Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1980)
Heft: 573

Artikel: Marché et libertés. Partie II, Santé : des subventions pour changer de cap

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1022664

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

MARCHÉ ET LIBERTÉS. — II

Santé: des subventions pour changer de cap

Dépenses des caisses-maladies en 1978: environ 3,5 milliards de francs pour l'assurance de base des frais médico-pharmaceutiques. Cette même année 1978, 870 millions de subventions fédérales à l'assurance-maladie, allouées, en principe, pour abaisser les cotisations. Autant de subventions indirectes; fixions-nous dans le dernier numéro de DP (n° 572): primes à l'hospitalo-centrisme, primes à l'industrie pharmaceutique, par exemple. Nous poursuivons aujourd'hui sur notre lancée (Réd.).

Pourquoi ne pas subventionner, d'une manière ou d'une autre, l'assurance-maladie, direz-vous peut-être... Quand on sait combien le poste «santé» pèse sur les budgets, et en particulier bien sûr sur les budgets des «économiquement faibles», c'est une intervention de la collectivité qui se justifie en effet. Dans ce sens-là, la coupe de 5% pratiquée sur ce poste était un coup porté à la politique sociale. Il reste que ce constat élémentaire ne doit pas masquer d'autres enjeux, tout aussi importants si ce n'est davantage, et que nous voulons esquisser ici.

En fait, se rendre compte que les subventions à l'assurance-maladie sont des soutiens indirects à l'industrie pharmaceutique, bien placée par ailleurs pour profiter de la liberté du commerce et de l'industrie (élevée à l'état de dogme intouchable), et au développement du secteur hospitalier, fortement contesté aujourd'hui, et en tout cas considéré par beaucoup comme un obstacle à l'essor des soins à domicile par exemple (DP 558 du 11.9.80), admettre ce constat-là, c'est obligatoirement faire un pas de plus. Ce pas, le voici, en bref: lorsque l'Etat verse, frais d'administration inclus dans le décompte, 330 millions pour agir sur les honoraires des médecins, 170 millions pour les médicaments délivrés par les pharmacies sur ordonnance et 310 millions au secteur hospitalier, il doit s'intéresser de près à leur utilisation.

Si la collectivité se borne à son rôle de «maman-gâteau», il est certain que les subventions perdent leur sens et fonctionnent plutôt comme des soutiens aux structures en place. Dans un secteur comme celui de la santé, affligé comme on sait d'une explosion des coûts insupportable à moyen et long terme, cette caution est inadmissible. Non seulement les subventions entretiennent le commerce et l'industrie, mais elles permettent la propagation des maladies du système de santé: par les subventions, participation, à travers les caisses-maladie, à l'enrichissement sans justes motifs de quelques pourcents de professionnels abusifs de la médecine; par les subventions, encouragement aux investissements disproportionnés en équipements médicaux privés; par les subventions, stimulation, par le jeu de tarifications bancales, à la multiplication des actes médico-techniques; par les subventions, entretien de profits divers et du gaspillage... Stupide spirale, auto-alimentation des coûts avec effets durables à très long terme. Et ce mécanisme est bien sûr relancé avec l'apport massif des cantons pour la couverture des déficits hospitaliers.

ÉLEVER DES DIGUES

Le principe des subventions n'étant pas remis en cause, pour ses effets sociaux, il s'agit de parer, autant que faire se peut, à leurs effets pervers. A ce stade, quatre propositions précises. Inutile de rêver: le soutien indirect à l'industrie pharmaceutique ne peut pas être éliminé, ce serait changer de système; mais il s'agit d'élever au moins quelques digues et de

— fixer des «plafonds» de revenus au-delà desquels les honoraires ne sont plus versés par l'assurance-maladie «sociale» (un demi-million brut par an, par exemple?) — aujourd'hui, nombreux sont ceux qui franchissent cette barre...

— abaisser le remboursement par les caisses des médicaments payés en pharmacie au prix de détail (plus de 700 millions pour les seules prestations de base);

— imposer aux hôpitaux, respectivement aux cantons qui subventionnent largement ce secteur, des règles économique et de coordination, tendre à éliminer entre autres les doubles emplois, la surenchère, encourager la planification budgétaire;

— obliger enfin les caisses-maladie, ainsi que les autres assurances sociales intervenant en cas de maladie et d'accidents, à fournir les éléments statistiques indispensables à la transparence des coûts, préalable d'une gestion économe du système de santé.

Dans cette perspective, on voit bien que sabrer dans les subventions et présenter cette mesure comme une «compression des dépenses» ne peut être qu'un leurre. Dans les conditions actuelles d'allocation des subventions, la coupe sombre ne peut être que le prétexte à un transfert des charges et déboucher finalement sur une distorsion encore plus grave de la notion de subventionnement.
En fait une diminution des subventions, dans quelque domaine que ce soit, a un sens si elle est accompagnée de mesures réductrices des inégalités, si elle est assortie de mesures d'économie réelle (il faut ajouter le terme «réel», tant ce mot est détourné de sa signification). Mais il est plus facile, évidemment, sur le front de l'assurance-maladie, de pénaliser les personnes les plus défavorisées — les vieux notamment, qui ont souvent de lourdes cotisations à payer —, les familles — objet de tant de discours et de si peu d'attention —, ou de reporter le problème sur les cantons ou d'autres instances.
Voilà qui trace les limites d'une autre utilisation des subventions. Dans le secteur de la santé, plus

de deux cinquièmes des dépenses sont financées, directement ou indirectement, par les pouvoirs publics. Ces derniers ont donc les moyens, s'ils le décident ainsi, de promouvoir une mutation des services en cause, moins coûteux, plus efficaces. L'effort est à portée de main. Le pari principal: dans la transparence indispensable, favoriser une efficacité qui n'est pas celle d'un marché, mais celle d'un service. Un service qui n'est pas gratuit, bien sûr. Un service qui rend nécessaire une large brèche dans le principe de la liberté du commerce et de l'industrie (paradoxe: cette liberté-là, qui profite à une minorité, entrave la liberté de multiples consommateurs).

ANNEXE

Le système sur sa lancée

Le système de santé sur sa lancée... Voyez par exemple l'augmentation extraordinaire du nombre de médecins en activité que nous connaîtrons ces deux ou trois prochaines décennies (Pierre Gilliand résumait ses conclusions à ce chapitre pour le dernier annuaire de la Nouvelle Société Helvétique, un document de synthèse auquel on se référera du reste avec un grand profit pour comprendre les enjeux importants en matière de santé publique dans notre pays). En bref, sans nous attarder sur des chiffres qui commencent à être connus (voir tableau plus loin), il faut rappeler que la densité médicale va doubler en quinze ans, c'est-à-dire de 1975 à 1990, et vraisemblablement tripler d'aujourd'hui à l'an 2010. Et il ne s'agit pas de pronostics hasardeux: les jeux sont faits, quant au nombre des médecins, pour l'an 2000, numerus clausus ou pas pour les études de médecine.

Bien sûr, il ne s'agit pas ici de gémir, comme des enfants gâtés, sur l'abondance médicale qui nous est promise. Il s'agit de voir quelles peuvent être les conséquences de l'apparition de ces médecins sur le marché de la santé, les retombées de cette «pléthore» — car il faudra bien utiliser ce terme avec tout ce qu'il implique de notations négatives si les structures et les modes de dispensation des soins, les modalités de financement et de rémunération restent les mêmes.

Le diagnostic de Pierre Gilliand pour la NSH suffirait à démontrer que, sous l'angle de la démographie médicale (ce n'est qu'un paramètre parmi d'autres), il est exclu de laisser les subventions fédérales à l'assurance-maladie jouer leur rôle traditionnel de caution de l'organisation mise progressivement en place sous le signe de la liberté du commerce et de l'industrie. Nous le citons brièvement:

«(...) Un plus grand nombre de médecins aura des effets de structure! Par exemple un moindre recours à l'hôpital, et, vraisemblablement, des durées de séjour abrégées. Un transfert probable vers la médecine ambulatoire abaissera l'occupation des lits, déjà faible en raison de la surdotation hospitalière; apparaîtra en pleine lumière l'hospitalo-centrisme récent. Mais les hauts et grands murs de nos beaux et durables hôpitaux vont longtemps encore conditionner les pratiques. En tout cas, le développement certain de la médecine ambulatoire, s'il y a contrainte des coûts, devra s'accompagner, d'une part, d'une limitation proportionnelle du secteur hospitalier, qui est peu «élastique», et/ou de revenus médicaux individuels en diminution relative. Les risques certains de surmédicalisation, de multiplication des actes, même en faisant abstraction de leurs conséquences financières, peuvent déboucher sur une emprise médicale s'étendant à des domaines sociaux, et sur un activisme médico-chirurgical nuisible. La redistribution monétaire par le canal des assurances sociales — assurance-maladie notamment — pourrait être gravement déséquilibrée, conduire à des déficits, et ceux-ci aboutir à des contrôles tâtillons ou à des transferts inéquitables de charges sur les familles — pénalisées par le système de cotisations individuelles — et sur les malades — notamment les économiquement faibles parmi ceux qui sont âgés et souffrent d'affections chroniques.»

MÉDECINS PRATICIENS EN SUISSE, 1975-2010
HYPOTHÈSE: 1000 PREMIÈRES PROPÉDEUTIQUES RÉUSSIES CHAQUE ANNÉE

Années	1975	1980	1990	2000	2010
Diplômes	790	(715)	715	715	715
Assistants (CH)	4450	6200	5800	5500	5500
Libres praticiens	6250	7400	12200	15400	17600
Médecins en activité	11500	14800	20000	23500	26000
Densités					
Habitants par libre praticien	1030	850	520	420	370
Habitants par médecin en activité	560	430	320	280	250
Médecins en activité 100'000 habitants	180	235	310	360	400