LES COÛTS DE LA SANTÉ DANS UNE SOCIÉTÉ VIEILLISSANTE

CE N'EST PAS LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION QUI FAIT EXPLOSER LES COÛTS, MAIS UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI INCITE À TROP DÉPENSER

LUKAS STEINMANN ET HARRY TELSER

EXECUTIVE SUMMARY

SEPTEMBRE 2005

0 | avenir | suisse | 100
think tank for economic and social issues

Plaut Economics

Publication: Lukas Steinmann et Harry Telser (2005): Les coûts de la santé dans une société vieillissante. Ce n'est pas le vieillissement de la population qui fait exploser les coûts, mais un système de santé qui incite à trop dépenser.

L'explosion des coûts de la santé

Ces quarante dernières années, comparées au produit intérieur brut (PIB), les dépenses de santé ont plus que doublé, passant de 5 à 11%. Durant la même période, chaque habitant du pays a vu sa facture de santé multipliée par quatre, ce qui signifie que les dépenses pour la santé ont, dans l'ensemble, augmenté deux fois plus vite que les revenus. Cette évolution n'est pas restée sans conséquences sur les familles, obligées de consacrer une part toujours plus importante de leur budget à la santé, principalement en raison de l'augmentation des primes pour l'assurance obligatoire, sans cesse revues à la hausse. Rien d'étonnant dès lors que, depuis quelques années déjà, des voix s'élèvent pour exiger que l'évolution galopante des coûts et des primes soit maîtrisée.

Le secteur de la santé n'est pas le seul à connaître une telle croissance rapide: dans les télécommunications et l'informatique, on peut dresser des constats similaires. Pourtant, dans ces autres secteurs, aucune voix ne s'élève pour réclamer une diminution des dépenses ou la maîtrise des coûts. Dès lors, en quoi le secteur de la santé se distingue-t-il des autres? En un point fondamental: grâce à la couverture très large offerte par l'assurance de base obligatoire, les consommateurs de prestations – autrement dit, les patients – ne sont pas tenus d'assumer personnellement les coûts qu'ils engendrent, ceux-ci étant couverts de façon solidaire par l'ensemble des primes versées aux assureurs-maladie.

Voilà donc une assurance sociale qui semble victime de son propre système. Elle engendre une situation inextricable: d'un côté, des assurés confrontés à des dépenses toujours plus élevées, de l'autre, l'impossibilité politique de faire baisser les coûts. Chaque automne, lors du rituel annonçant l'augmentation des primes pour l'année suivante, on serait presque tenté de croire que l'explosion des coûts de la santé constitue un phénomène inéluctable. Mais est-ce vraiment le cas?

Pour répondre à cette question, il convient de reprendre l'un après l'autre les différents facteurs qui sont à l'origine de l'explosion des coûts de la santé. Ceux-ci sont bien connus des spécialistes:

«*Moral Hazard»:* L'assurance obligatoire offre aux individus une protection qui modifie leur comportement; ils adoptent une attitude peu responsable, laissant à la collectivité le soin de payer ensuite les coûts qu'ils engendrent. Comme les frais d'un traitement médical sont pris en charge par l'assurance, la prévention est pratiquement exclue des préoccupations des citoyens. Faire de la prévention «ne rapporte» pas assez («Ex-ante-Moral-Hazard»). A l'opposé, la médecine dentaire, où l'obligation de s'assurer n'existe pas, livre un excellent contre-exemple. En effet, elle démontre de quelle manière la responsabilité

individuelle permet, sans conséquences négatives sur la santé, d'enrayer l'augmentation des coûts pour la collectivité. En Suisse, les soins dentaires sont relativement élevés et relèvent, jusque dans le porte-monnaie, de la responsabilité de chacun. Résultat: un bon niveau de prévention et une santé dentaire qui, dans les années soixante déjà, étaient meilleurs que ceux des Allemands, pour qui les coûts sont entièrement couverts par l'assurance. Le niveau élevé des primes d'assurance-maladie provoque un autre effet indésirable: les assurés souhaitent «en avoir pour leur argent». En cas de maladie, les coûts du traitement importent peu, puisqu'ils sont assumés par l'assurance («Ex-post-Moral-Hazard»).

Progrès technologique: En médecine, c'est avant tout l'innovation technologique qui tire les coûts vers le haut. Dans le domaine du diagnostic, en particulier, les progrès sont continus. On diagnostique un nombre toujours plus élevé de maladies, on propose de nouveaux traitements toujours mieux ciblés avec, pour conséquence, l'augmentation de l'offre en prestations liées à la santé. La santé est probablement le seul secteur économique où l'innovation technologique fait grimper les coûts – que l'on songe en comparaison au secteur informatique. Certes, les innovations thérapeutiques sauvent des vies et améliorent la qualité de vie des patients , mais à quel prix?

Cadre juridique: La Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est basée sur le «principe de la territorialité cantonale». En Suisse, il existe vingt-six petits marchés de la santé hermétiquement séparés les uns des autres. Avec le principe de la territorialité cantonale, la planification hospitalière s'arrête aux frontières du canton, ce qui provoque souvent des surcapacités régionales. Il n'y a pas si longtemps, le canton de Berne comptait, pour ses 950 000 habitants, plus d'hôpitaux que toute la Suède avec sa population de 8,8 millions de personnes. En réalité, la densité hospitalière devrait et pourrait être massivement réduite en Suisse, sans qu'une telle mesure ne porte à conséquence sur la qualité des prestations offertes aux patients. Quarante à cinquante hôpitaux suffiraient largement à satisfaire les besoins en traitements stationnaires de l'ensemble de la population. Aujourd'hui, on en dénombre encore cent soixante cinq. De plus, la LAMal prévoyant «l'obligation de contracter» entre les médecins (et autres prestataires de soins) et les assurances-maladie, il en résulte une contrainte évidente pour les assureurs: ils doivent rembourser tous les traitements prescrits par tous les médecins (et autres prestataires de soins), sans exception. La Suisse dispose aussi d'un «catalogue des prestations» (liste des traitements automatiquement remboursés par l'assurance de base) très large; les prix y sont administrés, ce qui étouffe toute concurrence. Enfin, comme le prix des prestations et des médicaments ne constitue pas un facteur déterminant pour les assurés, les médecins et les hôpitaux cherchent à se profiler grâce à la qualité supérieure de leurs équipements. Il en résulte une coûteuse «course à la meilleure infrastructure». En Valais, on dénombre ainsi neuf appareils MRI (Magnetic-Resonance-Imaging), une abondance de technologie qui fait assurément de ce canton l'une des régions au monde la plus densément équipée en MRI.

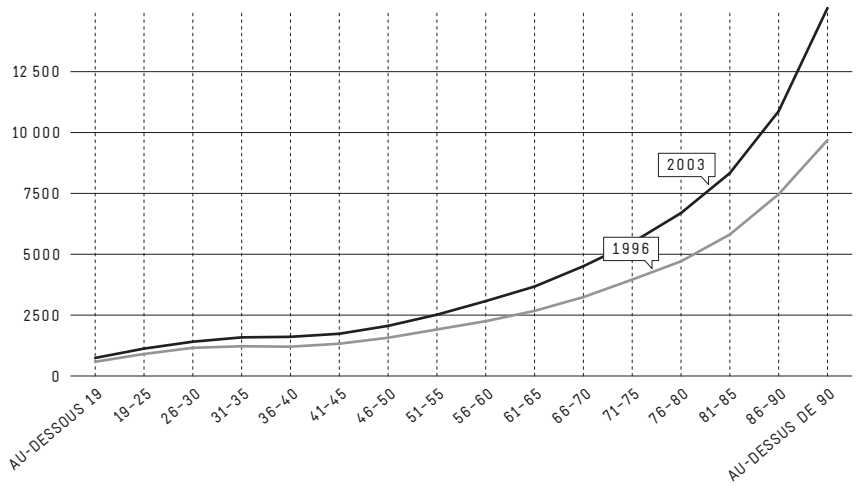
Influence du vieillissement sur les coûts de la santé

Comme si ces facteurs n'étaient pas suffisamment alarmants, il faut encore y ajouter l'évolution démographique de ces prochaines décennies. Les statistiques ne laissent planer aucun doute: les personnes âgées deviendront toujours plus âgées et leur nombre ira encore s'accroissant. En cent ans, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 60% – et ce processus n'est certainement pas achevé. Le nombre de personnes du troisième et du quatrième âge augmentera massivement ces prochaines décennies. De moins de 1500 qu'ils étaient en 2000, les centenaires seront plus de 18 000 en 2060. Alors que le nombre de personnes qui sont âgées de moins de 30 ans restera constant, on verra le nombre de celles qui sont âgées entre 30 et 45 ans, chez qui on rencontre l'essentiel de la population active, diminuer nettement. Bref, la proportion de la population ancienne par rapport à la jeune va nettement augmenter. En outre, les statistiques nous livrent une seconde information: plus on devient vieux, plus on recourt au système de santé et plus on dépense proportionnellement pour sa santé. Une personne de 85 ans reçoit des soins pour une valeur dix fois supérieure à ceux d'une personne de 30 ans.

Au total, les statistiques sur le vieillissement de la population viennent alimenter la crainte souvent exprimée que les coûts de la santé ne peuvent, à l'avenir, qu'exploser de manière incontrôlée. Les conséquences risquent d'être lourdes pour les familles: elles seront de plus en plus nombreuses à éprouver des difficultés lorsqu'il s'agira de puiser dans le porte-monnaie afin de régler des primes d'assurance en constante augmentation. En réaction, certains ne manqueront pas d'exiger l'intervention de l'Etat, alors même que d'autres assurances sociales (AVS, AI, caisse de pensions publiques) soumettent déjà les caisses publiques à très rude épreuve. De telles perspectives favorisent l'éclosion d'un sentiment d'impuissance politique.

On comprend dès lors que tout ce qui touche au couple vieillissement/coûts de la santé soit politiquement très sensible. Après avoir étudié cette problématique, nous livrons ici, de manière compréhensible pour tous, les résultats de nos travaux et leurs conséquences politiques.

Tableau 1 Dépenses de santé par personne en 1996 et en 2003: l'augmentation des coûts varie en fonction de l'âge et atteint environ 40%



Entre 1996 et 2003, les dépenses de santé par personne ont augmenté beaucoup plus rapidement chez les personnes âgées que chez les jeunes. En 1996, une personne âgée de quatre-vingt-onze ans a coûté à l'assurance de base moins de 10 000 francs; en 2003, ce chiffre est passé au-dessus de la barre des 15 000 francs.

Source: Statistique de la compensation des risques 1996 et 2003

«Impact du vieillissement» vs «impact du vieillissement sur notre système»

D'abord, la bonne nouvelle. Les chercheurs sont d'accord pour affirmer qu'il existe certes une relation de cause à effet entre vieillissement démographique et augmentation des coûts de la santé, mais que cet impact purement démographique ne joue qu'un rôle secondaire dans l'évolution générale des coûts de la santé. Autrement dit, ce n'est pas parce ce que l'on prévoit, aussi bien en chiffres absolus qu'en proportion, davantage de personnes âgées à l'avenir que les primes d'assurance-maladie devront forcément exploser. Au contraire, l'influence du vieillissement de la population sur le niveau des primes sera très faible. En 2000, un assuré a coûté en moyenne 2200 francs à l'assurance de base. Selon nos calculs, si l'on ne tient compte que du vieillissement, il ne coûtera que 2700 francs en 2030, ce qui correspond à une augmentation annuelle comprise entre 0,5 et 0,7%. Une analyse scientifique du phénomène permet donc de ranger les scénarios-catastrophes («Aging Doomsday») circulant parfois dans les milieux de la santé à leur juste place: au rayon des armes politiques.

A côté de l'*impact du vieillissement* esquissé ci-dessus, il existe un autre phénomène, moins connu, mais dont les conséquences sur les coûts de la santé sont pourtant beaucoup plus grandes. Durant les huit premières années de l'existence de la LAMal (1996-2003), les dépenses de santé par personne âgée ont augmenté à un rythme beaucoup plus élevé que la moyenne. Alors que l'augmentation des coûts pour les personnes âgées jusqu'à 55 ans a été d'environ 30%, elle a atteint 40% pour les 56-70 ans. Pour les deux tranches d'âge les plus élevées, les coûts de la santé ont augmenté de 50% (tableau 1). La LAMal contribue à faire augmenter les dépenses pour les personnes âgées plus rapidement que pour les jeunes, raison pour laquelle nous parlons, dans cette étude, de «l'impact du vieillissement *sur notre système*».

Il ne faut donc pas confondre *impact du vieillissement* et *impact du vieillissement sur le système actuel*. L'*impact du vieillissement* n'est rien d'autre que l'effet, sur les coûts de la santé, d'une évolution démographique donnée et irréversible. A l'avenir, il y aura davantage de personnes âgées et elles vivront plus longtemps. Cette réalité entraînera des conséquences sur les coûts de la santé. Comme les dépenses de santé par personne âgée sont plus élevées que la moyenne, en cas d'une augmentation du nombre de personnes âgées, la moyenne augmentera aussi. Mais de très peu, comme nous l'avons déjà dit. L'*impact du vieillissement sur le système actuel* mesure un phénomène beaucoup plus large. Les acteurs de la santé (patients, médecins, hôpitaux, assureurs et économie) adaptent leur comportement au cadre légal existant (la LAMal). Dans une société vieillissante, certaines incitations de la LAMal vont pousser ces acteurs à modifier leur comportement, avec des conséquences sur les coûts de la santé beaucoup plus importantes que l'*impact du vieillissement*. Notre étude montre que les dépenses de santé par personne vont augmenter de 0,5% annuellement durant les prochaines trente années en raison de l'*impact du vieillissement*. L'*impact du vieillissement sur le système actuel* sera, lui, avec 1,7%, plus de trois fois plus élevé. Le tout, bien sûr, en sus des augmentations annuelles que l'on connaît déjà aujourd'hui. En résumé et pour le dire plus simplement: ce n'est pas le vieillissement qui est le facteur responsable de l'explosion des coûts de la santé, mais bien l'effet combiné du vieillissement et d'un système de santé qui incite les acteurs de la santé à se comporter de manière trop dispendieuse. S'il n'est guère possible d'influer sur le vieillissement de la population, le système devrait, lui, pouvoir être transformé.

Les défauts du système

Plusieurs facteurs permettent de penser que l'augmentation fulgurante des dépenses de santé observée entre 1996 et 2003 va se poursuivre à l'avenir pour les personnes du troisième et du quatrième âge:

Hypothèse 1: Le vieillissement comme débouché commercial pour l'innovation — En vieillissant, le corps s'altère. D'où une demande accrue pour une médecine spécialisée dans le remplacement ou la réparation d'organes ou de membres usés (hanche, fémur, cœur, etc.). Plus la population âgée sera nombreuse, plus les sollicitations, dans ce domaine, seront nombreuses. La demande va aussi augmenter pour le traitement des maladies dégénératives du cerveau (Alzheimer, Parkinson), dont les personnes âgées sont souvent atteintes. Considéré sous l'angle économique, il s'agit d'un nouveau marché potentiellement très lucratif pour les médecins (et autres prestataires de soins) qui sauront innover. Dans un marché «normal», il faudrait s'en féliciter. Innovation, spécialisation et concurrence sont les ingrédients nécessaires pour la production de biens et de services de meilleure qualité et moins chers. Il y a amélioration du rapport coûts-avantages (exemple: les télécommunications). Mais dans le marché régulé de la santé, le prix ne joue aucun rôle pour les assurés. Les innovations proposées sont souvent chères, ce qui contribue à une croissance des dépenses supérieure à la moyenne. Il y a détérioration du rapport coûts-avantages.

Hypothèse 2: Le vieillissement et les médecins — Depuis 1990, le nombre de médecins pratiquants a augmenté d'environ 50% en Suisse. La densité médicale a ainsi augmenté de 30%. Encore une fois, dans un marché normal en croissance, ce ne serait pas un problème: pour réguler une demande en augmentation, rien de tel qu'une forte pression concurrentielle entre les différents prestataires de services. Mais dans le système de santé tel que nous le connaissons aujourd'hui, la logique est toute différente. Ce n'est pas un hasard si les cantons dont la densité médicale est la plus élevée connaissent les dépenses de santé par habitant les plus importantes. Cette demande induite par l'offre n'est possible que dans une structure où le médecin possède un savoir qui échappe à ses patients. En règle générale, le patient ne peut juger ni de la nécessité ni de l'adéquation du traitement qu'on lui propose. Dans le doute, il choisit en général l'intervention. Il s'agit d'une attitude compréhensible, puisque ce n'est pas lui mais son assurance qui en assume les coûts. Toutefois, on notera que la demande ne peut pas être artificiellement gonflée. Les gens consultent leur médecin quand ils sont (ou s'estiment) malades, sinon ils ne le font pas. Les rentiers sont une clientèle intéressante; en effet, leurs coûts d'opportunité sont en général plus bas que ceux des actifs. Ils ont du temps pour aller chez le médecin. Avec les personnes très âgées, il est donc possible de légèrement gonfler la demande.

Hypothèse 3: Accompagnement médico-social des personnes âgées — La prise en charge médico-sociale des personnes âgées est une activité lourde qui peut s'étendre sur de nombreuses années. Avec le vieillissement de la population, la demande dans ce domaine va augmenter, entraînant l'augmentation des salaires du personnel soignant. Dans une branche gourmande en personnel, une telle mesure ne pourra que se répercuter sur les coûts, condamnés dès lors à prendre l'ascenseur. Il n'est pas certain cependant que les choses évoluent dans ce sens. Une telle augmentation dépendra surtout des décisions politiques qui seront prises dans ce domaine. L'assurance commune couvrira-t-elle toutes les dépenses en EMS? Si ce modèle devait se réaliser, par exemple par l'introduction d'une assurance collective destinée aux anciens, la demande pour des soins institutionnalisés augmenterait et provoquerait ainsi une nouvelle augmentation des dépenses médico-sociales.

Hypothèse 4: Vieillissement et «Anti-Aging» — Avec le temps, nous l'avons dit, le corps connaît une altération naturelle. Grâce aux progrès technologiques, la médecine est en mesure de proposer des «solutions de substitution» permettant de ralentir un tel processus. Plus les gens deviennent vieux, plus la demande pour de telles interventions augmente – une tendance qui ne s'inversera pas de sitôt. Cette évolution conduit notre société à considérer la «santé» sous un nouveau jour. Aujourd'hui, le concept n'est plus uniquement centré sur les fonctions physiologiques. Tout ce qui touche à la santé, dans son acception la plus large, ouvre un droit à une intervention médicale correctrice. Les frontières entre le concept traditionnel de santé, le bien-être (Wellness) et l'apparence esthétique se brouillent chaque jour un peu plus.

Hypothèse 5: Le vieillissement et la LAMal — La Loi sur l'assurance-maladie repose sur la solidarité entre les différentes composantes de la société. Un trait qui se traduit notamment sous la forme d'une prime unique pour tous, dont le but est d'établir la solidarité entre les bons et les mauvais risques. Cependant, de nombreuses clauses de la LAMal ont un effet contre-productif, et détournent de trop nombreuses personnes âgées des modèles d'assurance jugés plus économes. Le modèle Managed-Care, par exemple, n'est pratiquement pas utilisé par les personnes âgées. Le rabais de prime (maximum 20%) ne suffit manifestement pas à rendre ces offres attrayantes, alors que c'est précisément chez les personnes âgées, qui dépensent le plus pour leur santé, que le potentiel d'économies serait le plus élevé.

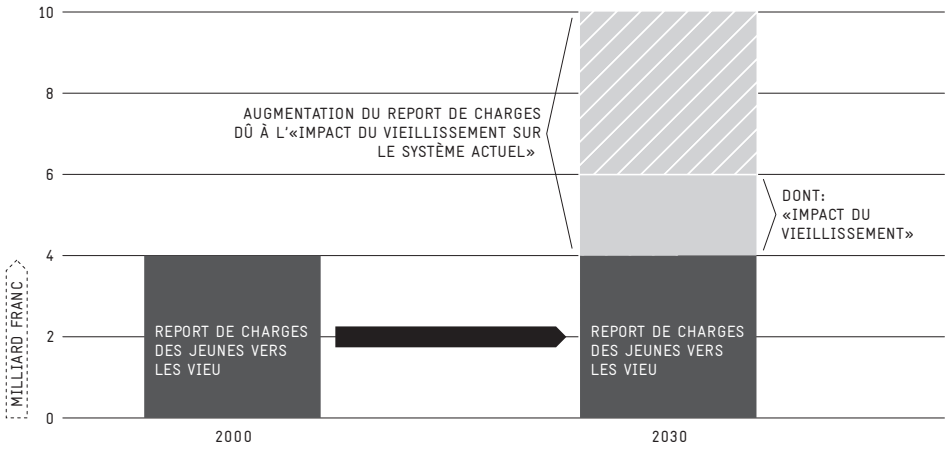
Conséquence fâcheuse: les jeunes générations seront (encore) davantage ponctionnées

Ensemble, le (modeste) *impact du vieillissement* et surtout l'*impact du vieillissement sur le système actuel* vont poser, à terme, des problèmes socio-politiques de financement dont, pour l'heure, la politique ne s'est que très peu préoccupée. Toutes les dépenses supplémentaires de santé liées au vieillissement sont en effet, par définition, à mettre au compte des personnes du troisième et du quatrième âge. A l'avenir, cette clientèle consommera une part encore plus importante du total des prestations de santé offertes en Suisse. Comme les primes d'assurance-maladie sont calculées «par tête», c'est-à-dire qu'elles sont identiques pour tous les citoyens indépendamment de leur état de santé, les coûts supplémentaires liés au vieillissement devront être assumés par les jeunes générations. Actuellement, le système de santé – pour ne rien dire des institutions de prévoyance – est déjà basé sur une répartition des charges entre les générations: la jeune paie environ quatre milliards pour la plus âgée. En raison du seul *impact du vieillissement,* ce report de charges atteindra six milliards en 2030. A l'avenir, ce sont deux milliards supplémentaires dont les jeunes se verront ainsi ponctionnés pour financer les prestations de santé consommées par la vieille génération. De plus, si le système actuel n'est pas corrigé, l'impact démographique s'accélérera encore, de sorte que la contribution demandée aux jeunes familles va prendre demain des dimensions abyssales: elle atteindra en 2030 plus de 10 milliards de francs par année (tableau 2). En trente ans, le transfert de charges de la jeune vers la vieille génération aura ainsi augmenté de 150%. Ce n'est pas tout: des contributions de solidarité seront également nécessaires pour assurer l'équilibre financier d'autres institutions sociales, en particulier l'AVS mais également le deuxième pilier – une assurance qui dépend aussi de choix politiques. Cette accumulation de charges mettra à rude épreuve la solidarité intergénérationnelle.

Contributions en fonction du revenu plutôt que primes par tête: une solution pire encore

En Suisse, l'assurance-maladie est régie par le principe des primes par tête. Ni le risque de tomber malade, ni le niveau des revenus n'entrent en ligne de compte. Comme les dépenses de santé augmentent en général avec l'âge, cela conduit à d'importants transferts de charges, des jeunes vers les vieilles générations. Aujourd'hui déjà, les sommes redistribuées au détriment des jeunes sont importantes. Avec le vieillissement démographique, le phénomène va encore s'amplifier; demain, les jeunes familles seront encore plus lourdement ponctionnées qu'aujourd'hui.
Le fait de changer le système en faveur d'une prime basée sur les revenus, comme le demandait l'«initiative-santé» de 2003, ne résoudrait en rien le problème. Au contraire, elle le rendrait plus aigu. En effet, en moyenne, les revenus des retraités sont un peu moins élevés que ceux des actifs, de telle sorte que ceux qui paieraient les contributions les plus basses seraient aussi ceux qui occasionnent les coûts par personne les plus élevés. La redistribution des jeunes vers les vieilles générations s'en trouverait renforcée, ce qui, politiquement, n'est ni nécessaire ni souhaitable, étant donné la situation favorable des personnes âgées sous l'angle de la fortune et du patrimoine.

Tableau 2 Répartition «solidaire» des coûts de la santé entre personnes jeunes (> 60 ans) et âgées (< 60 ans) en 2000 et 2030



En l'an 2000, les assurances-maladies ont généré un report de charges de 4 milliards des jeunes (> 60 ans) vers les vieilles générations (< 60 ans). Si les tendances actuelles se maintiennent, ce report de charges atteindra plus de dix milliards en 2030. Sur ce montant, seuls deux milliards sont directement liés au vieillissement de la population (espérance de vie en augmentation, nombre plus élevé de personnes âgées par rapport à la population totale). Les quatre autres milliards sont liés à la façon dont les gens, dans une société vieillissante, modifient leur comportement en fonction du cadre juridique et des incitations voulues par la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Source: Steinmann et Telser

Conclusion: les défauts d'un système sont réformables

Les conséquences du vieillissement démographique ne vont pas tarder à se faire sentir. Il convient d'insister sur l'urgence réelle à aborder frontalement les problèmes et à engager des réformes. L'effet de la démographie sur le système doit être corrigé. Sans réformes dans ce sens, le système de santé suisse va se trouver confronté à des défis financiers toujours plus importants, en particulier pour les jeunes générations et les familles. On oublie – ou l'on refoule – trop souvent un fait bien réel: le vieillissement de la population aura aussi pour conséquence la modification des rapports de forces politiques en faveur des personnes âgées – c'est-à-dire ce groupe toujours plus grand de personnes profitant toujours plus des prestations de santé. A titre individuel, aucune des personnes appartenant à ce groupe n'a un quelconque intérêt rationnel à une réforme du système. Or, les plus de 55 ans formeront, dans quelques années, la majo-

rité politique. Une majorité qui leur confère théoriquement un droit de veto, dont ils pourraient se servir afin de bloquer toute réforme du système de santé en général et des soins médico-sociaux en particulier. Ils pourraient notamment s'opposer à des mesures visant à corriger le système actuel, pourtant particulièrement vulnérable au vieillissement de la population. En Suisse, en raison des particularités du système politique, notamment les instruments de démocratie semi-directe que sont l'initiative et le référendum, l'influence des seniors sur les affaires publiques pourrait se révéler plus importante encore que dans d'autres démocraties occidentales. Raison pour laquelle il n'est pas seulement nécessaire d'engager des réformes; il faut aussi le faire rapidement. Ce ne sont pas les pistes qui manquent:

Primes échelonnées selon l'âge — Les modèles les plus faciles à réaliser seraient ceux où les personnes âgées participent davantage aux coûts qu'elles engendrent. Les primes de l'assurance-maladie ou les contributions individuelles aux coûts (franchise, participation aux frais) pourraient être liés à l'âge des assurés. Le système de subsides en faveur des moins bien lotis resterait en vigueur. De cette manière, on pourrait continuer à garantir que ces charges supplémentaires ne viendraient pas grever le budget des ménages âgés les plus démunis.

Rabais de primes — S'il existe un impact du vieillissement sur le système actuel, c'est principalement parce que la LAMal incite massivement les acteurs de la santé à offrir ou à demander un nombre trop élevé de prestations trop onéreuses. Les solutions sont connues depuis longtemps (système de bonus, Managed-Care) et en partie déjà appliquées. Mais ce sont presque exclusivement des assurés en bonne santé (des jeunes) qui les utilisent. Ces solutions ne commenceront à fournir une réponse à l'explosion des coûts de la santé que lorsqu'elles deviendront attrayantes aussi pour les personnes à risques (en particulier les personnes âgées). Le cadre juridique actuel de la LAMal est trop rigide pour permettre d'offrir aux personnes âgées des rabais les incitant à participer à des modèles peu dispendieux d'assurance-maladie. Il faudrait par exemple pouvoir proposer aux personnes âgées des rabais de prime lorsqu'elles acceptent de participer à un modèle Managed-Care.

«*Medical Savings Accounts*» — En transformant le système actuel, basé sur le principe de la répartition, en un système basé sur le principe de la capitalisation (Medical Savings Accounts), on réglerait aussi bien la question du report de charges que celle de l'augmentation des coûts. Les dépenses seraient mieux maîtrisées puisqu'elles ne pourraient plus être reportées sur la collectivité. Un tel changement de système occasionnerait cependant des coûts transitoires. C'est la jeune génération qui aurait à les assumer et qui se trouverait de ce fait lourdement ponctionnée – alors qu'on cherche précisément à la décharger.

Catalogue de prestations en fonction de l'âge — Une autre solution consisterait à établir un catalogue de prestations en fonction de l'âge des assurés. Certaines prestations pour les personnes très âgées ne seraient plus remboursées par l'assurance-maladie, mais devraient être assumées directement par les personnes concernées. De fait, cela reviendrait à introduire une rationalisation des soins en fonction de l'âge. Aujourd'hui, une telle mesure ne semble pouvoir être envisagée qu'en tout dernier recours (ultima ratio). Il serait cependant faux de se voiler la face: si les réformes nécessaires ne sont pas réalisées, le système actuel nous mènera tout droit à une telle rationalisation.

Réformer le système est une chose, empêcher qu'il ne se péjore en est une autre. Une menace en particulier plane sur notre système de santé: la tentative visant à sortir les soins médico-sociaux de longue durée de la responsabilité individuelle pour mettre sur pied une solution institutionnalisée et obligatoire. L'*impact du vieillissement sur notre système* s'en trouverait à l'avenir encore augmenté. Si l'on veut au contraire endiguer ce phénomène négatif, il y a urgence à concrétiser d'autres propositions discutées depuis longtemps, telles que la suppression de l'obligation de contracter (pour les hôpitaux aussi), l'introduction du financement moniste des hôpitaux ou encore la suppression du principe de territorialité.

En conclusion, ce qu'on appelle «l'explosion des coûts» n'est pas une fatalité. Les coûts de la santé peuvent être maîtrisés. Une société vieillissante ne représente pas un obstacle insurmontable. Tant mieux si l'espérance de vie et le nombre de personnes âgées augmentent. Cette évolution est une réussite de notre société, pas un problème pour le financement du système de santé. Le système actuel, cependant, incite trop souvent les acteurs à un comportement trop dispendieux. Si rien n'est entrepris, les coûts de la santé vont augmenter à l'avenir de manière encore plus soutenue. Ceux qui assument la plus grande partie de ces dépenses galopantes sont les jeunes. Ce report de charges sur la jeune génération n'est ni planifié ni judicieux. Il ne fait sens ni d'un point de vue économique ni du point de vue de la cohésion sociale. Comme les mêmes problèmes de financement et de répartition des charges se posent aussi en matière de prévoyance (AVS, deuxième pilier), on ne peut qu'anticiper des tensions à venir entre les jeunes et les vieilles générations. La solidarité intergénérationnelle va être soumise à très rude épreuve. Raison pour laquelle le système de santé actuel peut et doit être rapidement corrigé. La Suisse a besoin de réformateurs courageux capables de réformes ambitieuses.

Pour des informations:
Lukas Steinmann, Avenir Suisse, email: lukas.steinmann@avenir-suisse.ch, téléphone: 044 445 90 15