



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Scénarios prévisionnels pour le domaine de la santé

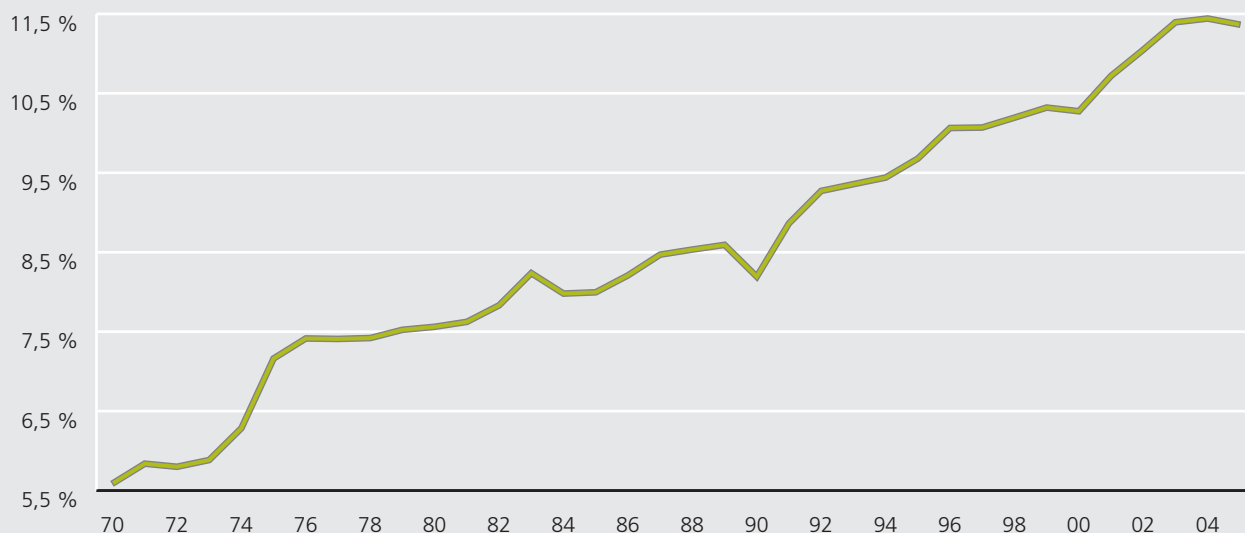
Extrait du rapport sur le plan financier 2009–2011 de la législature du 23 janvier 2008

Scénarios prévisionnels pour le domaine de la santé

1 Introduction

Graphique 1: Dépenses dans le domaine de la santé de 1970 à 2005

(en % du PIB)



Il est indispensable que la politique budgétaire tienne davantage compte des *défis que nous réserve l'avenir*. S'engager à temps sur la bonne voie, c'est se ménager une marge de manœuvre suffisante et éviter que la pression exercée sur les finances publiques par l'évolution démographique n'impose à la société des changements de cap d'autant plus abrupts qu'ils seront tardifs. Le budget et le plan financier de la Confédération ne prennent pas suffisamment en considération les tendances à long terme, en particulier celles relatives à la démographie. C'est pourquoi la Confédération a besoin d'un instrument qui lui procure cette vision à long terme. L'art. 8 de l'ordonnance sur les finances de la Confédération, en vigueur depuis avril 2006, comble cette lacune. Il prévoit que le Conseil fédéral présente au moins tous les quatre ans, en complément au plan financier, des scénarios prévisionnels pour certains domaines. Ces scénarios portent bien au-delà de la période couverte par la planification financière et mettent en évidence les tendances prévisibles avec leurs conséquences financières, en esquissant les mesures de gestion ou de correction qui seraient envisageables.¹

¹ L'art. 8 de l'ordonnance sur les finances de la Confédération a la teneur suivante:

- 1 En complément à la planification financière, le Conseil fédéral présente périodiquement, mais au moins tous les quatre ans, des scénarios prévisionnels à long terme pour certains domaines.
- 2 Les scénarios prévisionnels portent sur plusieurs années au-delà de la période couverte par le plan financier et se fondent sur l'évolution à long terme des finances des trois niveaux étatiques et des assurances sociales.
- 3 Ils montrent les tendances prévisibles avec leurs conséquences financières ainsi que les mesures de gestion ou de correction requises.

Le domaine choisi pour élaborer ces premiers *scénarios prévisionnels* est la santé, qui subit de plein fouet l'évolution démographique et met à contribution les trois niveaux étatiques. La santé, plus précisément l'assurance-maladie obligatoire, est un secteur aux interactions complexes, comptant un très grand nombre d'acteurs et où la dynamique des coûts a été spécialement forte ces dernières années. Ainsi la quote-part des dépenses totales de santé au produit intérieur brut (PIB) a fait plus que doubler entre 1970 et 2005, passant de 5,6 % à 11,4 % (voir graphique 1).

Sauf indication contraire, les dépenses traitées dans le présent rapport se réfèrent toujours au PIB. En effet, le PIB sert d'indicateur pour mesurer l'évolution des richesses créées à l'intérieur du pays. D'où l'importance d'exprimer les dépenses par rapport au PIB pour mesurer les variations de la charge financière que les dépenses de santé font peser sur les budgets publics et les ménages privés. Selon que la progression des dépenses de santé est plus rapide ou plus lente que celle du PIB, la charge financière supportée par les ménages s'alourdit ou diminue. Ainsi, la progression des dépenses totales de santé de quasiment 6 points par rapport au PIB au cours des 35 dernières années signifie que la charge financière des ménages due aux coûts de la santé a augmenté de 6 points de pourcentage (voir graphique 1). Des indications en chiffres absolus (en milliards de francs) pour les dépenses de santé n'auraient qu'une utilité limitée pour des projections portant sur 50 ans. Au-delà du constat de très forte hausse des dépenses, on ne verrait guère si la charge financière relative, due au système de santé, augmente ou non. Il importe par ailleurs de garder à l'esprit qu'un système de santé bien organisé permet d'améliorer l'état de santé de la population – de la population

active en particulier – et par là qu’il contribue de manière positive au développement économique.

Le chiffre 2 expose la méthode de projection utilisée et discute les hypothèses de référence. Les principaux résultats sont présentés au chiffre 3. Les calculs montrent comment les dépenses de santé évolueraient avec des hypothèses différentes, et de quelle façon cette évolution se répercuterait sur les budgets publics (ch. 3.1). Les résultats en termes de dépenses totales et de dépenses publiques ventilés entre le domaine de la santé sans les soins de longue durée et celui des soins de longue durée, sont présentés aux chiffres 3.2 et 3.3. Enfin, le chiffre 4 passe en revue les mesures de gestion et de correction qui seraient envisageables.

2 Méthode et hypothèses

L’approche utilisée pour réaliser les projections concernant la santé et les autres domaines abordés dans le rapport sur les perspectives à long terme des finances publiques se base sur une méthode répandue sur le plan international. Elle a fait l’objet de discussions avec des experts tant suisses qu’étrangers. La première étape consiste à projeter, à partir des dépenses de santé de l’année de base 2005, les dépenses par classes d’âge et par sexe. Les projections se fondent sur le scénario démographique «moyen» (A-00-2005) de l’Office fédéral de la statistique (OFS). Les projections de la deuxième étape concernent les dépenses étatiques dans le domaine de la santé – y compris celles destinées à la réduction individuelle des primes, publiées dans les comptes de la sécurité sociale. Outre le scénario de référence, divers scénarios alternatifs sont présentés. Le scénario de référence s’inspire des travaux menés par la Commission européenne.² Les résultats des projections présentés au chiffre 3 sont donc comparables à ceux de l’UE.

Les projections visent à montrer, au-delà des effets de l’évolution démographique sur les dépenses de santé, l’impact des principaux facteurs de coûts non-démographiques.

- Le premier facteur est l’état de santé (morbidité) de la population. Le scénario «moyen» (A-00-2005) de l’OFS se base sur une hausse de l’espérance de vie. Il s’agit par conséquent d’examiner dans quelle mesure la morbidité de la population varie avec l’augmentation de l’espérance de vie. Comme des données empiriques en la matière sont rares, des scénarios ont été conçus sur la base de différentes hypothèses concernant les changements de la morbidité (voir les explications données plus loin).
- Le deuxième facteur d’influence non démographique considéré est la corrélation, observable empiriquement, entre l’évolution du revenu national et la croissance des dépenses

de santé. Ces dernières ont ainsi progressé plus rapidement que le revenu au cours des dernières décennies. Les facteurs à l’origine de cette évolution ont trait aussi bien à la demande qu’à l’offre – exigences de la population en matière de santé, progrès techniques de la médecine, etc.

- Le troisième facteur concerne l’évolution de la productivité dans le domaine de la santé. Elle est difficile à mesurer empiriquement et susceptible de varier d’un domaine à l’autre. Ainsi les gains de productivité sont faibles dans le secteur, intensif en main-d’œuvre, des soins de longue durée, en comparaison des soins hospitaliers mieux dotés en capital et sur le plan technologique. Une croissance de la productivité inférieure à la moyenne génère des pressions sur les coûts, dès le moment où les salaires des professions de la santé augmentent au même rythme que ceux des autres branches. D’où un renchérissement plus marqué que dans l’économie en général. Ce phénomène observable dans le secteur de la santé porte le nom d’effet Baumol.
- Les tendances sociales constituent le quatrième et dernier facteur. Par exemple il n’est pas exclu, compte tenu de l’évolution des structures familiales et du pourcentage croissant de femmes professionnellement actives, que la volonté ou les possibilités de s’occuper de membres de sa propre famille nécessitant des soins diminuent par rapport à aujourd’hui. Le cas échéant, la demande de soins ambulatoires ou stationnaires (services d’aide et de soins à domicile, institutions de soins) augmenterait. Ce recours accru aux soins formels se traduirait par une plus forte pression sur les coûts, dans le domaine des soins de longue durée.

Les projections concernant les dépenses de santé ont conduit à émettre différentes hypothèses sur les facteurs de coûts décrits ci-dessus, afin de tenir compte des incertitudes entourant leur importance respective. A partir de là, plusieurs scénarios ont été formulés pour les dépenses de santé. Une distinction a été faite au passage, conformément à l’usage international, entre, d’une part, les dépenses de santé sans les soins de longue durée et, d’autre part, les soins de longue durée, deux secteurs sur lesquels les facteurs de coûts ont un impact différent. Les scénarios suivants ont été élaborés pour les projections des dépenses de santé sans les soins de longue durée:

- Scénario de référence: la population reste en bonne santé pendant la moitié de l’espérance de vie gagnée (extension partielle de la morbidité). En outre, l’augmentation du revenu national, par son impact sur l’offre comme sur la demande, entraîne une hausse marquée des dépenses de santé. L’effet Baumol n’est pas spécifiquement pris en compte.

² Economic Policy Committee et Commission européenne (2006), The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfer (2004–2050).

- *Pure Ageing*: la hausse de l'espérance de vie va de pair avec une dégradation de l'état de santé de la population (expansion de la morbidité). Les hypothèses concernant les autres facteurs de coûts sont celles du scénario de référence.
- *Healthy Ageing*: à la différence du scénario de référence, l'hypothèse est que la population traverse les années d'espérance de vie supplémentaires dans un bon état de santé (diminution de la morbidité).
- *Scénario Baumol*: l'effet Baumol, dont on ne tient pas compte dans le scénario de référence, joue ici à plein. En outre, la hausse générale des revenus entraîne une hausse proportionnelle des dépenses de santé.

Le secteur des *soins de longue durée* fait lui aussi l'objet de scénarios (*scénario de référence*, *Pure Ageing* et *Healthy Ageing*), fondés sur les mêmes hypothèses que pour le domaine de la santé considéré sans les soins de longue durée, à propos du lien entre l'augmentation de l'espérance de vie et l'état de santé – plus précisément le besoin de soins – de la population. Ces scénarios partent tous trois de l'idée qu'aucun gain de productivité n'est réalisable, et donc que l'*effet Baumol* est pleinement ressenti. Par ailleurs, il est admis que le revenu national n'a aucune incidence sur les dépenses liées aux soins de longue durée. Enfin, un autre scénario alternatif (tendance à recourir à des soins formels) montre la hausse des coûts imputable à l'évolution de la société où les soins informels, dispensés dans le cadre familial, sont peu à peu remplacés par des soins formels (homes, services d'aide et de soins à domicile).

3 Résultats des projections

Tableau n° 1: Dépenses dans le domaine de la santé, selon le scénario de référence*

	2005 (en % du PIB)	2050 (en % du PIB)	Variation entre 2005 et 2050 (en PP du PIB)
Total	11,4	15,5	4,1
Etat (y c. assurances sociales)	4,9	7,1	2,2
Confédération	0,5	0,5	0,0
Cantons	3,1	4,7	1,6
Communes	1,2	1,7	0,5

* Les dépenses étatiques sont des chiffres bruts tirés de la statistique financière

3.1 Domaine de la santé dans son ensemble

Les scénarios du présent rapport montrent qu'indépendamment des hypothèses relatives aux facteurs de coûts, le vieillissement de la population risque d'entraîner une forte hausse des *dépenses totales dans le domaine de la santé*, alourdissant la charge financière supportée par les ménages et par les collectivités publiques.³

Dans le scénario de référence, l'ensemble des dépenses de santé passe de 11,4 % du PIB en 2005 à 15,5 % en 2050 (voir tableau 1). Les dépenses des collectivités publiques dans ce domaine affichent une progression de 4,9 % à 7,1 % du PIB. Le surcroît de charges dû à la dynamique des dépenses affecte principalement les cantons qui, aujourd'hui déjà, assument le gros des dépenses publiques de santé. Cette évolution est expliquée en détail plus loin. Quant à la hausse résiduelle des dépenses, soit près de 2 points du PIB jusqu'en 2050, elle frappe les ménages privés.

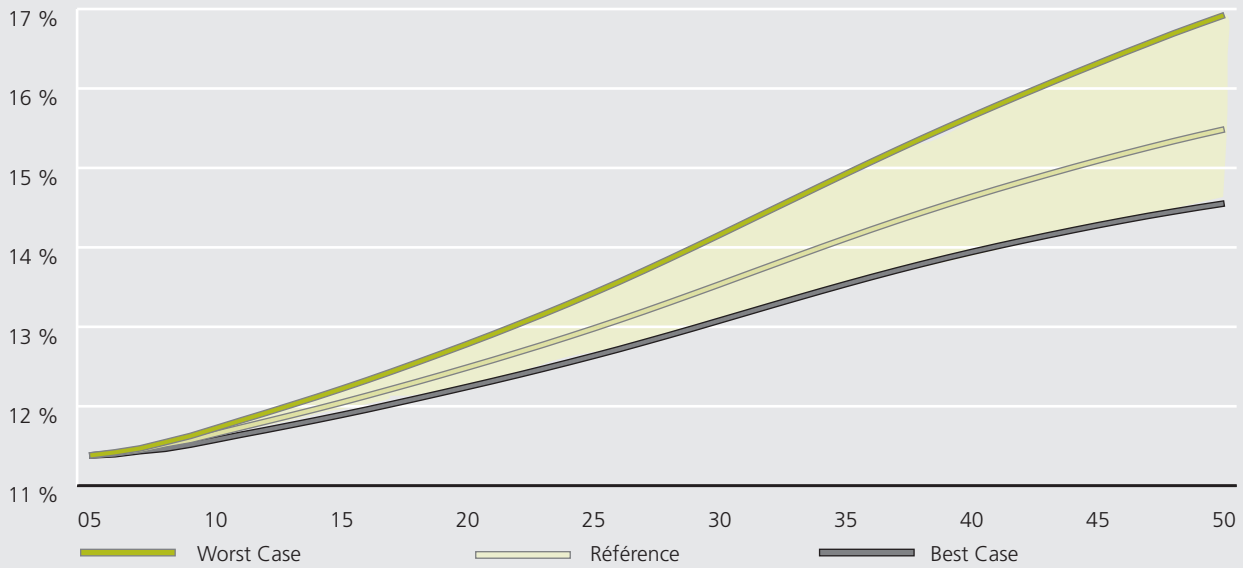
Pour montrer dans quelle mesure les projections sont sensibles aux scénarios retenus, le graphique 2 indique l'intervalle entre la variante la plus optimiste (Best Case) et la plus pessimiste (Worst Case). Comme la santé sans les soins de longue durée, d'une part,

et les soins de longue durée, d'autre part, font l'objet de projections séparées, les variantes Best et Worst Case de l'évolution des dépenses d'ensemble de la santé intègrent les scénarios les plus optimistes ou les plus pessimistes de ces deux domaines. Ainsi la variante Worst Case reflète l'évolution des dépenses de santé à partir des hypothèses du scénario Baumol, pour la santé sans les soins de longue durée, et du scénario Pure Ageing pour les soins de longue durée. A l'opposé, la variante Best Case s'appuie à chaque fois sur les scénarios Healthy Ageing. Les écarts sont de plus de 30 % (+1,4 point du PIB pour Worst Case) et d'env. 20 % (-0,9 point du PIB pour Best Case) par rapport à l'évolution des dépenses projetée dans le scénario de référence, soit 4,1 points (PP) du PIB. Il apparaît ainsi que l'évolution des dépenses réagit fortement aux hypothèses formulées (voir graphique 2).

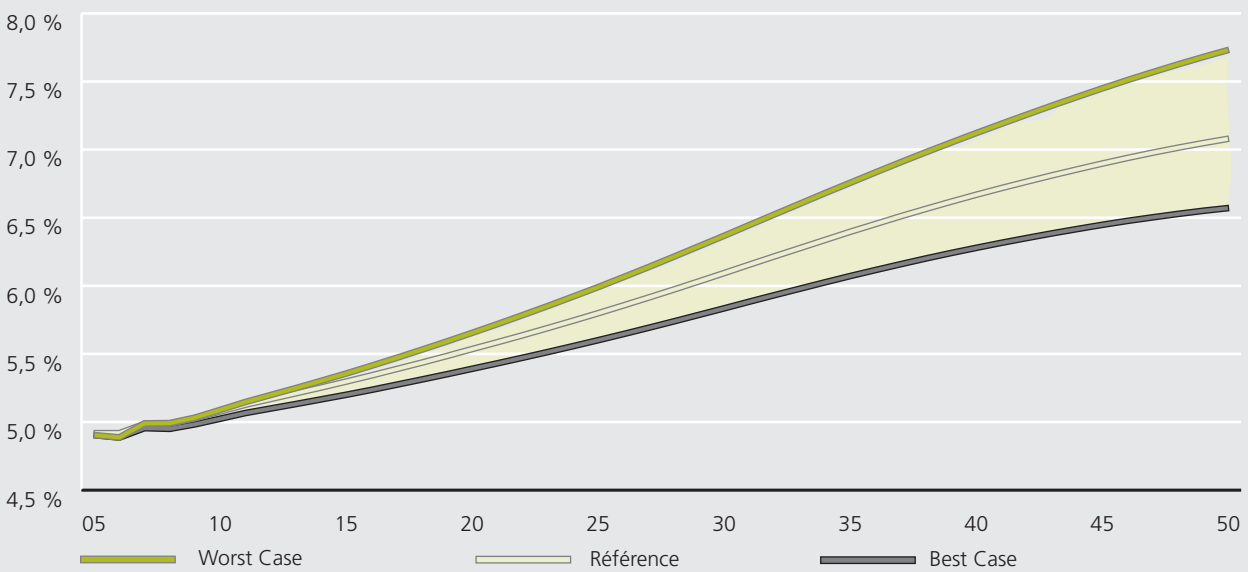
A l'instar des dépenses totales consacrées à la santé, les *dépenses des collectivités publiques* subissent l'influence des facteurs de coûts décrits au chiffre 2. Leur évolution présente dès lors une image similaire (voir graphique 3). Dans le scénario de référence, les dépenses publiques progressent de 2,2 points du PIB (voir tableau 1). L'évolution en forme d'entonnoir, sur le graphique 3,

³ Pour un aperçu d'ensemble des résultats du scénario de référence, voir le tableau A1 dans l'annexe de tableaux

Graphique 2: Scénarios pour le domaine de la santé dans son ensemble
 (en % du PIB)



Graphique 3: Scénarios pour les dépenses des pouvoirs publics dans le domaine de la santé
 (en % du PIB)



des variantes Best et Worst Case montre à nouveau que les projections sont sensibles aux scénarios susmentionnés. Ainsi la hausse de dépenses de la variante Worst Case est de près de 30 %, soit de 0,6 point du PIB supérieure à celle du scénario de référence, tandis que, dans le scénario Best Case, elle est de 20 %, soit de 0,5 point du PIB moins élevée.

La tendance à la hausse, observable dans le passé, de la part des dépenses cantonales dans les dépenses publiques de santé se poursuit dans le scénario de référence, bien qu'avec un fort ralentissement (voir graphique 4). Ainsi la part des cantons passe de

65 % en 2005 à 68 % en 2050. Ce transfert de charges bénéficie essentiellement aux communes, dont la part a déjà baissé de 6 points entre 1990 et 2005. Quant à la part de la Confédération aux dépenses publiques de santé, elle reste plus ou moins stable, de l'ordre de 9 %, entre 1990 et 2050. Le transfert des communes aux cantons, dans la structure des dépenses publiques, tient notamment à ce que les cantons affichent, pour l'année de base, une participation trois fois plus élevée que les communes aux dépenses associées aux soins de longue durée. Or ces dépenses risquent de progresser beaucoup plus fortement à l'avenir que les dépenses de santé hors soins de longue durée (voir ch. 3.3).

Encadré 1: Comparaisons internationales

Dépenses publiques de santé (sans les soins de longue durée), scénario de référence

	2004*	2050	Variation entre 2005 et 2050
	(en % du PIB)	(en % du PIB)	(en PP du PIB)
Suisse	4,4	5,7	1,3
UE-15	6,4	8,1	1,7
Pays-Bas	6,1	7,4	1,3
Allemagne	6,0	7,2	1,2
Autriche	5,3	6,8	1,5
Danemark	6,9	7,8	0,9

* 2004 est l'année de référence dans les calculs effectués par l'UE.

Dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée, scénario de référence

	2004*	2050	Variation entre 2005 et 2050
	(en % du PIB)	(en % du PIB)	(en PP du PIB)
Suisse	0,5	1,3	0,8
UE-15	0,9	1,5	0,6
Pays-Bas	0,5	1,1	0,6
Allemagne	1,0	2,0	1,0
Autriche	0,6	1,5	0,9
Danemark	1,1	2,2	1,1

* 2004 est l'année de référence dans les calculs effectués par l'UE.

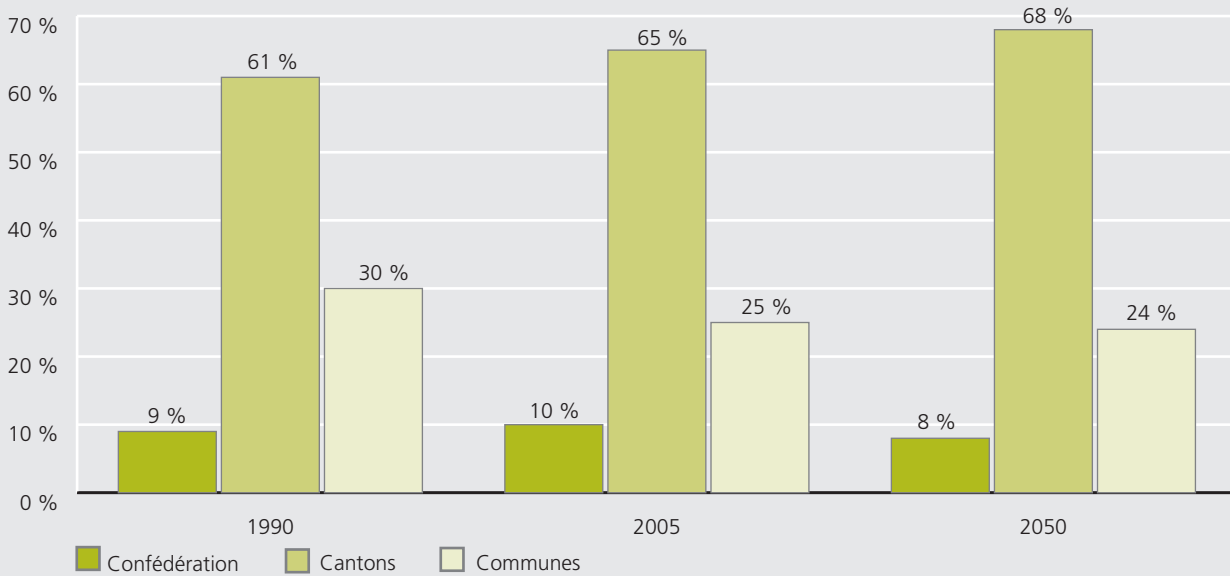
Il ressort de cette comparaison que, en Suisse, la part des dépenses publiques consacrée à la santé est peu élevée. Dans les pays de l'UE15 (UE sans les pays d'Europe centrale et orientale, Chypre et Malte), les dépenses de santé sont prises en charge à raison des trois quarts en moyenne par les collectivités publiques alors qu'en Suisse, selon la statistique de l'OFS «Coût et financement du système de santé», l'Etat en finance actuellement le tiers environ⁴.

Les projections effectuées dans le cadre du scénario de référence reposent sur les mêmes hypothèses et sont par conséquent comparables. La progression jusqu'en 2050 des dépenses publiques en matière de santé affiche des proportions similaires en Suisse et dans l'UE.

⁴ Cette statistique présente les coûts de la santé par agent financeur sous l'angle de la protection sociale. La statistique financière, sur laquelle se fondent les projections en matière de dépenses du rapport sur les perspectives à long terme des finances publiques – et des présents scénarios prévisionnels –, repose sur les comptes d'Etat et donc sur le principe du produit brut. Les deux statistiques ne se recouvrent dès lors pas exactement.

Graphique 4: Augmentation de la part des cantons dans les dépenses

(en % des dépenses étatiques dans le domaine de la santé)



Graphique 5: Divers scénarios pour l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé (sans les soins de longue durée) de 2005 à 2050 (en % du PIB)

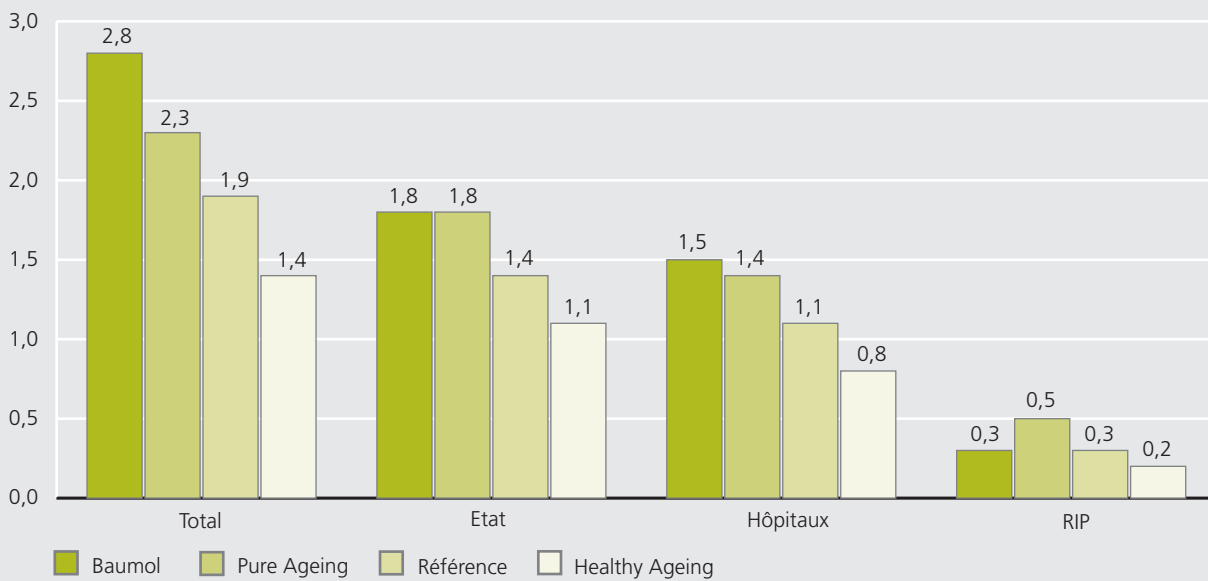


Tableau 2: Dépenses dans le domaine de la santé, sans les soins de longue durée, en pourcentage du PIB

Niveau de dépenses	Dépenses en 2005	Dépenses en 2050, selon divers scénarios			
		Référence	Pure Ageing	Healthy Ageing	Baumol
Total	9,1	11,0	11,4	10,5	11,8
Etat	4,4	5,7	6,2	5,4	6,2
Hôpitaux	3,4	4,5	4,8	4,3	5,0
RIP	0,7	1,0	1,2	0,9	1,0

3.2 Domaine de la santé, sans les soins de longue durée

Les principaux résultats des scénarios couvrant le domaine de la santé sans les soins de longue durée sont présentés ci-après. Outre la démographie, d'autres facteurs de coûts ont une incidence sur l'évolution des *dépenses de santé sans les soins de longue durée*, à commencer par l'augmentation continue du revenu national. Cette évolution engendre, du côté de la demande, de nouvelles attentes au sein de la population, alors que, du côté de l'offre, elle facilite le progrès médico-technique. C'est ainsi que, dans le scénario de référence, les dépenses de santé sans les soins de longue durée augmentent entre 2005 et 2050 de 1,9 point du PIB (voir graphique 5 et tableau 2).⁵ Si un tiers environ de cette progression est imputable au vieillissement de la population, près de la moitié s'explique par les effets, sur l'offre et la demande, de la hausse des revenus.⁶ Par conséquent, les facteurs de coûts non-démographiques pèsent davantage que la démographie sur l'évolution des dépenses. En outre, les dépenses réagissent très fortement aux changements d'hypothèses sur l'état de santé (morbidité) de la population. A supposer que l'état de santé de celle-ci se dégrade dans une situation d'augmentation de l'espérance de vie, la hausse de dépenses avoisinerait 0,5 point du PIB par rapport au scénario de référence (scénario Pure Ageing). Si dans la même situation, l'état de santé restait bon, l'augmentation des dépenses serait de 0,5 point moindre que dans le scénario de référence (scénario Healthy Ageing). Plus encore qu'aux changements de l'état de santé, les dépenses réagissent à l'effet Baumol, soit à une évolution des salaires réels supérieure aux gains de productivité. Le cas échéant, la croissance des dépenses de santé dépasserait de 2,8 points celle du scénario de référence (voir graphique 5).

Les projections réalisées pour les *collectivités publiques* prennent en compte, outre le poste Hôpitaux qui figure au titre du domaine de la santé dans le cadre de la statistique financière, les dépenses consacrées à la réduction individuelle des primes (RIP), qui dépendent elles aussi dans une large mesure de l'évolution

des dépenses de santé. Or comme les cantons conservent, après le passage à la réforme de la péréquation des ressources et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, une importante marge de manœuvre en ce qui concerne la réduction individuelle des primes, il n'est guère possible d'établir des projections fiables pour leurs dépenses (voir aussi l'encadré n° 3). Les projections reposent sur l'hypothèse simplifiée qui veut que les dépenses cantonales consacrées à la réduction individuelle des primes augmentent au même rythme que celles de la Confédération jusqu'au changement de régime en 2008.

L'examen de l'*ensemble des dépenses publiques dans le domaine de la santé* qui, outre les dépenses hospitalières et celles destinées à la réduction individuelle des primes, inclut les autres dépenses de santé des collectivités publiques, notamment au titre de la prévention, révèle que les deux principaux facteurs de hausse des dépenses à prévoir (+1,8 point du PIB à chaque fois) sont, d'une part, une évolution salariale supérieure aux gains de productivité, autrement dit l'effet Baumol et, d'autre part, une extension de la morbidité, soit le scénario Pure Ageing (voir graphique 5). Cette évolution s'explique uniquement par les dépenses hospitalières et par les dépenses destinées à la réduction des primes, les autres dépenses de santé des collectivités publiques s'alignant sur le PIB.

Les *dépenses hospitalières des cantons et des communes* subissent très fortement l'influence de l'effet Baumol et de la morbidité de la population. L'effet Baumol entraîne une hausse des dépenses de 1,5 point du PIB, les dépenses hospitalières augmentant, quant à elles, de 1,4 point dans le scénario Pure Ageing (voir graphique 5). A titre de comparaison, la hausse des dépenses hospitalières n'est que de 1,1 point du PIB dans le scénario de référence et de 0,8 point dans le scénario Healthy Ageing.

Contrairement aux dépenses hospitalières, les *dépenses destinées à la réduction individuelle des primes financée par la Confédération et les cantons* sont davantage sensibles à la morbidité de la population qu'à l'effet Baumol (voir graphique 5). Ainsi elles augmentent à hauteur de 0,5 point du PIB dans le scénario Pure Ageing et de 0,3 point dans le scénario Baumol – contre 0,2 point dans le scénario Healthy Ageing. En l'occurrence, le rôle accru de la morbidité de la population en tant que facteur de coût tient à ce que dans le régime actuel, l'assurance-maladie obli-

⁵ Voir au chiffre 2 le commentaire des divers scénarios.

⁶ Un autre scénario, non repris ici, distinguait encore le nombre de décès et de survivants par classe d'âge pour établir les dépenses de santé. Cette distinction n'aboutit toutefois pas à des différences notables par rapport aux résultats du scénario de référence (voir le Working Paper n° 10 du groupe des économistes de l'AFF).

Encadré 2 Reprise de l'hypothèse d'un objectif social unifié pour la réduction individuelle des primes

Comme indiqué plus haut, les cantons disposent d'une très grande marge de manœuvre politique pour procéder à la réduction individuelle des primes, dans l'ancienne réglementation comme après la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. En théorie, chaque canton peut prévoir une réglementation différente en ce qui concerne le droit à de telles prestations. Les projections relatives aux prestations cantonales destinées à la réduction individuelle des primes comportent par conséquent un degré d'incertitude élevé. Pour accroître la fiabilité des projections, il faudrait par exemple partir d'un objectif social uniforme pour tous les cantons, selon la proposition émise à la fin de l'année 2001 par le Conseil des Etats et finalement rejetée par le Parlement. Concrètement, la charge due aux primes ne devrait pas excéder 8 % du revenu imposable d'un ménage. Comme, selon les scénarios choisis, les dépenses de santé augmentent plus vite que les revenus, les cantons subiraient un surcroît de charges dû à l'objectif social fixé. Dès lors que cet objectif social est pris comme hypothèse de travail, il devient possible de calculer approximativement, moyennant des hypothèses fortement restrictives, la hausse des dépenses des cantons par rapport au scénario de référence. A supposer que la répartition des revenus demeure identique à celle de l'année de base 2005, que la charge de 8 % se réfère au revenu brut d'un ménage et que la taille moyenne des ménages bénéficiaires de prestations reste constante, les dépenses à la charge des cantons en 2050 dépasseraient d'un peu plus de 0,1 point de pourcentage du PIB celles du scénario de référence. Par ailleurs, alors que quelque 40 % des ménages vivant en Suisse bénéficiaient en 2005 de la réduction individuelle des primes, la proportion serait de près d'un ménage sur deux. Ce 0,1 point de PIB pèse certes dans la balance en s'ajoutant à la hausse totale des dépenses publiques de santé qui avoisine, soins de longue durée exclus, 1,3 point du PIB dans le scénario de référence, mais sans pour autant modifier en profondeur l'image d'ensemble.

Tableau 3: Dépenses publiques liées aux soins de longue durée

Scénario	2005	2050	Variation entre 2005 et 2050 (en PP du PIB)
	(en % du PIB)	(en % du PIB)	
Pure Ageing	0,5	1,5	1,0
Trend: soins formels	0,5	1,4	0,9
Référence	0,5	1,3	0,8
Healthy Ageing	0,5	1,1	0,6

gatoire alloue des prestations en cas de soins de longue durée.⁷ De telles dépenses réagissent très fortement aux changements d'hypothèses sur la morbidité (voir ch. 3.3). Les facteurs de coûts n'ont donc pas le même ordre d'importance pour la réduction individuelle des primes que pour les dépenses hospitalières. En outre, la dynamique des dépenses, plus marquée pour les soins de longue durée que dans le domaine de la santé sans les soins de longue durée (voir ch. 3.3), fait que, selon le scénario de référence, la part des prestations de l'assurance-maladie obligatoire allouées aux soins de longue durée doublerait quasiment, passant de 10% en 2005 à 19% en 2050. Cet effet explique à hauteur de 0,1 point du PIB la hausse des dépenses allouées à la réduction individuelle des primes dans le scénario de référence.

Ainsi, outre le vieillissement de la population et les effets sur l'offre et la demande de l'évolution du revenu national, deux facteurs sont particulièrement importants pour l'évolution des dépenses de santé sans les soins de longue durée, à savoir:

- le lien entre le vieillissement et l'état de santé (morbidité) de la population, ainsi que
- le rapport entre les gains de productivité et l'évolution salariale dans les professions de la santé (effet Baumol).

⁷ La loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins est actuellement en discussion aux Chambres fédérales. Le projet se trouvait au stade de l'élimination des divergences à la clôture rédactionnelle du présent rapport. Les scénarios ont par conséquent été calculés sur la base du cadre législatif actuel (statu quo).

⁸ Voir au chiffre 2 les commentaires relatifs aux scénarios dans le domaine des soins de longue durée.

3.3 Soins de longue durée

Avant d'examiner les résultats des projections relatives aux soins de longue durée, il importe de préciser que la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (objet du Conseil fédéral n° 05.025), traitée par les deux Conseils, n'avait pas atteint le stade des décisions nécessaire pour que ces scénarios prévisionnels puissent en tenir compte, ce qui a conduit à retenir l'hypothèse de législation inchangée.

Le domaine des soins de longue durée est davantage touché par le vieillissement de la société que d'autres domaines corrélés à la démographie. Le vieillissement des personnes nées entre la fin des années 1940 et le milieu des années 1960 (génération du baby boom) et la poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie aboutiront, au cours des prochaines décennies, à une forte croissance des cohortes des 80 ans et plus. Selon le scénario démographique utilisé ici, le nombre de personnes âgées d'au moins 80 ans aura quasiment doublé d'ici 2030 et triplé en 2050. La dynamique des dépenses liées aux soins de longue durée dépassera dès lors très largement, avec son taux de croissance nominal de 4,6% par an, celle des dépenses de santé sans les soins de longue durée (+3,0%). La part des dépenses consacrées aux soins de longue durée dans les dépenses totales de santé grimpera ainsi, selon le scénario de référence, de 15% en 2005 à 25% en 2050. Alors qu'elles se montaient encore à 1,5% du PIB en 2005, les dépenses liées aux soins de longue durée (homes ou services d'aide et de soins à domicile) avoisineront 3,7% du PIB en 2050.⁸

Les *collectivités publiques* financent un bon tiers des soins (présentations complémentaires de l'AVS pour pensionnaires de homes, allocations pour impotents de l'AVS, subventions aux homes et aux services d'aide et de soins à domicile). Le besoin de financement public s'élevait à 0,5 % du PIB en 2005. Dans le scénario de référence, il augmente de 0,8 point pour atteindre 1,3 % du PIB en 2050 (voir tableau 3). Les cantons, qui supportent deux tiers des coûts, sont directement touchés. Le besoin de financement public triplerait même jusqu'en 2050, passant à 1,5 point du PIB, si le besoin de soins au-delà de 65 ans restait inchangé (scénario Pure Ageing). Le scénario Healthy Ageing affiche la plus faible croissance de dépenses (+0,6 point du PIB). Par ailleurs, à supposer qu'entre 2010 et 2020 la demande cumulée de soins formels augmente de 10 %, les dépenses atteindraient 0,9 point du PIB, soit presque autant que dans le scénario Pure Ageing.

En résumé, les facteurs déterminants des dépenses liées aux soins de longue durée peuvent être décrits de la manière suivante:

- le vieillissement de la société a un effet particulièrement marqué;
- l'impact de l'état de santé est un peu moins marqué;
- un taux d'utilisation accru des soins formels risque de compenser, voire dépasser, les avantages liés à l'amélioration de l'état de santé de la population âgée.

La pression due aux coûts salariaux accentue, dans le domaine des soins de longue durée, l'impact de la démographie sur les dépenses publiques. Comme de telles prestations requièrent beaucoup de personnel, l'évolution des coûts salariaux est un paramètre important de l'évolution des dépenses. En outre, à l'instar des secteurs de la formation et de la culture, les gains de productivité sont faibles sinon nuls (effet Baumol). Ainsi, les progrès médico-techniques permettent rarement de fournir des soins de qualité égale avec moins de personnel. De même, une extension de la formation professionnelle supérieure dans le domaine des soins devrait accroître les pressions exercées sur les coûts.

4 Conclusion

Une bonne santé est essentielle pour jouir d'une qualité de vie élevée. C'est particulièrement vrai dans les sociétés où les plus de 65 ans sont nombreux. Une bonne santé est également importante parmi les jeunes et dans les classes d'âge moyen. Car la santé physique et psychique des personnes actives, ainsi que leur endurance, sont des gages de productivité dans une société. D'où la prise de conscience croissante que les investissements dans la santé sont aussi des investissements dans la prospérité d'un pays. Sans compter qu'en Suisse, le secteur de la santé occupe plus de 10 % des personnes actives et constitue un facteur majeur de croissance économique. La préservation voire l'amélioration de la santé revêtent donc un intérêt public, tout comme une utilisation rationnelle des fonds publics pour éviter ou traiter les troubles de la santé et pour prendre soin des malades.

L'un des principaux facteurs de coûts dans le domaine de la santé et des soins de longue durée tient à l'augmentation de la population de plus de 65 ans, sous l'effet du vieillissement des «générations du baby boom». Il s'agit d'un facteur exogène impossible à influencer au niveau de la politique de la santé. Une partie de la hausse des coûts est dès lors inévitable.

En revanche, comme le montrent clairement les scénarios Pure Ageing et Healthy Ageing, l'évolution des coûts dépend – jusqu'à un certain point – de l'évolution de l'état de santé de la population âgée. Les possibilités d'intervention à ce niveau sont les suivantes:

- Les investissements dans la prévention et dans la promotion de la santé permettent de prévenir l'apparition de maladies et, en particulier, d'éviter ou du moins de retarder le besoin de soins. En renforçant le capital-santé de la population, la prévention et la promotion de la santé favorisent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut contribuer à atténuer l'augmentation des coûts du système de santé – aspect non abordé dans les scénarios présentés. Aussi le Conseil fédéral a-t-il chargé le Département fédéral de l'intérieur, le 28 septembre 2007, d'élaborer un avant-projet de loi visant à renforcer la prévention et la promotion de la santé. Il entend par ailleurs poursuivre son engagement, en réalisant des programmes spécifiques liés à la prévention.
- Les développements et innovations en médecine curative et rééducative auront également des effets positifs sur l'autonomie et l'état de santé de la population âgée. Aux progrès réalisés dans le traitement des maladies dégénératives de l'appareil locomoteur, des maladies cardio-vasculaires et de la baisse d'acuité auditive et visuelle viendront s'ajouter de nouvelles possibilités thérapeutiques de lutte contre l'altération liée à l'âge des fonctions cérébrales et nerveuses. Le Conseil fédéral soutient ces développements, dans le cadre de sa politique d'encouragement de la recherche, par le biais des pôles de recherche nationaux et des programmes nationaux de recherche. Il importe également de mieux évaluer les coûts qu'impliquent de telles innovations médicales pour

les collectivités publiques et pour l'assurance-maladie sociale, en resserrant les liens de coopération entre les autorités sanitaires suisses et des institutions étrangères d'évaluation des choix technologiques. En outre, la décision adoptée par le Parlement, dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, d'introduire dans tous les hôpitaux de Suisse des forfaits par cas liés aux prestations (compte tenu des coûts d'investissement) contribuera à davantage tenir compte du rapport coût / efficacité lors du recours à de nouvelles technologies.

Outre les mesures axées sur l'état de santé de la population, des gains de productivité et des améliorations de qualité permettront d'influencer positivement l'évolution des coûts. Le recours systématique à des solutions informatiques dans le secteur de la santé s'annonce particulièrement prometteuse. La stratégie suisse en matière de cybersanté (eHealth), adoptée par le Conseil fédéral en 2007, prévoit d'introduire d'ici 2015 des dossiers électroniques de patients dans tout le pays.

Dans le domaine des soins de longue durée, on sait que la tendance à recourir davantage aux soins formels fait grimper les coûts. Un renforcement des soins informels permettrait de renverser la tendance. Des mesures adéquates doivent encore être mises au point ici. Il s'agit notamment de garder à l'esprit que l'évolution des coûts salariaux dans le domaine de la santé affecte aussi l'évolution des coûts (scénario Baumol). Ici également,

il incombe à la politique de la santé de développer des mesures adéquates. La constitution d'équipes de soins où certaines tâches aujourd'hui réservées au corps médical seraient déléguées à d'autres professions de la santé a fait ses preuves à l'étranger et figure aussi à l'ordre du jour en Suisse.

Parmi les projets de révision de la loi sur l'assurance-maladie discutés par les Chambres fédérales (nouveau régime de financement hospitalier, liberté de contracter, participation des assurés aux coûts, renforcement du managed care, nouveau régime de financement des soins), les deux derniers ont un lien direct avec les projections susmentionnées. A condition de parvenir, dans le cadre du développement du managed care, à rendre un tel modèle plus attrayant pour les personnes, âgées surtout, qui souffrent de maladies chroniques ou pour les personnes cumulant plusieurs pathologies, en proposant systématiquement une gestion intégrée des soins et des programmes scientifiquement fondés de gestion du traitement de certaines maladies chroniques (disease management), il sera possible, d'une part, d'optimiser la qualité des traitements et, d'autre part, de mieux utiliser les ressources financières à disposition. Quant au projet relatif au financement des soins, il prévoit une nouvelle répartition de la charge du financement, notamment des soins de longue durée, entre l'assurance obligatoire des soins, les collectivités publiques et les ménages privés, en agissant également sur le système des prestations complémentaires et sur l'AVS.

Annexe de tableaux

Tableau A1: Dépenses de santé – Evolution selon le scénario de référence*

	2005 (en % du PIB)	2050 (en % du PIB)	Variation entre 2005 et 2050 (en PP du PIB)
Ensemble du secteur de la santé	11,4	15,5	4,1
Etat (y c. assurances sociales)	4,9	7,1	2,2
Confédération	0,5	0,5	0,0
Cantons	3,1	4,7	1,6
Communes	1,2	1,7	0,5
Santé sans les soins de longue durée	9,1	11,0	1,9
Etat	4,4	5,7	1,4
Confédération	0,5	0,5	0,0
Cantons	2,8	3,9	1,1
Communes	1,0	1,3	0,3
Soins de longue durée	1,5	3,7	2,2
Etat (y c. assurances sociales)	0,5	1,3	0,8
Confédération	–	–	–
Cantons	0,3	0,8	0,5
Communes	0,1	0,3	0,2

* Selon l'usage international, le présent rapport entend par soins de longue durée les soins dispensés aux plus de 65 ans. Or la statistique de la santé de l'OFS recense encore d'autres frais de soins, notamment ceux des institutions pour handicapés, qui viennent s'ajouter aux dépenses consacrées à l'ensemble du secteur de la santé. Par conséquent la somme des dépenses de santé sans les soins de longue durée, d'une part, et des soins de longue durée, d'autre part, ne correspond pas aux dépenses totales figurant dans le tableau A1.