

LA VOIX DES CONSOMMATEURS

Chiffres, analyses et décryptages

Éditorial

Revenu des médecins



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

Depuis des années, les primes d'assurance maladie en hausse suscitent l'affairement de la Berne fédérale – jusqu'alors, sans effet sur les dépenses de santé croissantes. Cela reste malgré tout un sujet de campagne récurrent pour certains partis politiques. En page 3, **Tilman Slembeck**, professeur à la haute école de sciences appliquées de Zurich (ZHAW), aborde la question de la participation aux coûts en ce qu'elle empêche les patients de consommer plutôt des prestations médicales superflues ou plutôt celles qui sont urgentes et nécessaires. Il constate qu'il manque des données fondées pour mesurer l'ampleur et les répercussions financières de ces deux types de comportement.

En page 4, **Fridolin Marty**, économiste de la santé chez *economiesuisse*, se demande si le Conseiller fédéral Alain Berset souhaite soutenir son parti dont l'initiative vise à limiter la charge des primes sur les ménages à 10% du revenu, quitte à recourir à une méthode floue pour calculer cette charge. Une mesure soutenue également par le Tribunal fédéral, qui a admis le recours du PS contre la baisse rétroactive de la RIP dans le canton de Lucerne. La critique du corps médical fut vive quant aux revenus des médecins publiés par l'OFSP. Le président de la FMH, **Jürg Schlup**, aborde plus objectivement le houleux débat sur les diverses sources de données et méthodes de calcul en page 1. Il conclut: les médecins ont un revenu horaire comparable aux avocats et aux économistes.

En bas de l'échelle des salaires dans la santé, on retrouve ceux du personnel soignant. Que le Conseil fédéral souhaite réduire malgré tout les participations aux frais des soins est un point que **Marianne Pfister**, directrice de Spitex Suisse, voit d'un œil critique en page 2.

Revenu des médecins – les faits

Le débat sur le revenu des médecins fait souvent abstraction des données existantes de l'OFSP. Des cas isolés prêtent au scandale ou des extrapolations suggèrent des revenus exorbitants. Reste que les médecins ont un revenu horaire comparable à celui des avocats et des économistes.

Dr. med. Jürg Schlup. Le grand public a un intérêt justifié pour les salaires du corps médical, car ces derniers sont en large partie couverts par les primes et les impôts. Raison pour laquelle la FMH s'engage fermement pour la transparence: pendant des décennies, nous publions les données disponibles sur le revenu des médecins. Depuis 2015, nous améliorons activement la base de ces données par notre soutien au relevé MAS de l'Office fédéral de la statistique (OFS): lors du premier relevé, quelque 7000 cabinets médicaux avaient fourni des chiffres détaillés sur leur comptabilité.

Les données publiées en avril 2018 font état, pour les cabinets de médecins indépendants, d'un chiffre d'affaires moyen de 545 000 francs pour des charges de 390 000 francs. Soit, in fine, un résultat d'exploitation annuel s'élevant à 155 000 francs pour les cabinets, avec une part de 138 000 francs couverte par les primes de l'assurance obligatoire des soins. Ces données publiées par l'OFS n'ont toutefois pas été prises en considération au niveau politique. Le Conseil fédéral a même communiqué, en mai 2018, que «[...] il n'existe pas de résultats systématiques autres que ceux des études commandées par la FMH.» (Interpellation O. Feller 18.3015). En lieu et place, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) présenta six mois plus tard une autre étude – se basant sur des données plus anciennes qui, de plus, ne renseignent pas sur la part du revenu issue des primes.

En effet, l'étude OFSP établissait un revenu médian de 220 000 francs – en omettant complètement les médecins en activité aux revenus les plus bas. Ainsi, ce sont quelque 10 000 médecins

assistants – soit 25% du corps médical – qui ont été exclus de l'étude. Parallèlement, l'OFSP a fortement mis en avant les très hauts revenus de sous-groupes extrêmement restreints représentant 0,5% des médecins en activité. Ce qui heurte le plus dans les chiffres de l'OFSP est que, la plupart du temps, ces derniers ne reflètent pas des revenus réalistes mais reposent sur une «rectification aux horaires à temps plein», donnant des résultats plus qu'excessifs: un médecin qui p. ex. travaille 48 heures hebdomadaires sur quatre jours est considéré comme un temps partiel, parce qu'il aurait la possibilité de travailler encore un cinquième jour. L'enquête OFSP part donc d'un revenu supplémentaire de 20% fictif. Ce sont ces revenus extrapolés, irréels, que l'OFSP a présenté.

Pourtant, pour être pertinentes, les analyses devraient toujours se baser sur des salaires horaires. Une approche que l'Enquête suisse sur la population active de l'OFSP permet depuis longtemps. Ainsi, pour les années 2014 à 2017, les médecins atteignaient un salaire horaire brut médian de 67 francs, soit moins que les avocats (69 francs) et que les économistes (68 francs). Par conséquent, les revenus annuels élevés des médecins sont, en grande partie imputables à leurs longues heures de travail.

Conclusion: les salaires exorbitants de médecins sont non la norme mais des cas isolés et ne sont pas issus des primes maladie. Car comme l'indiquent clairement les données disponibles: les médecins sont bien rémunérés et restent comparables à des métiers similaires.

«À 67 francs, le salaire horaire d'un médecin est élevé mais pas exagéré.»

Dr. med. Jürg Schlup
(Président FMH)



Soins de longue durée : il est urgent d'agir

De plus en plus de personnes vivent de plus en plus longtemps et leurs attentes en termes de soins et de prise en charge ne cessent de croître. En outre, toujours plus de personnes peuvent, et souhaitent, être soignées chez elles – ce que la Confédération et les cantons souhaitent promouvoir selon le principe de «l'ambulatoire avant le stationnaire». Si assurer le financement des soins de longue durée est un défi de taille, il est important de ne pas faire de fausses économies.



Marianne Pfister,
directrice de Spitex Suisse

«Il est nécessaire d'élever globalement les prestations AOS pour les soins.»

Marianne Pfister. À l'horizon 2030, les coûts annuels en matière de soins devraient bondir de 12 mia. à 20 mia. de francs en Suisse. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins (NRFS) en 2011, les patients, les caisses maladie et les pouvoirs publics se partagent ces coûts. Les contributions des deux premiers sont plafonnées; les frais restants sont pris en charge par les cantons ou les communes. La hausse des coûts s'explique en grande partie par l'augmentation du volume et par la complexité croissante des soins. Une évolution qui concerne aussi l'aide et les soins à domicile (ASD) dont les prestations représentent environ un septième des dépenses de soins; celles des EMS, le reste. Le nombre de clients ASD ne cesse de croître du fait de l'évolution démographique et de la mise en œuvre de «l'ambulatoire avant le stationnaire». En outre, l'ASD fournit des prestations de plus en plus complexes comme les soins liés à des traitements palliatifs, oncologiques ou à la démence, les changements de pansement exigeants et les services 24h/24. En dépit de cette évolution, le Conseil fédéral a annoncé, en juillet 2018, vouloir réduire les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) à l'ASD. Il avance que le montant des remboursements de prestations de

soins ambulatoires et stationnaires doit au total rester le même pour les assureurs maladie avant et après l'introduction du NRFS. Et que, compte tenu des données plus précises désormais disponibles, les prestations devront être réduites de 3,6% pour les soins ambulatoires et augmentées de 6,7% pour les EMS – les porteurs des coûts résiduels devront payer plus pour l'ASD et moins pour les EMS. Une évaluation des résultats de la procédure de consultation sur le sujet est prévue pour 2019. Le groupement d'intérêts en matière de financement des soins ne comprend aucunement cette décision, contraire au principe de «l'ambulatoire avant le stationnaire». En ce sens, il demande à la Confédération d'élever globalement les prestations AOS pour les soins, de régler la question du financement résiduel et de développer davantage les soins aigus et transitoires (SAT).

Depuis des années, la mise en œuvre du financement résiduel reste imparfaite. Le fait que les cantons ont une liberté d'aménagement dans ce domaine fait, certes, partie du système fédéraliste. En revanche, il est inadmissible que par endroits, des coûts résiduels ne soient que partiellement financés et que la qualité des soins en pâtisse. Une situation qui se reflète également dans la réglementation chaotique de la

liste des moyens et appareils (LiMA): depuis début 2018, suite à deux décisions de justice, le personnel soignant ne peut que facturer aux caisses maladie le matériel que les patients emploient eux-mêmes. Les porteurs des coûts résiduels, qui doivent donc en principe couvrir le matériel, gèrent ce point de manière très diverse. Notre objectif doit être d'assurer une prise en charge de base optimale dans les soins ambulatoires, ce que le patchwork de solutions pour le financement résiduel ne peut garantir. Le financement des soins de longue durée constitue un défi majeur compte tenu de la croissance des coûts. Il est toutefois nécessaire de reconnaître l'importance des soins. En ce sens, la loi sur l'assurance maladie (LAMal) doit entre autres tenir compte du fait que les soins exigent souvent beaucoup de temps, notamment lorsqu'il s'agit de clients souffrant de maladies complexes comme une démence ou se trouvant en fin de vie. Si le financement du temps nécessaire à cette activité n'est pas garanti, il en résultera une grande insatisfaction parmi les soignants et leurs clients. Il incombe à la politique d'adapter et d'imposer le financement des soins dans une mesure qui permette d'assurer des soins et une prise en charge digne. Dans cette matière, il est urgent d'agir.



Maîtriser les coûts en relevant la quote-part dans l'assurance de base ?

Le fait qu'en Suisse, les dépenses de santé explosent et que les ménages sont toujours moins nombreux à pouvoir supporter les primes de l'assurance de base, semble être incontesté. Le consensus est lui moins évident en ce qui concerne les mesures de maîtrise des coûts. Si certains voient la solution du côté de l'offre et veulent revoir les nombreuses incitations négatives pour les fournisseurs de prestations, d'autres souhaitent s'attaquer aux demandeurs et donc aux assurés et aux patients. Mais à combien estimer ce potentiel d'économies ?

« Comme toujours, la question est celle du juste équilibre : si tout le monde court chez le médecin à « tout bout de champ », cela va coûter cher, mais si personne n'y va « à temps », aussi. »

Tilman Slembeck,
économiste de la santé, ZHAW



Tilman Slembeck. Ce que l'on présente volontiers sous les couleurs d'une responsabilisation plus grande vise à faire baisser le volume de la demande en prestations de santé. La participation des patients aux coûts sous forme de franchise et de quote-part limite l'incitation à consommer des prestations médicales uniquement parce que celles-ci, du fait de l'assurance maladie, sont très peu chères, voire gratuites. Un phénomène qui, dans le jargon professionnel, est désigné par le terme « aléa moral » et que l'on observe systématiquement dans tous les types d'assurances, lorsque la contribution personnelle fait défaut. Dans le cadre de l'assurance maladie, ce phénomène a pu être démontré par d'innombrables études du monde entier.

Au regard d'un ajustement éventuel de la contribution personnelle, la question centrale est donc : quelle est la quantité de prestations à être sollicitées en Suisse aujourd'hui du simple fait que les patients ne paient rien, ou peu, pour en bénéficier.

Les études empiriques pour la Suisse sont peu nombreuses. Toutefois, certains éléments indiquent que les assurés optimisent leurs dépenses variables d'une année à l'autre en ajustant leur franchise et que, une fois la franchise appliquée en totalité, la demande en prestations de santé augmente à l'approche de la fin de l'année, p. ex., avec des achats anticipés de médicaments ou avec la programmation d'un bilan de santé à effectuer dans l'année courante.

À ce sujet, on observe une certaine sensibilité de la demande face au prix, la portée et l'importance de ce comportement restant globalement encore floues. Il est donc essentiel d'examiner plus en détail les différents profils de demandeurs et types de prestations.

Ainsi, en cherchant à identifier l'aléa moral

helvète, on peut tout d'abord exclure les cas portant sur des interventions et des thérapies lourdes, et le plus souvent chères. Ces prestations sont des soins nécessaires qui, du point de vue du patient, sont consommées indépendamment de la quote-part.

Même situation, peu ou prou, dans le cas des maladies chroniques et de diverses interventions de routine, comme les examens annuels chez le gynécologue. Ces dernières tombent aujourd'hui déjà sous le coup de la plupart des franchises de sorte que leur relèvement ne pourra pas produire d'effets. Sortent également du champ d'observation tous les assurés ne percevant aucune prestations de santé au titre de l'AOS au cours d'une année. Soit parce qu'ils sont en bonne santé, soit parce qu'ils perçoivent les prestations dans le cadre de leur franchise. Ceci étant posé, il apparaît donc logique que les prestations sujettes à l'aléa moral sont avant tout celles ne se rapportant pas à des troubles chroniques, des examens de routine ou des maladies graves mais plutôt celles tendant par exemple vers le « bien-être ».

Pourquoi peut-il y avoir surconsommation ?

D'une part, il existe le principe de la « tournée des médecins », lorsque les patients consultent l'un après l'autre un grand nombre de prestataires. Une explication pourrait être que les patients vagabondent ainsi plus par désespoir que par envie, n'ayant trouvé nulle part de solution à leur problème. Et, dans ce cas, un suivi individuel (p. ex. dans le cadre du modèle du médecin de famille ou des soins intégrés) leur serait sans doute plus utile qu'un relèvement de la participation aux coûts.

Par ailleurs, les patients font face à un dilemme : si après avoir vu un médecin, il s'avère que le problème est plutôt bénin, la consultation

et les frais qu'elle aura engendrés auront été inutiles. Si en revanche, il s'agit d'un problème sérieux, consulter permet dans de nombreux cas non seulement d'éviter douleurs et tourments mais aussi des frais consécutifs élevés. Quant à savoir si, au bout du compte, la maxime « deux consultations valent mieux qu'une » contribue plutôt à faire monter les dépenses qu'à les faire baisser, semble tout sauf évident.

L'assurance de base étant une assurance sociale obligatoire, il faut aussi tenir compte de l'objectif social et de sa réalisation. Celui-ci recouvre notamment l'égalité de l'accès aux prestations de santé, quels que soient l'âge, le sexe ou le revenu. Augmenter la quote-part pourrait donc être contraire à l'objectif social si, de ce fait, les personnes à faible revenu hésitent à consulter un médecin. Ceci étant, 30 % des ménages bénéficient déjà d'une réduction des primes, ce qui allège considérablement la charge financière. Une analyse spécifique des effets produits sur ce groupe s'impose.

Globalement, il n'existe pas ou peu d'études pertinentes pour la Suisse examinant spécifiquement les types de demande dont il a été question plus haut, de sorte qu'il est actuellement difficile de fournir des indications quantitatives quant à la véritable ampleur de l'aléa moral dans l'AOS en ce qui concerne la demande. Les augmentations de la participation aux coûts par le passé n'ont cependant pas permis de conclure à un phénomène d'envergure, le potentiel d'économies n'apparaît donc pas comme particulièrement élevé.

Malgré tout, il semble logique d'ajuster périodiquement le niveau des franchises et des quote-parts à celui des coûts afin de ne pas saper le fondement des incitations existantes.

Des statistiques à considérations politiques ?

L'Office fédéral de la santé publique a analysé la charge des primes sur les ménages. Cette dernière, qui ne cesse de progresser, représente d'ores et déjà jusqu'à 18 % du revenu disponible dans les ménages les plus pauvres. Mais le compte est bancal.

Fridolin Marty. Au cours des dix dernières années, les primes de l'assurance de base ont augmenté de près de 40 %. Des tarifs plus avantageux doivent être accordés aux ménages les plus pauvres, ce que la Confédération et les cantons financent par des recettes fiscales via la réduction individuelle des primes (RIP). La Confédération a récemment analysé les effets de ce dispositif. Grâce à un monitoring, elle entend établir la façon dont la RIP a évolué d'une manière générale. Quelque 2,2 millions de personnes bénéficient d'une réduction individuelle des primes, soit un bon quart de la population. Ce qui, en 2017, a représenté des dépenses de 4,5 milliards de francs. Sans surprise, la RIP se traduit par une redistribution manifeste au profit des ménages les plus pauvres. Cet allègement est toutefois inégalement réparti au sein de la population. Relativement parlant, la RIP bénéficie surtout à la tranche d'âge des jeunes et des plus âgés ainsi qu'aux familles monoparentales.

Les personnes d'âge moyen et les ménages biparentaux en profitent moins. Depuis 2011, les contributions RIP évoluent moins vite que les primes parce que plusieurs cantons ont procédé à des coupes dans le financement, les personnes de situation économique modeste devant par conséquent supporter une charge des primes résiduelle plus élevée qu'il y a encore trois ans. Il est frappant de constater que les différences cantonales sont de taille. Chaque canton aménage son dispositif RIP différemment en termes de montant, de pourcentage de bénéfices

« Cet allègement est inégalement réparti au sein de la population : les personnes d'âge moyen et les ménages biparentaux profitent moins de la RIP. »

Fridolin Marty,
economiesuisse



ciaires et de charge des primes résiduelle. À l'échelle de la Suisse, la charge moyenne des primes après application de la RIP est passée de 12 % à 14 % pour les ménages les plus pauvres. Ce chiffre semble très élevé. Examinons donc l'étude de plus près. L'office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est basé sur la prime standard, or il s'agit d'une grandeur théorique qui représente mal la charge effective des primes sur la population. La prime moyenne, elle, s'y prête mieux : elle correspond à la charge moyenne des primes par personne et reflète mieux la réalité des cotisations, raison pour laquelle l'OFSP est passé à la prime moyenne pour son annonce de l'augmentation des primes. Celle-ci est plus basse car les primes des enfants et des adolescents sont moins élevées, de même que celles s'appliquant avec des modèles d'assurance alternatifs (MAA) et avec des franchises (à option) plus hautes. Lorsque les assurés passent à un MAA ou changent de franchise à option en raison de la charge des primes,

l'augmentation des primes est moins élevée avec la prime moyenne qu'avec la prime standard. Techniquement, ce changement est donc justifié. Les taux de croissance historiques et actuels ne sont donc plus totalement comparables. Pourquoi l'OFSP se base sur la prime moyenne pour l'augmentation de la prime moyenne et sur la prime standard pour la charge des primes ? Cela pourrait s'expliquer par une charge des primes plus basse. Celle-ci ne s'élèverait plus qu'à 11 % avec la prime moyenne, au lieu de 14 %. On aurait donc tout lieu de penser que la charge indiquée obéit moins à l'objectivité qu'à des considérations politiques. L'office fédéral souhaite afficher un chiffre le plus élevé possible. Un esprit retors y verrait-il un soutien à l'initiative PS d'allègement des primes ? Car c'est exactement le clou qu'enforce le PS avec l'initiative d'allègement des primes. Celle-ci demande, qu'à l'avenir, aucun ménage ne doive consacrer plus de 10 % de son revenu disponible aux primes d'assurance maladie.

1 200 000

assurés pourraient réduire la charge de leurs primes de 40 % ou plus en changeant de caisse maladie, de franchise ou de modèle – et ce alors que les primes 2019 n'ont augmenté que de 1,2 % en moyenne.
(Source: analyse Comparis sur les primes d'assurance maladie 2019)

COMPARIPEDIA

Réduction individuelle des primes (RIP)

Les assurés en situation financière modeste, dont le revenu annuel imposable ne dépasse pas un certain montant, ont droit à une réduction individuelle de leurs primes d'assurance maladie – la RIP. Le but étant de réduire la charge des primes versées au titre de l'assurance obligatoire des soins. Le montant des primes d'assurance dépend de différents facteurs : revenu total imposable, domicile et âge.

Dans le canton de Fribourg par exemple, 1961 francs sont versés par ayant droit au titre de la réduction individuelle des primes.

IMPRESSUM

Éditeur : comparis.ch,
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zurich
Conception : comparis.ch
Traduction : comparis.ch
Impression : Linkgroup AG, Zurich
Réactions : media@comparis.ch
www.comparis.ch