

Les dépenses hospitalières et le "marché" de la santé publique en Suisse : 1950-1968, 1980

Autor(en): **Gilliand, Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **29 (1971)**

Heft 1

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-136763>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les dépenses hospitalières et le « marché » de la santé publique en Suisse. 1950-1968. 1980¹

Pierre Gilliland,
D' en sciences sociales, Lausanne

La santé est considérée à juste titre comme un droit. Mais reconnaître et vouloir satisfaire de façon équitable les droits à la santé ne signifie pas qu'il faille renoncer à en mesurer les incidences financières. La santé n'a certes pas de « prix », mais elle a un budget.

Aussi est-ce un devoir de poser dorénavant le problème des besoins de santé publique en termes de choix socio-économiques, d'adéquation et d'efficacité.

Le secteur de la santé publique, sous la pression d'une demande croissante, joue un rôle économique évident: emploi et formation professionnelle, exploitation des entreprises que sont les cabinets médicaux, les diverses assurances et surtout les hôpitaux, investissements dans la construction hospitalière, production des biens de consommation médicale (produits pharmaceutiques, équipements médicaux), etc.

Le coût de la santé n'a pas de limite objective. L'ampleur et l'élasticité des besoins, l'importance des moyens aptes à les satisfaire, entraînent des dépenses considérables. En définitive, la place de la santé publique sera délimitée par les disponibilités financières et par les options de la nation ou des cantons.

Quelques éléments dégagent l'évolution des dépenses hospitalières, la situation du « marché » de la santé et une perspective socio-économique.

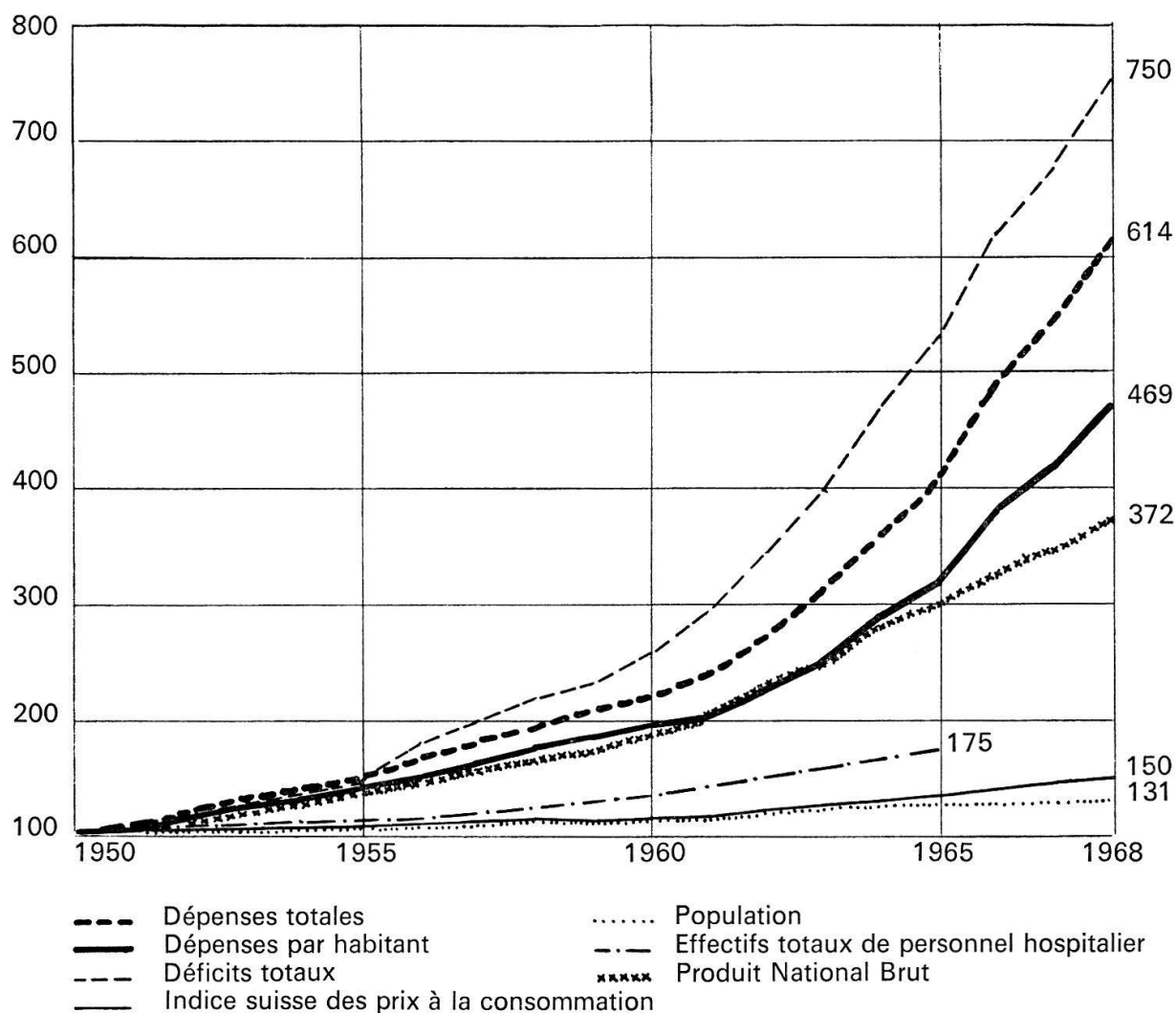
1. Dépenses d'exploitation des hôpitaux suisses et produit national brut, 1950-1968

Les dépenses d'exploitation hospitalière augmentent à un rythme souvent qualifié d'explosif.

Les dépenses de l'ensemble des hôpitaux suisses ont passé de 250 millions en 1950 à plus de 1500 millions en 1968, se multipliant 6,1 fois en l'espace de 18 ans. L'augmentation moyenne des dépenses hospitalières est voisine de 11 % l'an. Pour la même période, le produit national brut s'élevait de 20 à 74 milliards ($\times 3,7$).

¹ Les renseignements contenus dans cet article sont tirés de notre ouvrage: *Vieillesse démographique et planification hospitalière, étude fondée sur les données de la Suisse et du canton de Vaud*, publié par le Département de l'intérieur, Service de la santé publique, Lausanne 1969.

Evolution de quelques données hospitalières et économiques. Indices: 1950 = 100



Dépenses d'exploitation hospitalière, Produit national brut et taux d'élasticité — francs courants, millions, Suisse 1950-1968.

	1950	1955	1960	1965	1968
Dépenses d'hospitalisation	250	370	545	1.010	1.534
Indices dépenses: 1950 = 100	100	148	218	404	614
Produit national brut (PNB)	19.920	27.265	37.055	59.985	74.040
Indices PNB: 1950 = 100	100	137	186	301	372
Dép. hosp. / PNB, %	1,26	1,36	1,47	1,68	2,07
Taux d'élasticité: hosp./PNB.		1,26	1,29	1,30	2,04
Dépenses hosp. par hab. frs	53	74	102	170	250
Indices: 1950 = 100	100	140	192	321	472

Le rythme d'augmentation des dépenses hospitalières a tendance à s'accélérer: d'environ 8 % par an entre 1950 et 1960, l'accroissement annuel moyen est voisin de 15 % ces dernières années.

	En francs courants	En francs constants, de mai 1970
1950-1955	8,2 %	6,4 %
1955-1960	8,1 %	6,8 %
1960-1965	13,1 %	9,6 %
1965-1968	14,9 %	11,0 %

La réduction en francs constants marque plus encore cette tendance ¹ (l'index des prix à la consommation, utilisé ici, est loin d'être parfait; mais il permet une utile mise en évidence d'un phénomène d'accélération réelle).

La proportion des dépenses d'exploitation hospitalière au PNB, de 1¼ % en 1950, augmentait régulièrement pour atteindre plus de 2 % en 1968. Le montant moyen consacré par habitant s'élevait de 53 à 250 francs environ.

Tandis que l'on constate une accélération du rythme des dépenses hospitalières, la cote de croissance du PNB fléchit. Le taux d'élasticité, d'environ 1,3, remarquablement stable entre 1950 et 1965, est supérieur à 2 de 1965 à 1968.

Par ailleurs, les dépenses d'exploitation des hôpitaux croissent plus rapidement que leurs ressources ordinaires. La différence entre les dépenses et les recettes, comblée en grande partie par les pouvoirs publics, a passé de 80 millions (32 %) à 610 millions (40 %), soit 7,6 fois plus en l'espace de 18 ans.

2. Composition du coût moyen d'une journée d'exploitation hospitalière

L'accroissement des dépenses hospitalières et leur composition par poste sont les signes d'une technicité croissante.

Le coût d'exploitation par journée de malade ou d'hospitalisation, critère utilisé par tous les hôpitaux, est une base comptable pratique (mais discutable pour des comparaisons d'ordre économique). Il s'est élevé d'environ 14 francs en 1950 à 70 francs en 1968 (65 francs selon ajustement).

L'augmentation réelle du coût par journée est provoquée par divers facteurs:

- densité croissante du personnel hospitalier;
- diminution proportionnelle et même absolue du personnel religieux, avec une répercussion directe sur les dépenses classées sous la rubrique personnel soignant;
- diminution des horaires de travail;
- augmentations salariales et revalorisation des salaires féminins (professions féminines nombreuses dans les milieux hospitaliers);

¹ En valeur monétaire de 1970, les dépenses hospitalières ont passé de 395 millions en 1950 à 1616 millions en 1968, se multipliant 4,1 fois.

- diminution de la durée moyenne de séjour (étalement des prestations coûteuses et des frais fixes sur un nombre restreint de journées d'hospitalisation par cas);
- progrès de la médecine et technicité croissante des soins, etc.

C'est de loin le poste « personnel » qui, s'élevant de 6 à 45 francs, a le plus contribué à l'élévation du coût moyen de la journée d'hospitalisation: 39 francs pour une augmentation totale de 57 francs de 1950 à 1968. Sa proportion dans le coût total passe de 44 % à 64 %.

Les dépenses sous la rubrique « alimentation » ont peu augmenté (pratiquement pas en valeur réelle); leur proportion s'amenuise fortement: de 22 % en 1950, elle est inférieure à 8 % en 1968.

Coût moyen par journée de malade, ensemble des hôpitaux suisses de 1950 à 1968 (d'après Veska).

		1950	1955	1960	1965	1968	1968 aj. ¹
Personnel, %		44,3	50,6	56,5	61,5	63,7	
Alimentation, %		21,8	17,9	13,4	9,8	7,7	
Frais médicaux, %		7,3	8,6	9,5	9,0	9,1	
Autres, %		26,6	22,9	20,6	19,7	19,5	
Total francs courants		13,6	18,9	26,9	45,5	(70,4)	65,4
Indices: 1950 = 100		100	139	198	335	(518)	480
Francs constants, index mai 1970		21,5	27,5	36,9	53,3	(74,2)	68,9
Déficit: francs courants		4,4	6,2	10,3	19,4	(28,1)	26,1
Déficit: %		32,2	33,0	38,3	42,6	40,0	

¹ La base de calcul a été modifiée dès 1966. Pour l'année 1968, la répartition proportionnelle est comparable, mais pas les coûts. Un ajustement (aj) approximatif est signalé.

3. Dépenses brutes des pouvoirs publics pour la santé

Les contributions brutes des pouvoirs publics à la santé, sous les rubriques « hygiène » et « constructions hospitalières », se sont considérablement accrues.

*Dépenses brutes des pouvoirs publics, Confédération, Cantons et Communes, pour l'hygiène publique, 1952-1960-1966.*¹

	Millions de francs			Indices: 1952 = 100			% du budget total			Augmentation annuelle moyenne		
	1952	1960	1966	1952	1960	1966	1952	1960	1966	1952/1960	1960/1966	1952/1966
Cantons ² m.	258,8	422,9	923,5	100	163	357	16,0	15,6	16,4	6,3	13,9	9,5
Communes m.	76,6	147,9	370,5	100	193	484	5,5	7,2	8,1	8,6	16,5	11,9
Ens. pouv. publ. m. (sous déduction comptes à double)	351,9	613,4	1417,9	100	174	403	7,6	9,5	10,1	7,2	15,0	10,5
Par habitant, fr.	73,1	114,4	236,4	100	156	323				5,8	12,8	8,7

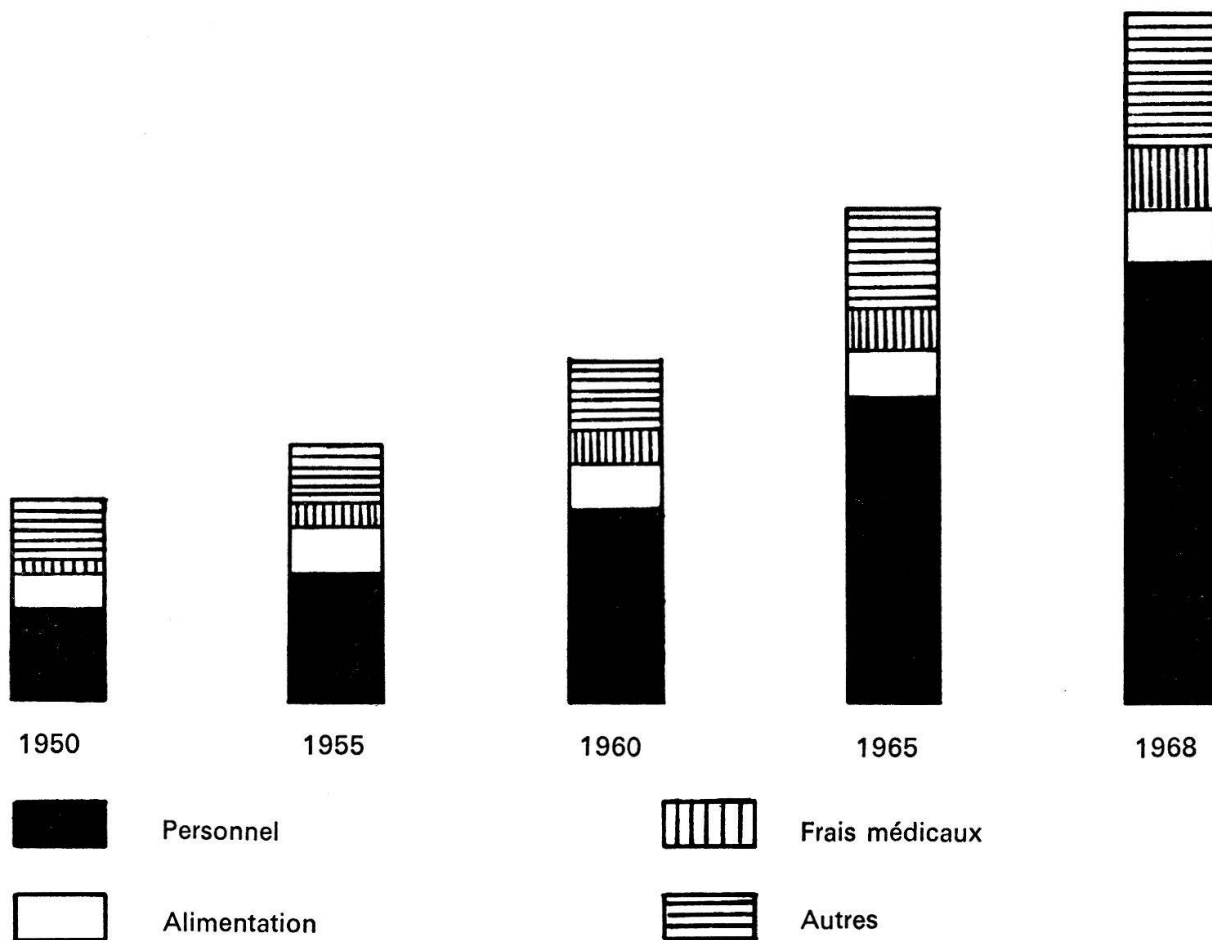
¹ Derniers chiffres publiés: 1967; mais un changement de classification ne permet pas une comparaison adéquate. En tout cas, la tendance est semblable.

² Les cantons enregistrent des recettes d'hygiène publique. Ce sont essentiellement les paiements des malades ou de leur assurance pour l'hospitalisation. Dans les grandes lignes, leurs dépenses nettes sont les 2/3 de leurs dépenses brutes.

Les dépenses d'hygiène publique et de constructions hospitalières de l'ensemble des pouvoirs publics, de 350 millions en 1952 et de 1420 millions en 1966, croissent à un rythme qui s'accélère: 7 % l'an environ de 1952 à 1960, 15 % l'an de 1960 à 1966.

Dans le budget global des pouvoirs publics, après déduction des sommes comptées à double, la part de la santé s'élève de 7½ % à 10 % en 1966; elle a augmenté depuis.

Coûts moyens de la journée d'hospitalisation et répartition par poste, Suisse 1950-1968, francs constants.



4. Le marché de la santé en 1965 et la participation directe et indirecte des pouvoirs publics

Le marché de la santé comprend trois grands secteurs:

- ambulatoire (corps des libres praticiens),
- pharmaceutique,
- hospitalier, subdivisé en exploitation et construction.

Un ouvrage sur la sécurité médico-sociale ¹ permet de connaître, avec une approximation satisfaisante pour 1965, la répartition des dépenses dans les 3 secteurs. Les auteurs estiment à 620 millions la contribution au marché de la pratique médicale et à 415 millions, hypothèse minimale, celle des produits pharmaceutiques (non compris les produits consommés dans les hôpitaux). Nos évaluations établies pour l'exploitation hospitalière sont voisines : 1024 et 1010 millions. La construction d'hôpitaux a requis environ 240 millions.

Il s'agit de toute façon d'ordres de grandeur. Les dépenses exactes sont certainement supérieures. Globalement, un montant minimum de 2,3 milliards a été affecté à la santé en 1965. (En francs de 1970, 2,7 milliards; cf. p. 45.)

En se basant sur ces chiffres, la répartition est de :

- 27 % pour les libres praticiens,
 - 18 % pour les produits pharmaceutiques de consommation non hospitalière,
 - 44,5 % pour l'exploitation des hôpitaux et
 - 10,5 % pour les investissements à la construction,
- soit 55 % pour l'ensemble du secteur hospitalier.

En 1965, la participation directe des pouvoirs publics au marché de la santé est de 675 millions, soit 29 %. Elle intéresse uniquement le secteur hospitalier, dont elle couvre 53 % des dépenses.

La contribution des caisses d'assurance est de 26 %, celle des organismes assureurs de la Confédération de 5 %. Les autres garants (services d'assistance privée ou publique, assurances-maladie et accidents privées, personnes non assurées et débiteurs directs) couvrent 39 % de l'ensemble des dépenses.

Cependant, les pouvoirs publics participent indirectement aux dépenses par les contributions des services d'assistance et les subventions aux caisses maladie. Aussi, on peut estimer qu'en 1965 ils ont pris en charge, directement ou indirectement, environ 40 % des dépenses de santé. Leur participation est très forte et beaucoup plus élevée qu'on ne l'imagine généralement.

Les dépenses de santé représentent environ 3,8 % du produit national brut en 1965, estimation minimale. L'évolution du secteur hospitalier, qui occupe une place prépondérante sur le marché de la santé, montre que cette part s'accroît fortement dans le temps.

5. Disparités médico-hospitalières des cantons et analyse causale

En ligne générale, plus un canton est riche, et plus les dépenses totales des pouvoirs publics par habitant sont élevées. La tendance est extrêmement nette pour l'hygiène publique : plus un canton est riche et plus sont élevées les sommes et la part de son budget qu'il y affecte par habitant. Les corrélations pour l'année 1965 le montrent avec évidence :





¹ Sécurité médico-sociale, P. Gygi — P. Tschopp, H. Huber Verlag, Berne 1968.

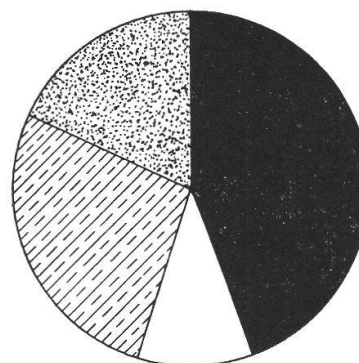
Corrélations entre l'indice de capacité financière et, par habitant:

— dépenses brutes totales des cantons et des communes:	0,47
— dépenses brutes d'hygiène publique des cantons et communes:	0,88
— dépenses nettes d'hygiène publique des cantons:	0,91



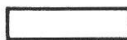

Marché de la santé et contributions des divers partenaires, Suisse 1965.

MARCHE DE LA SANTE

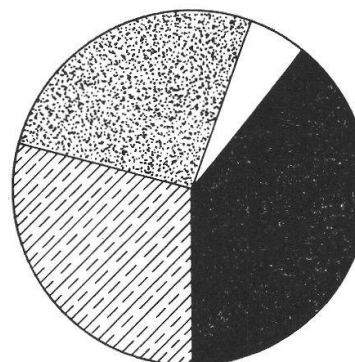
	TRAITEMENT AMBULATOIRE	27,0%
	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	18,0%
	HOSPITALISATION EXPLOITATION	44,5%
	HOSPITALISATION CONSTRUCTION	10,5%



CONTRIBUTION AU MARCHE DE LA SANTE

	POUVOIRS PUBLICS	29,3%
	CAISSES MALADIE	26,3%
	C.N.A. - A.I. - A.M.	5,2%
	AUTRES GARANTS	39,2%

CONTRIBUTION DIRECTE ET INDIRECTE
DES POUVOIRS PUBLICS, environ 40%



En outre, plus est élevée la capacité financière d'un canton, et plus celui-ci possède de lits, de médecins, de personnel infirmier, etc.

En 1965, 6 cantons seulement affectaient avec la contribution des communes, des sommes brutes supérieures à la moyenne de 155 francs par habitant, (4 sont des cantons possédant un hôpital universitaire).

Les disparités cantonales ne s'atténuent pas dans le temps: de 1952 à 1965, la dispersion autour de la moyenne reste voisine de 38-40 %; mais l'écart absolu à la moyenne se creuse entre cantons déjà bien et mal pourvus: en francs de 1965, l'écart passe, respectivement, de 29 à 59 francs.

L'interprétation d'un modèle cohérent d'analyse permet de dégager le processus de développement médico-hospitalier et de classer les cantons, selon leur niveau.

La demande hospitalière est un comportement latent. La morbidité n'engendre pas obligatoirement une demande de soins. L'accès à la consommation médicale suppose une volonté ou un désir de se soigner, la connaissance des possibilités thérapeutiques, la faculté financière de recourir au médecin ou à l'hôpital; il dépend du comportement psycho-social de la population ou de certains groupes de population.

La richesse des cantons, et indirectement les dépenses que ceux-ci consacrent à l'hygiène publique, n'est pas seulement un signe de leur puissance économique; elle recouvre une conception sociale et culturelle dynamique, liée à l'urbanisation et au degré de développement des secteurs secondaire et tertiaire. Elle se traduit par des équipements et du personnel hospitalier denses. Ce sont en quelque sorte des mesures d'une civilisation dans laquelle la demande potentielle de santé a été éveillée, suscitée, puis où elle tend à s'auto-alimenter. Par extension, il y a lieu de penser que plus l'offre sera élevée, plus la demande de la population va croître et les coûts augmenter. Aussi, le premier facteur d'une analyse factorielle, de loin le plus important, est-il appelé « socio-culturel ».

Le deuxième facteur, qui traduit un état objectif, est la progressivité des besoins en fonction du vieillissement démographique (aspect fondamental pour la prévision).

La propension à l'hospitalisation augmente avec la densité d'assurance; d'autres facteurs jouent un rôle non négligeable.

Dans les grandes lignes, le classement, d'après le modèle, voit en tête les cantons qui disposent d'un hôpital universitaire, riches, urbains, à activité tertiaire dominante. En fin de classement, on trouve les cantons économiquement faibles, où le secteur agricole est resté important.

Les différences très nettes du niveau médico-hospitalier des cantons montrent que, en fait, les possibilités de la population, et en conséquence ses droits à bénéficier des services de santé, restent fonction de facteurs sociaux.

6. Les dépenses de santé prévisibles vers 1980

Une prévision des dépenses hospitalières et sanitaires et l'évaluation de leur part au produit national brut constituent, au-delà de l'extrapolation de tendances, une recherche de l'importance que peuvent ou doivent atteindre les services de santé. Les options sont à prendre en fonction des conséquences financières et des possibilités de les assumer.

L'accroissement des coûts d'exploitation ces prochaines années sera fonction directe des efforts pour moderniser l'équipement hospitalier, adapter l'effectif du personnel afin de répondre aux nombreux besoins médico-techniques, améliorer la gestion.

Le revenu par habitant va continuer d'augmenter, ce qui se traduira par une demande croissante de biens et des exigences nouvelles dans le secteur des services, au premier chef

ceux qui concernent la santé. De plus, le vieillissement de la population ¹ et l'augmentation des taux de morbidité qui en découle, ainsi que l'extension des mesures de protection sociale, vont contribuer à grossir la consommation médicale. Enfin, de nouveaux gains sur les taux de morbidité et de mortalité, rendus possibles par les progrès de la médecine, sont extrêmement onéreux.

Pour une véritable prévision, il faudrait évaluer et pondérer les éléments qui influenceront l'évolution des coûts. Ce procédé requiert de longues recherches, par ailleurs aléatoires en l'absence d'une programmation économique générale. Les résultats des perspectives ci-après se fondent sur plusieurs approches successives, en partant du secteur hospitalier.

Elles supputent un tassement du rythme d'augmentation (l'extrapolation du rythme des dernières années conduirait à des montants exorbitants, difficilement supportables économiquement).

Dépenses de santé, totales et par habitant : Suisse en 1965, estimations pour 1968 et 1980, en francs 1970 et en valeur nominale.

	Dépenses totales (milliards)			Francs par habitant	
	1965	1968	1980	1965	1980
Hospitalisation	1,5	2,0	4,7	254	690
Ambul.-pharm.	1,2	1,7	3,8	207	560
Total, francs 1970	2,7	3,7	8,5	461	1250
Total, francs nominaux	2,3	3,4	12,5 ^a	387	1840
% du PNB ^b	3,8 %	4,5 %	6-7 %		

^a Indices des prix à la consommation: hypothèse de 4 % d'augmentation annuelle moyenne.

^b La commission Jöhr (évaluation des recettes et des dépenses de la Confédération, 1966-1974, Berne 1966) a prévu que le PNB s'accroîtrait, en moyenne annuelle de 3,5 %, à prix constants. Or, l'indice des prix du PNB augmente de 1 % quand l'indice des prix à la consommation reste constant, ce qui est le cas pour nos estimations. Le taux de la commission Jöhr est alors, comparativement, d'environ 4,5 %.

Le financement est la clé de voûte du développement médico-hospitalier. Les dépenses totales d'hospitalisation (exploitation et constructions), de 1,5 milliard en 1965, atteindront vers 1980 près de 5 milliards (valeur 1970), soit le triple en l'espace de 15 ans. En valeur nominale, les montants seront d'environ 7 milliards.

En admettant que l'hospitalisation représentera encore 55 % des dépenses de santé, celles-ci monteront à 8,5 milliards de francs 1970, ou 12,5 milliards en valeur nominale. La part des dépenses de santé au PNB s'élèverait à 6-7 % vers 1980.

Ces hypothèses peuvent être considérées comme plausibles, mais plutôt faibles, car les « accélérateurs » des dépenses de santé paraissent plus nombreux que les « freins ».

Le rythme des dépenses de santé sera vraisemblablement double de celui du produit national brut. La charge totale moyenne par habitant pour la santé sera très élevée: environ 1250 francs valeur 1970, ou 1840 francs de 1980.

¹ Le vieillissement démographique est générateur de besoins croissants de santé, exprimés en établissements hospitaliers, en équipements sociaux, en médecins, en personnel soignant, en moyens financiers. Le changement structurel des besoins qu'entraîne le vieillissement amène à revoir profondément les modes de dispensation des soins qui, grâce à l'extension des mesures préventives et sociales, des soins à domicile, devront limiter l'institutionnalisation. Le vieillissement nécessite une restructuration du réseau hospitalier.

Les contributions directes et indirectes des pouvoirs publics s'accroîtront. Si leur participation restait de 40 % des dépenses totales de santé, les dépenses moyennes à charge du consommateur ou de sa caisse maladie s'élèveraient à près de 750 francs de 1970 ou environ 1100 francs de 1980.

Ces perspectives, qui ne se veulent nullement alarmistes, sont cependant lourdes de questions concernant une politique générale de la santé publique.

7. Gestion des services de santé

La direction et la gestion sont fondamentales dans l'hôpital et les services de santé. Les méthodes d'organisation n'ont pas encore requis l'attention nécessaire de tous les milieux concernés.

L'hôpital a rapidement passé du rôle passif de dispensateur de soins charitables à celui de « producteur », voire de « promoteur » de santé. Or ses structures administratives n'ont généralement pas évolué au rythme des progrès médicaux et techniques, ni à l'allure explosive des coûts. Pourtant, la « gestion des ensembles hospitaliers est sans doute l'une des plus difficiles qui soit, en raison de la nature du service rendu, de la haute qualification du personnel médical, des contraintes financières et des exigences générale de la santé publique »¹.

Le domaine de la santé publique se soustrait pour une large part aux mobiles du profit, aux lois de la concurrence. L'hôpital « se trouve à cheval sur le capitalisme et le socialisme, mais être à cheval ne signifie pas garder son équilibre, et de fait, les finances hospitalières souffrent de cette incertitude »².

La gestion d'organismes sociaux et humanitaires conduite avec des moyens d'économie d'entreprise est encore considérée comme un paradoxe. La conversion n'est d'ailleurs pas aisée; cependant, elle est déjà amorcée dans les cantons qui ont élaboré une planification hospitalière. Efficacité et solidarité ne sont pas antinomiques.

Les dépenses vont augmenter de façon inéluctable; il s'agira de lutter contre toute forme de gaspillage. Une organisation interne judicieuse des services administratifs et médicaux est source de rationalisation et d'économies substantielles.

L'informatique est appelée à rendre d'éminents services. La complexité des problèmes de gestion amène à adopter des normes fonctionnelles d'application, à unifier le système de paiement, à comparer systématiquement les dépenses (plan comptable, statistiques normalisées), à obtenir une politique de rémunération du personnel et à hiérarchiser les hôpitaux (lutte contre la surenchère entre établissements et entre cantons).

Le resserrement des liens entre les pouvoirs publics et les hôpitaux suppose, pour le mieux-être de la population et des malades, que chaque établissement remplisse son rôle dans le cadre et en fonction des objectifs d'une planification.

L'importance croissante des dépenses de santé implique des ensembles plus vastes et une gestion scientifique et prévisionnelle. Une politique rationnelle et « économique » est devenue un impératif.

¹ P. GOETSCHIN, *Revue économique et sociale*, Lausanne, janvier 1965.

² R. F. BRIDGMAN, *ibidem*.

8. En guise de conclusion : pour une priorité du secteur de la santé publique

Les dépenses pour prévenir la maladie et pour assurer la guérison visent à préserver le bien-être individuel et collectif. Elles représentent des investissements productifs, car elles jouent un rôle économique; elles améliorent l'état de santé de la population et facilitent une réintégration professionnelle rapide des travailleurs. On peut parler d'autofinancement quand les services de santé publique permettent d'éviter des épidémies, de sauver des vies humaines et, plus généralement, de maintenir de bonnes conditions sanitaires.

Pour un pays industrialisé dans une situation sociale favorable, l'argumentation économique, souvent invoquée en faveur d'un accroissement des dépenses de santé, devient spécieuse: en effet, lorsque les besoins sanitaires fondamentaux sont satisfaits, quand les conditions de santé de la population sont bonnes et ont atteint un point de « non-retour », il n'y a plus un intérêt économique strict à étendre les prestations. D'abord, l'argumentation économique pourrait conduire à des interprétations limitatives et, en premier lieu, se retourner contre la population âgée, qui n'est plus productrice. Or, le nombre et la proportion des personnes âgées augmentent, et ce sont elles qui ont les plus grands besoins médicaux et infirmiers. (Popul. 65 ans et plus: 1 habitant sur 8; 1 lit d'hôpital sur 2!)

De plus, les progrès bienvenus de la médecine autorisent désormais des interventions dont le coût, même en admettant une certaine rationalisation à long terme, n'ont rien de commun avec l'intérêt qui pourrait en résulter pour la production nationale.

Ensuite, plus les moyens à disposition sont importants, plus ils engendrent la consommation médicale. La population prend conscience de ce que la santé est un bien prépondérant et réclame des prestations nouvelles et nombreuses, auxquelles elle ne songeait guère auparavant.

Enfin, les dépenses de santé croissent de façon irréversible; les mesures de prévention ne les contiendront pas; tout au plus, les freineront-elles. Les dépenses de santé ne s'auto-limitent pas, mais s'autoalimentent.

Certes, les investissements et les frais nécessaires à la satisfaction des besoins de santé augmentent à un rythme plus rapide que le revenu par habitant. Les charges pour les programmes de santé publique, même prioritaires, ne doivent pas grever le budget de la nation au point de déséquilibrer les investissements plus directement ou indirectement productifs. Le critère économique est donc important, car on ne peut amputer largement les ressources futures, même en faveur d'un service social et humain. Le coût de la santé, qui s'exprime le plus aisément en dépenses affectées par habitant, sera toujours fonction des possibilités financières.

Mais notre pays est l'un des plus avantagés sous le rapport de la prospérité économique. L'augmentation de la production et du bien-être, le changement structurel des besoins et le déplacement normal vers une consommation de services permettront de répondre à la progression des dépenses de santé. En outre, la redistribution sectorielle en faveur de la santé publique doit être accompagnée d'une redistribution territoriale, apte à combler les disparités actuelles entre les cantons. L'effort financier pour l'avenir, bien que considérable, peut être supporté, moyennant des mesures adéquates de gestion et de rationalisation, car des parts croissantes du produit national et des revenus sont susceptibles d'être affectées aux dépenses tertiaires de santé.