

GAO

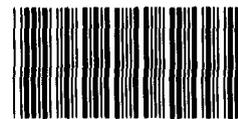
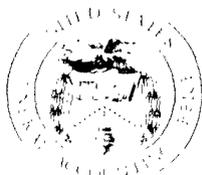
United States General Accounting Office

Report to the Chairman, Committee
on Ways and Means, House of
Representatives

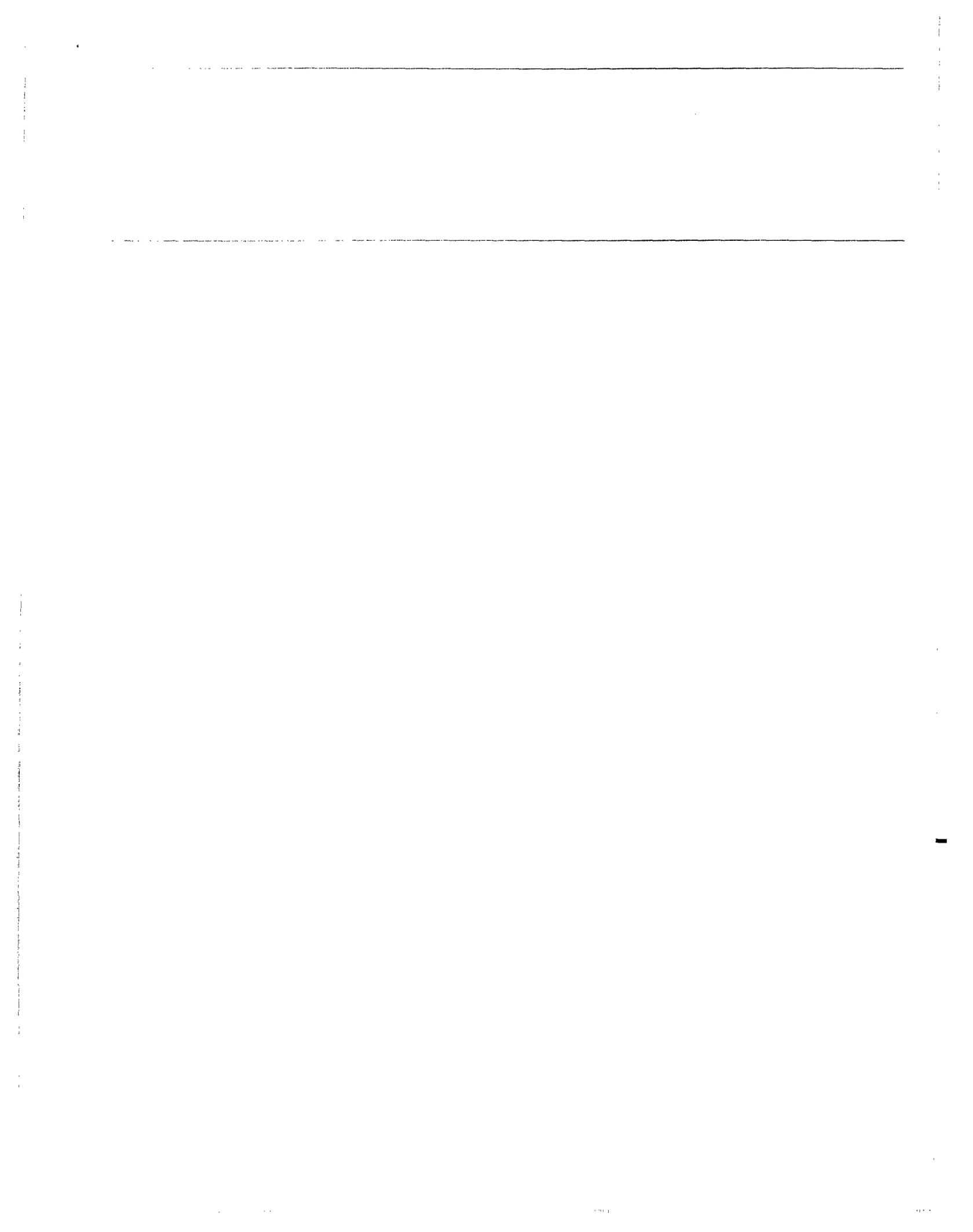
Jun 1991

DÉPENSES DE
SANTÉ DES
ETATS-UNIS

Tendances, Facteurs
contributifs et
Propositions de
Réforme



146609



**United States
General Accounting Office
Washington, D.C. 20548**

Comptroller Général des Etats-Unis

B-243905

le 10 juin 1991

L'Honorable Dan Rostenkowski
Président, Commission budgétaire
Chambre des Représentants

Monsieur le Président,

Le présent rapport reprend la déposition faite devant votre Commission le 17 avril 1991 (Voir annexe 1). Nous publions cette déclaration sous forme de rapport de manière à rendre l'information correspondante plus facilement accessible. La déposition faisait suite à votre demande d'information concernant tant les dépenses de santé aux Etats-Unis que les stratégies à long terme visant à réformer le système américain de la santé. En résumé, nous abordons les tendances des dépenses des Etats-Unis pour la santé, leurs répercussions sur les entreprises, le gouvernement et les particuliers, les facteurs contribuant à la croissance des dépenses et enfin l'étude détaillée de réforme.

Les Etats-Unis ont consacré en 1990 12,3 pour cent de leur revenu national aux dépenses de santé. Si les tendances actuelles se poursuivent, dans 10 ans la part des dépenses de santé dans le revenu national atteindra presque 15 pour cent. Cette croissance viendra augmenter de 300 milliards de dollars le budget de la santé en l'an 2000, un montant équivalent au budget actuel de la Défense.

L'augmentation chronique des dépenses de santé touche les sociétés, le gouvernement à tous les niveaux, et les particuliers. Par exemple, les dépenses de santé des compagnies américaines se sont élevées en 1990 à un montant équivalent à environ 94 pour cent de leurs bénéfices après impôts. De son côté, le budget des gouvernements des Etats pour le programme Medicaid - qui finance les soins de santé de

certaines citoyens à faible revenu - s'est accru plus rapidement que n'importe quelle autre composante du budget de ces Etats.

L'augmentation continue des dépenses de santé a de multiples causes. Le vieillissement de la population et l'augmentation du revenu familial ont, ces vingt dernières années, conduit la population à la fois à devenir plus exigeante en matière de prestations de santé et à y recourir davantage. De même, les progrès technologiques en matière de traitements et de méthodes de diagnostics ont stimulé la demande de soins tout en augmentant souvent les coûts. Ces facteurs - croissance de la demande et des coûts-, sous-tendu par la disponibilité de fonds provenant des allocations des assurances publiques et privées, sont venus alimenter l'envolée des dépenses de la santé.

Les sociétés, les gouvernements des Etats et le gouvernement fédéral ont fait appel ces dix dernières années à un large éventail de stratégies visant au coup par coup à endiguer les dépenses. Certains efforts ont échoué, d'autres ont connu un succès limité en maîtrisant les dépenses d'un seul payeur (par exemple, une société, un Etat). Cette expérience laisse penser que si les Etats-Unis veulent ralentir la cadence rapide des dépenses de santé pour tous les payeurs - publics ou privés -, le pays doit formuler une stratégie complète et approfondie de la santé couvrant l'ensemble des payeurs et des services.

Les politiques visant à maîtriser les dépenses de santé ont connu un certain succès dans plusieurs autres pays industrialisés et les Etats-Unis feraient bien de s'inspirer de l'approche adoptée par ces politiques pour réformer ce secteur. Les trois éléments communs aux systèmes de santé des pays qui ont maîtrisé leurs dépenses sont: couverture par une assurance de tous les citoyens, méthodes uniformes de règlement des prestataires de service de santé et objectifs réalistes en matière de budget.

Nous effectuons actuellement plusieurs études qui pourraient être utiles au Congrès au moment où il étudie les propositions de réforme du système américain de la santé. Nous publierons deux rapports cette année sur les systèmes de santé étrangers et nous continuerons à

travailler en liaison avec le Congrès à la recherche de solutions aux problèmes urgents que constituent l'accès aux prestations de santé et les dépenses américaines des soins de santé.

Le présent rapport a été préparé sous la direction de Janet L. Shikles, Directeur du Financement de la Santé et des Questions Politiques, qui peut être jointe au (202) 275-5451 si vous ou votre équipe avez la moindre question. Les principales autres personnes ayant contribué à la préparation de ce rapport sont citées en Annex II.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Charles A. Bowsher
Comptroller Général
des Etats-Unis

Table des Matières

Lettre

**Annexe I
Déclaration de
Charles A.
Bowsher,
Comptroller
Général des
Etats-Unis,
devant la
Commission
Budgétaire de
la chambre des
Représentants
le 17 avril
1991**

Contexte - L'augmentation rapide des dépenses de santé aux Etats-Unis
La croissance des dépenses de santé constitue un grave problème pour les entreprises
L'importante augmentation des dépenses fédérales et des Etats pour la santé comprend les programmes de santé ainsi que d'autres programmes
Augmentation du nombre de personnes non assurées - persistance de résultats insuffisants dans le domaine de la santé
Facteurs contribuant à l'augmentation des dépenses de santé
Les initiatives marginales ont connu peu de succès dans le passé - les réformes partielles sont peu prometteuses
Le système américain des soins de santé doit être revu en profondeur

**Annexe II
Principaux
Participants à
la Préparation
Du Présent
Rapport**

Abréviations

FASB Financial Accounting Standards Board
GAO General Accounting Office
PNB Produit National Brut
HMO Health Maintenance Organization
RMN Résonance Magnétique Nucléaire
PPS Prospective Payment System

Déclaration de Charles A. Bowers, Comptroller Général des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la Chambre des Représentants, le 17 avril 1991

Je suis heureux de me trouver ici aujourd'hui au moment où vous procédez à l'examen du financement des dépenses de santé au niveau du gouvernement fédéral et de la nation. Je pense que les difficultés de notre système de santé et la nécessité d'effectuer une réforme dans ce domaine figureront parmi les questions les plus sérieuses auxquelles aura à faire face le Congrès dans les années 1990.

Vous m'avez demandé de parler des dépenses de santé des Etats-Unis et des raisons pour lesquelles elles constituent un important sujet d'inquiétude nationale. J'évoquerai avec vous les dimensions du problème, ses implications pour les payeurs et les patients ainsi que les voies que notre pays peut explorer en vue de le résoudre.

L'analyse qu'a effectuée le GAO de cette question m'amène à conclure qu'il est peu probable que des réformes au coup par coup, qu'elles soient entreprises par les entreprises ou par le gouvernement, permettent de freiner la croissance des dépenses nationales de santé de façon substantielle. Aucun secteur individuel ne peut résoudre à lui seul le problème de l'augmentation de ses dépenses de santé. Je pense que si les Etats-Unis veulent réussir à ralentir la spirale des dépenses de santé, la réforme du système doit s'attaquer au coeur du problème. Dans l'élaboration de notre réforme, nous devons prendre en considération trois éléments figurant dans les approches utilisées dans plusieurs pays qui ont connu un succès relatif dans le domaine de la maîtrise des dépenses de santé. Parmi ces éléments figurent: (1) l'assurance de chaque personne (2) la mise en place d'une réglementation unique du paiement des prestataires de soins et (3) la mise en place de plafonds pour les dépenses globales par principales catégories de prestataires, tels que les hôpitaux, les médecins et la technologie.

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

**Contexte --
L'augmentation
rapide des
dépenses de
santé aux
Etats-Unis**

Les dépenses de santé posent un sérieux problème aux Etats-Unis mais ce problème va de pair avec les réussites remarquables de la médecine américaine. Ces réussites valent la peine d'être énumérées car elles tissent la toile de fond sur laquelle s'inscrit la question des dépenses. La médecine américaine agit comme un aimant pour le rest du monde: les médecins et les étudiants en médecine sont attirés par les enseignements dispensés par nos hôpitaux et nos facultés médicales pour y acquérir les procédures médicales les plus avancées; les patients recherchent les traitements de pointe dispensés par nos centres médicaux et nos spécialistes les plus cotés; et les décideurs politiques parcourent notre pays pour découvrir des méthodes innovatrices de prestations de soins. L'admiration des étrangers est souvent partagée par les Américains devant la prouesse technologique et le talent médical des hôpitaux et des médecins Américains. Non seulement les américains apprécient les bienfaits des scanners et d'autres merveilles de la haute technologie, lors de sondages, mais en outre ils se déclarent généralement satisfaits des soins dont ils bénéficient.¹

¹ Lors d'un récent sondage effectué par le "Employee Benefits Research Institute" et la "Gallup Organization", 56 pour cent des personnes interrogées ont qualifié le système de santé "acceptable" ou "d'insuffisant". L'opinion qu'ils portaient sur leur médecin de famille était très nettement plus favorable: 92 pour cent de ceux qui ont un médecin de famille - restriction importante - ont déclaré que les soins qu'ils recevaient étaient soit "excellents" soit "bons." "Health Cost," *Wall Street Journal*, le 27 mars 1991. Voir également Robert J. Blendon, Robert Leitman, Ian Morrison et Karen Donelan, "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations," *Health Affairs*, été 1990, pp. 185-192, et Cindy Jajich-Toth et Burns W. Roper, "Americans' Views on Health Care: A Study in Contradictions," *Health Affairs*, hiver 1990, pp. 149-157.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

Avec une telle perception des réussites médicales et une telle satisfaction de la part des patients envers les soins dispensés, comment tant d'observateurs peuvent-ils estimer que notre système de santé laisse à désirer ou qu'il est en crise? Je pense qu'ils considèrent que les imperfections du système américain de la santé sont moins d'ordre médical que financier: c'est le coût des services médicaux - rapporté à leur importance et au nombre de personnes à qui l'accès aux soins est refusé - qui est à l'origine de cette préoccupation.

Le fait que les Etats-Unis soient en tête dans le monde pour les dépenses de santé explique - au moins en partie - le problème que pose le financement du système américain de la santé. En 1990, nous avons dépensé pour la santé 671 milliards de dollars, soit 2.660 dollars par personne. En comparaison, le Canada - deuxième en matière de dépenses dans ce domaine - a dépensé moins de 2.000 dollars par personne. En 1970, les prestations de santé américaines n'avaient absorbé qu'environ 7,4 cents par dollar du revenu national.² La même année, les soins de santé du Canada occupaient à peu près la même part de son PNB. Mais en 1989, 11,6 cents pour chaque dollar du revenu national étaient nécessaires pour les soins de santé américains tandis que ceux du Canada n'absorbaient que 9 cents par dollar. Si les dépenses de santé des Etats-Unis par rapport au revenu national, n'avaient pas progressé plus rapidement que celles du Canada, les Etats-Unis pourraient aujourd'hui consacrer plus de 140 milliards de dollars à d'autres usages. Cette somme correspond, par exemple, à plus de 40 pour cent de l'ensemble des dépenses nationales pour l'éducation.

² Le revenu national est mesuré par le Produit National Brut (PNB).

Tout semble indiquer que nous continuerons d'avoir le niveau de dépenses le plus élevé en matière de santé. En 1990, plus de 12 cents de chaque dollar du revenu national des Etats-Unis était utilisé à l'acquisition de services de santé - et cette somme ne fait qu'augmenter. Tous les 40 mois, la part de chaque dollar du PNB allouée aux soins de santé augmente d'un cent. Selon les projections du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, les Etats-Unis consacreront dans 10 ans - 120 mois - près de 15 cents pour chaque dollar du PNB en soins de santé. Cette croissance augmentera de 300 milliards de dollars les dépenses de santé en l'an 2000, un montant équivalent au budget actuel de la défense.

**La croissance
des dépenses de
santé constitue
un grave
problème pour
les entreprises**

Ces tendances ont un impact important sur la situation financière de tous les participants du système. Les ménages sont touchés ainsi que les grandes institutions (sociétés, gouvernements, assureurs) qui prennent en charge l'assurance des individus et remboursent les prestataires de service.

Dans le cas des entreprises, la croissance rapide des dépenses de santé a entraîné une croissance parallèle de leurs dépenses d'assurances médicales.³ Les avantages sociaux ont été, ces vingt dernières années, la composante de la masse salariale dont l'augmentation a été la plus rapide. Un

³ La part des dépenses relatives à la santé dans la masse salariale totale (rémunérations, salaires, avantages sociaux) a plus que doublé: elle est passée de 3,1 pour cent en 1970 à 7 pour cent en 1989. Il faut cependant faire remarquer que la part des sociétés dans l'ensemble des dépenses de santé a peu varié ces dix dernières années. Voir "Congressional Budget Office, *Trends in Health Expenditures by Medicare and the Nation*, janvier 1991. L'augmentation de la part des soins de santé dans la masse salariale traduit la croissance des coûts liés à la santé, sans signifier pour autant que la part due financement de ces dépenses supportée par les entreprises ait augmenté.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

sondage effectué par Foster Higgins concernant les principales entreprises a révélé qu'entre 1989 et 1990, les dépenses moyennes de santé ont augmenté de 21,6 pour cent; ces entreprises, dont la couverture médicale portait sur 11 millions d'employés, avaient des dépenses d'assurance médicale de l'ordre de 3.161 dollars par employé.⁴ (General Motors consacre, à lui seul, plus de 3 milliards de dollars par an aux dépenses de santé.) En 1987, le coût des soins de santé des employés pris en charge par les compagnies américaines représentait l'équivalent de plus de 94 pour cent de leurs bénéficiaires après impôts.

Les employeurs ont réagi à l'alourdissement croissant des dépenses en s'efforçant de transférer une partie plus importante du coût explicite des assurances médicales et des soins de santé sur leurs employés: le pourcentage des employés couverts par des assurances comportant une franchise de 100 dollars ou plus a été multiplié par plus de cinq entre 1990 et 1988.⁵ De nombreuses sociétés ont réduit la couverture des conjoints et des enfants d'employés. De plus en plus souvent, les compagnies ne fournissent pas de couverture médicale aux travailleurs à temps partiel ou temporaires. Il n'est pas surprenant que ces dix dernières années, les conflits du travail aient souvent porté sur la couverture médicale et les franchises appliquées par les assurances. Par exemple, 78 pour cent des conflits du travail en 1989 ont porté sur la couverture médicale.⁶

⁴ Un sondage fait par la Health Insurance Association of America a conclu à un taux de croissance moins élevé - de l'ordre de 15 pour cent par an.

⁵ De 8 pour cent en 1980 à 44 pour cent en 1988. Voir "Employee Benefit Research Institute", *Issue Brief*, Numéro 100, mars 1990, p.6. Notre rapport, *Health Insurance: Cost Increases Lead to Coverage Limitations and Cost Shifting* (GAO/HRD-90-68, le 22 mai 1990), traite des réactions des assureurs et des employeurs devant l'augmentation de coûts.

⁶ Ce chiffre s'applique aux dix premiers mois de 1989. "Employee Benefit Research Institute", pp. 16-17.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

Parmi les conflits qui ont eu un grand retentissement, on relève la grève des employés de société de télécommunication en réaction à la tentative de NYNEX d'augmenter la participation des employés à la couverture des leurs dépenses de santé.

Le poids des augmentations des dépenses de la santé s'est aussi ressenti sur la capacité des sociétés à régler les prestations dues à leurs employés ayant pris leur retraite. Les compagnies qui avaient promis, il y a 15 ou 20 ans, à leurs employés des avantages sociaux pour leur retraite sont aujourd'hui prises au dépourvu par le fardeau financier auquel elles se trouvent confrontées pour tenir leurs engagements. La suppression par le Pittston Coal Company d'avantages sociaux concernant des mineurs handicapés et retraités et leurs personnes à charge constitue un cas récent qui a débouché sur un conflit du travail prolongé. De surcroît, l'année prochaine, les bilans des sociétés devront mentionner un indicateur qui fera apparaître de façon spectaculaire l'importance des dépenses de santé Suite à une récente décision du "Financial Accounting Standards Board" (FASB), les employeurs devront, après 1992, signaler le montant estimé du coût futur des prestations de santé pour les retraités. Ceci signifie que la charge financière non couverte par des provisions, que constituent les prestations déjà promises aux employés à la retraite et qui ne figurait pas jusqu'à présent dans les bilans devra brutalement être comptabilisée. Le GAO a estimé la charge correspondante à 227 milliards de dollars (prix 1988).⁷

Confrontées à cette nouvelle disposition, certaines compagnies ont cherché à se dégager de promesses déjà faites, autrement dit à

⁷ *Employee benefits: Companies' Retiree Health Liabilities Large, Advance Funding Costly (GAO/HRD-89-51, le 14 juin 1989).*

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

réduire les prestations sociales. Par exemple, AT&T a récemment imposé des limites sur les factures de santé des retraités. D'autres sociétés connaissant une situation financière instable risquent, compte tenu de la décision de la FASB, d'envisager plus sérieusement que par le passé le dépôt de bilan comme une solution à retenir.

La plupart des compagnies importantes ou moyennes continuent à faire bénéficier leurs employés permanents à temps complet de prestations médicales. Mais pour les petites entreprises, la situation évolue nettement. La couverture médicale des employés des petites entreprises s'est détériorée car les compagnies assurant les personnes individuelles ont réagi vigoureusement à l'augmentation des dépenses de santé.

Cette croissance des dépenses a débouché sur une augmentation du montant moyen des demandes de remboursement soumises aux assureurs, ce qui a conduit ces derniers à modifier leurs politiques. Jusqu'aux années 50, les assureurs fixaient les primes en fonction d'une classification attribuée aux collectivités. Autrement dit, ceci signifie que lorsque les assureurs se fondaient sur les statistiques de demandes de remboursement de l'ensemble d'une communauté, ils pouvaient faire appel à la loi des moyennes: les demandes de remboursement de patients nécessitant des soins coûteux étaient compensées par celles de patients ne donnant lieu qu'à des dépenses limitées. Aujourd'hui, de nombreux employeurs de taille moyenne ou importante sont leurs propres assureurs, ce qui conduit à une augmentation de la proportion des petites entreprises sur le marché de l'assurance privée.

Les assureurs se disputant la population qui constitue de meilleurs risques sur le plan de la santé, les groupements de risques se sont restreints. Dans certains cas, les employés

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.

le 17 avril 1991

d'une industrie entière (comme les fonderies, les boutiques de coiffeur et de soins de beauté) se voient refuser une couverture par un assureur déterminé, la situation médicale actuelle ou future des employés devant conduire selon eux à des dépenses trop élevées. Dans d'autres cas, une société ne renouvellera pas la police d'assurance de ses employés lorsque, un de ses employés faisant l'objet de dépenses particulièrement élevées, l'augmentation de prime d'assurance qui en résulte ne peut plus être supportée par la société. Enfin, même dans le cas de petites sociétés bénéficiant d'une couverture médicale, le refus des assureurs de prendre en charge les problèmes médicaux préexistants peut conduire certaines personnes à dépenses élevées à se voir refuser une couverture médicale. Ces changements intervenus dans des industries entières, pour certaines entreprises et pour les particuliers ont contribué à accroître le nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une assurance médicale privée. (Entre 1980 et 1988, le nombre de personnes couvertes par une assurance privée a diminué d'environ 5 milliards).

**L'importante
augmentation
des dépenses
fédérales et
des Etats pour
la santé
comprime les
programmes de
santé ainsi que
d'autres
programmes**

La croissance rapide des dépenses de la santé a également aggravé les difficultés budgétaires du gouvernement fédéral et des Etats. Par exemple, les budgets des gouvernements des Etats ont été mis en difficulté par l'accroissement des dépenses de Medicaid - poste de leurs budgets dont l'évolution a été la plus rapide. La part du programme Medicaid, qui prend en charge les soins intensifs et de longue durée des personnes défavorisées répondant à des critères déterminés, a augmenté d'environ 50 pour cent ces dernières années dans le budget des Etats. L'Association Nationale des Gouverneurs indique que Medicaid, qui en 1980 représentait 9 pour cent des budgets des Etats en absorbe maintenant 14 pour

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsler, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

cent.⁸ Un certain nombre d'Etats ont continué à prendre en charge les dépenses croissantes de Medicaid mais ont financé une partie de ces augmentations par une réduction du budget des autres prestations de santé. Par ailleurs, plusieurs Etats se sont efforcés de limiter le rythme d'accroissement des dépenses Medicaid en réduisant certaines prestations, en durcissant les conditions à remplir pour pouvoir en bénéficier et en diminuant les remboursements aux prestataires.

Les dépenses fédérales représentent près de 30 pour cent de l'ensemble des dépenses américaines de santé et l'augmentation de ces dépenses a aggravé les graves difficultés budgétaires auxquelles fait face le gouvernement américain.⁹ Depuis 1980, les dépenses de santé arrivent en deuxième position dans le budget fédéral en ce qui concerne le rythme d'augmentation - seule la charge des intérêts de notre dette publique grandissante a augmenté plus rapidement. Il en résulte que les dépenses de santé représentent maintenant 14,4 pour cent du budget fédéral contre 10,7 pour cent en 1980.¹⁰ Les 55 milliards de dollars supplémentaires reflètent à la fois le nombre plus important de bénéficiaires et l'augmentation des coûts par personne.

Les dépenses fédérales de santé augmentant, Medicare - le programme fédéral le plus important dans le domaine de la santé - a pris

⁸ L'augmentation des dépenses nationales en matière de santé n'est pas la seule raison de l'accroissement des dépenses de Medicaid. Une augmentation des prestations décidée par le gouvernement fédéral a également entraîné une augmentation des dépenses des Etats.

⁹ Notre rapport, "The Budget Deficit: Outlook, Implications, and Choices," (GAO/OCG-90-5, le 12 sept. 1990), aborde le rôle du secteur de la santé dans la situation fiscale du gouvernement fédéral.

¹⁰ 7,6 pour cent en 1970.

une importance budgétaire croissante.¹¹ En 1980, les dépenses de Medicare représentaient 54 pour cent des dépenses fédérales de santé; en 1990, 61 pour cent. Si cette tendance devait se poursuivre, elle mettrait en péril le Medicare Hospital Insurance Trust Fund. Le Conseil Consultatif des projets de la Sécurité Sociale prévoit que le fonds correspondant sera en rupture de paiement en 2006.¹²

Le rythme d'augmentation des dépenses fédérales en matière de santé est un symptôme supplémentaire des pressions qui s'opposent à long terme du dilemme du budget fédéral. Les dépenses fédérales globales en 1990 auraient été diminuées d'environ 50 milliards si la progression des dépenses de santé des années 80 n'avaient pas été plus rapide que celle de autres dépenses fédérales.

**Augmentation du
nombre de
personnes non
assurées -
Persistance de
résultats
insuffisants
dans le domaine
de la santé**

Quelle que soit la façon dont on regarde les choses, nos dépenses de santé sont importantes; quelle est donc la contrepartie d'un tel niveau de dépenses? Bien que la qualité des services dispensés soit jugée bonne à excellente dans l'ensemble, nombreux sont les services qui ne sont pas nécessaires ou dont le coût n'est pas justifié. De surcroît, des millions d'Américains n'ont pas accès à des soins suffisants.

¹¹ Voir notre rapport, "Medicare: Further Changes Needed to Reduce Program and Beneficiary Costs (GAO/HRD-91-67, le 15 mai 1991).

S'agissant de Medicaid, sa part dans le budget fédéral de la santé s'est également accrue, quoique plus lentement que celle de Medicare. D'autres programmes fédéraux de santé ont vu leur part relative dans le budget diminuer.

¹² Conseil Consultatif pour la Sécurité Sociale, Communiqué de Presse, le jeudi 14 mars 1991, p.3. Cette projection a été établie par le Comité technique pour les questions de santé du Conseil consultatif.

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

Comme je l'ai laissé entendre au début de ma déposition, la qualité des services médicaux dispensés aujourd'hui aux Etats-Unis est, à bien des égards, d'un niveau élevé, plus élevé que, disons, il y a vingt ans. Par exemple, la microchirurgie à laser a permis une amélioration des résultats dans le traitement des glaucomes tout en épargnant au patient bien des désagréments et souffrances. Les progrès technologiques réalisés en matière de diagnostics, tel l'image de résonance magnétique (IRM), permettent au patient d'éviter une intervention interne ayant pour seul objectif d'assurer un diagnostic exact.

Néanmoins, les Américains qui bénéficient d'une couverture médicale font sans doute l'objet d'une "surconsommation médicale" en ce sens qu'ils bénéficient de procédures et de tests qui ne sont pas nécessaires ou dont l'utilité n'est que marginale. Par exemple, de récentes études - parues entre autres dans le *Journal of the American Medical Association* - signalent que pour diverses procédures, nombreuses sont celles qui ne sont pas appropriées: 14 pour cent des pontages d'artère coronaire, 20 pour cent des mises en place de stimulateurs cardiaques, et 32 pour cent des endarterectomies de la carotide.¹³

Par contraste, nombreux sont ceux qui parmi les plus de 32 millions d'Américains non assurés ont le problème inverse: le fait de ne pas bénéficier d'assurance signifie recevoir moins de soins, moins de soins donnés au moment

¹³ Une endarterectomie de la carotide est une procédure chirurgicale qui porte sur l'artère principale du cou.

Parmi les études traitant des procédures inadaptées figurent celles de C. Winslow, "The Appropriateness of Performing Coronary Artery Bypass Surgery," *Journal of the American Medical Association*, 260(4), le 22-29 juillet 1988, pp.505-509. A.C. Enthoven, "What Can Europeans Learn From Americans?" *Health Care Financing Review*, Supplément Annuel 1989, pp. 49-63, fournit des informations supplémentaires.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

voulu, et une qualité de soins inférieure à celle dont jouissent les assurés.¹⁴ Par exemple, un bébé dont le poids à la naissance est peu élevé peut recevoir, même s'il est né d'une mère sans assurance, de bons et même d'excellents soins post-nataux. Mais la nécessité de soins si sophistiqués aurait pu être évitée si la mère avait bénéficié en temps utile de soins prénataux relativement peu onéreux. D'une manière plus générale, le problème des soins pour les non assurés met en évidence un autre problème grave, de portée plus générale, qui est une capacité insuffisante à mettre nos immenses ressources dans le domaine de la santé au service de prestations d'une médecine permettant à tous de recevoir les meilleurs soins : nos résultats dans le domaine de la mortalité infantile ne sont pas à la hauteur des espérances que nous pouvons légitimement avoir en nous fondant sur nos propres succès passés (l'amélioration de la mortalité infantile a ralenti de manière significative ces dix dernières années, comparé aux années 70) ou sur ceux d'autres pays industrialisés (les Etats-Unis se situent au 22ème rang de mortalité infantile).

**Facteurs
contribuant à
l'augmentation
des dépenses de
santé**

La perspective de voir les dépenses de santé occuper une part sans cesse plus importante du revenu national des Etats-Unis soulève deux questions: pourquoi ces dépenses augmentent-elles aussi rapidement? Et pourquoi est-il peu probable que cette augmentation des dépenses s'arrête d'elle-même?

¹⁴ Une récente étude faite par les chercheurs des universités de Georgetown et de John Hopkins University montre que "le taux réel de décès dans un hôpital était de 1,2 à 3,2 fois plus élevé pour les patients sans assurance" pour 11 des 16 catégories démographiques. Jack Hadley et d'autres, "Comparison of Uninsured and Privately Insured Hospital Patients," *Journal of the American Medical Association*, 265(3), le 16 janvier 1991, p.374.

Ces vingt dernières années, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le revenu national (en fait, ces quarante dernières années) sans qu'il y ait une cause unique à ce phénomène. De surcroît, personne n'est en mesure de définir de manière limitative une liste des nombreux facteurs souvent difficiles à quantifier qui interviennent.¹⁵ Il est de toute manière utile de distinguer deux groupes de facteurs pour comprendre la croissance des dépenses:

En premier lieu, plusieurs facteurs extérieurs influent sur le secteur de la santé: l'augmentation des revenus, par exemple, incite les gens à avoir davantage recours aux soins médicaux dans leur souhait d'une vie plus longue et plus saine. D'une manière analogue, le vieillissement de la population contribue à l'augmentation des dépenses de santé, les personnes plus âgées coûtant dans l'ensemble le double des personnes jeunes ou d'âge mur.¹⁶

Deuxièmement, les propres structures du secteur de la santé contribuent à l'accélération des dépenses dans ce secteur.

- Ces vingt dernières années, le prix des soins médicaux a augmenté 44 fois plus vite que celui des prix à la consommation. L'une des raisons en est une augmentation des salaires plus importante dans le secteur médical que n'importe où ailleurs dans l'économie. Le manque d'infirmières

¹⁵ Les chercheurs continuent néanmoins d'étudier les origines de la croissance des dépenses de santé. Par exemple, le GAO analyse actuellement les raisons de l'accroissement du coût des soins hospitaliers et pense présenter son rapport devant la Commission un peu plus tard cette année.

¹⁶ Un ménage type ayant à sa tête une personne de plus de 65 ans a dépensé 2.099 dollars en soins médicaux en 1988 tandis qu'un ménage type avec un chef de famille de moins de 65 ans n'en a dépensé que la moitié (1.089 dollars).

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsheer, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.

le 17 avril 1991

est un exemple qui explique que le marché tire les salaires vers le haut. Le revenu net des médecins a aussi augmenté environ 27 fois plus vite, entre 1977 et 1987, que le revenu moyen des travailleurs privés, agriculteurs exclus. Une autre raison de l'augmentation des dépenses médicales réside dans le fait que l'accroissement de la productivité de ce secteur a été plus lente que partout ailleurs. Les soins médicaux, comme dans les autres industries de service, nécessitent relativement beaucoup de main d'oeuvre et il s'avère que souvent l'apparition de nouvelles technologies médicales ne se traduit pas les besoins de main-d'oeuvre. Parfois même, les nouvelles technologies nécessitent plus de main-d'oeuvre, ou une main-d'oeuvre plus onéreuse.

- Les rapides progrès réalisés par les technologies médicales débouchent souvent sur une amélioration de la qualité des soins mais peuvent nécessiter un équipement d'un coût très élevé. Parmi les exemples figurent les équipements de pointe de diagnostic et de radiothérapie. L'apparition continue de nouvelles procédures et services contribue d'année en année à l'augmentation des dépenses de santé.
- Les progrès technologiques ont souvent amené les hôpitaux à participer à une "course médicale aux armements", en cherchant à empêcher les patients et les docteurs d'aller dans des hôpitaux concurrents. Un récent exemple d'escalade de haute technologie a été signalé dans le comté où se trouve Altoona, en Pennsylvanie : un hôpital et un groupe de radiologues ont l'un et l'autre acheté des

machines IRM.¹⁷ Or un autre IRM accessible aux habitants d'Altoona se trouve à proximité, dans le comté voisin. Le résultat est qu'une petite région possède trois machines sophistiquées de diagnostic coûtant au moins 1,5 million de dollars chacune. Les médecins ont apparemment fait passer avec ces machines plus de scanographies IRM par habitant qu'il n'en a été fait à Philadelphie ou dans de nombreux autres hôpitaux de l'Etat.

Ces avances technologiques et d'autres facteurs d'accroissement des coûts propulsent les dépenses vers le haut - car pour chaque nouveau service, quelqu'un paie. Ces dernières années, cela a été un tiers payant - société, gouvernement, et assureurs privés. Le fait que les assurances médicales publiques et privées disposent d'importantes ressources a certainement facilité l'envolée des dépenses de santé aux Etats-Unis.

Les initiatives marginales ont connu peu de succès dans le passé - les réformes partielles sont peu prometteuses

Le marché médical est particulier et complexe. Les multiples aspects de l'augmentation des dépenses de la santé et la nature chronique du problème, ont amené les sociétés, les gouvernements des Etats et le gouvernement fédéral à prendre de nombreuses initiatives. Bon nombre des tentatives effectuées se sont traduites par des échecs ; certaines ont réussi à limiter l'augmentation des dépenses pour un payeur individuel - une société, un gouvernement d'Etat ou le gouvernement fédéral. Aucune action privée, aucune initiative de l'Etat, aucune politique fédérale - ni la somme de toutes ces initiatives marginales - n'a

¹⁷ *The Philadelphia Inquirer*, le 30 juillet 1990, et *The Washington Post*, le 16 novembre 1990. Lors de conversations avec des responsables du gouvernement entre autres, le GAO a été capable de vérifier les éléments clés de ces nouveaux rapports.

permis de ralentir à l'échelle nationale de manière substantielle et durable la croissance des dépenses de santé. Compte tenu de cette expérience, je pense que de nouvelles réformes ponctuelles donneraient elles aussi des résultats décevants; c'est-à-dire, qu'il est peu probable qu'elles réduisent la croissance des dépenses de santé de manière significative. De surcroît, aucun secteur individuel ne peut résoudre à lui seul le problème de l'augmentation des dépenses. En particulier, le gouvernement fédéral ne peut pas limiter les augmentations de ses propres dépenses de santé de manière permanente - tout en maintenant le niveau des prestations et leur accès - si l'augmentation des dépenses de santé des autres payeurs se poursuit.

Plusieurs exemples en témoignent:

- Les sociétés ont réduit ou éliminé les prestations médicales de leurs employés, diminuant par là leurs propres dépenses. De telles réductions des prestations ne diminuent pas les dépenses globales de santé car elles ont en fait pour résultat de reporter la charge correspondante sur les employés ou sur les gouvernements qui doivent alors régler les soins non remboursés les travailleurs sans assurance ou élargir la protection offerte par le biais de programmes publics.
- Depuis les années 70, les entreprises ont cherché à maîtriser leurs dépenses de santé en s'orientant vers des formules de soins conçues de manière plus globale et organisée, telle que les "Health Maintenance Organizations" (HMO). En théorie, cette formule de gestion des soins permet de limiter les soins et prestations non nécessaires et non justifiés économiquement en faisant appel à un centre qui assure le suivi ou régleme l'ensemble des soins prodigués

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

à un patient, en allant des spécialistes au médecin de famille. Il est peu probable que le recours par les entreprises à cette formule de soins dirigés permette de limiter le niveau global des dépenses de santé, cela pour trois raisons : la première est que si les soins surveillés ont parfois permis de réaliser des économies ponctuelles, il est néanmoins permis de douter que cela puisse modérer la tendance à la hausse des dépenses.¹⁸ Deuxièmement, il apparaît improbable que les soins dirigés puissent concerner suffisamment d'Américains dans les dix années à venir pour que cela permette de modérer la tendance à la hausse de l'ensemble des dépenses globales de santé. A l'heure actuelle, les HMO ne couvrent que 8 pour cent des Américains.¹⁹ Troisièmement, les soins dirigés ne semblent pas en mesure de maîtriser les forces qui contribuent à l'augmentation de l'ensemble des dépenses médicales qui trouvent leurs origines hors de la population concernée par ces soins dirigés, à savoir "la course médicale à l'armement".

¹⁸ William Custer, "Health Care Costs and the Quality of Health Care," Employee Benefit Research Institute, le 28 septembre 1989, p.13. Karen Davis et autres, *Health Care Cost Containment* (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1990), p.223.

¹⁹ Karen Davis et autres, p.222, estiment que les HMOs permettraient au plus de couvrir 25 pour cent de la population.

La définition des soins dirigés englobe parfois toute tentative de tiers payeurs d'exercer un contrôle sur la fourniture de services médicaux. Par exemple, le fait de procéder à un examen des actes médicaux effectués, comportant la remise en cause éventuelle par les assureurs de la justification de procédures déterminées (comme le pontage coronaire) effectuées par des prestataires est de plus en plus répandu. L'efficacité de ce contrôle des prestations n'a pas fait l'objet d'une recherche approfondie mais les résultats dont on dispose actuellement sont au mieux mitigés. Voir Custer, pages 9-10.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

- La diminution par les Etats des taux de remboursement de Medicaid ne peut pas ralentir de façon durable l'ensemble des dépenses de santé. Une politique prolongée de réduction des taux pour Medicaid reporterait le coût des soins prodigués aux patients à faible revenu et nécessitant des soins intensifs sur des organisations charitables que d'autres payeurs doivent subventionner.²⁰ En conséquence, les baisses du taux de remboursement de Medicaid ne déboucheraient pas sur une réduction proportionnelle de l'ensemble des dépenses de santé. De surcroît, cette politique des taux de Medicaid n'agirait pas de façon significative sur la tendance fondamentale à l'augmentation des dépenses médicales.

- Depuis sa mise en place, Medicare s'est débattu pour tenter de contenir l'augmentation de ses dépenses. Les récentes réformes de Medicare en matière de remboursement, comparées aux initiatives fédérales entreprises dans les années 70 pour maîtriser les coûts, semblent avoir connu plus de succès. En particulier, le "Prospective Payment System" (PPS) pour les hôpitaux, mis en place en 1983, a amélioré la méthode de fixation des taux de remboursement par Medicare et a freiné l'augmentation de ses dépenses hospitalières. PPS a peut-être également ralenti le rythme d'accroissement de l'ensemble des dépenses hospitalières.

²⁰ Les taux de remboursement de Medicaid (comparé aux taux en vigueur de Medicare et des assureurs privés) ont toujours été bas. Voir "Physician Payment Review Commission," *Annual Report to Congress, 1991*, le 1er avril 1991, pour des données actuelles. La participation à Medicaid des prestataires a été limitée en raison de ces taux relativement bas. Cette participation limitée a diminué l'accès des bénéficiaires aux soins intensifs - ailleurs que dans les salles d'urgence et les cliniques.

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

Ces réussites n'ont cependant pas amené une modération décisive de la tendance à la hausse des dépenses nationales de santé. Les raisons sont maintenant bien connues : tout d'abord, il semble que les hôpitaux aient transféré certains coûts de Medicare à des payeurs privés disposés à les rembourser à des taux plus élevés. Deuxièmement, le PPS semble avoir engendré un transfert de procédures - et donc de dépenses - des hôpitaux (malades hospitalisés) vers d'autres centres médicaux (tels les centres pratiquant des actes chirurgicaux ne nécessitant pas d'hospitalisation). Il est presque inévitable que l'impact de la réforme PPS sur l'évolution de l'ensemble des dépenses hospitalières soit limité en raison de son champ limité d'application - système Medicare et soins aux malades hospitalisés.

L'expérience des payeurs - sociétés et gouvernements - montre que si l'on s'efforce de comprimer les dépenses de santé dans un domaine particulier, on assiste à un gonflement des dépenses dans d'autres domaines. Les actions visant à maîtriser les dépenses d'un payeur déterminé (ou d'un sous-ensemble de payeurs) ou correspondant à une catégorie de services (tels les soins aux malades hospitalisés) n'auront qu'un impact limité sur les dépenses globales. Les prestataires sont en mesure de transférer les coûts des payeurs les moins généreux à ceux qui le sont davantage; les payeurs eux-mêmes peuvent chercher à éviter de couvrir les personnes à hauts risques, se déchargeant ainsi du fardeau des soins non remboursés sur le reste de la société. Enfin, les initiatives ponctuelles laissent le plus souvent intact l'ensemble des forces sous-tendant la tendance à la hausse des dépenses de santé.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

**Le système des
soins de santé
des Etats-Unis
doit être revu
en profondeur**

Tous ces éléments me conduisent à penser que si les Etats-Unis veulent parvenir à ralentir la spirale de la croissance des dépenses médicales, ils doivent entreprendre une réforme en profondeur de l'ensemble du système. Dans ce cadre, les Etats-Unis devraient examiner les stratégies auxquelles ont eu recours d'autres pays industrialisés.

Les autres pays industrialisés présentent des différences, en faisant appel à un assureur public unique ou à une combinaison d'assureurs publics et privés ; tous ont dû lutter pour maîtriser les dépenses de santé. Les pays qui sont le mieux parvenus à contrôler les coûts semblent être ceux qui ont eu recours à un dispositif comportant trois éléments communs :

- Premièrement, tous les citoyens sont couverts par une assurance. Dans ces pays, personne ne se trouve exclus de la couverture médicale.
- Deuxièmement, dans les cas où l'on se trouve en présence de plusieurs assureurs, qu'ils soient publics ou privés, tous appliquent tous les mêmes règles fondamentales. Cela signifie que des politiques uniformes sont utilisées pour déterminer : qui peut bénéficier d'une assurance, de quels services ils peuvent bénéficier, la tarification autorisée pour les prestataires de services et les procédures à suivre pour les demandes de remboursement. Il en résulte que du point de vue des médecins et des hôpitaux, le fait qu'un patient soit couvert par une assurance ou par une autre est généralement indifférent.

Annexe I

Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.

le 17 avril 1991

- Troisièmement, certains de ces pays décident de manière formelle du montant qu'ils alloueront aux principaux secteurs de la santé. Autrement dit, ces pays fixent souvent un plafond pour les dépenses relevant d'une catégorie déterminée de services. Par exemple, au Canada, les gouvernements de province négocient un budget fixe pour chaque hôpital. L'hôpital doit alors le meilleur moyen de prodiguer les soins en restant à l'intérieur de l'enveloppe qui lui a été assignée. L'Allemagne, elle, a maîtrisé les dépenses des médecins en établissant un barème pour les honoraires correspondant aux actes médicaux accomplis par le médecin et en fixant un montant-objectif pour l'ensemble des dépenses correspondant à des dépenses de médecins. Si les médecins augmentent le nombre des prestations qu'ils fournissent et que les dépenses risquent de dépasser la limite établie, les honoraires sont réduits de telle sorte que les dépenses réelles restent en deçà de la limite fixée.

Dans chaque cas, le pays a été à même d'offrir un large éventail de soins à tous ses citoyens tout en dépensant beaucoup moins par personne que les Etats-Unis.

Je pense que si les Etats-Unis veulent vraiment élargir l'accès aux soins et maîtriser les dépenses de santé, il faut adopter une structure qui nous permette d'appliquer des stratégies analogues à celles actuellement en place dans ces pays. L'approche la plus adaptée pour atteindre ces objectifs dans notre pays devra être définie et faire l'objet de débats ; elle devra également être compatible avec la culture, les traditions et les institutions politiques américaines. Nous devrions néanmoins, lors de la conception de notre réforme, prendre en considération les trois éléments qui viennent d'être abordés :

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

- assurance pour tous ;
- définition de politiques et de procédures de remboursement des prestataires de service telles que tous les payeurs - publics et privés - obéissent aux mêmes règles ; et
- fixation de limites pour l'ensemble des dépenses des principales catégories de prestataires et de services (y compris les médecins, les hôpitaux et les nouvelles technologies).

Une telle approche aux Etats-Unis permettrait de maîtriser l'envolée des dépenses en soins de santé et de libérer des ressources pour d'autres usages importants. Si cette approche permettait de ralentir le taux de croissance annuel des dépenses fédérales de santé d'un tiers, nous avons estimé que plus de 125 milliards pourraient être économisés dans les 5 prochaines années pour le seul gouvernement fédéral.²¹

Le GAO effectue actuellement plusieurs études sur les stratégies visant à maîtriser les dépenses que le Congrès sera à même d'utiliser lorsqu'il étudiera les propositions de réforme de notre système de santé. Deux rapports concerneront les pays étrangers faisant appel à des structures similaires à celles que je viens de décrire. Un rapport sera consacré à la santé au Canada, pays qui fournit une assurance universelle au travers d'un système géré par les gouvernements des provinces. Le deuxième rapport analysera les efforts récents visant à maîtriser les dépenses dans les systèmes allemand et français. Enfin, nous évoquerons

²¹ Ce calcul des économies cumulatives part de l'hypothèse que, sans un freinage efficace, les dépenses fédérales de santé continueraient à croître aux taux moyen constaté entre 1980 et 1990 - c'est-à-dire de 10,5 pour cent par an.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsher, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

les expérimentations effectuées aux Etats-Unis
au niveau des Etats dont les politiques (visant
à accroître l'accès aux soins et à limiter les
coûts hospitaliers) ressemblent à celles
utilisées par certains pays étrangers.

Je pense que la question de la santé figure en
tête des préoccupations nationales. Je serai
heureux d'apporter mon concours au Congrès pour
trouver une solution satisfaisante aux
importants problèmes que nous devons résoudre.

Monsieur le Président, j'en ai terminé avec ma
déposition. Je serais heureux de répondre aux
questions que vous pourriez avoir à me poser.

Annexe I
Déclaration de Charles A. Bowsheer, Comptroller Général
des Etats-Unis devant la Commission budgétaire de la
Chambre des Représentants.
le 17 avril 1991

Annexe II

**Principales Personnes Ayant Contribué à la Préparation de ce
Rapport**

Département des Resources Humaines, Washington, D.C.	Jane Ross, Adjoint Principal au Directeur, Medicare et Medicaid, (202) 275-6195 Jonathan Ratner, Adjoint au Directeur Hannah Fein, Rédacteur Technique John Dicken, Evalueateur Andromache Fargeix, Evalueateur
---	--

Ordering Information

The first copy of each GAO report is free. Additional copies are \$2 each. Orders should be sent to the following address, accompanied by a check or money order made out to the Superintendent of Documents, when necessary. Orders for 100 or more copies to be mailed to a single address are discounted 25 percent.

U.S. General Accounting Office
P.O. Box 6015
Gaithersburg, MD 20877

Orders may also be placed by calling (202) 275-6241.

**United States
General Accounting Office
Washington, D.C. 20548**

**Official Business
Penalty for Private Use \$300**

**First-Class Mail
Postage & Fees Paid
GAO
Permit No. G100**
