



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Comparaison 1999–2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse

Analyse des dépenses des
assureurs-maladie (AOS)
effectuée sur la base du pool
de données de santé suisse

Isabelle Sturny

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheits.ch.

L'Obsan confie à des experts externes ou à ses collaborateurs le soin d'élaborer les rapports spécialisés, qui constituent ses documents de travail. Ces rapports doivent servir de base de travail aux spécialistes du domaine de la santé. Les auteurs sont responsables de la rédaction et du contenu de leurs rapports.

Isabelle Sturny:
Comparaison 1999–2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse

Document de travail 10 de l'Obsan
Novembre 2004

Commandes:
obsan.expedition@gewa.ch
ou Obsan-Versand, c/o GEWA
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen
CHF 12.– plus frais d'expédition
ISBN Nr. 3-907872-15-0

© Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Editeurs des documents de travail de l'Obsan:
Paul Camenzind, Hélène Jaccard Ruedin, Katharina Meyer, Peter C. Meyer, Andrea Zumbrunn

Adresse de l'auteur:
Isabelle Sturny
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

Comparaison 1999–2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse

Analyse des dépenses des assureurs-maladie AOS
effectuée sur la base du pool de données de
santésuisse

Document de travail 10
Observatoire suisse de la santé

Sturny Isabelle

Novembre 2004

Neuchâtel

Table des matières

Résumé	4
1 Introduction	7
2 Aspects méthodologiques	9
2.1 Bref portrait du pool de données	9
2.2 Place de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le système de santé suisse	11
2.3 Définitions	12
2.4 Distinction entre prestations ambulatoires et prestations intra-muros	14
3 Résultats	15
3.1 Evolution observée de 1999 à 2003 dans les secteurs intra-muros et ambulatoire	15
3.1.1 Evolution par grandes catégories	15
3.1.2 Analyse détaillée de l'évolution des types de prestations intra-muros	18
3.1.3 Analyse détaillée de l'évolution des types de prestations ambulatoires	20
3.2 Coûts des prestations intra-muros et des prestations ambulatoires dans divers hôpitaux	25
3.3 Différences régionales	27
3.3.1 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 dans les secteurs intra-muros et ambulatoire	27
3.3.2 Corrélation entre la part de spécialistes et le niveau des coûts dans les grandes régions	32
3.4 Différences selon l'âge et le sexe	35
3.4.1 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 selon l'âge des personnes assurées	35
3.4.2 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 selon le sexe	38
4 Conclusion	42
5 Bibliographie	44
Annexe	45

Résumé

Compte tenu de l'intérêt marqué de la population pour l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, une comparaison sur cinq ans de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire a été réalisée pour les besoins du présent document de travail. Pour ce faire, il a été procédé à une analyse du pool de données de santésuisse, qui contient des informations sur les prestations fournies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Bien que l'assurance de base obligatoire ne finance qu'un tiers environ de tous les coûts sanitaires en Suisse, il est fort probable que les hausses annuelles des coûts de l'assurance-maladie et celles observées dans l'ensemble du secteur de la santé présentent certaines similitudes. Il faut toutefois noter que les coûts de la santé par habitant ont progressé de 3,7% en moyenne au cours des cinq dernières années (entre 1998 et 2002) alors que les dépenses par personne assurée de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté de 5,1% (entre 1999 et 2003). Ce document de travail a été élaboré par l'Observatoire suisse de la santé en collaboration avec santésuisse et l'Institut de recherches économiques et régionales (IRER) de l'Université de Neuchâtel.

Augmentation des coûts plus élevée dans le domaine des soins ambulatoires

Entre 1999 et 2003, les coûts occasionnés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins sont passés de 14,6 à 18,2 milliards de francs suisses. 2462 francs ont ainsi été dépensés par personne assurée, dont 764 francs pour les prestations intra-muros et 1698 francs pour les soins ambulatoires. Durant cette même période, les coûts facturés pour les prestations intra-muros ont augmenté de 17%, alors que la progression enregistrée dans le domaine ambulatoire était plus forte, avec 25%. Entre 1999 et 2002, la hausse des coûts constatée dans le secteur ambulatoire s'est avérée supérieure à celle observée dans le domaine intra-muros. A l'inverse, ce sont les prestations intra-muros qui ont affiché en 2003 un taux de croissance sensiblement plus élevé. Cette évolution s'explique pour l'essentiel par le fait que – compte tenu des incertitudes liées à la facturation de la contribution de base des assurés ayant souscrit une assurance complémentaire – de nombreux hôpitaux ont tardé à envoyer leurs factures pour l'année 2002 ou ne l'ont tout simplement pas fait. Les factures en question n'ont ainsi été acquittées par les assurances-maladie qu'au cours de l'année suivante.

En ce qui concerne les prestations intra-muros, ce sont surtout les coûts facturés dans les établissements médico-sociaux (EMS) qui ont fortement progressé pendant les cinq années sous revue avec un taux de croissance annuel de 7% environ. Pendant la même période, les coûts hospitaliers intra-muros ne se sont en revanche accrus que de 3% en moyenne pour s'établir à 563 francs. En termes absolus, la plus forte progression des coûts hospitaliers intra-muros a été observée dans les hôpitaux généraux, alors que les hôpitaux universitaires ont affiché l'augmentation la plus importante en termes relatifs avec un taux de croissance annuel de 4%. On assiste dans les hôpitaux à un transfert des coûts du secteur intra-muros vers le secteur ambulatoire.

Dans le domaine ambulatoire, les coûts ont augmenté de 339 francs pendant les cinq années considérées pour atteindre 1698 francs par personne assurée. En chiffres absolus, cette hausse est surtout imputable aux médicaments et aux prestations fournies par les médecins (augmentation

de 144 francs dans les deux cas). En ce qui concerne les soins ambulatoires également (surtout Spitex), on constate, entre 1999 et 2003, une élévation notable des coûts qui, pendant cette période, ont progressé de plus de 10% par an. Signalons toutefois qu'il s'agit de coûts relativement faibles par personne assurée (46 francs en 2003). La hausse sensible des coûts facturés pour les médicaments s'explique notamment par la vente de médicaments dans les pharmacies. Dans le cas des prestations fournies par les médecins, on observe une progression plus forte dans les hôpitaux (8% en moyenne) que dans les cabinets médicaux privés (3%).

De nettes disparités au niveau régional

La grande région du Tessin et la Région lémanique affichent les coûts par tête les plus élevés (respectivement 3077 francs et 2926 francs), alors que les régions de Zurich, de la Suisse du Nord-Ouest et de l'Espace Mittelland se situent dans la moyenne suisse, qui est de 2462 francs. C'est en Suisse orientale, et plus particulièrement en Suisse centrale, que l'on enregistre des coûts par tête inférieurs à la moyenne nationale avec respectivement 2106 francs et 1960 francs. Entre 1999 et 2003, la progression des coûts la plus importante (6% en moyenne) a été observée dans la région du Tessin et en Suisse centrale. Si, au Tessin, ce fort taux de croissance peut s'expliquer notamment par la hausse des coûts dans le secteur intra-muros, en Suisse centrale, il est dû aux prestations ambulatoires qui ont enregistré une augmentation plus sensible. Avec 4%, la grande région de Zurich peut s'enorgueillir du taux de croissance annuel le plus faible, un résultat surtout attribuable à la faible croissance des coûts hospitaliers. Dans presque toutes les grandes régions, on constate une augmentation des coûts plus importante dans le secteur ambulatoire que dans le secteur intra-muros, ainsi que nous l'avons évoqué plus haut. Le Tessin s'inscrit dans une tendance inverse et fait figure d'exception. Les taux de croissance concernant les soins ambulatoires apparaissent plus homogènes dans les différentes régions que ceux des prestations intra-muros.

Dans les grandes régions où les coûts par tête occasionnés par les traitements médicaux sont élevés (Région lémanique, Tessin et Zurich), on enregistre également une forte densité de médecins, tandis que dans celles affichant de faibles coûts, cette densité s'avère moindre. Cette corrélation se vérifie aussi bien avec les médecins de premier recours qu'avec les spécialistes. Toutefois, pendant la période allant de 1999 à 2003, c'est uniquement dans la catégorie des spécialistes qu'un lien a pu être établi entre l'évolution de la densité des médecins et celle des coûts. Outre la densité de médecins, il faut par ailleurs reconnaître que d'autres facteurs entrent en ligne de compte au niveau de la demande (p. ex. forte proportion de personnes âgées, taux d'urbanisation élevé, etc.), de l'offre (degré élevé de prise en charge, peu de dispensation directe, etc.), des pouvoirs publics et de la politique. Tous ces éléments ont une incidence sur les coûts.

Dans toutes les grandes régions, les coûts facturés par prestation de base (somme des consultations et visites à domicile) sont nettement plus élevés chez les spécialistes que chez les médecins de premier recours. On note également que les assurés consultent plus souvent un médecin de premier recours qu'un spécialiste. Les patients résidant dans la Région lémanique et dans la grande région du Tessin se rendent toutefois plus fréquemment chez un spécialiste que les assurés de Suisse orientale ou de Suisse centrale.

L'influence de l'âge et du sexe

Pour les soins ambulatoires comme pour les soins intra-muros, les coûts par personne assurée augmentent avec l'âge. Il faut toutefois remarquer que le facteur de l'âge joue un rôle sensiblement plus important pour les coûts intra-muros. Si, entre 1999 et 2003, les coûts facturés pour les adultes ont nettement plus augmenté dans le secteur ambulatoire, le taux de croissance enregistré pour les enfants dans le domaine intra-muros est supérieur à celui du domaine ambulatoire. S'agissant de ce dernier secteur, les hausses les plus marquées relevées en chiffres absolus pour les personnes âgées de plus de 66 ans se rapportent aux médicaments. Dans la tranche d'âge des 19 à 65 ans ainsi que chez les enfants, ce sont les prestations fournies par les médecins qui sont principalement à l'origine de la progression des coûts.

Sur l'ensemble des cinq années sous revue, les coûts par tête engendrés par les femmes s'avèrent toujours supérieurs à ceux des hommes, toutes prestations confondues. Durant les cinq dernières années, on a néanmoins constaté que les coûts occasionnés par les hommes et les femmes avaient évolué de façon très similaire. Dans la première moitié de la vie, les différences observées selon le sexe sont les mêmes dans les secteurs intra-muros et ambulatoire. Jusqu'à l'âge de 15 ans, les garçons engendrent des coûts par tête plus importants que les filles en raison de nombreux problèmes de santé liés à la croissance. Entre 16 et 45 ans, c'est au tour des femmes d'être à l'origine de coûts sensiblement plus élevés. Dans la tranche d'âge des 26 à 35 ans notamment, elles occasionnent – maternité oblige – deux fois plus de coûts intra-muros et ambulatoires que les hommes. Pendant la deuxième moitié de la vie, on constate en revanche des différences selon le sexe entre les deux types de prestations. Dans le secteur ambulatoire, les femmes âgées de 46 à 65 ans sont à l'origine de dépenses plus élevées que leurs congénères masculins; à partir de 66 ans, les coûts s'équilibrent à peu près entre les deux sexes. En ce qui concerne les soins intra-muros, les coûts occasionnés par les hommes entre 51 et 75 ans sont, par contre, plus élevés que ceux des femmes. Et parmi les assurés les plus âgés, ce sont à nouveau les femmes qui engendrent des coûts par tête sensiblement plus importants.

1 Introduction

En 2003, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a réalisé une étude sur l'évolution des coûts de la santé en Suisse depuis 1960. Les résultats de cette analyse révèlent une constante augmentation des coûts induite par des facteurs complexes, tels que la demande de prestations de santé (nouvelles exigences sociales et individuelles en matière de qualité de vie, vieillissement de la population), l'offre de prestations de santé, les progrès de la médecine et l'évolution du mode de financement des dépenses sanitaires. On ne peut en aucun cas qualifier d'explosive la hausse des coûts sur la base de la série chronologique de la période 1960-2000. «Elle est régulière et correspond de toute évidence à une évolution des préférences sociales et individuelles privilégiant la qualité de vie dans laquelle la santé a une valeur prééminente.» (Office fédéral de la statistique, 2003a).

Au cours des dernières années, la question de l'évolution variable des coûts dans les secteurs ambulatoire et intra-muros a été longuement débattue. Certains éléments indiquent un transfert des coûts du domaine intra-muros vers le domaine ambulatoire, ce qui peut s'expliquer entre autres par le besoin impératif de réaliser des économies dans le premier des deux secteurs. Afin de satisfaire à cette exigence d'économie, la préférence a été donnée depuis quelques années aux traitements ambulatoires, une approche qui, de l'avis de nombreux experts, permet de réduire les coûts.

Le présent document de travail doit permettre d'analyser en détail l'évolution des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie pendant la période 1999–2003 et de mettre en évidence les différences existant entre les divers groupes de prestataires et de types de prestations. Il s'agit en particulier d'étudier de manière approfondie les dissimilitudes entre les domaines ambulatoire et intra-muros. L'analyse a été menée à bien à l'aide du «pool de données» de santésuisse, une banque de données qui contient des informations sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Avec cet instrument, il n'est certes pas possible de tirer des conclusions pour l'ensemble des coûts occasionnés dans le secteur de la santé en Suisse, c'est-à-dire d'inclure les prestations prises en charge par l'Etat, les ménages privés et d'autres assurances sociales. Le pool de données autorise toutefois une analyse différenciée de l'évolution des coûts en fonction des types de prestations, des prestataires, des cantons, de l'âge et du sexe des personnes assurées. En tenant compte d'éventuelles variations annuelles, l'examen des données des cinq dernières années doit permettre de déceler certaines tendances.

Le présent document de travail est basé sur le protocole de recherche n°1 de l'Observatoire suisse de la santé consacré à l'évolution des coûts entre 1998 et 2002 (Sturny, 2004). Il a été élaboré en collaboration avec santésuisse et l'Institut de recherches économiques et régionales (IRER) de l'Université de Neuchâtel. La Confédération, les cantons et d'autres institutions du domaine de la santé d'importance nationale ont la possibilité de mandater l'Observatoire suisse de la santé pour effectuer des analyses plus poussées. Les personnes intéressées appartenant à d'autres organismes peuvent s'adresser à santésuisse.

La première partie du présent document est consacrée aux aspects méthodologiques. Elle comprend une brève présentation du pool de données de santésuisse et de son importance dans tous les domaines liés aux coûts de la santé. Par ailleurs, on trouve dans cette première partie une

définition des termes utilisés et une description détaillée des catégories intra-muros et ambulatoire. Les différents résultats de l'analyse des données sont, quant à eux, présentés dans la deuxième et principale partie du document. L'évolution des coûts y est, en premier lieu, examinée de façon approfondie et différenciée selon les types de prestations intra-muros ou ambulatoires. C'est ensuite le secteur hospitalier qui est étudié avec attention. La question des disparités régionales est abordée dans la troisième partie de la présentation des résultats, tandis que les différences observées selon l'âge et le sexe sont passées au crible dans la quatrième et dernière partie du présent document.

2 Aspects méthodologiques

2.1 Bref portrait du pool de données

En lançant en 2001 le pool de données de santésuisse, les assureurs-maladie ont créé une base statistique uniforme. Avec cet outil offrant un aperçu complet de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins depuis 1997, ils ont fait œuvre de pionniers dans le secteur de l'assurance-maladie en Suisse. Le pool de données de santésuisse fournit notamment une base chiffrée permettant de calculer la neutralité des coûts dans le cadre de l'introduction de TARMED¹. Pour les assureurs-maladie toutefois, il s'agit surtout d'un système d'information sur la branche qui leur donne de précieuses indications sur le comportement des groupes d'assurés et celui des fournisseurs de prestations ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes. Il leur offre aussi la possibilité de comparer leur propre structure de coûts AOS avec celle du secteur dans son ensemble.

Toutes les factures saisies par les assureurs collaborant à la statistique, y compris celles portant sur la participation aux coûts des assurés (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation), sont enregistrées dans le pool de données. A noter cependant que seules les factures adressées par les assurés à l'assurance-maladie ou envoyées directement à l'assureur par le fournisseur de prestations sont prises en considération. Les factures conservées par les assurés (p. ex. en raison d'une franchise élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (p. ex. prestations des assurances complémentaires) ne sont pas recensées dans le pool de données. Il en va de même pour les contributions publiques (p. ex. financement du secteur intra-muros).

Le pool de données repose sur le principe du volontariat. Les 82 assureurs qui fournissent actuellement des informations au pool de données représentent environ 94% des personnes assurées en Suisse. Les statistiques officielles de santésuisse sont extrapolées à 100% avec les données de la compensation des risques fournies par l'Institution commune LAMal.² Dans le présent document également, les coûts absolus sont extrapolés à l'aide de la compensation des risques et compte tenu du taux de couverture correspondant. Toutefois, afin de simplifier les analyses, ce sont essentiellement les coûts par tête qui sont calculés et représentés sous forme de graphiques.

Les données sont élaborées avec un logiciel spécial (Cognos-PowerPlay) qui permet d'appréhender les informations selon des angles différents. Les critères de différenciation sont les suivants:

¹ TARMED (tarif médical): tarif appliqué par les médecins dans l'ensemble de la Suisse (valable également pour les traitements hospitaliers ambulatoires).

² La compensation des risques est un système de répartition mis en place au sein de l'AOS. Elle doit permettre de créer une situation d'équilibre entre les assureurs assumant essentiellement des «mauvais risques» (assurés occasionnant des coûts médicaux supérieurs à la moyenne) et ceux prenant surtout en charge des «bons risques» (en majorité de jeunes assurés et des personnes de sexe masculin engendrant des coûts médicaux inférieurs à la moyenne). Il s'agit d'éviter que la concurrence entre les assureurs et les différentes formes d'assurance ne soit mise à mal par la sélection des risques.

Période:	année de décompte de l'assureur, année au cours de laquelle débute le traitement
Répartition géographique:	Suisse, cantons, région de primes OFSP (depuis 2004)
Assurés:	classes d'âge selon la compensation des risques, sexe
Groupes de prestations:	groupes de fournisseurs de prestations, types de prestations du pool de données, services médicaux selon la classification de l'OFS
Prestations:	prestations brutes, prestations nettes, participation aux coûts, prestations de base
Produits:	niveaux de franchise, modèles alternatifs

Le pool de données a pour principale mission de rendre compte de l'évolution des coûts dans le secteur de l'assurance-maladie, d'où l'utilisation de données agrégées. L'interprétation des résultats s'en trouve dans une certaine mesure limitée: aucune donnée individuelle sur les assurés n'étant disponible, il est impossible d'effectuer un suivi de cas ou de traitements particuliers. Par ailleurs, le pool de données ne donne aucune information sur les diagnostics et ne permet pas de tirer des conclusions sur tel ou tel assureur-maladie.

Cet instrument fournit chaque mois des chiffres à jour sur l'évolution tendancielle des coûts. En outre, des données annuelles définitives sont publiées une fois par an. A noter que, depuis avril 2004, des données trimestrielles sont également mises à la disposition de l'Observatoire suisse de la santé.

Les analyses sont réparties en trois domaines de statistiques correspondant aux principaux champs d'application du pool de données.

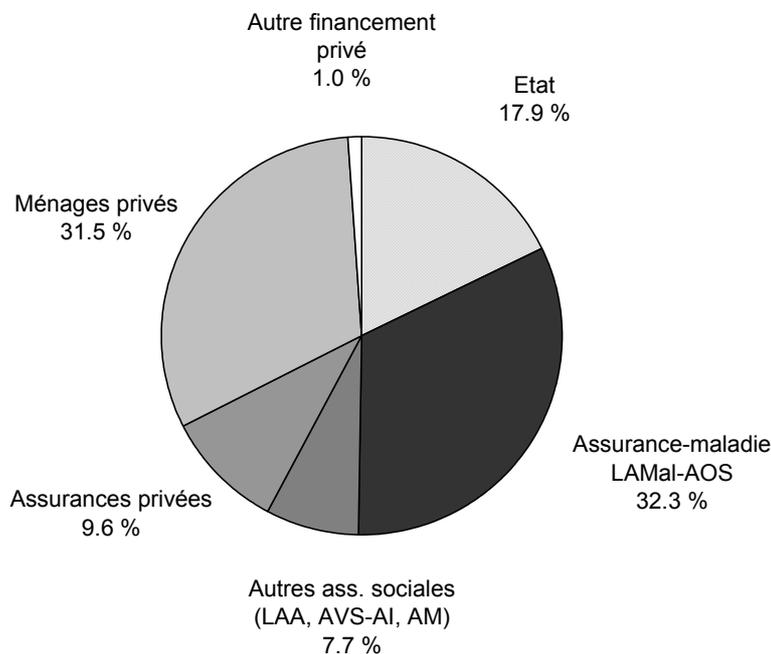
Fournisseurs de prestations: ce sont notamment les fournisseurs de prestations (médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.) qui sont examinés ici à la loupe. Les coûts sont considérés en se référant au canton d'établissement du fournisseur de prestations («factureur»). En outre, il est possible d'étudier les coûts occasionnés par les différents fournisseurs de prestations. Les objectifs poursuivis sont les suivants: d'une part, donner aux assureurs-maladie les moyens de contrôler l'efficacité des fournisseurs de prestations et, d'autre part, fournir des bases de calcul pour TARMED. La version du pool de données mise à la disposition de l'Observatoire suisse de la santé ne permet toutefois pas d'effectuer une analyse des différents fournisseurs de prestations, ni de les comparer.

Prestations perçues par les assurés: les données sont regroupées par canton de domicile des assurés. Les fournisseurs de prestations ne peuvent donc pas être pris en considération de manière individuelle. Les chiffres analysés doivent avant tout permettre de suivre l'évolution des coûts, mais aussi servir de base de comparaison aux assureurs lors du calcul des primes.

Résultats des assurés: il s'agit ici d'étudier le résultat d'assurance en fonction du groupe d'âge, du sexe des assurés, des produits d'assurance et des niveaux de franchise. Outre les prestations brutes (prestations fournies), il est aussi possible d'analyser la participation aux coûts (prestations à la charge des assurés) et les prestations nettes (prestations à la charge des assureurs-maladie). A signaler que les frais administratifs, les primes impayées, le montant des réserves, les provisions, etc. ne font l'objet d'aucun relevé.

2.2 Place de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le système de santé suisse

Le pool de données de santésuisse ne recense qu'une partie des coûts de la santé en Suisse, à savoir ceux pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), y compris la participation aux coûts des assurés. Conformément à la méthodologie internationale de l'OCDE sur les comptes de santé (2000), les dépenses effectuées dans le système sanitaire suisse sont définies et évaluées sur la base d'une classification fonctionnelle. Les prestations sont financées par plusieurs agents payeurs (Etat, assurances sociales, ménages privés, etc.). Sur cette base, l'Office fédéral de la statistique publie chaque année en Suisse les «Coûts du système de santé». La participation des différents agents payeurs au financement du système de santé suisse en 2002 est présentée dans l'illustration 1.



Source: Office fédéral de la statistique, Coûts du système de santé (2004)

Illustration 1: Participation des différents agents payeurs au financement du système de santé en 2002

En 2002, 48 milliards de francs ont été dépensés au total pour le système suisse de santé. Avec une participation de 40%, les assurances sociales ont été cette année-là le principal agent payeur des prestations du système de santé. 32,3% des prestations ont ainsi été prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et 7,7%, par d'autres assurances sociales, comme l'assurance-accidents (LAA), l'assurance-invalidité et l'assurance-vieillesse et survivants (AI-AVS) ainsi que l'assurance militaire. L'Etat – c'est-à-dire la Confédération, les cantons et les communes – a pour sa part assumé 17,9% des dépenses de santé. Quant au financement assuré par les ménages privés, il se montait en 2002 à 15,1 milliards de francs, ce qui représente 31,5% du total des coûts. Ce chiffre comprend, d'un côté, le paiement des prestations qui ne sont pas couvertes par

les assurances («out of pocket»: 26,2%) et, de l'autre, la participation aux coûts versée par les ménages privés aux assurances sociales ou privées (5,3%). Dans le cadre de leurs activités liées aux assurances-maladie complémentaires et définies dans la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), les assureurs privés ont réglé 9,6% du total des coûts du secteur de la santé. Enfin, ce sont les autres agents payeurs privés, qui ont pris en charge le reste des coûts du système de santé, soit 1%, par le biais de dons et de legs à des institutions sans but lucratif (homes pour personnes âgées, établissements pour handicapés, organisations de soins à domicile, etc.).

L'illustration de l'Office fédéral de la statistique figurant plus haut permet de se faire une idée de l'étendue des informations recensées par le pool de données. Pour ce faire, on déduit les coûts administratifs (835 millions de francs, soit 1,7%) de la partie consacrée à l'assurance obligatoire des soins dans l'illustration 1 (zone foncée), et l'on ajoute la participation aux coûts des personnes assurées au sein de l'AOS (franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation; 2,5 milliards de francs, soit 5,2%). Il en résulte un montant de 17,2 milliards de francs, ce qui représente une part de 35,8% au total des coûts. On peut donc considérer que le pool de données recense un bon tiers des coûts occasionnés dans le secteur de la santé en Suisse.

Il faut souligner que l'évolution des coûts observée dans les domaines ambulatoire et intra-muros de l'AOS ne doit pas être absolument identique à celle constatée pour l'ensemble des prestations ambulatoires et intra-muros, compte tenu de la place particulière occupée par l'assurance de base au sein du système de santé. Par ailleurs, la répartition du financement entre les différents agents payeurs est susceptible d'évoluer. Ainsi, l'Office fédéral de la statistique (2004) relève que la hausse des coûts est aujourd'hui principalement supportée par l'Etat, alors qu'à la fin des années 90, elle était surtout assumée par l'assurance-maladie. Une distinction nette doit être établie entre les coûts du système de santé et les dépenses des assureurs-maladie. Les analyses du présent document portent sur les dépenses des assureurs-maladie, un aspect dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des données.

2.3 Définitions

Le présent document se réfère aux définitions suivantes:

Groupes d'âge	Dans le pool de données, les assurés sont répartis en groupes d'âge selon la classification de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ou la compensation des risques de l'Institution commune LAMal. Il s'agit de groupes d'âge quinquennaux. Les tranches d'âge 16-18 ans et 19-20 ans ont été ajoutées afin d'établir une distinction entre les adolescents et les adultes.
Période de traitement	Date à laquelle débute le traitement.
Prestations brutes	On désigne ainsi tous les coûts pris en charge par l'AOS et déclarés par les assurés. En d'autres termes, il s'agit du montant de la facture

	de soins, déduction faite des coûts non assurés et non remboursés. Les prestations brutes comprennent les participations aux coûts des assurés, c'est-à-dire la franchise, la quote-part ainsi que la contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation. ³
Période d'activité	Date/période comptable à laquelle est attribué un cas en vue de son traitement financier. En ce qui concerne les prestations, on se base sur la date à laquelle le décompte et le traitement ont été effectués par l'assureur-maladie. S'agissant des primes, c'est le mois assuré qui est pris comme référence.
Sexe	On distingue trois catégories: sexe féminin, sexe masculin et non communiqué.
Prestations de base	Dans le domaine ambulatoire, les prestations de base correspondent à la somme des consultations et des visites à domicile. Dans les hôpitaux, elles désignent les consultations données dans le secteur hospitalier ambulatoire.
Canton de domicile	Canton dans lequel l'assuré a établi son domicile civil. Pour les saisonniers, les frontaliers et les expatriés, il s'agit du canton où est implantée la société qui les emploie. Outre les 26 cantons, deux catégories ont été définies: «Etranger» dans laquelle sont regroupés les assurés issus d'autres pays et «Divers» où sont rassemblés les cas n'entrant dans aucune autre catégorie. Dans le présent document, les cantons sont rassemblés en sept grandes régions conformément au classement adopté par l'OFS.
Canton RCC	Canton où est établi le fournisseur de prestations conformément au registre des codes-créanciers de santé suisse. Dans le présent document, les cantons sont rassemblés en sept grandes régions conformément au classement adopté par l'OFS. Toutefois, les analyses portent essentiellement sur les données relatives au canton de domicile des personnes assurées. Lorsque les données prises en considération concernent le canton de domicile des fournisseurs de prestations, il en est toujours fait mention explicite.
Participation aux coûts	Franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation.
Types de prestations	Les prestations payées sont réparties au sein du pool de données dans les catégories suivantes: 1. Type de traitement (p. ex. hôpitaux soins ambulatoires, hôpitaux soins intra-muros), 2. Service médical (p. ex. chirurgie hôpital, cabinet médical, etc.), 3. Catégorie tarifaire (prestations isolées, forfaits par jour, par service et par cas), 4. Type

³ Les termes de «coûts» et de «prestations» sont utilisés indifféremment dans le présent document.

de coûts (prestations fournies par les médecins, médicaments, types de coûts forfaitaires, etc.).

Fournisseurs de prestations Cette appellation regroupe divers prestataires: pharmacies, médecins, hôpitaux, etc.

2.4 Distinction entre prestations ambulatoires et prestations intra-muros

Le pool de données met à disposition des informations détaillées sur les différents groupes de fournisseurs de prestations ainsi que sur les types de prestations payées. Afin de répondre à la question qui nous préoccupe, à savoir l'évolution des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier ou ambulatoire, les fournisseurs de prestations et les types de prestations ont été répartis entre deux secteurs: intra-muros et ambulatoire. Pour réduire le nombre de variables utilisées dans certaines analyses, les différentes catégories définies dans le pool de données ont en outre été regroupées en fonction de leur contenu. Les nouvelles catégories ainsi constituées de même que la répartition entre les domaines ambulatoire et intra-muros sont présentées en annexe. A noter que cette répartition ne correspond pas à celle appliquée dans la statistique «Coûts du système de santé» (OFS). Dans le présent rapport, toutes les prestations qui ne sont pas considérées comme intra-muros (p. ex. la vente de médicaments et les analyses de laboratoires) entrent dans la catégorie ambulatoire, alors que l'Office fédéral de la statistique établit une distinction entre les traitements intra-muros, les traitements ambulatoires, la vente de biens de santé, la prévention, la gestion et d'autres prestations. Par ailleurs, les coûts de prévention et de gestion n'apparaissent pas dans le pool de données de santé suisse.

Les pages suivantes sont consacrées principalement à l'analyse des types de prestations. A cet égard, il convient de préciser que nous nous sommes efforcés de considérer conjointement les données se rapportant aux différents fournisseurs de prestations et celles concernant les types de prestations. Cette démarche s'explique par le fait que certains fournisseurs de prestations (p. ex. les hôpitaux) proposent des prestations aussi bien dans le domaine intra-muros que dans le domaine ambulatoire. Etant donné que, dans le pool de données, les traitements semi-ambulatoires dispensés dans les hôpitaux entrent dans la catégorie des traitements ambulatoires, l'évolution du sous-secteur «hospitalier ambulatoire/semi-ambulatoire» est liée à celle du secteur semi-ambulatoire.

Aux termes de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les prestations fournies dans les EMS sont considérées comme ambulatoires, étant donné que l'assurance de base prend en charge les prestations comparables aux soins ambulatoires fournis à domicile, mais sans la partie logement et restauration. Dans le présent document, les prestations des soins en EMS sont toutefois assimilées à des soins intra-muros, du fait que leurs coûts sont occasionnés dans un milieu hospitalier.

3 Résultats

3.1 Evolution observée de 1999 à 2003 dans les secteurs intra-muros et ambulatoire

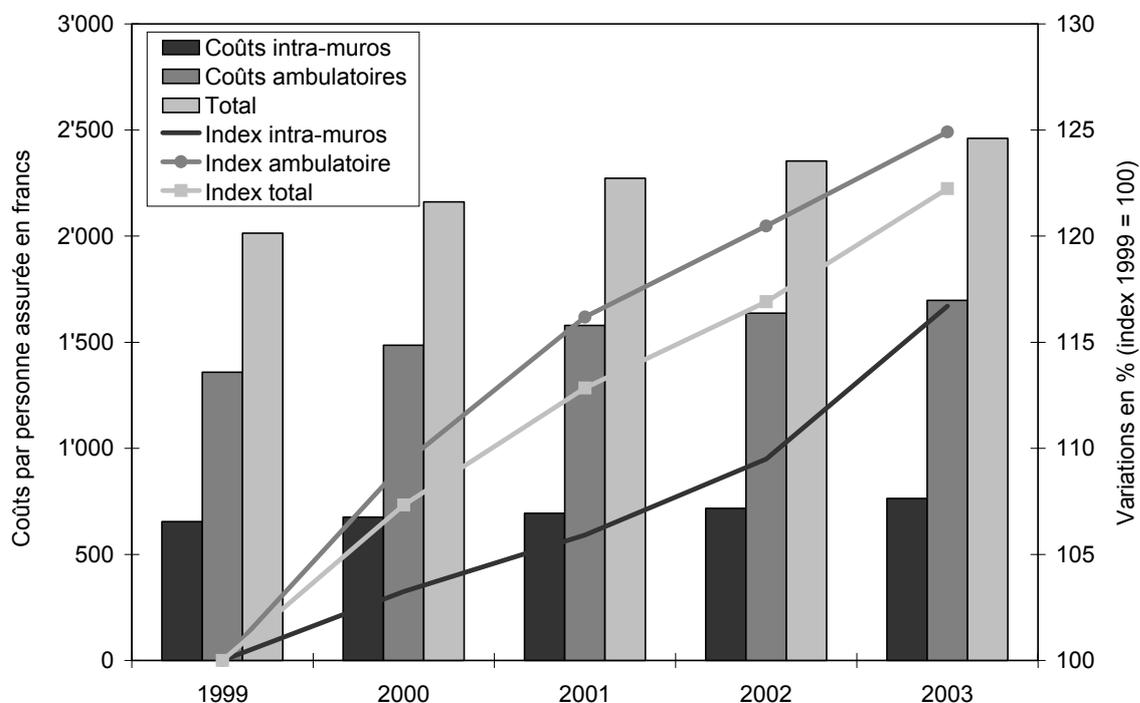
3.1.1 Evolution par grandes catégories

Entre 1999 et 2003, les coûts engendrés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont passés de 14,6 à 18,2 milliards de francs suisses. Les deux tiers ont été occasionnés dans le secteur ambulatoire, où l'on a relevé pendant cette période une croissance des coûts de 27%. Le tiers restant se rapporte aux prestations intra-muros qui, au cours des cinq années sous revue, ont progressé de 19%.⁴ Si l'on considère les dépenses occasionnées par personne assurée, les prestations de l'AOS ont augmenté de 22% entre 1999 et 2003 pour atteindre 2462 francs. La plus faible hausse (4%) a été relevée en 2002, tandis que l'année 2000 affiche la plus forte croissance avec un bond de 7%. L'augmentation des prestations durant les cinq dernières années est surtout imputable au secteur ambulatoire, qui enregistre une progression des coûts de 25%. Avec 17%, la croissance constatée dans le domaine intra-muros s'avère en revanche moindre (cf. illustration 2). Il convient de relativiser ici l'hypothèse d'un transfert des coûts du domaine intra-muros vers le secteur ambulatoire avancée par Sturny (2004) au vu des différences de financement (les assureurs-maladie prennent intégralement en charge les coûts ambulatoires, mais seulement 50% au maximum des coûts intra-muros). Entre 1999 et 2002, on note, il est vrai, une plus forte augmentation des prestations ambulatoires, mais en 2003 le taux de croissance des prestations intra-muros s'avère sensiblement supérieur à celui des coûts ambulatoires. Cette évolution s'explique pour l'essentiel par le fait que – compte tenu des incertitudes liées à la facturation de la contribution de base des assurés ayant souscrit une assurance complémentaire – de nombreux hôpitaux ont tardé à envoyer leurs factures pour l'année 2002 ou ne l'ont tout simplement pas fait. Les factures en question n'ont ainsi été acquittées par les assurances-maladie qu'au cours de l'année suivante. Les coûts intra-muros de l'année 2002 ont donc été sous-estimés.

Regroupant les prestations des soins en EMS et les coûts hospitaliers intra-muros, les coûts intra-muros sont passés durant les cinq années considérées de 655 francs à 764 francs par personne assurée. Les prestations des soins en EMS ont progressé de 45 francs (7% en moyenne) à 201 francs par personne assurée. A signaler que la croissance la plus forte a été relevée en 2002 avec 12%, et la plus faible en 2003 avec seulement 2%. Avec une progression de 64 francs à 563 francs pendant les cinq années sous revue (soit 3% par an), les coûts hospitaliers intra-muros affichent une hausse plus modeste. C'est par ailleurs en 2003 que l'élévation la plus sensible (8%) a été notée. En 2002, la croissance observée dans le secteur hospitalier intra-muros était inférieure à 1% (cf. tableau 1). L'augmentation comparativement plus importante des coûts relevée pour les soins en EMS peut s'expliquer entre autres par le changement opéré dans le

⁴ La répartition des prestations observée au sein de l'AOS (un tiers de prestations intra-muros pour deux tiers de prestations ambulatoires) diffère de celle constatée pour l'ensemble des coûts de la santé, étant donné que les subventions publiques accordées aux hôpitaux p. ex. ne sont pas enregistrées dans le pool de données. Selon l'OFS (2004), près de 48% des coûts de la santé en Suisse sont engendrés par les traitements intra-muros, 45% par les traitements ambulatoires, la vente de biens de santé et d'autres prestations, et 7% par la prévention et la gestion.

mode de collecte des données. A partir de 2001, les assureurs-maladie ont en effet été priés de codifier différemment le type de prestations correspondant aux soins en EMS. Il est donc possible que les taux de croissance enregistrés dès 2001 trouvent leur origine non seulement dans la hausse effective des coûts, mais aussi dans le changement de codification.



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
 Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 2: Evolution des coûts et variation (en %) entre 1999 et 2003 pour l'assurance obligatoire des soins en Suisse: coûts ambulatoires, intra-muros et total des coûts par tête

Dans le domaine ambulatoire, les coûts ont augmenté de 339 francs pendant les cinq années considérées pour atteindre 1698 francs par personne assurée. En chiffres absolus, cette hausse est surtout imputable aux médicaments et aux prestations fournies par les médecins (augmentation de 144 francs dans les deux cas). En ce qui concerne les soins ambulatoires également, on constate, entre 1999 et 2003, une élévation notable des coûts qui, pendant cette période, ont progressé d'environ 10% par an. La plus forte hausse a été relevée au cours du dernier exercice. Signalons toutefois qu'il s'agit de coûts relativement faibles par personne assurée (46 francs en 2003). Si, pour les «Autres types de prestations»⁵, on a pu observer une augmentation sensible des coûts entre 1999 et 2002 (croissance moyenne de 18% par an), ces coûts ont affiché en 2003

⁵ La catégorie «Autres types de prestations» comprend les prestations suivantes: diététique, moyens et appareils (y compris aides visuelles), frais de transport et de sauvetage, traitements dentaires, coûts engendrés par d'autres facteurs et types de traitement inconnus.

un net recul de 18%. Une baisse qui s'explique surtout par une meilleure ventilation des prestations inconnues.

Après avoir enregistré en 2000 et en 2001 des hausses de respectivement 8% et 6%, les coûts des prestations fournies par les médecins ont affiché en 2002 un léger recul de 0,3%. Lors du dernier exercice, ils ont cependant repris le chemin de la hausse avec un taux de croissance de 5%. Dans le secteur des médicaments et des analyses de laboratoires, c'est en revanche en 2003 que l'on relève le taux de croissance le plus faible. Quant aux coûts observés dans les catégories «Thérapies spécifiques» et «Autres types de prestations», ils sont même en baisse de respectivement 0,1% et 18%.

Tableau 1: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les principales catégories de prestations intra-muros et ambulatoires, en francs

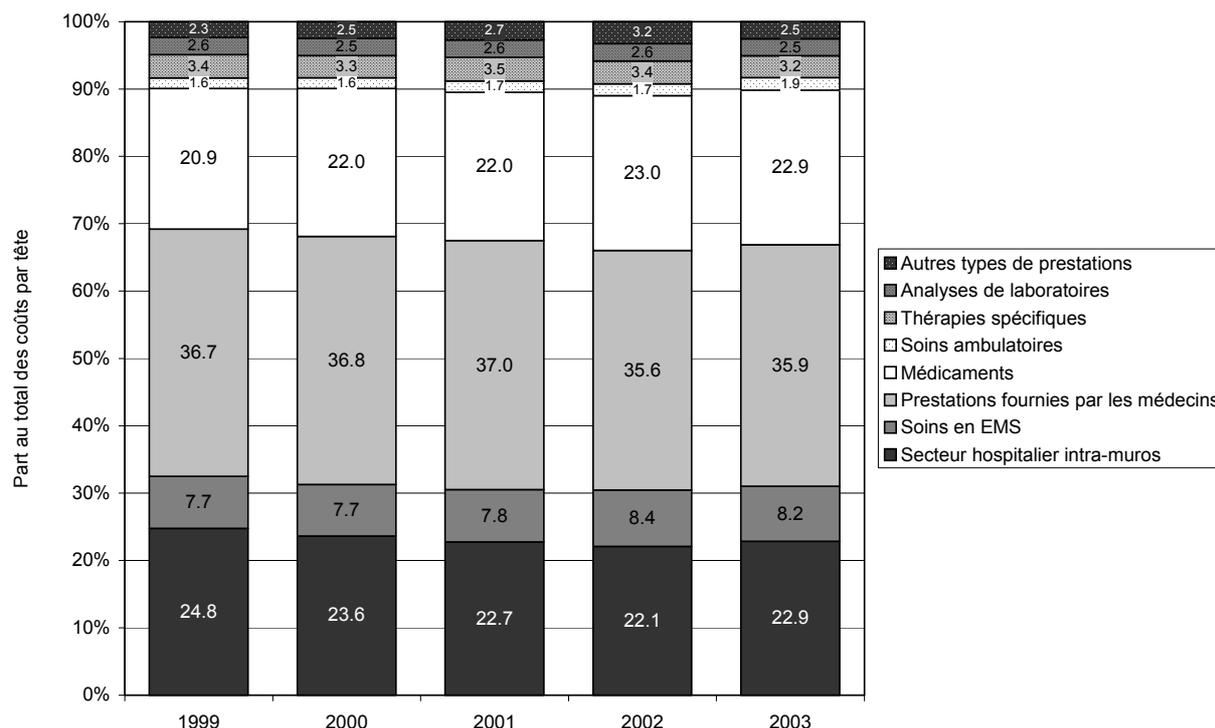
		1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Prestations intra-muros	Secteur hospitalier intra-muros	499	510	517	519	563	3,0
	Soins en EMS	156	165	176	197	201	6,6
	Total prestations intra-muros	655	676	693	717	764	3,9
Prestations ambulatoires	Prestations fournies par les médecins	739	796	840	838	883	4,5
	Médicaments	420	475	501	541	564	7,6
	Soins ambulatoires	32	34	38	41	46	10,1
	Thérapies spécifiques	69	72	79	80	80	3,7
	Analyses de laboratoires	52	55	59	61	62	4,5
	Autres types de prestations	47	54	61	76	63	7,4
	Total prestations ambulatoires	1359	1485	1579	1637	1698	5,7
Total	2014	2161	2272	2354	2462	5,1	

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

L'illustration 3 montre la structure des coûts de l'assurance obligatoire des soins et indique les hausses de coûts supérieures ou inférieures à la moyenne enregistrées pour les différents types de prestations intra-muros et ambulatoires présentés ci-dessus.

Avec près de 36%, les prestations fournies par les médecins représentent en 2003 la part la plus élevée des coûts de l'AOS. Alors qu'ils figuraient au deuxième rang jusqu'en 2001, les coûts hospitaliers intra-muros ont été détrônés par les médicaments et recalés à la troisième place en 2002. En 2003, les médicaments et les coûts hospitaliers intra-muros se situaient au même niveau avec 23%. Quant à la quatrième plus forte contribution à l'ensemble des coûts (8%), elle est apportée par les soins prodigués dans les EMS. En ce qui concerne les variations observées au cours de la période sous revue, les points suivants méritent d'être soulignés: 1) durant les cinq dernières années, la part des coûts hospitaliers intra-muros a légèrement diminué (-1,9 point de pourcentage), 2) la part des médicaments a augmenté de 2 points de pourcentage, 3) la part des prestations fournies par les médecins a baissé en 2002, 4) la part des soins (aussi bien les soins ambulatoires que ceux fournis dans des EMS) a enregistré une hausse, 5) en 2003, les «Autres types de prestations» ont affiché un recul.



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
 Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 3: Part (en %) entre 1999 et 2003 des différents types de prestations au total des coûts de l'AOS

3.1.2 Analyse détaillée de l'évolution des types de prestations intra-muros

Après avoir analysé l'évolution des coûts de l'AOS dans les divers groupes de prestations, attachons-nous à présent à considérer ces groupes en détail. Pour le secteur intra-muros, on peut par exemple prendre en considération les différents types d'hôpitaux (données sur les fournisseurs de prestations) afin de déterminer l'évolution des coûts observée dans telle ou telle catégorie d'établissement. Là aussi, une distinction entre les coûts hospitaliers intra-muros et les prestations des EMS s'avère indispensable.

En 2003, les hôpitaux généraux ont fourni 57% des prestations hospitalières intra-muros (cf. tableau 2) et constituent à cet égard le principal poste de coûts. Ils sont suivis par les hôpitaux universitaires avec 17%, les autres cliniques spécialisées et les autres fournisseurs de prestations (15%) ainsi que les cliniques psychiatriques (10%).

Tableau 2: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les prestations hospitalières intra-muros dans divers hôpitaux, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Hôpitaux généraux	284	289	296	295	321	3,1
Hôpitaux universitaires	83	87	88	85	97	3,9
Cliniques psychiatriques	54	55	57	59	58	1,8
Autres cliniques spécialisées et autres ⁶	77	80	76	81	86	2,7
Total coûts hospitaliers intra-muros	499	510	517	519	563	3,0

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

En ce qui concerne les coûts hospitaliers intra-muros, la hausse la plus marquée en termes absolus a été enregistrée dans les hôpitaux généraux. Dans ces établissements, les coûts par tête ont augmenté en moyenne de 3% par an pour atteindre 321 francs en 2003. Avec un taux de croissance annuel de 4%, ce sont les hôpitaux universitaires qui affichent la progression la plus sensible en termes relatifs. Les coûts occasionnés dans ces hôpitaux ont surtout fortement progressé en 2003 avec un taux de croissance supérieur à 14%. Dans les autres cliniques spécialisées et pour les autres fournisseurs de prestations, les variations en pourcentage observées entre 1999 et 2003 se sont avérées un peu moins importantes (+3%). Quant aux cliniques psychiatriques, elles affichent la plus faible augmentation de coûts sur ces cinq années avec un taux de croissance moyen de 2%. Ce bon résultat est attribuable au recul des coûts constaté en 2003, après les hausses conséquentes enregistrées dans ces établissements dans les années 2001 et 2002. Si l'on considère l'évolution des coûts hospitaliers intra-muros dans leur ensemble, deux aspects apparaissent particulièrement frappants: le fléchissement constant des hausses de coûts entre 1999 et 2002 (augmentation de 2% en 2000, de 1% en 2001 et de 0,5% en 2002) et la progression du taux de croissance de plus de 8% en 2003. A cet égard, il faut partir du principe que la faible élévation des coûts en 2002 est due aux incertitudes liées à la facturation dans les hôpitaux. Compte tenu de ces incertitudes, les factures ont été conservées et envoyées seulement en 2003, ce qui peut certainement expliquer en partie le taux de croissance important enregistré pour cet exercice.

Les coûts par personne assurée, le nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée ainsi que les coûts par journée d'hospitalisation recensés entre 1999 et 2003 pour l'ensemble des prestations hospitalières intra-muros sont indiqués dans le tableau 3. A la lecture de ces chiffres, il apparaît qu'aussi bien les prix par journée d'hospitalisation que le nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée ont augmenté entre 1999 et 2003. La hausse des coûts par tête s'explique toutefois davantage par le nombre accru d'hospitalisations que par l'augmentation des prix.

⁶ Cette catégorie comprend les types d'établissements suivants: maternités, établissements pour personnes saines ou malades, cliniques gériatriques, hôpitaux pour enfants, établissements pour personnes âgées et malades chroniques, cliniques spécialisées en neurologie, établissements de prévention, cliniques de rhumatologie et de réadaptation, cliniques spécialisées dans les maladies pulmonaires, autres cliniques spécialisées et hôpitaux non définis. En outre, les prestations intra-muros émanant d'autres fournisseurs de prestations entrent également dans cette catégorie.

Tableau 3: Coûts par tête, journées d'hospitalisation par tête et coûts par journée d'hospitalisation entre 1999 et 2003 pour les prestations hospitalières intramuros

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Coûts par personne assurée	499	510	517	519	563	3,0
Nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée	2	2	2	2	2	1,9
Coûts par journée d'hospitalisation	284	293	287	285	298	1,2

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

En 2003, la majeure partie des prestations des soins en EMS, précisément 93%, ont été fournies dans des établissements pour personnes âgées et malades chroniques. Les coûts afférents à ces établissements ont augmenté de 6% par an pour atteindre 187 francs par personne assurée en 2003 (+37 francs) (cf. tableau 4). Pendant les cinq années sous revue, le nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée et les coûts occasionnés par journée d'hospitalisation ont également enregistré une hausse de respectivement 4% et 2%. Ainsi, la progression des coûts dans les établissements pour personnes âgées et malades chroniques peut s'expliquer par une faible hausse des prix, mais aussi et surtout par un «effet de quantité» résultant de l'évolution démographique.

Tableau 4: Coûts par tête pour les soins dispensés dans des établissements pour personnes âgées et malades chroniques, nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée et coûts par journée d'hospitalisation entre 1999 à 2003

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Coûts par personne assurée	150	159	173	183	187	5,6
Nombre de journées d'hospitalisation par personne assurée	3	3	3	3	3	3,6
Coûts par journée d'hospitalisation	57	59	62	57	62	1,9

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

3.1.3 Analyse détaillée de l'évolution des types de prestations ambulatoires

Prestations fournies par les médecins

Cette catégorie regroupe les traitements effectués dans des cabinets médicaux privés ainsi que les prestations ambulatoires fournies par les médecins dans des hôpitaux. Pour chacune des cinq années considérées, les prestations effectuées dans les cabinets médicaux représentent près des deux tiers de cette catégorie (cf. tableau 5). Entre 1999 et 2001, on note une hausse marquée de près de 10% par an des coûts des prestations ambulatoires fournies par les médecins dans les hôpitaux. En 2002, ces prestations ont diminué de 3%, avant d'afficher en 2003 un fort taux de

croissance de presque 15%. S'agissant des traitements dispensés dans les cabinets médicaux privés, c'est dans les années 2000 et 2001 que la progression la plus marquée a été relevée avec des taux de croissance de 5% dans les deux cas. Cette tendance a faibli en 2002 et en 2003 avec un taux de 1%. Sur les cinq années sous revue, l'augmentation des coûts (en %) s'avère donc sensiblement plus forte en ce qui concerne les prestations fournies par les médecins dans les hôpitaux que dans le cas des traitements prodigués dans les cabinets médicaux privés.

Tableau 5: Evolution des coûts par tête occasionnés entre 1999 et 2003 pour les prestations fournies par les médecins, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Traitements effectués par des médecins dans des cabinets privés	509	536	563	569	574	3,0
Prestations ambulatoires fournies par des médecins dans des hôpitaux	230	260	277	269	309	7,7
Total prestations fournies par les médecins	739	796	840	838	883	4,5

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Afin de vérifier si l'évolution des coûts des traitements dispensés dans les cabinets médicaux privés varie selon les groupes de médecins, il nous faut étudier à présent les prestations des médecins de premier recours et celles des spécialistes.⁷ Le tableau 6 donne un aperçu de l'évolution des coûts observée entre 1999 et 2003 pour ces deux groupes de praticiens et pour les fournisseurs de prestations non-médecins⁸.

Il apparaît qu'entre 1999 et 2001, les coûts occasionnés par les médecins de premier recours et les spécialistes ont régulièrement augmenté, et que les taux de croissance de 2002 et 2003 sont sensiblement inférieurs à ceux des années précédentes. Avec un taux de croissance de 4% en moyenne, les coûts engendrés par les spécialistes ont nettement plus progressé que ceux afférents à la catégorie des médecins de premier recours (+3%). Le recul des coûts de l'ordre de 19% par an observé pour les fournisseurs de prestations non-médecins s'explique davantage par une amélioration de la codification au sein du pool de données que par une véritable baisse des coûts.

⁷ Par «médecins de premier recours», on entend les praticiens exerçant dans les domaines de la médecine générale et de la médecine interne générale ainsi que les pédiatres. Toutes les autres spécialisations médicales entrent dans la catégorie «spécialistes».

⁸ On trouve dans cette catégorie tous les fournisseurs de prestations qui, dans le registre des codes-crédanciers, n'apparaissent pas dans le groupe des médecins, mais qui facturent toutefois des prestations médicales ambulatoires (surtout hôpitaux, factureurs autres et inconnus).

Tableau 6: Evolution des coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les traitements ambulatoires dans des cabinets médicaux privés, par les médecins de premier recours et les spécialistes, en francs

		1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Médecins	Médecins de premier recours	252	264	279	280	281	2,7
	Spécialistes	249	264	279	281	289	3,8
	Total médecins	501	528	558	561	570	3,3
Fournisseurs de prestations non-médecins ⁷		8	8	5	7	3	-19,4
Total traitements ambulatoires fournis par des médecins		509	536	563	569	574	3,0

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Médicaments

En 2003, plus de 63% des médicaments ont été délivrés par les pharmacies, environ 31% par des médecins propharmaciens, et les 6% restants ont été facturés par les hôpitaux.⁹ Dans l'ensemble et sur les cinq années considérées, la hausse des coûts la plus faible a été observée en 2003. S'agissant des médicaments délivrés dans les pharmacies, on constate entre 1999 et 2003 une augmentation des coûts de près de 9% (cf. tableau 7). C'est notamment entre 1999 et 2002 que l'on relève les hausses les plus fortes. En ce qui concerne les médicaments délivrés dans les cabinets médicaux, on observe, après une progression sensible entre 1999 et 2000, une légère baisse des coûts au cours des deux années suivantes et une augmentation de 3% en 2003. Cette évolution différenciée selon le mode de dispensation des médicaments doit être notamment replacée dans le contexte de l'introduction, en juillet 2001, de la rémunération des pharmaciens basée sur les prestations.¹⁰

Tableau 7: Evolution des coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les médicaments, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Médicaments délivrés par les pharmacies	256	283	308	343	357	8,6
Médicaments délivrés par les médecins	150	174	172	171	176	4,0
Médicaments délivrés dans le secteur hospitalier ambulatoire	14	18	21	27	31	22,7
Total médicaments	420	475	501	541	564	7,6

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

⁹ Il convient de préciser ici que le relevé exact des coûts des médicaments dans le secteur hospitalier ambulatoire ne peut être garanti avec certitude. En outre, les médicaments prescrits en tant que prestations intra-muros ne sont pas enregistrés.

¹⁰ Lors de l'introduction de cette mesure, les prix des médicaments ont baissé en moyenne de 10%, afin de garantir la marge de manœuvre indispensable à l'instauration de la taxe pharmacien et de la taxe patient dans le respect de la neutralité des coûts. Etant donné que les médecins qui délivrent eux-mêmes des médicaments ne facturent aucune taxe, l'introduction de la rémunération basée sur les prestations (RBP) s'est soldée par une baisse des coûts surtout auprès du corps médical.

S'agissant des médicaments dispensés dans les hôpitaux, qui ne représentent il est vrai qu'une faible part du total des médicaments délivrés, les chiffres enregistrés en 2003 s'avèrent deux fois plus élevés que ceux de 1999. On peut donc parler d'augmentation considérable des coûts dans cette catégorie.

Soins ambulatoires

Sont classés parmi les soins ambulatoires les prestations fournies par les infirmières et les infirmiers libéraux ainsi que les soins à domicile. Comme l'indique le tableau 8, les soins à domicile ont représenté entre 1999 et 2003 de 94% à 95% des coûts occasionnés; ils ont constitué à ce titre l'essentiel des soins ambulatoires. Si les coûts des soins à domicile par personne assurée sont passés de 30 francs en 1999 à 44 francs en 2003 (+ 10% par an), l'augmentation annuelle relevée pour les soins dispensés par les infirmiers s'avère, quant à elle, moindre (+8%). Avec un taux de croissance inférieur à 2%, c'est surtout en 2003 que les prestations fournies par les infirmières et infirmiers libéraux ont sensiblement moins augmenté que les soins à domicile (+14%).

Tableau 8: Evolution des coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les soins ambulatoires, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Soins à domicile	30	32	36	38	44	10,2
Soins dispensés par les infirmiers	2	2	2	2	2	8,3
Total soins ambulatoires	32	34	38	41	46	10,1

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
 Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Thérapies spécifiques

80% des coûts occasionnés dans cette catégorie sont imputables à la physiothérapie. Pour l'année 2003 viennent ensuite la chiropratique avec 11%, l'ergothérapie (5%), les prestations des sages-femmes (3%) ainsi que la logopédie (1%). Comme l'indique le tableau 9, les coûts par tête engendrés par la physiothérapie ont progressé de 3% par an entre 1999 et 2003. Au regard de la hausse plutôt modérée observée dans les années 2000 et 2002 et du léger fléchissement de 2003, c'est en 2001 que l'on relève le taux de croissance le plus fort (près de 12%). Une progression plutôt modeste a été enregistrée entre 1999 et 2003 dans le domaine de la chiropratique, où les coûts ont augmenté au total de 2% par an. Un recul a même été constaté en 2002. Entre 1999 et 2003, les coûts par tête afférents à l'ergothérapie se sont accrus de 10% en moyenne. Cette hausse est surtout imputable au taux de croissance de 15% relevé en 2000. S'agissant des prestations de sages-femmes et notamment de la logopédie, d'importantes variations ont également été notées sur les cinq années sous revue (+ 9% pour les prestations de sages-femmes et + 12% pour la logopédie). Ces taux de croissance élevés doivent toutefois être relativisés, étant donné que les montants considérés dans ces deux groupes de coûts sont assez faibles.

Tableau 9: Evolution des coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les thérapies spécifiques, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Physiothérapie	56	57	64	64	64	3,3
Chiropratique	8	9	9	9	9	2,0
Ergothérapie	3	3	4	4	4	9,8
Prestations de sages-femmes	2	2	2	2	2	9,2
Logopédie	0	0	0	1	1	11,7
Total thérapies spécifiques	69	72	79	80	80	3,7

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Autres types de prestations

La diversité des catégories rassemblées dans ce groupe de coûts rend toute interprétation difficile. Sans compter que les types de prestations «Coûts engendrés par d'autres facteurs» ainsi que «Types de traitement inconnus» constituent deux catégories auxquelles il est impossible d'attribuer des prestations spécifiques. Il nous faut donc renoncer à interpréter l'évolution des coûts pour ces deux catégories. Les coûts par personne assurée se rapportant aux autres types de prestations sont présentés dans le tableau 10. Dans presque toutes les catégories, on observe d'importantes hausses entre 1999 et 2003. Les coûts par tête apparaissent cependant relativement faibles si l'on se réfère à ceux des autres types de prestations. La forte hausse des coûts relevée pour les moyens et appareils mérite d'être signalée plus particulièrement.¹¹ Ces coûts sont en effet passés de 5 à 11 francs entre 1999 et 2003. Il est aussi frappant de constater que les frais de transport et de sauvetage ont été multipliés par deux, et ceux de la diététique par un et demi entre 1999 et 2003. Pour ce qui est des traitements dentaires, la progression de près de 7% en moyenne apparaît comparativement insignifiante. Le fort recul des coûts relevé pour les types de traitement inconnus est dû dans une large mesure à l'amélioration de la codification au sein du pool de données.

¹¹ Selon l'art. 25, alinéa 2, lettre b, LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les moyens et appareils qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Différents groupes de produits sont définis. Il peut s'agir p. ex. de bandages, appareils à rayons, accessoires de marche, appareils acoustiques, aides visuelles, appareils d'inhalation et de respiration, prothèses, etc. (Département fédéral de l'intérieur, 2003).

Tableau 10: Evolution des coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les autres types de prestations, en francs

	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Coûts engendrés par d'autres factureurs	24	31	31	36	35	9,5
Moyens et appareils	5	5	9	10	11	25,1
Traitements dentaires	7	7	8	8	9	7,1
Frais de transport / sauvetage	2	2	3	4	4	26,0
Diététique	1	1	1	2	2	11,0
Types de traitement inconnus	8	6	8	16	1	-38,2
Total autres types de prestations	47	54	61	76	63	7,4

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

3.2 Coûts des prestations intra-muros et des prestations ambulatoires dans divers hôpitaux

Les comparaisons effectuées entre les prestations intra-muros et ambulatoires ne se rapportent souvent qu'au secteur hospitalier. C'est pourquoi nous partons du principe que les différences d'évolution observées ci-dessus entre les secteurs intra-muros et ambulatoire concernent les prestations hospitalières et concentrons notre analyse sur les divers types d'hôpitaux. La catégorie «intra-muros» comprend les prestations hospitalières intra-muros ainsi que celles des soins en EMS et la catégorie «ambulatoire», tous les autres types de prestations. Il y a lieu de préciser également que seules les prestations des divers hôpitaux sont examinées ci-dessous, les coûts hospitaliers intra-muros ou ambulatoires imputables à des fournisseurs de prestations ou à des factureurs autres que les hôpitaux n'ayant pas été intégrés dans la présente analyse. Des écarts sont dès lors possibles par rapport aux données déjà présentées. Par ailleurs, rappelons que les informations ne se réfèrent qu'à l'assurance obligatoire des soins (AOS) et que le financement cantonal du secteur intra-muros n'est, par conséquent, pas pris en compte.

En 2003, les coûts intra-muros facturés par les divers hôpitaux de Suisse se sont montés à 762 francs par personne assurée. Les coûts de la prise en charge ambulatoire, qui se sont inscrits à 343 francs par personne assurée, ont quant à eux été nettement moins élevés. Alors que les coûts hospitaliers intra-muros ont progressé régulièrement de quelque 4% par an entre 1999 et 2003, ceux des prestations ambulatoires ont fortement augmenté, enregistrant un taux de croissance de plus de 8%. Cette remarque vaut surtout pour la période allant de 1999 à 2001 ainsi que pour l'année 2003; la hausse inférieure à 2% observée en 2002 apparaît comparativement assez faible, une explication possible étant les incertitudes susmentionnées relatives à la facturation dans les hôpitaux. Une certaine tendance au transfert des coûts du secteur intra-muros vers le secteur ambulatoire se dessine depuis quelques années dans le domaine hospitalier: si, en 1999, la part des dépenses occasionnées par les prestations ambulatoires représentait 28% du total des coûts hospitaliers, elle atteint désormais près de 31%. Le tableau 11 montre l'évolution des coûts facturés entre 1999 et 2003 par les divers types d'hôpitaux pour les prestations intra-muros et les soins ambulatoires.

Tableau 11: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les prestations intra-muros et ambulatoires dans les divers hôpitaux, en francs

		1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Hôpitaux généraux	Intra-muros	286	291	296	301	328	3,5
	Ambulatoire	146	170	183	192	210	9,4
Etablissements pour personnes âgées et malades chroniques	Intra-muros	159	166	177	188	197	5,6
	Ambulatoire	10	9	7	3	3	-26,3
Hôpitaux universitaires	Intra-muros	83	87	88	85	98	4,0
	Ambulatoire	57	62	68	68	78	8,1
Cliniques psychiatriques	Intra-muros	57	57	58	63	62	2,4
	Ambulatoire	13	14	16	15	17	6,9
Autres cliniques spécialisées	Intra-muros	67	72	70	73	77	3,7
	Ambulatoire	25	28	32	33	35	9,1
Total hôpitaux	Intra-muros	652	672	689	710	762	4,0
	Ambulatoire	252	284	306	311	343	8,1

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

C'est dans les hôpitaux généraux que l'on enregistre les coûts les plus élevés, aussi bien dans le secteur intra-muros que dans le secteur ambulatoire. En 2003, les coûts se rapportant aux prestations intra-muros ont ainsi atteint quelque 328 francs par personne assurée et ceux afférents aux prestations ambulatoires, 210 francs. Entre 1999 et 2003, les hôpitaux généraux ont aussi affiché une croissance annuelle des prestations intra-muros (+4%) nettement inférieure à celle des prestations ambulatoires (+9%). La situation est inverse dans les établissements pour personnes âgées et malades chroniques. Dans cette catégorie, les coûts intra-muros ont en effet augmenté de 6% en moyenne entre 1999 et 2003, alors que ceux occasionnés par les soins ambulatoires ont reculé de 26% par année tout en s'inscrivant, durant les années sous revue, à un niveau nettement inférieur à celui des coûts intra-muros. Cette situation s'explique par le fait que lesdits établissements fournissent surtout des prestations de soins EMS et que seule une faible proportion d'entre eux fournissent uniquement des prestations hospitalières ambulatoires, intra-muros ou semi-ambulatoires. Le recul des prestations ambulatoires dans ce groupe de fournisseurs de prestations est donc aussi lié à une meilleure codification.

Dans les hôpitaux universitaires, la différence entre les coûts intra-muros (98 francs) et les coûts ambulatoires (78 francs) est nettement moins marquée que dans les hôpitaux généraux ou les établissements pour personnes âgées et malades chroniques. Si l'on considère les taux de croissance annuels moyens, on note par ailleurs que la hausse de 8% enregistrée dans les hôpitaux universitaires pour les soins ambulatoires dépasse largement celle de 4% observée pour les prestations intra-muros. Il convient toutefois de signaler que, pour les deux types de prestations, les coûts ont diminué en 2002, avant d'augmenter à nouveau sensiblement en 2003 (15%).

78% des coûts facturés en 2003 dans les cliniques psychiatriques sont imputables aux soins intra-muros (62 francs par personne assurée), et seulement 22% (17 francs par personne assurée), aux soins ambulatoires. Les prestations ambulatoires ont considérablement augmenté entre 1999 et 2001, et plus particulièrement en 2003 (+17%), alors qu'elles avaient diminué de plus de 7% en

2002. Un recul qui s'explique probablement par le fait que les cliniques psychiatriques ont retenu leurs factures cette année-là, puisqu'en 2003, les dépenses ont à nouveau marqué une forte hausse. A l'inverse, le taux de croissance le plus élevé pour les prestations intra-muros, soit plus de 8%, a été observé en 2002, et il a même fléchi en 2003. Quant aux autres cliniques spécialisées, elles enregistrent, elles aussi, une nette hausse des coûts ambulatoires par comparaison avec les prestations intra-muros (+ 9% par an pour les prestations ambulatoires, contre + 4% par an pour les soins intra-muros).

A l'exception des établissements pour personnes âgées et malades chroniques, tous les types d'hôpitaux considérés présentent une augmentation des prestations ambulatoires nettement plus élevée que celle des soins intra-muros. Par ailleurs, on constate que les variations en pour cent des coûts des prestations intra-muros sont plus homogènes que celles des coûts ambulatoires. Ainsi, mis à part les établissements pour personnes âgées et malades chroniques, où ils ont progressé de 6% par an entre 1999 et 2003 (phénomène dû essentiellement aux prestations des soins en EMS), les coûts intra-muros affichent des taux de croissance oscillant entre 2,4% et 4%. Dans le secteur ambulatoire, les coûts ont, dans l'ensemble, enregistré des hausses allant de 6,9% à 9,4%, et ont reculé de 26% en moyenne dans les établissements pour personnes âgées et malades chroniques.

3.3 Différences régionales

3.3.1 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 dans les secteurs intra-muros et ambulatoire

Nous allons à présent analyser les coûts de l'assurance obligatoire des soins recensés par le pool de données de santésuisse en accordant une importance particulière aux facteurs régionaux. A cet effet, nous prenons comme référence le lieu de domicile des personnes assurées. Notre analyse est basée sur les sept grandes régions définies par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit une structure régionale assez fortement agrégée. Des analyses correspondantes au niveau des divers cantons seraient certes possibles, mais nous y avons renoncé.

Créées à des fins statistiques dans le sillage de l'intégration européenne, de la concentration économique et de la mondialisation, les grandes régions servent à des comparaisons régionales en Suisse et en Europe, raison pour laquelle elles sont coordonnées avec la statistique européenne. Ce découpage du pays en sept grandes régions, devenu obligatoire pour la statistique suisse en 1997 (OFS, 2003b), résulte d'un processus de plusieurs années, dans le cadre duquel les gouvernements cantonaux ont été consultés.

Le tableau 12 présente, outre la répartition des cantons dans les diverses grandes régions, le nombre d'assurés qui y sont regroupés selon le pool de données de santésuisse ainsi que le taux de couverture par rapport à la compensation des risques de l'Institution commune LAMal. La taille relative de ces grandes régions étant très variable, les coûts moyens par personne assurée sont également indiqués ci-après.

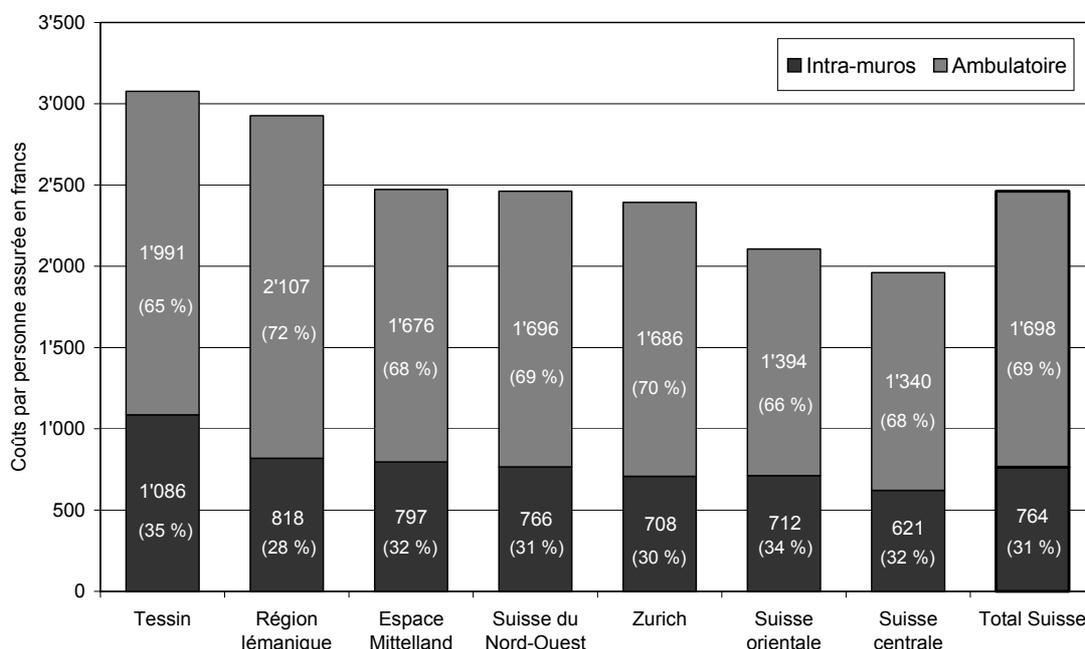
Tableau 12: Cantons composant les grandes régions selon l'OFS, nombre de personnes assurées ainsi que le taux de couverture par rapport à la compensation des risques 2003

Grande région selon l'OFS	Cantons concernés	Nombre de personnes assurées	Taux de couverture en %
Région lémanique	Genève GE, Vaud VD, Valais VS	1 230 137	92,9
Espace Mittelland	Berne BE, Fribourg FR, Jura JU, Neuchâtel NE, Soleure SO	1 589 140	93,9
Suisse du Nord-Ouest	Argovie AG, Bâle-Campagne BL, Bâle-Ville BS	960 442	94,6
Zurich	Zurich ZH	1 184 027	94,1
Suisse orientale	Appenzell Rh. int. AI, Appenzell Rh. ext. AR, Glaris GL, Grisons GR, Saint-Gall SG, Schaffhouse SH, Thurgovie TG	1 001 474	93,6
Suisse centrale	Lucerne LU, Nidwald NW, Obwald OW, Schwyz SZ, Uri UR, Zoug ZG	667 669	95,1
Tessin	Tessin TI	303 628	96,3
Total Suisse ¹²		6 959 032	94,3

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse, compensation des risques Institution commune LAMal / exploitation Obsan

Il ressort de l'illustration 4 que la grande région du Tessin et la Région lémanique affichent les coûts par tête les plus élevés avec respectivement 3077 francs et 2926 francs. Les régions de la Suisse du Nord-Ouest, de l'Espace Mittelland et de Zurich se situent, quant à elles, dans la moyenne suisse, qui est de 2426 francs, alors que la Suisse orientale, et surtout la Suisse centrale, enregistrent des coûts par tête inférieurs à la moyenne (respectivement 2106 francs et 1960 francs).



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 4: Coûts par tête intra-muros et ambulatoires occasionnés en 2003 dans les grandes régions OFS

¹² Y compris les catégories «Etranger» et «Divers» qui n'ont été attribuées à aucune grande région.

Il convient de préciser que les coûts par tête les plus élevés sont, en fait, observés dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville. Si, dans l'illustration ci-dessus, les coûts de la grande région du Tessin semblent les plus importants, c'est parce que ce canton forme à lui seul une grande région. Les données relatives aux cantons de Genève et de Bâle-Ville sont, quant à elles, additionnées à celles d'autres cantons, puis indiquées en tant que valeurs moyennes. A noter que le canton de Zurich constitue lui aussi une grande région selon la classification de l'OFS. Cette situation peut conduire à des distorsions et devrait toujours être prise en considération lors de l'interprétation des données. Par ailleurs, il faut souligner que les coûts intra-muros se réfèrent uniquement à la part AOS. Dans la mesure où les modalités régissant les subventions cantonales varient d'une région à l'autre, cela peut aussi avoir une incidence sur les parts des prestations intra-muros. La grande région du Tessin, par exemple, affiche dans le secteur intra-muros des coûts plus élevés que la Région lémanique, mais il faut savoir que, dans le canton de Genève, les hôpitaux touchent des subventions cantonales supérieures au minimum prescrit par la loi.

La question de savoir dans quelle proportion les disparités des coûts entre les grandes régions peuvent aussi être imputées à la structure d'âge des personnes assurées est examinée ci-après. A cet égard, il faut rappeler que les femmes occasionnent des dépenses plus élevées que les hommes au sein de l'assurance obligatoire des soins et que les coûts augmentent avec l'âge. Le tableau 13 indique, pour chaque région, la part des divers groupes d'âge et des deux sexes au total des personnes assurées.

Tableau 13: Structure des assurés dans les grandes régions: répartition en fonction de l'âge et du sexe, en %

Age	Hommes					Femmes				
	0-20	21-40	41-65	66+	Total	0-20	21-40	41-65	66+	Total
Région lémanique	11,99	14,20	16,00	6,01	48,20	11,46	14,61	16,78	8,94	51,80
Espace Mittelland	11,75	13,86	16,60	6,60	48,81	11,25	13,78	16,53	9,63	51,19
Suisse du Nord-Ouest	11,43	14,03	17,20	6,43	49,09	10,82	13,93	17,02	9,13	50,91
Zurich	10,79	15,23	16,71	6,23	48,96	10,21	14,89	16,88	9,06	51,04
Suisse orientale	12,59	14,04	16,41	6,09	49,42	11,96	13,77	15,86	8,85	50,58
Suisse centrale	12,52	14,89	16,36	5,86	49,64	11,98	14,65	15,63	8,10	50,36
Tessin	10,17	13,95	16,68	7,06	47,85	9,66	14,14	17,43	10,91	52,15
Total Suisse	11,70	14,32	16,57	6,28	48,91	11,15	14,24	16,56	9,12	51,09

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Considéré sur l'ensemble de la Suisse, le nombre d'assurés de sexe masculin âgés de moins de 20 ans s'inscrit à 11,7%, contre 11,2% d'assurés de sexe féminin. Les parts respectives des deux classes d'âge moyennes (personnes en âge d'exercer une activité professionnelle) sont très proches pour les deux sexes. Les écarts se creusent sensiblement pour les assurés ayant atteint l'âge de la retraite: alors que seuls 6,3% des assurés recensés par le pool de données sont des hommes âgés de plus de 65 ans, la part des femmes dans cette tranche d'âge s'inscrit à 9,1%. Cette structure observée au niveau national est également valable pour chacune des régions analysées: dans les sept régions, la part des hommes parmi les jeunes assurés est plus élevée que celle des femmes. Les deux sexes s'équilibrent ensuite plus ou moins chez les personnes en âge

de travailler, avant que les femmes ne deviennent largement majoritaires à partir de l'âge de la retraite.

Certaines différences régionales par rapport aux moyennes nationales peuvent, en partie, expliquer les écarts de coûts entre les grandes régions. On constate ainsi que ce sont la grande région du Tessin et la Région lémanique qui présentent les plus fortes proportions de femmes parmi les assurés, tandis que la Suisse centrale et la Suisse orientale affichent les proportions les plus faibles. Financièrement avantageuses, ces deux dernières régions comptent une part de jeunes assurés relativement importante. A l'opposé, c'est dans la grande région du Tessin que l'on trouve le nombre d'assurés de plus de 65 ans le plus élevé; la part des femmes ayant atteint l'âge de la retraite (10,9%) y est en outre particulièrement grande en comparaison régionale. Le niveau considérable des coûts relevé au Tessin s'explique vraisemblablement en partie par le nombre important d'assurés âgés et par la faible proportion d'enfants et d'adolescents. A l'inverse, la Suisse centrale et la Suisse orientale affichent en partie des coûts par tête relativement faibles du fait de la part élevée de jeunes assurés et de la moindre proportion d'assurés âgés.

Le tableau 14 présente la ventilation des coûts des soins ambulatoires et des soins intra-muros en fonction des sept grandes régions pour les années 1999 à 2003.

Sur les sept grandes régions, c'est la Région lémanique qui présente dans le secteur ambulatoire les coûts par tête les plus élevés (2107 francs), suivie du Tessin avec 1991 francs par personne assurée. Pour ce qui est des coûts intra-muros, la Région lémanique arrive largement derrière le Tessin avec 818 francs, contre 1086 francs. En 2003, la Région lémanique a aussi affiché la proportion de prestations ambulatoires la plus élevée, soit plus de 72%. Au Tessin et en Suisse orientale, en revanche, la part des coûts ambulatoires n'atteint que respectivement 65% et 66%; dans les autres régions, c'est-à-dire au niveau national, on observe des taux se situant entre 67% et 70%. Aucune corrélation n'a cependant pu être établie entre le montant des dépenses et la ventilation des coûts entre le secteur ambulatoire et le secteur intra-muros.

La plus forte croissance des dépenses est enregistrée dans la grande région du Tessin, où les coûts totaux ont augmenté de plus de 6% en moyenne entre 1999 et 2003. Ce taux de croissance élevé est surtout imputable à l'évolution des coûts dans le secteur intra-muros, où la hausse moyenne s'inscrit à 8%, alors que dans le secteur ambulatoire, elle n'atteint que 5% par an. La Suisse centrale affiche, elle aussi, une forte progression des coûts (6% par an). Dans cette région, toutefois, les prestations ambulatoires ont connu une hausse de 7%, soit un taux de croissance plus marqué que celui des prestations intra-muros (+ 5%). Malgré la nette progression des coûts observée au cours des cinq dernières années, la Suisse centrale est la région qui présente les coûts par tête les plus faibles. Quant à la grande région de Zurich, elle présente le taux de croissance moyen le moins élevé avec 4%, un résultat qui s'explique avant tout par l'évolution des coûts dans le secteur des soins intra-muros, où la progression est demeurée faible.

Tableau 14: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les prestations intra-muros et ambulatoires dans les sept grandes régions, en francs

		1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Région lémanique	Intra-muros	718	755	794	767	818	3,3
	Ambulatoire	1756	1888	2032	2132	2107	4,7
	Total	2474	2643	2826	2899	2926	4,3
Espace Mittelland	Intra-muros	651	686	693	733	797	5,2
	Ambulatoire	1318	1474	1554	1606	1676	6,2
	Total	1970	2160	2247	2339	2473	5,9
Suisse du Nord-Ouest	Intra-muros	677	707	708	729	766	3,1
	Ambulatoire	1368	1469	1590	1638	1696	5,5
	Total	2044	2176	2298	2367	2461	4,8
Zurich	Intra-muros	696	674	701	722	708	0,4
	Ambulatoire	1372	1498	1576	1614	1686	5,3
	Total	2068	2172	2277	2336	2393	3,7
Suisse orientale	Intra-muros	593	606	613	664	712	4,7
	Ambulatoire	1107	1200	1263	1301	1394	5,9
	Total	1700	1806	1876	1965	2106	5,5
Suisse centrale	Intra-muros	519	529	560	561	621	4,6
	Ambulatoire	1029	1140	1243	1285	1340	6,8
	Total	1548	1670	1803	1845	1960	6,1
Tessin	Intra-muros	790	852	886	961	1086	8,3
	Ambulatoire	1636	1790	1883	1972	1991	5,0
	Total	2426	2642	2768	2934	3077	6,1
Total Suisse	Intra-muros	655	676	693	717	764	3,9
	Ambulatoire	1359	1485	1579	1637	1698	5,7
	Total	2014	2161	2272	2354	2462	5,1

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Par ailleurs, dans toutes les grandes régions (à l'exception du Tessin) comme dans la Suisse entière, la progression des coûts en pour cent est plus marquée dans le domaine ambulatoire que dans le domaine intra-muros. Cet écart est particulièrement manifeste dans la grande région de Zurich, alors que, dans le secteur intra-muros, l'augmentation des coûts est plutôt minime (0,4% en moyenne), le taux de croissance annuel constaté dans le domaine ambulatoire est nettement supérieur (plus de 5%). La faiblesse du taux de croissance des prestations intra-muros est due avant tout au recul des coûts enregistré en 2000 et en 2003. Comme évoqué précédemment, le Tessin est la seule grande région à afficher une croissance en pour cent plus élevée dans le domaine intra-muros que dans celui des prestations ambulatoires. Cette évolution s'explique essentiellement par la situation de 2003, où les coûts facturés pour les soins intra-muros ont progressé de 13%, contre 1% seulement pour les prestations ambulatoires.

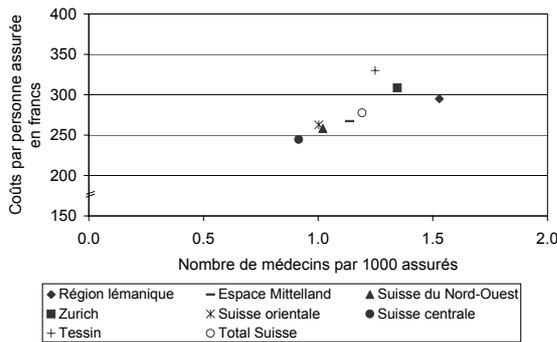
Dans l'ensemble, les variations en pour cent des coûts occasionnés par les soins ambulatoires entre 1999 et 2003 dans les différentes grandes régions semblent être plus homogènes que celles des coûts de la prise en charge intra-muros. Ainsi, dans la plupart des grandes régions, la progression la plus forte dans le domaine ambulatoire a été constatée en 2000 et en 2001, et la plus faible (à l'exception de la Région lémanique et de la grande région du Tessin), en 2002. Les coûts de la prise en charge ambulatoire dans les grandes régions ont donc enregistré une augmentation annuelle de 5% à 7%. En ce qui concerne les prestations intra-muros, les coûts varient de manière très contrastée dans les sept grandes régions. On observe en effet un recul des coûts dans certaines régions (Région lémanique en 2002, Zurich en 2000 et en 2003), alors que,

dans d'autres régions et durant d'autres années, les coûts ont parfois été en nette augmentation. Les coûts intra-muros ont enregistré le taux de croissance le plus marqué en 2003 dans la plupart des grandes régions. Au cours des cinq dernières années, les coûts liés à la prise en charge intra-muros se sont accrus de 0,4 à 8% en moyenne, soit une fourchette nettement plus étendue que dans le secteur ambulatoire.

3.3.2 Corrélation entre la part de spécialistes et le niveau des coûts dans les grandes régions

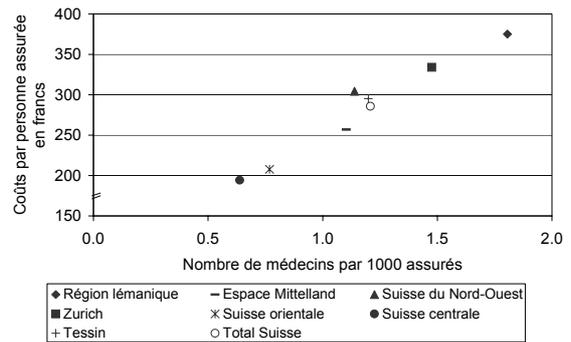
La structure des professions médicales en Suisse est souvent évoquée pour justifier le haut niveau des coûts de la santé. De nombreux spécialistes décomptent leurs prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins; autrement dit, trop de prestations sont fournies par des spécialistes – dont les tarifs sont, par définition, chers – plutôt que par des médecins de premier recours. Le pool de données permettant l'examen des informations relatives aux spécialistes dans le domaine de la prise en charge ambulatoire, le présent chapitre a pour but de comparer les grandes régions et leur structure de coûts respective avec la structure des professions médicales évoquée plus haut. Si les analyses se fondent, ici aussi, sur le lieu de domicile des personnes assurées, le calcul du nombre de médecins factureurs a été effectué sur la base des régions d'établissement des fournisseurs de prestations (statistique des factureurs).

Les illustrations 5 et 6 montrent, respectivement pour les médecins de premier recours et pour les spécialistes, les coûts facturés par personne assurée pour les traitements ambulatoires, ainsi que la densité de médecins dans chacune des grandes régions observées. Il convient ici de signaler que les différentes spécialisations médicales recensées dans le pool de données ne coïncident pas avec celles de la Fédération des médecins suisses (FMH). Par ailleurs, le nombre de médecins par grande région ne correspond pas au nombre de médecins en exercice, mais au nombre de numéros du registre des codes-créanciers utilisés pour décompter des prestations au cours d'une période d'activité. Le pool de données contient davantage de fournisseurs de prestations que la FMH, car il inclut les factures encore impayées de médecins ayant cessé de pratiquer et qui seront réglées par les assureurs-maladie. Dans le même ordre d'idées, comme il peut aussi y avoir des différences notamment dans le recensement des cabinets communautaires, des temps partiels et de la psychothérapie déléguée, les données doivent être interprétées avec circonspection.



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 5: Coûts en 2003 pour les traitements ambulatoires et nombre de médecins factureurs (médecins de premier recours)



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 6: Coûts en 2003 pour les traitements ambulatoires et nombre de médecins factureurs (spécialistes)

Avec 330 francs par personne assurée, ce sont les médecins de premier recours de la grande région du Tessin qui facturent le plus de frais pour les traitements ambulatoires en cabinet médical, suivis de Zurich et de la Région lémanique, qui s'inscrivent à respectivement 309 et 295 francs. Du côté des spécialistes, la Région lémanique est en tête avec 375 francs par personne assurée, suivie de Zurich (334 francs) et de la Suisse du Nord-Ouest (304 francs). Les coûts les plus bas, aussi bien chez les médecins de premier recours que chez les spécialistes, ont été observés dans la grande région de la Suisse centrale. La comparaison du nombre de médecins factureurs des différentes grandes régions et des coûts par personne assurée démontre que la densité de médecins influe sur les coûts dans une certaine mesure. En effet, les régions présentant une densité élevée de médecins (Région lémanique, Tessin, Zurich, p. ex.) sont aussi celles qui affichent les coûts par tête les plus importants dans le secteur ambulatoire. Dans les régions à faible densité de médecins, en revanche (Suisse orientale et Suisse centrale, p. ex.), les coûts se situent à un niveau plus modeste. Cette corrélation s'applique aussi bien aux médecins de premier recours qu'aux spécialistes.

L'analyse de la corrélation coûts-densité de médecins au niveau cantonal (effectuée au moyen du coefficient de corrélation de Pearson) a débouché sur des valeurs significatives élevées chez les médecins de premier recours comme chez les spécialistes. La corrélation entre coûts et densité de médecins est néanmoins plus marquée chez les spécialistes ($r=0,907$; $p<.01$) que chez les médecins de premier recours ($r=0,683$; $p<.01$). En outre, une étude menée par Horisberger et Schmid (2004) met également le doigt sur la corrélation positive élevée existant entre les coûts occasionnés par les traitements dispensés par des médecins et la densité de médecins. Les auteurs de ce rapport parviennent cependant à la conclusion qu'il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre l'augmentation des coûts observée de 1999 à 2002 et les variations de la densité de médecins au cours de la même période. L'analyse des données disponibles n'a pas non plus permis de conclure à une corrélation entre les variations en pour cent des coûts par tête pour les soins ambulatoires prodigués par des médecins entre 1999 et 2003 et les variations en pour cent du nombre de médecins factureurs (médecins de premier

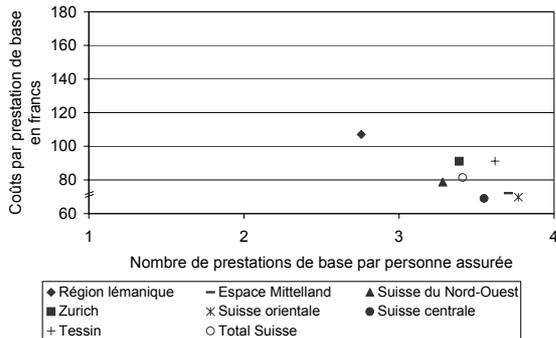
recours) durant la même période. La corrélation est néanmoins plus évidente chez les spécialistes ($r=0,488$; $p<.05$). Toujours est-il que les différences de coûts entre les cantons ou les régions ne s'expliquent pas uniquement par les écarts de densité de médecins, mais sont également dues à d'autres facteurs. Dans leur étude, Rüefli et Vatter (2001) ont en effet constaté que l'augmentation des coûts de la santé était induite par la demande (forte proportion de personnes âgées, haut degré d'urbanisation, etc.), par l'offre (forte densité de médecins, degré élevé de prise en charge médicale, peu de dispensation directe, etc.), par les pouvoirs publics et par la politique.

Les illustrations 7 et 8 montrent que, tant pour toutes les grandes régions que pour la Suisse entière, les coûts par tête par prestation de base¹³ sont plus élevés chez les spécialistes que chez les médecins de premier recours. Les traitements prodigués par les spécialistes sont donc plus onéreux que ceux dispensés par les médecins de premier recours. Des divergences peuvent cependant être observées à ce niveau entre les grandes régions: alors que, dans la Région lémanique et à Zurich, les coûts les plus importants sont occasionnés par les spécialistes (respectivement 172 francs et 166 francs), les coûts par prestation de base facturés par ces derniers se situent dans la moyenne nationale en Suisse centrale, dans la Suisse du Nord-Ouest et au Tessin (150 francs). Les prestations de base les moins chères fournies par des spécialistes sont observées en Suisse orientale (138 francs) et dans l'Espace Mittelland (130 francs). Une prestation de base est facturée 107 francs chez les médecins de premier recours de la Région lémanique, et 91 francs au Tessin et dans la grande région de Zurich. Dans la Suisse du Nord-Ouest, le prix d'une prestation de base chez un médecin de premier recours se situe également dans la moyenne nationale, soit 80 francs, tandis que les coûts par prestation de base les plus modiques se recensent dans les grandes régions de l'Espace Mittelland (72 francs), de la Suisse orientale (70 francs) et de la Suisse centrale (69 francs). Les écarts de coûts les plus nets entre spécialistes et médecins de premier recours s'observent dans les grandes régions de la Suisse orientale et de la Suisse centrale, où les médecins spécialistes facturent des coûts par prestation de base près de deux fois – voire plus de deux fois – plus élevés que les médecins de premier recours. Dans la Région lémanique, les coûts facturés par les spécialistes pour une prestation de base ne sont comparativement que de 61% et, dans la grande région du Tessin, que de 55% plus élevés que ceux des médecins de premier recours.

Les illustrations 7 et 8 présentent également le nombre de prestations de base par personne assurée. Toutes grandes régions confondues, les assurés consultent plus fréquemment un médecin de premier recours qu'un spécialiste; certains écarts entre grandes régions sont néanmoins très marqués. Ainsi, les assurés de Suisse orientale sont ceux qui se rendent le plus souvent chez un médecin de premier recours, avec 3,8 prestations de base par année et par personne. Ils sont suivis par les assurés de l'Espace Mittelland (3,7 prestations de base) et ceux du Tessin (3,6 prestations de base). Les personnes assurées qui font le moins appel aux prestations de base fournies par des médecins de premier recours sont celles de la Région lémanique (2,8 prestations de base par année). On constate ici que ces assurés sont aussi ceux qui recourent le plus à des prestations de base auprès de spécialistes. La Suisse du Nord-Ouest et le

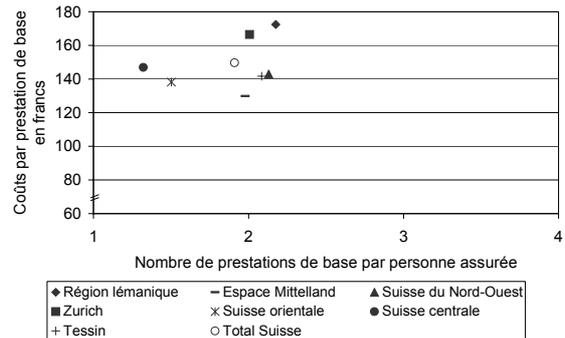
¹³ La prestation de base désigne la somme des consultations médicales et des visites à domicile.

Tessin affichent 2,1 prestations de base par année et par personne assurée, alors qu'à Zurich, les personnes assurées consultent un spécialiste près de deux fois par an. Avec respectivement 1,5 et 1,3 prestation de base par année, les assurés de Suisse orientale et de Suisse centrale sont ceux qui font le moins appel à des spécialistes, ce qui permet de déduire que les personnes assurées de ces deux grandes régions vont nettement plus souvent chez des médecins de premier recours que chez des spécialistes. Cette différence n'est pas aussi évidente chez les assurés de la Région lémanique.



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 7: Nombre de prestations de base facturées en 2003 et coûts par prestation de base (médecins de premier recours)



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 8: Nombre de prestations de base facturées en 2003 et coûts par prestation de base (spécialistes)

3.4 Différences selon l'âge et le sexe

3.4.1 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 selon l'âge des personnes assurées

Pour les soins ambulatoires comme pour les soins intra-muros, les coûts par personne assurée augmentent avec l'âge. Comme le montre le tableau 15, les personnes assurées âgées de plus de 66 ans, toutes catégories confondues et sur les cinq années sous revue, présentent les coûts par tête les plus élevés, suivies des 19 à 65 ans, puis des 0 à 18 ans. Les prestations les plus étroitement liées à l'âge sont celles dispensées dans les EMS ainsi que les prestations de soins ambulatoires, auxquelles les assurés de plus de 66 ans ont nettement plus souvent recours que les personnes moins âgées. En revanche, concernant les prestations fournies par les médecins, les analyses de laboratoires et les «Autres types de prestations», les coûts occasionnés par les assurés âgés sont certes toujours supérieurs à ceux engendrés par les plus jeunes, mais les écarts sont néanmoins plus faibles que dans les autres catégories. En résumé, les coûts intra-muros présentent un lien plus étroit avec l'âge que les coûts afférents aux soins ambulatoires.

En observant l'évolution des coûts par tête facturés pour les soins ambulatoires ou intra-muros, il est frappant de constater que, au cours des cinq dernières années, les coûts des traitements ambulatoires prodigués aux adultes ont connu une hausse sensible (en moyenne + 6% pour les

plus de 66 ans et + 5% pour les 19 à 65 ans). Du côté des coûts intra-muros, la hausse est moins forte pour ces deux groupes d'âge (respectivement + 3% et + 4% par an). En ce qui concerne les enfants, on observe un taux de croissance annuel de 4% dans le secteur ambulatoire, et de 6% dans le secteur intra-muros. Ainsi, chez les enfants, on ne constate pas une hausse des coûts plus marquée dans le secteur ambulatoire. Par contre, le taux de croissance relevé dans le domaine intra-muros s'avère supérieur.

Dans le secteur intra-muros, on notera à la fois la faible hausse des coûts hospitaliers (2%) et la forte augmentation des coûts de la prise en charge dans les EMS (plus de 5% en moyenne) pour la tranche d'âge des plus de 66 ans. Il convient de préciser que les dépenses occasionnées par les autres groupes d'âge dans les EMS ont aussi enregistré une nette augmentation. Cependant, étant donné que les coûts par tête dans ce secteur sont modestes, cette augmentation n'a qu'une portée limitée. Concernant les coûts d'hospitalisation intra-muros, on note une hausse sensible dans la tranche d'âge des 19 à 65 ans, avec un accroissement annuel de plus de 3%, et surtout dans la tranche d'âge des 0 à 18 ans, avec une progression annuelle moyenne de 6%. C'est donc pour le groupe le plus avancé en âge que les coûts d'hospitalisation intra-muros ont enregistré la progression la plus minime.

S'agissant du domaine ambulatoire, les hausses les plus sensibles relevées en chiffres absolus pour les personnes âgées de plus de 66 ans se rapportent aux médicaments. Dans ce groupe d'âge, les coûts ont progressé de 8% par an pour s'établir à 1497 francs. Viennent ensuite les prestations fournies par les médecins, qui ont subi une hausse moyenne de 5% chez les plus de 66 ans. A l'inverse, chez les 19 à 65 ans et les 0 à 18 ans, ce sont avant tout les prestations fournies par les médecins qui sont à l'origine de la hausse des coûts: celles-ci ont augmenté de 129 francs (soit 4% annuels) par personne assurée chez les 19 à 65 ans pour atteindre 837 francs en 2003; chez les plus jeunes, ces prestations ont enregistré un taux de croissance moyen de 3% (+ 52 francs). Les coûts générés par les médicaments ont également pris l'ascenseur dans ces deux tranches d'âge, d'une manière moins nette cependant chez les enfants (4% en moyenne) que chez les 19 à 65 ans (7% par an). En ce qui concerne les soins ambulatoires et les analyses de laboratoires, les coûts occasionnés par les enfants ont progressé plus lentement au cours des cinq années observées que ceux engendrés par les deux autres groupes d'âge. Dans le domaine des thérapies spécifiques, le taux de croissance est plus élevé chez les enfants (+ 5%) que chez les adultes (+ 3% chez les 19 à 65 ans, + 4% chez les plus de 66 ans).

Tableau 15: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les prestations intra-muros et ambulatoires par groupe d'âge, en francs

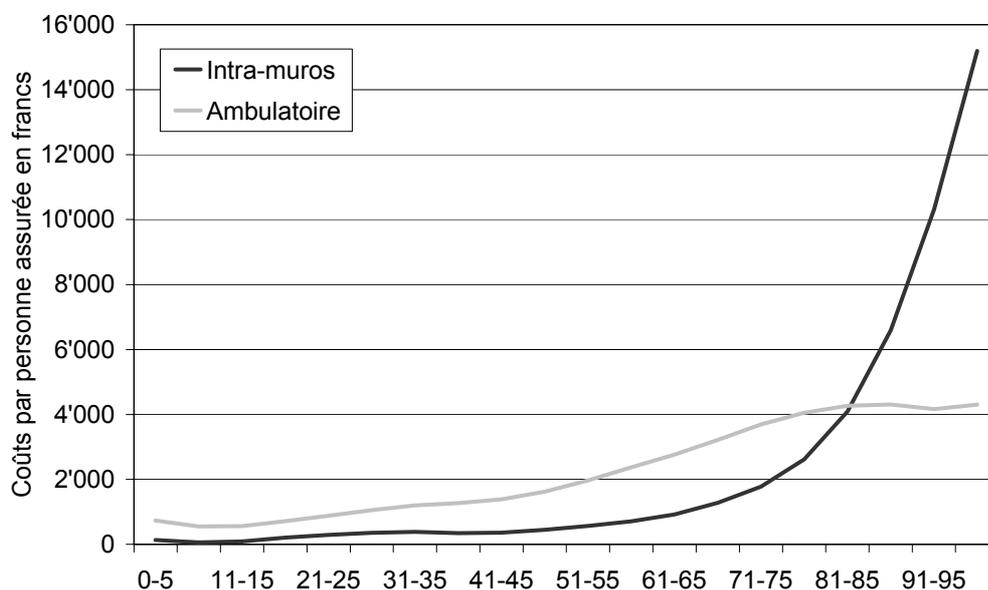
			1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Prestations intra-muros	Secteur hospitalier intra-muros	0-18	91	96	102	104	113	5,6
		19-65	386	398	404	406	438	3,2
		66+	1583	1584	1575	1562	1681	1,5
		Total	499	510	517	519	563	3,0
	EMS	0-18	0	0	0	1	1	33,9
		19-65	15	16	17	24	23	10,4
		66+	994	1043	1099	1195	1211	5,1
		Total	156	165	176	197	201	6,6
	Total prestations intra-muros	0-18	91	97	102	105	114	5,7
		19-65	402	414	421	430	461	3,5
		66+	2577	2627	2673	2757	2892	2,9
		Total	655	676	693	717	764	3,9
Prestations ambulatoires	Prestations fournies par les médecins	0-18	375	394	411	407	427	3,3
		19-65	708	761	797	798	837	4,3
		66+	1405	1523	1624	1597	1686	4,7
		Total	739	796	840	838	883	4,5
	Médicaments	0-18	103	108	109	117	119	3,7
		19-65	367	414	434	469	484	7,1
		66+	1114	1259	1328	1424	1497	7,7
		Total	420	475	501	541	564	7,6
	Soins ambulatoires	0-18	1	1	1	1	1	4,3
		19-65	8	8	9	10	11	10,6
		66+	181	194	213	225	252	8,7
		Total	32	34	38	41	46	10,1
	Thérapies spécifiques	0-18	19	20	23	23	23	5,3
		19-65	74	76	83	84	83	2,9
		66+	121	127	142	142	144	4,4
		Total	69	72	79	80	80	3,7
	Analyses de laboratoires	0-18	16	16	18	17	18	2,4
		19-65	59	62	67	69	69	3,8
		66+	71	78	85	88	90	6,3
		Total	52	55	59	61	62	4,5
	Autres types de prestations	0-18	32	36	39	45	42	7,4
		19-65	43	49	54	68	57	7,5
		66+	88	99	109	144	113	6,5
		Total	47	54	61	76	63	7,4
	Total prestations ambulatoires	0-18	545	575	600	611	629	3,7
		19-65	1258	1370	1445	1498	1541	5,2
		66+	2980	3279	3501	3620	3783	6,1
		Total	1359	1485	1579	1637	1698	5,7
Total	0-18	636	672	703	716	743	4,0	
	19-65	1660	1785	1866	1928	2002	4,8	
	66+	5557	5906	6175	6377	6675	4,7	
	Total	2014	2161	2272	2354	2462	5,1	

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Si l'on considère les coûts intra-muros et les coûts ambulatoires occasionnés en 2003 par groupe d'âge quinquennal, les coûts se répartissent comme présenté dans l'illustration 9. Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas d'une évolution biographique des coûts permettant de tirer des

conclusions sur les variations de coûts liées à l'âge des personnes assurées. Il est plutôt question ici de la structure actuelle des coûts afférente aux différents groupes d'âge.



Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004
 Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 9: Coûts par tête en 2003 pour les soins intra-muros et ambulatoires par groupe d'âge quinquennal, en francs

Dans la tranche d'âge des 0 à 25 ans, les coûts induits par les soins ambulatoires évoluent parallèlement aux coûts liés aux prestations intra-muros, bien que supérieurs de 500 francs environ par personne assurée. Dans les tranches d'âge supérieures, les deux groupes de coûts suivent une évolution contrastée: alors que les dépenses pour soins ambulatoires augmentent de manière constante, les coûts intra-muros progressent plus lentement jusqu'à la tranche d'âge des 56 à 60 ans, où ils enregistrent une hausse sensible. Chez les personnes âgées de 81 à 85 ans, les coûts intra-muros sont supérieurs à ceux liés aux traitements ambulatoires. On peut donc affirmer que les coûts augmentent avec l'âge dans les deux secteurs. Alors que cette progression est pour ainsi dire linéaire dans le domaine ambulatoire, elle est exponentielle dans le domaine intra-muros. Cette envolée des coûts est essentiellement imputable aux prestations fournies dans les EMS, lesquelles sont de plus en plus sollicitées à mesure que les personnes assurées avancent en âge.

3.4.2 Evolution des coûts entre 1999 et 2003 selon le sexe

Outre l'âge, le sexe a également une influence sur le niveau des coûts de l'assurance obligatoire des soins. Le tableau 16 montre les coûts liés aux différents groupes de types de prestations, répartis par sexe. On y constate que, durant les cinq années sous revue et pour tous les types de prestations – à l'exception des «Autres types de prestations» en 2003 –, les femmes présentent

des coûts par tête plus élevés que les hommes. Les écarts les plus marqués sont enregistrés dans les EMS, où les coûts occasionnés sont presque trois fois plus importants chez les femmes que chez les hommes. Cet état de fait est vraisemblablement dû aux différences de comportement entre les sexes en matière de soins. En effet, les femmes soignent souvent leur époux, tandis qu'elles-mêmes dépendent des établissements médico-sociaux en raison de leur espérance de vie plus longue. Les femmes engendrent des coûts deux fois supérieurs à ceux des hommes dans les domaines des soins ambulatoires, des analyses de laboratoires (ratio de 1,8) et des thérapies spécifiques (ratio de 1,7). Les écarts les plus faibles entre les deux sexes s'observent dans le secteur hospitalier intra-muros (ratio de 1,2) et dans celui des «Autres types de prestations», où les hommes génèrent autant de coûts que les femmes.

Tableau 16: Coûts par tête entre 1999 et 2003 pour les principales catégories de prestations intra-muros et ambulatoires selon le sexe, en francs

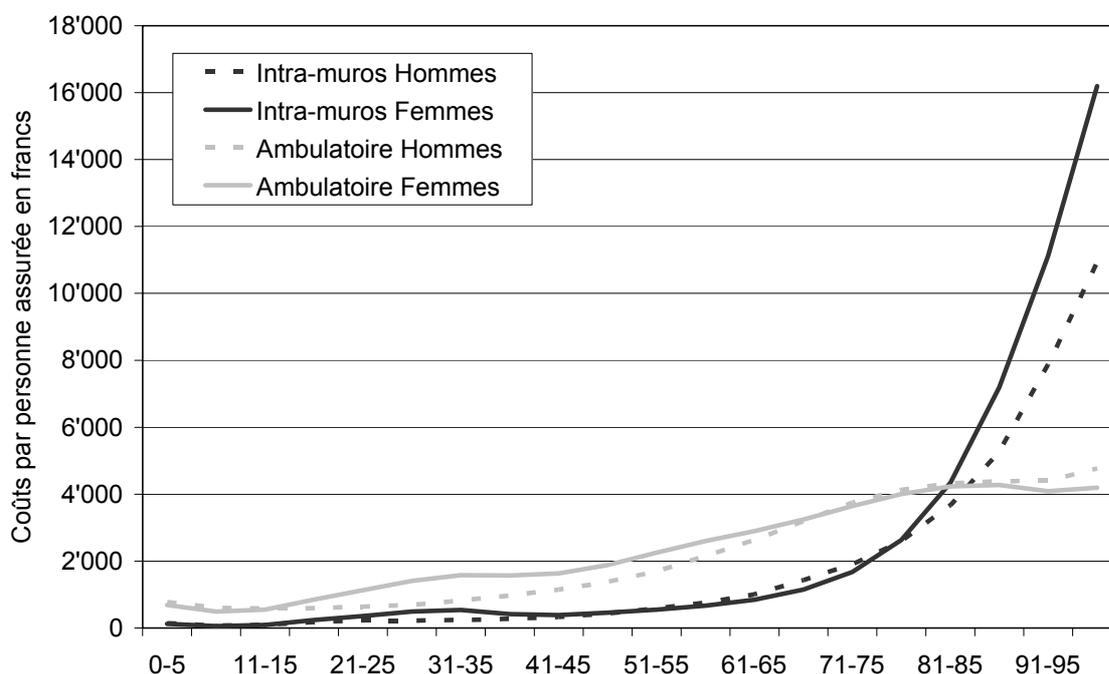
			1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne en %
Prestations intra-muros	EMS	Hommes	76	81	86	101	103	7,9
		Femmes	232	246	262	289	295	6,3
		Total	156	165	176	197	201	6,6
	Secteur hospitalier intra-muros	Hommes	443	456	464	471	513	3,7
		Femmes	552	561	567	566	610	2,5
		Total	499	510	517	519	563	3,0
	Total prestations intra-muros	Hommes	519	537	550	571	617	4,4
		Femmes	783	807	829	856	905	3,7
		Total	655	676	693	717	764	3,9
Prestations ambulatoires	Prestations fournies par les médecins	Hommes	616	664	704	708	757	5,3
		Femmes	857	921	971	962	1'003	4,0
		Total	739	796	840	838	883	4,5
	Médicaments	Hommes	366	414	439	475	500	8,1
		Femmes	472	533	559	605	626	7,3
		Total	420	475	501	541	564	7,6
	Soins ambulatoires	Hommes	21	22	25	27	31	9,8
		Femmes	42	46	51	54	61	10,2
		Total	32	34	38	41	46	10,1
	Thérapies spécifiques	Hommes	51	53	59	59	59	3,6
		Femmes	87	90	99	100	100	3,8
		Total	69	72	79	80	80	3,7
	Analyses de laboratoires	Hommes	37	39	42	44	44	4,2
		Femmes	66	69	75	77	79	4,6
		Total	52	55	59	61	62	4,5
	Autres types de prestations	Hommes	44	50	57	71	63	9,4
		Femmes	50	57	62	78	62	5,7
		Total	47	54	61	76	63	7,4
	Total prestations ambulatoires	Hommes	1135	1242	1326	1383	1454	6,4
		Femmes	1572	1715	1817	1877	1931	5,3
		Total	1359	1485	1579	1637	1698	5,7
Total	Hommes	1655	1779	1876	1955	2070	5,8	
	Femmes	2356	2521	2646	2733	2836	4,7	
	Total	2014	2161	2272	2354	2462	5,1	

Etat des données: mise à jour annuelle 28.04.2004

Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Durant les cinq dernières années, les coûts occasionnés par les hommes et les femmes ont évolué de façon très semblable. Au total, pour la plupart des types de prestations, on observe une tendance à la hausse du taux de croissance des coûts imputables aux hommes, d'où un léger resserrement des écarts entre les sexes durant la période 1999–2003.

En fait, les différences entre les hommes et les femmes sont le plus souvent liées à l'âge des personnes assurées. Aussi nous efforcerons-nous de ventiler les coûts des soins ambulatoires et intra-muros en fonction non seulement du sexe, mais aussi de l'âge. L'illustration 10 présente l'évolution des coûts par tête des prestations ambulatoires et intra-muros par sexe et par groupe d'âge quinquennal pour 2003.



Etat des données: mise à jour annuelle 24.04.03
 Source: pool de données santésuisse / exploitation Obsan

Illustration 10: Coûts par tête en 2003 pour les soins intra-muros et ambulatoires par sexe et par groupe d'âge quinquennal

Jusqu'à l'âge de 15 ans, les garçons engendrent, dans les domaines ambulatoire et intra-muros, des coûts par tête plus importants que les filles en raison des problèmes de santé liés à leur croissance. Entre 16 et 45 ans, c'est au tour des femmes d'être à l'origine de frais plus élevés. Dans la tranche d'âge des 26 à 35 ans, elles occasionnent – maternité oblige – deux fois plus de coûts intra-muros et ambulatoires que les hommes. A partir de l'âge de 46 ans, les écarts entre les sexes diminuent. Si, à partir de 66 ans, les coûts des soins ambulatoires s'équilibrent entre les hommes et les femmes, les coûts par tête générés par les hommes de 51 à 75 ans dépassent ceux induits par les femmes. Ce haut niveau des coûts chez les hommes s'observe à un âge où ceux-ci présentent un taux de mortalité comparativement élevé. A cet égard, à en croire certaines études, ce ne serait pas l'âge à proprement parler, mais l'imminence de la mort qui serait responsable de

la hausse des coûts chez les personnes âgées (Zweifel et al., 1995; Beck et Käser-Meier, 2003). Chez les 76 ans et plus, ce sont à nouveau les femmes qui engendrent des coûts intra-muros supérieurs à ceux des hommes. Cette situation est avant tout imputable aux prestations en soins EMS et aux coûts facturés dans les services de gériatrie des hôpitaux.

En résumé, on constate que les différences observées selon les sexes durant la première moitié de la vie sont les mêmes dans les domaines intra-muros et ambulatoire: entre 0 et 15 ans, les garçons génèrent davantage de coûts par tête que les filles, tandis qu'entre 16 et 45 ans, ce sont les femmes qui engendrent des coûts sensiblement plus élevés. Au cours de la seconde moitié de la vie, les différences entre les sexes sont plus contrastées dans l'un et l'autre secteur. Ainsi, les coûts générés par les femmes âgées de 46 à 65 ans dans le domaine ambulatoire sont supérieurs à ceux des hommes; à partir de 66 ans, les coûts sont à peu près équivalents pour les deux sexes. Dans le domaine intra-muros, par contre, les coûts induits par les hommes âgés de 51 à 75 ans sont supérieurs à ceux des femmes; dans la tranche d'âge supérieure, ce sont à nouveau les femmes qui présentent des coûts par tête sensiblement plus importants.

L'analyse différenciée des coûts de la santé selon le sexe effectuée par Camenzind et Meier (2004) démontre qu'une grande part des coûts AOS occasionnés par les femmes s'explique par une espérance de vie plus longue, par les coûts liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que par les différences observées entre les femmes et les hommes dans le domaine de l'assurance-accidents. Alors que les assureurs-maladie font état de dépenses plus élevées pour les premières que pour les seconds, la situation est inversée dans les autres assurances sociales: les hommes génèrent nettement plus de coûts dans l'assurance-accidents, dans l'assurance-invalidité, dans l'assurance-vieillesse et survivants ainsi que dans l'assurance militaire. Si l'on tient compte également des prestations, les femmes contribuent de toute évidence davantage que les hommes à soulager le système de santé puisqu'elles assument une part plus importante des soins dispensés à domicile sans aucune rémunération.

4 Conclusion

Le présent travail avait pour objectif d'analyser en détail l'évolution des coûts dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins pendant la période s'étendant de 1999 à 2003. Il s'agissait en particulier d'étudier de manière approfondie les dissimilitudes entre les domaines ambulatoire et intra-muros. Les résultats de cette étude révèlent que, dans l'ensemble, les coûts par tête ont davantage augmenté dans le secteur ambulatoire (+ 25%) que dans le secteur intra-muros (+ 17%) durant les cinq années observées, même si, au cours de la dernière année sous revue, des taux de croissance plus importants ont été constatés dans le domaine intra-muros. Cette évolution s'explique en partie par le fait que, compte tenu des incertitudes liées à la facturation de la contribution de base des assurés ayant souscrit une assurance complémentaire, de nombreux hôpitaux ont tardé à envoyer leurs factures pour l'année 2002 ou ne l'ont tout simplement pas fait. Les factures en question n'ont donc été acquittées par les assurances-maladie qu'au cours de l'année suivante. Si les résultats présentés font état d'un taux de croissance plus marqué dans le domaine ambulatoire, nous ne saurions néanmoins parler d'un transfert durable des coûts totaux du secteur intra-muros vers le secteur ambulatoire au cours de la période considérée. Dans le domaine hospitalier, par contre, on assiste à un certain transfert des coûts du domaine intra-muros vers le domaine ambulatoire ou semi-ambulatoire. En effet, alors que la part des dépenses occasionnées par les prestations ambulatoires représentait 28% du total des coûts hospitaliers en 1999, elle a entre-temps atteint près de 31%.

L'analyse de la période 1999-2003 permet de dessiner quelques tendances. Cependant, une analyse ciblée de l'évolution des coûts passerait par l'observation de séries chronologiques plus longues, d'autant que des variations annuelles importantes sont possibles dans le sillage de nombreuses modifications intervenant dans le domaine de l'assurance-maladie.

Il convient également de retenir que les données à notre disposition se limitent au domaine de l'assurance obligatoire des soins AOS. Par conséquent, l'évolution des coûts présentée dans les domaines ambulatoire et intra-muros se réfère uniquement aux coûts pris en charge par les assureurs-maladie (y c. participation aux coûts des personnes assurées). Les résultats de la présente analyse ne permettent donc pas de tirer des conclusions sur l'évolution des coûts du système de santé dans son ensemble. En effet, outre les assureurs-maladie, d'autres agents payeurs entrent en ligne de compte. Dans le cadre des coûts de la santé, l'Etat assume par exemple essentiellement les prestations intra-muros, d'où, parfois, une répartition du financement différente de celle prévalant dans l'AOS. La part du secteur intra-muros aux dépenses de santé a atteint en 2002 son plus haut niveau, avec 48%, part à laquelle les cantons ont dû contribuer dans une mesure supérieure à celle de la progression des coûts. A l'inverse, la part des dépenses pour les soins ambulatoires aux coûts de la santé est en légère baisse depuis l'année 2000 (Office fédéral de la statistique, 2004). Ces résultats divergent de la présente analyse du fait que le tiers afférent à l'assurance obligatoire des soins ne saurait être simplement extrapolé.

Les données sur la base desquelles les analyses ont été effectuées ne tiennent compte que d'un tiers environ des coûts du système suisse de santé, le pool de données ne contenant que des informations relatives à l'assurance obligatoire des soins. En comparaison avec la statistique

«Coûts du système de santé» de l'Office fédéral de la statistique, le pool de données permet néanmoins de ventiler les coûts des fournisseurs de prestations par type de prestation, par région, par canton, par âge et par sexe et, ainsi, d'obtenir des résultats aussi détaillés qu'intéressants dans le cadre du débat public actuellement en cours sur les coûts de l'assurance-maladie. Les présents résultats vont dans cette direction et identifient, sur la base de différentes dimensions, les coûts, respectivement le développement des coûts, supérieurs à la moyenne. Là où un besoin spécifique sera perçu par les décideurs, les domaines respectifs devront encore être analysés de manière plus détaillée et avec d'autres sources disponibles. C'est seulement ensuite que les possibilités d'action concrètes pourront être définies. En ce sens, il serait souhaitable de disposer de données complètes ne se limitant pas à l'assurance obligatoire des soins, afin d'être en mesure de tirer des conclusions sur les coûts globaux de la santé en Suisse. Dans ce contexte, il reste encore beaucoup à faire, en particulier dans le secteur ambulatoire.

5 Bibliographie

- Beck, Konstantin et Käser-Meier, Urs (2003). Les coûts maladie en cas de décès – une analyse statistique descriptive. *Managed Care*, 2, p. 24–26.
- Camenzind, Paul et Meier, Claudia (2004) (éd.). Les coûts de la santé selon le sexe – Analyse différenciée des données pour la Suisse. Avec la collaboration de Paola Coda Berteau, Isabelle Sturny, Fabienne Peter et Elisabeth Zemp Stutz. Berne: Hans Huber.
- Département fédéral de l'intérieur (2003). Liste des moyens et appareils (LiMA). Annexe 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) du 29 septembre 1995. Berne.
- Horisberger, Bruno et Schmid, Olivier (2004). Ärztstopp als Kostenbremse – Warum es Zeit ist umzudenken. *Bulletin des médecins suisses*, 85(17), p. 887–894.
- Institution commune LAMal (2003). Statistique de la compensation définitive des risques: 1999 à 2003. Soleure.
- Office fédéral de la statistique (2003a). Coûts de la santé de 1960 à 2000: L'augmentation est un phénomène de société. Communiqué de presse. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003b). Annuaire statistique de la Suisse 2003. Zurich: Edition Neue Zürcher Zeitung.
- Office fédéral de la statistique (2003c). Coûts du système de santé: résultats détaillés 2001 et évolution depuis 1996. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2004). Coûts de la santé: Progression de 4% en 2002. Communiqué de presse. Neuchâtel.
- Organisation de coopération et de développement économiques OCDE (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OCDE.
- Rüefli, Christian et Vatter, Adrian (2001). Analyse des effets de la LAMal: Les différences intercantionales en matière de coûts de la santé – Analyse statistique d'indicateurs cantonaux. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- santésuisse (2003). Banque de données pool de données: 1999 à 2003. Soleure.
- Sturny, Isabelle (2004). Comparaison 1998–2002 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse. Protocole de recherche 1. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Zweifel, Peter; Felder, Stefan et Meier, Markus (1996). Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: Peter O. Oberender (éd.), *Gesundheit und Alter*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Annexe

1. Fournisseurs de prestations

Prestataires de soins intra-muros

Fournisseurs de prestations	Catégories	Sous-catégories
Hôpitaux	Hôpitaux généraux	Hôpitaux généraux de 1 à 74 lits
		Hôpitaux généraux de 75 à 124 lits
		Hôpitaux généraux de 124 à 249 lits
		Hôpitaux généraux de 250 à 499 lits
		Hôpitaux généraux de 500 lits et plus
		Total hôpitaux généraux
	Établissements pour personnes âgées et malades chroniques	Établissements pour personnes saines ou malades
		Cliniques gériatriques
		Établissements pour personnes âgées et malades chroniques
		Total établissements pour personnes âgées et malades chroniques
	Hôpitaux universitaires	Total hôpitaux universitaires
	Cliniques psychiatriques	Cliniques psychiatriques universitaires
		Autres cliniques psychiatriques
		Total cliniques psychiatriques
	Autres cliniques spécialisées	Maternités
		Hôpitaux pour enfants
		Cliniques spécialisées en neurologie, cliniques pour épileptiques
		Établissements de prévention, autres établissements de cure
		Cliniques de rhumatologie et de réadaptation
		Cliniques spécialisées dans les maladies pulmonaires, allergies et réadaptation
Autres cliniques spécialisées		
Hôpitaux non définis		
Total autres cliniques spécialisées		

Etat: mise à jour annuelle 28.04.2004

Prestataires de soins ambulatoires

Fournisseurs de prestations	Catégories	Sous-catégories
Médecins	Médecins de premier recours	Médecine interne générale
		Médecine générale
		Pédiatrie
		Total médecins de premier recours
	Spécialistes	Anesthésiologie
		Affections des jambes
		Spécialisations particulières
		Chirurgie
		Dermatologie et vénérologie
		Cabinets communautaires
		Gynécologie et obstétrique
		Médecine interne, spéc. endocrinologie
		Médecine interne, spéc. hématologie
		Médecine interne, spéc. cardiologie
		Médecine interne, spéc. maladies pulmonaires
		Médecine interne, spéc. gastro-entérologie
		Médecine interne, spéc. troubles du métabolisme
		Psychiatrie et psychothérapie d'enfants

		Neurochirurgie
		Neurologie et psychiatrie
		Neurologie
		Médecins non conventionnés
		Ophthalmologie
		Chirurgie orthopédique
		Oto-rhino-laryngologie
		Médecine physique et rhumatologie
		Psychiatrie et psychothérapie
		Radiologie et médecine nucléaire
		Maladies tropicales
		Urologie
		Total spécialistes
	Total médecins	
Pharmacies et centres de remise	Pharmacies	
	Centres de remise LiMA	
	Total pharmacies et centres de remise LiMA	
Soins ambulatoires	Infirmiers	
	Organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex)	
	Total soins ambulatoires	
Thérapeutes spécifiques non-médecins	Chiropraticiens	
	Ergothérapeutes	
	Sages-femmes	
	Logopédistes	
	Physiothérapeutes	
	Total thérapeutes spécifiques non-médecins	
Laboratoires	Total laboratoires	
Hôpitaux	Voir répartition ci-dessus	
Autres fournisseurs de prestations	Diététiciens	
	Aide sociale	
	Etablissements de cure balnéaire	
	Institutions de soins semi-hospitaliers	
	Entreprises de transport et de sauvetage	
	Dentistes	
	Autres factureurs	
	Inconnus	
	Total autres fournisseurs de prestations	
	Total prestataires de soins ambulatoires	

Etat: mise à jour annuelle 28.04.2004

2. Types de prestations

Types de prestations intra-muros

Types de prestations	Catégories
Secteur hospitalier intra-muros	Chirurgie
	Dermatologie
	Gériatrie
	Gynécologie
	Médecine interne
	Médecine intensive
	Radiologie médicale
	ORL
	Ophtalmologie
	Psychiatrie
	Pédiatrie
	Réadaptation
	Autres domaines de spécialisation
	Total secteur hospitalier intra-muros
Soins en EMS	Total soins en EMS
Total types de prestations intra-muros	

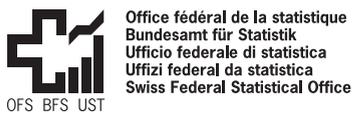
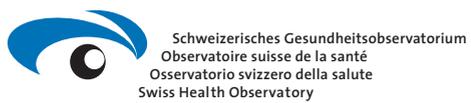
Etat: mise à jour annuelle 28.04.2004

Types de prestations ambulatoires

Types de prestations	Catégories
Prestations fournies par les médecins	Traitements ambulatoires dispensés par les médecins
	Prestations ambulatoires fournies par les médecins en milieu hospitalier
	Total prestations fournies par les médecins
Médicaments ¹⁴	Médicaments délivrés par les pharmacies
	Médicaments délivrés par les médecins
	Médicaments délivrés dans le secteur hospitalier ambulatoire
	Total médicaments
Soins ambulatoires	Soins dispensés par les infirmiers
	Prestations d'aide et de soins à domicile (Spitex)
	Total soins ambulatoires
Thérapies spécifiques	Chiropratique
	Ergothérapie
	Prestations de sages-femmes
	Logopédie
	Physiothérapie
Total thérapies spécifiques	
Analyses de laboratoires	Total analyses de laboratoires
Autres types de prestations	Diététique
	LiMA: moyens et appareils
	LiMA: aides visuelles
	Frais de transport et de sauvetage
	Traitements dentaires
	Coûts engendrés par d'autres factureurs
	Types de traitement inconnus
Total autres types de prestations	
Total types de prestations ambulatoires	

Etat: mise à jour annuelle 28.04.2004

¹⁴ Sans les médicaments classés sous les types de prestations intra-muros.



L'Observatoire suisse de la santé est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique.
Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.