assumés par les pouvoirs publics. Une part importante des coûts totaux du secteur est financée par les primes individuelles, dans le cadre de l'assurance maladie. Les institutions d'assurance, bien que financées par des cotisations obligatoires, sont considérées comme appartenant au secteur privé. C'est pourquoi les dépenses y afférentes (10,8 mrd fr. en 2000) ne sont pas prises en considération dans la quote-part de l'Etat, conformément à la définition officielle.



Répartition des dépenses par niveau de l'Etat (2000, en mio. fr.)



Source: DFF, Finances publiques en Suisse 2000

Les contributions des pouvoirs publics aux *établissements médicaux* (hôpitaux, homes, centres et cliniques psychiatriques) se montent à 14,4 mrd et sont assumées par les cantons et les communes. Elles constituent la part du lion des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Une partie du financement des hôpitaux est restituée aux cantons par les assureurs à titre de participation aux frais en vertu de la LAMal. Dans le système actuel, les cantons et les communes financent entièrement les investissements des hôpitaux publics. Le coût d'exploitation de ces derniers est en revanche couvert par les assureurs à concurrence de 50% au maximum, tandis que les cantons et les communes assument le reste.

Chaque année, l'Etat verse 2,7 mrd fr. aux assurés à revenu modeste sous forme d'une réduction de prime AM. Plus de 2,3 millions de personnes ont bénéficié de réductions de primes en 2000. A l'heure actuelle, la Confédération assume les deux tiers de ces dépenses et les cantons un tiers. Cependant, la contribution de chacun des cantons est pondérée en fonction de sa capacité financière. Les cantons ont en outre la possibilité de réduire leur contribution de 50% au maximum, ce qui implique néanmoins une diminution équivalente de la part de la Confédération. Même si, conformément à la statistique officielle, cette aide à la personne est rattachée au groupe de tâches *prévoyance sociale*, elle est analysée ici, tout comme la LAMal, en lien avec le système de santé afin de garantir l'exhaustivité des informations relatives aux dépenses publiques.

Sous le poste *autres*, sont regroupés en particulier les soins ambulatoires, la lutte contre les maladies (recherche et prévention) et le contrôle des denrées alimentaires. Ces dépenses s'élèvent à 1,3 mrd fr. et sont principalement assumées par les cantons et les communes.

Evolution des dépenses: facteurs de coûts influençables et non influençables

Evolution à ce jour

Au cours de la dernière décennie, les dépenses de l'Etat pour la santé ont fortement augmenté. Leur hausse reste cependant contenue en comparaison avec l'évolution des coûts pour l'ensemble du secteur, car l'explosion des coûts de la santé se répercute principalement sur les primes individuelles AM. La hausse massive des coûts de la santé est un phénomène international. Les principaux facteurs responsables de cette hausse générale (doublement des coûts entre 1985 et 1999) sont les suivants: parmi les facteurs non influençables figurent l'allongement de l'espérance de vie et son corollaire, la demande croissante de soins, les innovations médicales et techniques; les facteurs influençables sont la densité médicale croissante, les exigences grandissantes adressées à la médecine, l'augmentation quantitative de la consommation ainsi que les surcapacités et les doublons, surtout en ce qui concerne les hôpitaux. La hausse des prix des médicaments et des soins médicaux, en revanche, est restée modérée. Pour les pouvoirs publics, le facteur de coût déterminant reste l'évolution des coûts hospitaliers, qui ont augmenté de manière disproportionnée ces

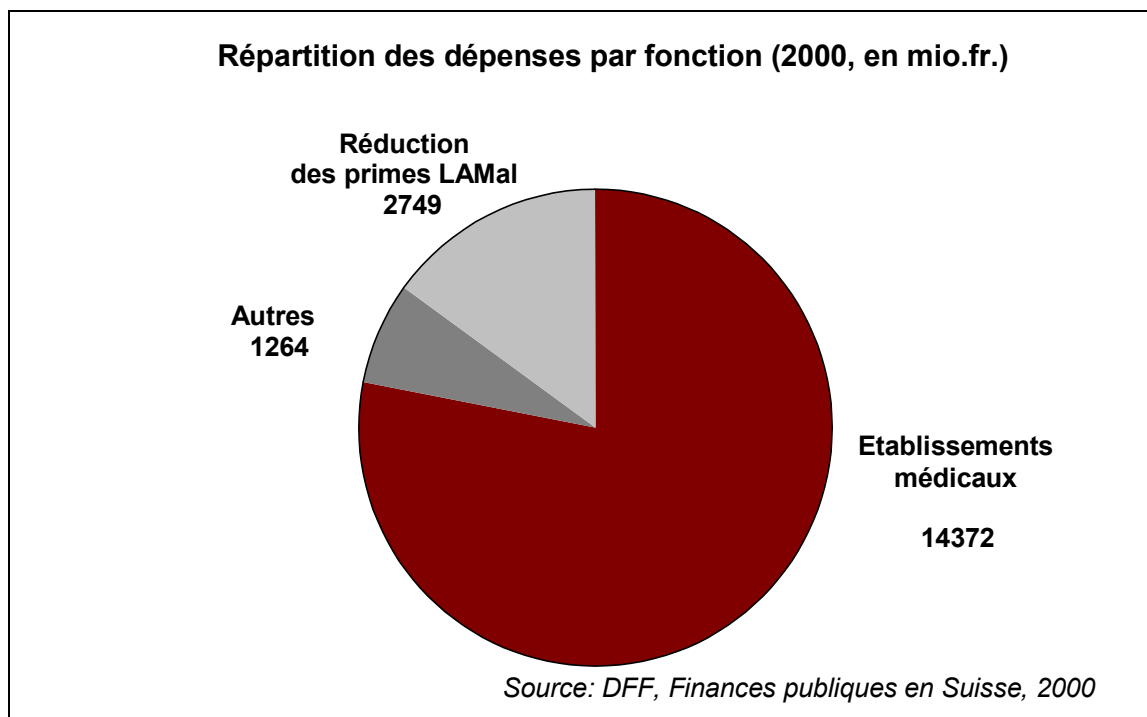
dernières années. Entrée en vigueur en 1996, la LAMal a séparé clairement l'assurance de base, obligatoire, des assurances complémentaires, privées, et a marqué le début de l'aide aux personnes dans le secteur de l'assurance maladie (sous forme de réductions de primes). Conformément à la LAMal, les primes de l'assurance de base sont calculées en fonction des coûts totaux et non des risques. Ce n'est donc pas une assurance au sens strict. Le choix de la prime unique pour l'assurance obligatoire répond à des préoccupations sociales dans la mesure où elle induit une redistribution en fonction de l'état de santé (des personnes en bonne santé aux malades), de l'âge (des jeunes aux personnes âgées) et du sexe (des hommes aux femmes). Les primes des assurances complémentaires, quant à elles, sont calculées sur la base du principe d'assurance et tiennent donc compte des risques spécifiques. Le Parlement a procédé à une première révision partielle de la LAMal et quelques ordonnances (OAMal) ont été adaptées.

En 2001, le Parlement a en outre pris des mesures en vue d'encourager la prescription de médicaments génériques. D'une part, il a accordé aux pharmaciens le droit de substituer des génériques aux spécialités et, d'autre part, il a défini le remplacement d'un médicament original par un générique comme étant une prestation à la charge des caisses.

Tendance

Les facteurs de hausse des coûts qui ont dominé l'évolution à ce jour continuent d'agir. La tendance à la hausse prononcée des dépenses de santé publiques et privées devrait perdurer. Certes, diverses réformes sont en chantier dans le domaine de la santé. Mais au bout du compte, elles ne devraient pas freiner beaucoup l'évolution des coûts.

Le 18 mai 2003, le peuple a rejeté l'initiative-santé à une énorme majorité de 72,9%. Les citoyens ont compris que de nouveaux impôts ainsi qu'une planification centralisée ne sont pas la bonne voie pour résoudre les problèmes du système de santé. L'UDC de son côté a déposé une initiative qui tend à agir sur les primes et à introduire davantage de compétitivité et d'efficacité dans le système de santé. Elle propose un modèle d'assurance maladie à deux niveaux comportant une assurance de base obligatoire allégée et une assurance complémentaire facultative. En attendant l'éventuelle suppression de l'obligation de contracter, le Conseil fédéral a actionné un frein d'urgence le 3 juillet 2002 en supprimant pendant trois ans au plus l'ouverture de nouveaux cabinets. La décision pourrait être reconduite avec l'approbation du Parlement. Ce frein ne devrait guère contribuer à endiguer les coûts, car de nombreuses demandes d'ouverture de cabinets ont été déposées avant l'entrée en vigueur de cette mesure. En



outre, il n'est pas certain que la suppression de l'obligation de contracter sera effective au milieu de l'année 2005.

Quant à la 2e révision de la LAMal, elle en est au stade des délibérations parlementaires. Après qu'elle eut essuyé un rejet au Conseil national, le Conseil des Etats a relancé le projet à la session de printemps 2003. Il a décidé d'introduire progressivement la liberté de contracter entre les caisses et les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire. Selon ce projet, les cantons devraient fixer le nombre de médecins nécessaires sur leur territoire en tenant compte de leurs cantons voisins. Ainsi, les caisses ne pourraient plus conclure de conventions tarifaires qu'avec ce nombre de médecins au maximum. Une telle mesure serait susceptible d'endiguer quelque peu l'expansion quantitative ainsi que la croissance des coûts. L'augmentation de la participation des assurés peut aussi contribuer à freiner les coûts. Au-delà de la franchise de base, la part des frais à la charge des assurés devrait être portée à 20%, mais les assurés affiliés à des modèles HMO ou à des réseaux de santé analogues continueraient de n'assumer qu'une part de 10%. Le Conseil fédéral pour sa part entend faire passer la franchise obligatoire de 230 francs actuellement à 300 francs et porter le montant maximum de la part annuelle à la charge de l'assuré de 600 à 800 francs en modifiant l'ordonnance sur l'assurance maladie.

Le Conseil des Etats a introduit à titre de mesure sociale une nouvelle disposition de révision de la LAMal selon laquelle la charge maximale des primes pour les petits revenus et les familles s'échelonne entre deux et douze pour cent du revenu des ménages. La Chambre des cantons a décidé en outre de réduire de moitié la prime du deuxième enfant et de la supprimer à partir du troisième. Elle prévoit aussi d'augmenter de 150 millions de francs par an les ressources destinées à réduire les primes, ce qui représenterait une charge importante dans la situation actuellement tendue des finances fédérales.

Le thème de l'abaissement des primes occupe également les cantons. Ils peuvent réduire de moitié au plus la part des ressources qu'ils consacrent à la réduction des primes; dans ce cas de figure, la part de la Confédération est réduite dans la même proportion. Des efforts pour accroître le degré d'épuisement de la part cantonale (allant par exemple dans le sens de l'initiative adoptée par le peuple zurichois « des primes maladie supportables pour

tous ») engendrent des suppléments de dépenses pour les pouvoirs publics.

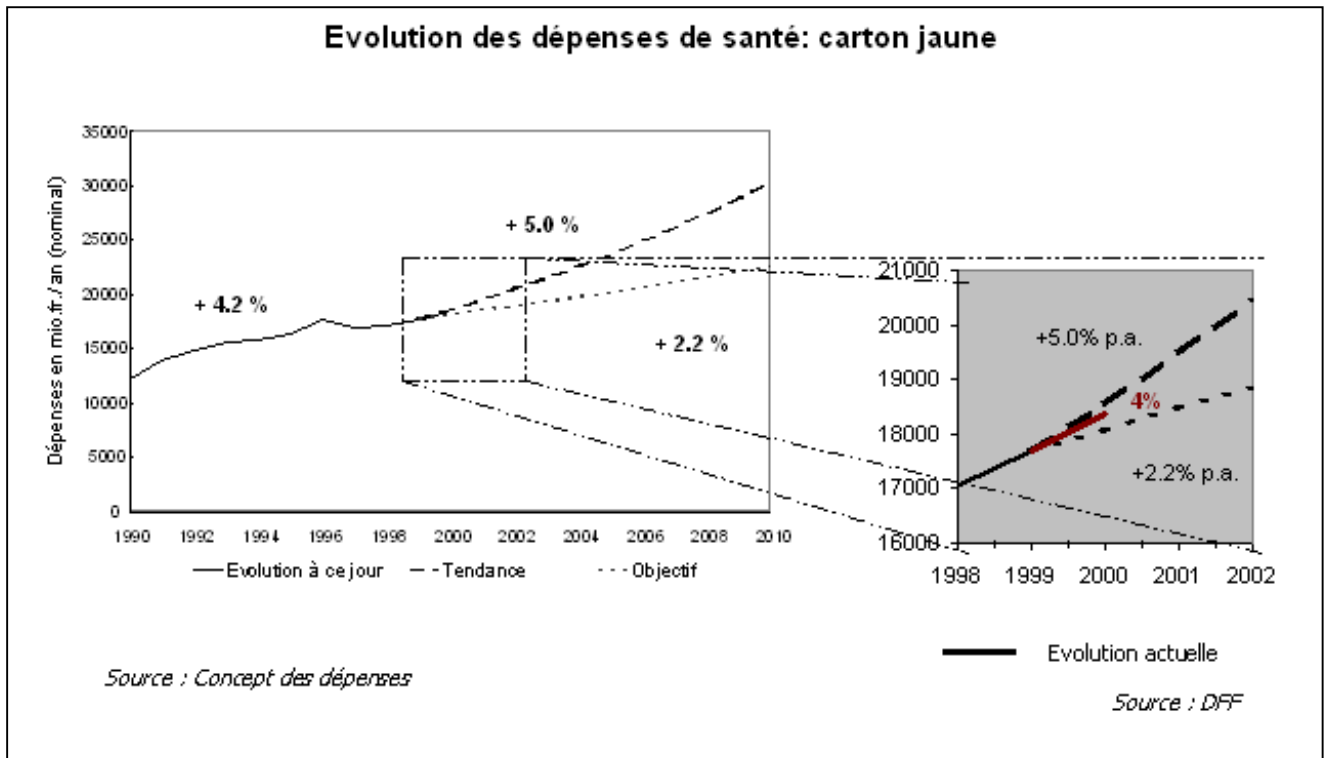
La décision du Tribunal fédéral des assurances d'obliger les cantons à participer aux frais de traitement hospitalier relevant de l'assurance obligatoire pour les assurés en catégorie privée ou semi-privée lorsqu'ils sont traités dans un hôpital subventionné va aussi engendrer des dépenses supplémentaires. Jusqu'ici, cette part était financée sur les assurances complémentaires. Selon une loi fédérale urgente, l'arrêt du Tribunal sera appliqué de manière progressive. La loi avait fait l'objet d'une demande de référendum, mais le peuple a refusé, le 9 février 2003, d'aller dans le sens des référendaires. En revanche, les cantons veulent réaliser des économies en éliminant les doublons. A cette fin, les réseaux hospitaliers seront réduits.

Dans cette situation, il est extrêmement difficile d'estimer les dépenses auxquelles il faut s'attendre. Bien que certaines réformes bienvenues ayant un potentiel de baisse des coûts soient envisagées, les nombreuses questions non résolues, les facteurs de hausse de coûts non moins nombreux et la pression en vue d'une meilleure prise en charge des coûts de la santé par l'Etat sont annonciateurs d'énormes dépenses supplémentaires pour les pouvoirs publics. Le Conseil fédéral s'attend d'ici 2010 à une croissance annuelle des dépenses de l'ordre de quelque 5% pour les besoins de financement de l'assurance maladie, ce qui est légèrement inférieur au chiffre de la décennie précédente. Mais si les lignes directrices des réformes commentées dans le Concept des dépenses sont appliquées, la croissance des dépenses devrait pouvoir être ramenée à 2,2% par an en moyenne.

Carton jaune pour l'évolution effective des dépenses

Les dépenses consenties par les pouvoirs publics pour le secteur de la santé ont progressé en 2000 de 4% par rapport à l'année précédente. Cette progression est nettement supérieure à l'objectif de 2,2% par an visé par le Concept des dépenses et se rapproche de la tendance calculée à 5%. Cela mérite un carton jaune. L'évolution des dépenses pour l'année 2000 sous revue se situe dans le cadre de l'accroissement moyen de 4,2% par an enregistré entre 1990 et 1999.

La progression constatée en l'an 2000 s'explique d'une part par les facteurs de coûts non influençables que sont l'augmentation de l'espérance de vie et les nouvelles



possibilités de traitement; d'autre part, de nombreux autres facteurs influençables propulsent les coûts à la hausse: la densité médicale en augmentation ainsi que les exigences croissantes formulées à l'égard de la médecine contribuent à accroître la consommation de services médicaux; l'augmentation des coûts a en outre occasionné des surcapacités et des doublons, surtout dans le domaine hospitalier. Il n'est donc pas étonnant que les prestations des caisses maladie par personne assurée aient augmenté de pas moins de 5,8% et atteint 2 130 francs en 2000.

Etant donné que l'évolution actuelle des dépenses n'est pas dans la cible, les lignes directrices formulées dans le Concept des dépenses vont dans la direction de réformes qui permettront de conférer au secteur de la santé une base financière durable.

Davantage de responsabilité personnelle et de concurrence

L'assurance maladie obligatoire institue des solidarités qui en font un pilier important de notre système suisse d'assurances sociales, même s'il n'est pas totalement conçu selon des principes d'assurance. Certes, dans le domaine de la santé, l'éthique impose des limites à la rationalité économique. Il n'en reste pas moins que, dans un système de santé progressiste, les possibilités médicales et techniques et leur coût économique doivent être constamment revus, et, le cas échéant, adaptés. Il s'agit

notamment de garantir que les potentiels existant dans ce secteur puissent être exploités. En outre, l'Etat doit se retirer en tant que fournisseur de prestations et les réglementations à motivation sociale doivent être aménagées de manière aussi efficace que possible. Il importe de déceler les facteurs d'inefficacité, d'y remédier et de créer des incitations en vue de sensibiliser tous les acteurs concernés aux coûts. Il est indispensable pour cela de simplifier le système et de rendre les flux financiers transparents. C'est le seul moyen de garantir à l'avenir le libre accès de tous les assurés à l'offre de base nécessaire sur le plan médical. Il faut éviter l'apparition d'une médecine à deux vitesses.

Pour atteindre ce but, il convient d'accorder à l'avenir encore davantage de poids à la responsabilité individuelle. C'est pourquoi il faut donc continuer de soutenir le principe de l'assurance de base obligatoire et le système des primes individuelles fondées sur les coûts et tenant compte des risques dans toute la mesure du possible. Ce modèle de financement doit continuer d'être associé à des réductions de primes en fonction du revenu. En revanche, il convient de renoncer de manière générale à des primes calculées en fonction du revenu ou financées par l'impôt. Le système des réductions de primes doit être davantage financé par les cantons et appliqué de manière plus ciblée. Seuls ceux qui en ont véritablement besoin doivent pouvoir bénéficier d'allègements. Les réductions de primes

accordées aux personnes sont destinées à empêcher l'apparition de cas sociaux difficiles. L'offre de prestations de l'assurance de base doit être conçue de façon telle que les primes restent abordables. L'affiliation obligatoire ne doit donc porter que sur des prestations de base définies strictement, indispensables sur le plan médical, mais de qualité. Le segment des assurances complémentaires privées est destiné à répondre aux besoins des personnes ayant des exigences particulières, souhaitant un choix plus vaste, voire des prestations de luxe. Enfin, la participation des assurés aux frais doit être conçue de manière à renforcer l'effet incitatif.

Si l'on souhaite endiguer les coûts des prestataires de services, il est primordial de mettre en place une structure incitative introduisant davantage d'éléments de concurrence sans provoquer de distorsions. Il importe de mettre sur pied d'égalité les traitements ambulatoires, partiellement stationnaires et stationnaires afin d'inciter les malades à privilégier des traitements ambulatoires ou partiellement stationnaires plutôt que des hospitalisations longues et onéreuses. Mais comme le point de vue économique n'est pas toujours conciliable avec l'éthique médicale, les solutions doivent être développées en collaboration avec les fournisseurs de prestations concernés. Il importe donc d'encourager une forme de concurrence qui dissuade de prescrire des traitements inefficaces ou inadéquats. La suppression de l'obligation de contracter doit donc être considérée comme positive. La sécurité de l'accès aux prestations que l'on connaissait jusqu'ici doit être garantie. En outre, il faut encourager les modèles d'assurance « alternatifs », et de nouvelles formes de collaboration, non bureaucratiques, comme par exemple la gestion des cas spéciaux. Il s'agit enfin de garantir durablement la qualité du service médical en adoptant les règles d'accès appropriées à ces professions et de réduire ainsi la densité de l'offre.

En ce qui concerne le *financement des hôpitaux*, les efforts doivent aller dans le sens d'une suppression des mécanismes induisant des distorsions grâce à la mise en place d'un système si possible simple et transparent. Il ne suffit pas de transférer les charges de la Confédération vers les cantons ou des cantons vers les caisses maladie. Aussi longtemps que la planification hospitalière est appliquée, il faut optimiser le réseau des hôpitaux au niveau suprarégional. Cela permettra de garantir une desserte de base dans l'ensemble du pays selon des critères objectifs, comme l'accessibilité, tout en exploitant les potentiels de synergie entre les hôpitaux. L'objectif doit

être d'améliorer la qualité grâce à des spécialisations (en particulier dans les médecines de pointe) et de démanteler les surcapacités et les structures redondantes. Pour cela, il faut rapidement mettre en place les instruments adéquats (par exemple, regrouper des hôpitaux, procéder à des fusions, recourir aux PPP).

Commentaire

Les principes éthiques sont primordiaux dans le domaine de la santé. Il existe néanmoins des potentiels de réduction des coûts qui ne sont pas encore épuisés. Il est possible d'arriver à une plus grande efficacité dans l'établissement d'une base financière durable pour les services de santé et de limiter la charge des pouvoirs publics dans ce domaine. Le Concept des dépenses estime que l'on peut freiner la croissance des dépenses à 2,2% par an, à condition de prendre les mesures appropriées.

Le Concept des dépenses attend de l'augmentation de la participation des assurés à 20% en moyenne un effet financier potentiellement important aussi bien à court, qu'à moyen et à long termes. La proposition d'une franchise de base plus élevée est également sur la table. La deuxième révision de la LAMal actuellement en cours de traitement au Parlement ainsi que la modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie constituent des pas dans la bonne direction. Le but social décidé par le Conseil des Etats en matière de réduction de primes n'apporte malheureusement pas le désenchevêtrement souhaité entre la Confédération et les cantons mais va dans la direction tout à fait opposée, avec le gonflement des subventions fédérales qu'il implique. Plutôt que de perpétuer un principe de l'arrosoir géré de manière centralisée par la Confédération, il faudrait passer à un système de réduction de primes axé sur les besoins, fixé et financé exclusivement par les cantons, qui tienne compte du caractère fédéraliste de la Suisse.

Afin d'éviter une étatisation rampante de la santé à l'avenir, il faudrait opter pour un système de financement moniste. Selon ce modèle, les caisses maladie seraient seules responsables du financement de toutes les prestations de l'assurance maladie. Il y aurait lieu de supprimer intégralement l'obligation de contracter, aussi bien dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. Cette mesure garantirait des économies sensibles à moyen et à long termes. L'assouplissement de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, précautionneusement voté par le Conseil des Etats, est au moins un pas dans la direction souhaitée.

Le Concept des dépenses attend aussi un effet d'économies de l'amélioration des conditions-cadre concernant les formes d'assurance « alternatives » dans lesquelles les assurés

acceptent volontairement un choix limité de fournisseurs de prestations (HMO, modèle du médecin de famille). Le Conseil des Etats est sur la bonne voie avec sa décision d'appliquer une participation plus faible aux assurés affiliés à des caisses de santé HMO ou à des modèles analogues.

Dans le domaine des hôpitaux, il y aurait lieu de supprimer rapidement des surcapacités non seulement dans les cantons, mais aussi dans les régions (20 à 25% environ pour l'ensemble du pays), de créer des centres de compétences et de concentrer les forces. Certains cantons ont pris des mesures adéquates en procédant à la fusion d'hôpitaux ou à des regroupements. Il conviendrait aussi, dans des domaines spécifiques comme la médecine de pointe, de promouvoir la collaboration intercantonale par une péréquation adéquate des charges.

ER