



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

SCÉNARIOS PRÉVISIONNELS DE LA SANTÉ

Extrait du rapport sur le plan financier 2013–2015 de la législature du 25 janvier 2012

Table des matières

Page

Résumé

91.2	Scénarios prévisionnels dans le domaine de la santé	54
------	-----------------------------------------------------	----

Commentaire des résultats

Annexe 7	Scénarios prévisionnels concernant les dépenses de la santé	157
----------	-------------------------------------------------------------	-----

Résumé

2 Scénarios prévisionnels dans le domaine de la santé

Le domaine de la santé a déjà fait l'objet des premiers scénarios prévisionnels du plan financier 2009–2011 de la législature. S'il est à nouveau examiné ici, c'est surtout parce qu'il dépend beaucoup de la démographie et se caractérise par la croissance rapide de ses dépenses. De plus, depuis l'élaboration des premiers scénarios mentionnés, le Parlement a adopté la réforme du financement des soins (en vigueur depuis le 1.1.2011) et le nouveau financement hospitalier (en vigueur depuis le 1.1.2012), qui exerceront une influence considérable sur les dépenses publiques. Selon l'Office fédéral de la santé publique, ces deux réformes vont tout d'abord accroître les charges pesant sur les finances publiques d'un montant équivalent à près de 0,3 % du PIB. A plus long terme, le nouveau financement hospitalier devrait toutefois tendre à réduire les coûts par son effet incitatif (voir ci-dessous).

Outre le vieillissement de la population, les projections des dépenses dans le domaine de la santé tiennent compte d'autres facteurs de coûts:

- le lien entre la hausse de l'espérance de vie et l'état de santé (morbidité) de la population;

- l'accroissement de l'immigration nette;
- les progrès médico-techniques;
- les exigences croissantes de la population en matière de santé;
- le lien entre l'évolution de la productivité et celle des salaires dans le domaine de la santé;
- la tendance à la hausse des salaires due à la raréfaction du personnel de santé (en particulier du personnel soignant).

Les différents scénarios qui présentent l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé reposent sur diverses hypothèses concernant ces facteurs de coûts. A partir de là, on a établi des projections des dépenses des collectivités publiques dans le domaine de la santé de 2009 à 2060. Ces projections révèlent que les budgets publics devront, à l'avenir, supporter un lourd surcroît de charges (voir tableau). En indiquant les dépenses en pourcentage du PIB, le tableau ci-dessous permet d'apprécier la charge que le domaine de la santé représente pour la société en proportion du revenu annuel du pays.

L'annexe 7 présente une description détaillée de la méthode et des résultats des scénarios prévisionnels.

Dépenses du domaine de la santé – évolution selon le scénario de référence

en % du PIB	Variation entre		
Niveau	2009	2060	2009–2060
Dépenses totales du domaine de la santé	11,3 ¹	15,8	4,5
Santé sans les soins de longue durée	9,5	11,4	1,8
Soins de longue durée (dès 65 ans)	1,5	4,3	2,7
Administrations publiques	3,5 ¹	5,6	2,1
Confédération	0,4	0,6	0,1
Cantons	2,3	3,9	1,7
Communes	0,3	0,6	0,3
AVS / AI ²	0,4	0,5	0,1

1 y c. dépenses pour les soins à des personnes de moins de 65 ans

2 Allocation pour impotent, contributions aux prestations médicales et aux appareils thérapeutiques

Résultats des projections

Les principaux résultats des projections peuvent être résumés comme suit:

- L'augmentation massive des dépenses, 4,5 % du PIB, dans l'ensemble du domaine de la santé est imputable pour moitié aux facteurs démographiques et pour moitié sur des facteurs non démographiques, tels les progrès médico-techniques et les exigences croissantes de la population en matière de santé. Les principaux défis engendrés par le vieillissement de la population se posent dans les soins de longue durée apportés aux personnes de plus de 65 ans, et ils se manifestent par une forte hausse des dépenses. Abstraction faite des soins de longue durée, l'influence des facteurs non démographiques mentionnés ci-dessus domine quelque peu. La progression des dépenses de santé est surtout déterminée par l'évolution de l'état de santé de la population en fonction de l'espérance de vie. L'adaptation des salaires exerce également une forte pression sur les coûts, tandis que l'accroissement de l'immigration ne parvient guère à atténuer la hausse des dépenses de santé.
- Les soins de longue durée occupant une place accrue dans le secteur public, la démographie joue un rôle d'autant plus important dans l'évolution des dépenses publiques. Celles qui sont consacrées à la santé au sens strict augmentent ainsi plus fortement que les dépenses destinées à l'ensemble du domaine de la santé (hausse de 60 % contre 40 % des montants en proportion du PIB). Les hôpitaux et les soins de longue durée dispensés aux plus de 65 ans étant par exemple financés par les prestations complémentaires de l'AVS et les contributions aux établissements médico-sociaux, la plupart des charges supplémentaires incombent aux cantons et aux communes. La Confédération n'assume, pour sa part, que la hausse des dépenses allouées à la réduction individuelle des primes. Dans le domaine des assurances sociales (AVS et AI), l'augmentation des charges induite par le versement d'allocations AVS pour imposables aux plus de 65 ans requérant des soins est presque entièrement compensée par les allègements engendrés au niveau de l'AI (réduction des contributions aux prestations médicales ou pour les appareils thérapeutiques, par ex.). Cette évolution s'explique par le recul prévu de la population active.
- Les présentes projections indiquent, par ailleurs, que diverses mesures de politique de la santé permettraient d'atténuer l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé. Elles comprennent la promotion de modèles de gestion intégrée des soins (*managed care*) dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), le nouveau financement hospitalier (forfait par cas) et la stratégie eHealth du Conseil fédéral en matière de cybersanté (introduction d'un dossier électronique du

patient). Quoi qu'il en soit, le potentiel d'économies de ces mesures demeure minime face à une amélioration de l'état de santé de la population. Pour réaliser des économies équivalant à celles qu'induirait une telle amélioration, il faudrait parvenir à une hausse nette, mais difficile à obtenir, des gains de productivité dans les soins de longue durée.

Une comparaison avec les dernières projections de la Commission européenne révèle que la hausse des dépenses publiques de santé en Suisse (compte tenu, ici, des dépenses dans l'AOS) est plus forte que dans les 15 Etats membres occidentaux de l'UE (domaine de la santé sans les soins de longue durée: CH: + 1,7 % du PIB, UE-15: + 1,5 % du PIB). Ce constat vaut plus encore pour les soins de longue durée (CH: + 1,8 % du PIB, UE-15: + 1,2 % du PIB). L'écart pourrait s'expliquer par une hypothèse plus prudente concernant les gains de productivité nationale ou des dépenses de santé plus élevées pour la population âgée durant l'année de référence 2009.

Par rapport aux scénarios élaborés pour le plan financier 2009–2011 de la législature, on s'attend à un vieillissement plus sensible de la population, qui se traduit par une hausse plus forte des dépenses de santé (charge supplémentaire de 0,5 % environ du PIB). Cette progression est toutefois contrecarrée par un effet de base.

Mesures recommandées

Tout compte fait, les résultats des projections montrent qu'il est possible d'atténuer l'influence exercée par le vieillissement de la population sur les coûts de la santé en prenant des mesures destinées à améliorer la santé de la population, à garantir une hausse modérée des coûts salariaux dans le domaine de la santé et à accroître l'efficacité du système de santé. Les projections présentées ici permettent de recommander les mesures ci-après afin de contenir la progression des coûts:

- maintenir et améliorer l'état de santé de la population, surtout par des mesures de prévention;
- mettre en place une planification à long terme du personnel et de la formation, notamment afin d'éviter le manque de personnel dans le domaine des soins;
- accroître la productivité et l'efficacité, par exemple en fournissant des soins intégrés aux malades chroniques, en appliquant efficacement les nouvelles technologies et en créant des incitations ciblées dans le domaine tarifaire;
- privilégier les soins de longue durée à domicile et renforcer les soins informels.

Enfin, les mesures de politique de la santé déjà évoquées pourraient modérer la hausse des dépenses dans ce domaine.

Commentaire des résultats

1 Introduction

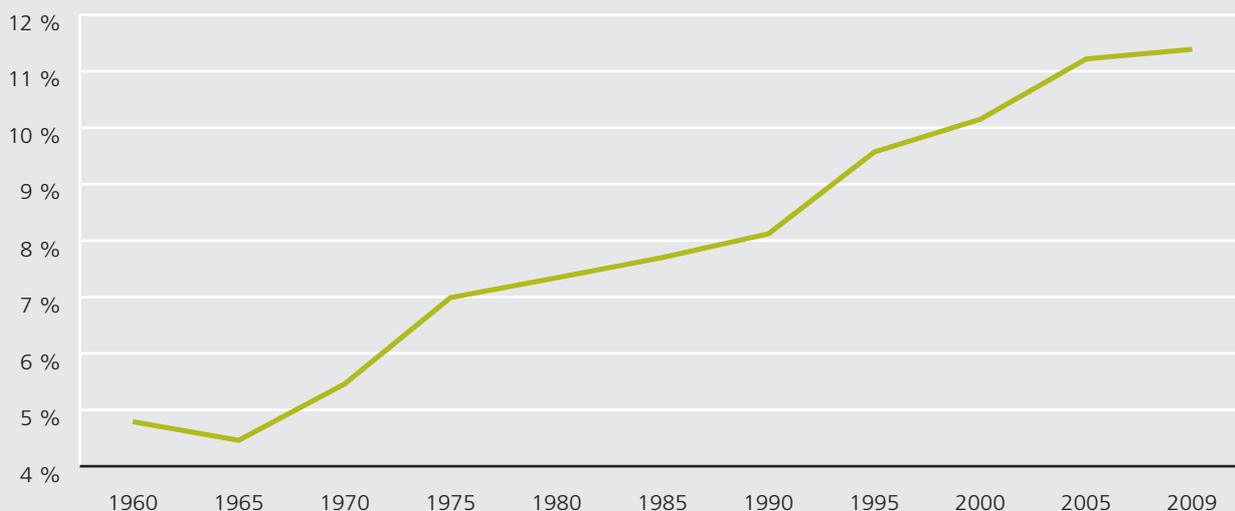
La Confédération a besoin d'instruments qui lui permettent de prendre en compte, dans sa politique budgétaire, des évolutions à long terme telles que celles qui concernent la démographie. En demandant au Conseil fédéral de présenter, au moins tous les quatre ans, des scénarios prévisionnels pour certains domaines, l'art. 8 de l'ordonnance sur les finances de la Confédération (en vigueur depuis 2006) répond à ce besoin. Les scénarios prévisionnels portent bien au-delà de la période de 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.

Déjà prise en compte dans les premiers scénarios prévisionnels du plan financier 2009–2011 de la législature, la santé fait l'objet de nouvelles projections de dépenses. Le choix de la santé s'explique d'abord par le fait que celle-ci subit de plein fouet l'évolution démographique et que cette dernière exercera une pression croissante au cours des décennies à venir. Ainsi, selon le scénario démographique «moyen» (A-00-2010) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la part des plus de 80 ans passera de 5% en 2010 à 12% en 2060. Ensuite, le domaine de la santé met à contribution les trois niveaux étatiques, compte un très grand nombre d'acteurs et se caractérise par des interactions complexes. En conséquence, ce domaine a affiché, au cours des dernières années, une forte hausse des coûts, qui perdure à ce jour: la part des dépenses totales de santé dans le produit intérieur brut (PIB) a

fait plus que doubler entre 1960 et 2009, passant de 4,8 à 11,4% (voir graphique 1). En outre, ce rapport permet d'évaluer les répercussions de certaines réformes telles que le nouveau régime de financement des soins (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011) et le nouveau financement hospitalier (qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012), mais aussi de procéder à une comparaison avec les résultats des premiers scénarios prévisionnels datant de 2008 (portant sur la période allant de 2005 à 2050). 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.

Les projections de l'évolution des coûts de la santé de 2009 à 2060 présentées dans ce rapport doivent faire apparaître les variations de la charge financière que les dépenses de santé font peser sur les budgets publics et les ménages privés au cours de cette période. Etant donné que les projections sont établies pour une longue période, elles sont entachées d'une grande incertitude. Pour tenir compte de ce facteur, elles n'ont pas été formulées sous forme de prévisions mais d'hypothèses, sur la base de différents scénarios reposant chacun sur différentes suppositions (cf. ch. 2). Sauf indication contraire, les dépenses traitées dans le présent rapport sont indiquées en pourcentage du PIB corrigé des effets de la conjoncture. Le PIB sert d'indicateur pour mesurer l'évolution des richesses créées à l'intérieur du pays. En exprimant les dépenses par rapport au PIB, il est possible de mesurer les variations de la charge financière des budgets publics

Graphique 1: Dépenses dans le domaine de la santé de 1960 à 2009
(en % du PIB)



et des ménages privés en pourcentage du revenu. Aux fins de l'évaluation des effets des coûts, des hypothèses – reprises dans le scénario de base des perspectives à long terme des finances publiques – ont été formulées pour quelques indicateurs macro-économiques.¹

Le ch. 2 expose la méthode de projection utilisée et examine les hypothèses de référence. Les principaux résultats des calculs sont présentés aux ch. 3 et 4. Ces calculs reposent sur l'hypothèse selon laquelle aucune mesure de réforme n'a été prise dans le domaine de la santé. Les résultats font apparaître l'évolution des dépenses globales de santé (ch. 3) ainsi que ses répercussions sur les budgets publics (ch. 4). Le ch. 5 présente les résultats des projections relatives aux scénarios d'efficacité, lesquels permettent d'évaluer le niveau des économies de coûts potentiellement réalisables au moyen de réformes politiques. Les résultats sont comparés à ceux des scénarios prévisionnels de 2008 dans le ch. 6 (plan financier 2009–2011 de la législature). Le dernier chiffre 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 se base sur une méthode répandue sur le plan international.² La première étape consiste à projeter, à partir des dépenses de santé de l'année de base 2009, les dépenses par classe d'âge et par sexe, sur la base de l'évolution de la population jusqu'en 2060. Les projections relatives à l'évolution démographique se fondent sur le scénario «moyen» (A-00-2010) ou sur un scénario prévoyant une migration plus élevée (A-17-2010) de l'Office fédéral de la statistique.³ S'appuyant sur les projections des dépenses de santé globales, 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 et aux prestations complémentaires à l'AVS, publiées dans les comptes de la prévoyance sociale. Conformément aux travaux de l'OCDE et de la Commission européenne, une distinction a été faite entre, d'une part, les dépenses de santé sans les soins de longue durée et, d'autre part, les soins de longue durée (à partir de 65 ans), deux secteurs sur lesquels les facteurs de coûts ont un impact différent. Ainsi, contrairement à la démarche retenue dans les premiers scénarios prévisionnels, le présent rapport présente deux types de scénarios. Le premier regroupe un scénario de référence et des alternatives reposant sur l'hypothèse d'un

statu quo au niveau de la réglementation du domaine de la santé («no-policy-change»). Le scénario de référence s'inspire, pour l'essentiel, des travaux menés par l'UE, ce qui accroît la comparabilité avec les résultats de l'UE (voir encadré 1). Le second type comprend des scénarios d'efficacité qui tentent d'évaluer les effets des économies de coût des mesures de réforme par rapport aux projections de dépenses du scénario de référence.

Parallèlement aux conséquences directes de l'évolution démographique sur les dépenses de santé, les scénarios visent à présenter les facteurs qui, du fait de leur incidence sur l'état de santé (morbidité) de la population, sont susceptibles de se répercuter sur les dépenses. Les scénarios retenus se basent 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 variations de la morbidité (voir les explications données plus loin).

Les projections visent à montrer, au-delà des effets de l'évolution démographique, l'impact des principaux facteurs de coût non démographiques.

- Le premier 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 national 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 deuxième 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. Etant donné qu'il revêt une importance élevée en particulier pour les soins de longue durée, il ne sera pris en compte que pour ce domaine de la santé.

1 Les perspectives à long terme des finances publiques présentent une vue d'ensemble des finances publiques pour les trois niveaux étatiques et les assurances sociales jusqu'en 2060 (voir chapitre 5.1.1 Plan financier 2013–2015 de la législature; Administration fédérale des finances (2012), perspectives à long terme des finances publiques en Suisse 2012).

2 Pour des explications complémentaires sur la méthodologie et une vue d'ensemble détaillée des résultats, cf. Working Paper n°18 de l'Administration fédérale des finances.

3 Pour les perspectives financières relatives à l'AVS et à l'AI, l'Office fédéral des assurances sociales se fonde sur le scénario démographique A-17-2010.

- Dans le domaine de la santé, dans lequel près de 70% des ressources sont alloués au personnel, l'évolution des coûts salariaux est un troisième facteur de poids. Compte tenu du vieillissement de la population et du personnel soignant, il faudrait, selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, recruter entre 120 000 et 190 000 personnes jusqu'en 2030 (effectifs actuels: 300 000 personnes) pour maintenir le niveau actuel des soins.⁴ Les soins de longue durée affichent les besoins les plus importants à cet égard (90%). Conjugué à un recul généralisé de la population active en Europe, ce facteur peut se traduire par une pénurie marquée de main-d'œuvre dans le domaine de la santé qui, à son tour, peut entraîner une hausse relativement élevée des salaires dans le domaine de la santé et un renchérissement des prestations de santé.
- *Compression of Morbidity*: à la différence du scénario de référence, la population reste en bonne santé au-delà des années de vie gagnées. La durée des périodes de maladie diminue (diminution absolue de la morbidité).
- Pression sur les salaires: la pénurie attendue de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé se traduit par une accélération de la dynamique salariale. A la différence du scénario de référence, il est supposé à cet égard qu'en cas de diminution de la population active, la croissance annuelle des salaires réels serait 1,2 fois plus élevée que l'augmentation annuelle de 1% escomptée pour l'ensemble de l'économie.

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. Ces projections mettent l'accent, entre autres, sur les effets de différentes hypothèses relatives aux facteurs de coûts démographiques. 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 (facteur: 1.1). L'effet Baumol n'est pas pris en compte. L'évolution démographique s'aligne sur le scénario A-00-2010 de l'Office fédéral de la statistique.
- Migration: contrairement au scénario de référence, le scénario Migration repose sur le scénario démographique A-17-2010, lequel prend en compte une immigration nette en Suisse plus importante que le scénario A-00-2010. Eu égard à la plus forte augmentation de la population active, la dynamique économique s'inscrit en hausse par rapport au scénario de référence, ce qui a pour effet de ralentir l'augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB.
- *Pure Ageing*: à la différence du scénario de référence, ce scénario prévoit que les années supplémentaires d'espérance de vie vont de pair avec une dégradation de l'état de santé de la population (expansion de la morbidité).
- *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 relative de la morbidité).

Le domaine des soins de longue durée fait l'objet de scénarios identiques, fondés sur les mêmes hypothèses quant à la démographie et à la morbidité, à savoir le besoin de soins, que celles émises dans le domaine de la santé considéré sans les soins de longue durée. Compte tenu de l'énorme besoin de personnel soignant, le scénario concernant la pression sur les salaires pour le domaine des soins de longue durée table sur une hausse annuelle des salaires réels encore plus élevée que celui conçu pour la santé sans les soins de longue durée (1,3 fois la croissance moyenne des salaires réels). Pour les soins de longue durée, les scénarios mentionnés partent tous de l'idée qu'aucun gain de productivité n'est réalisable, et donc que l'effet Baumol est pleinement ressenti. Par contre, le revenu n'a aucune incidence.

Par ailleurs, un scénario d'efficience «gains de productivité» conçu pour les soins de longue durée table, contrairement au scénario de référence, sur le fait que la politique en matière de santé peut atténuer l'effet Baumol.

Dans le domaine de la santé sans les soins de longue durée, la tentative a été entreprise, sur la base d'analyses empiriques et des connaissances des experts, d'évaluer dans quelle mesure le nouveau financement hospitalier, la stratégie en matière de cybersanté (eHealth) du Conseil fédéral ainsi que la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie visant à promouvoir les modèles Managed Care pouvaient contribuer à ralentir la dynamique des dépenses dans le domaine de la santé (cf. ch. 5). Deux hypothèses ont été formulées afin de tenir compte de l'incertitude qui entoure les effets de la réforme. Dans le cadre d'un scénario d'efficience modéré, il a été admis que, jusqu'en 2020, l'effet cumulé des économies atteindrait 10 % des dépenses projetées dans le scénario de référence. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) part du principe que près de la moitié des économies résulterait d'une relèvement, des quelque 10 % actuellement à 60%, de la part des assurés optant pour un modèle de *Managed Care* dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les autres économies sont réalisables à travers le nouveau financement hospitalier et la stratégie en matière de cybersanté. Un scénario optimiste, le scénario d'efficience élevée, admettait pour sa part que l'effet des économies s'élèverait à 20 % jusqu'en 2020, ce qui suppose en particulier une hausse nettement plus élevée de la part des assurés optant pour un modèle de *Managed Care* dans l'AOS.

4 Jaccard-Ruedin, H, Weaver, F. (2009) Ageing Workforce in an Ageing Society, Careum Working Paper n° 1, Observatoire suisse de la santé.

3 Dépenses dans le domaine de la santé dans son ensemble

Tableau 1: Dépenses totales du domaine de la santé

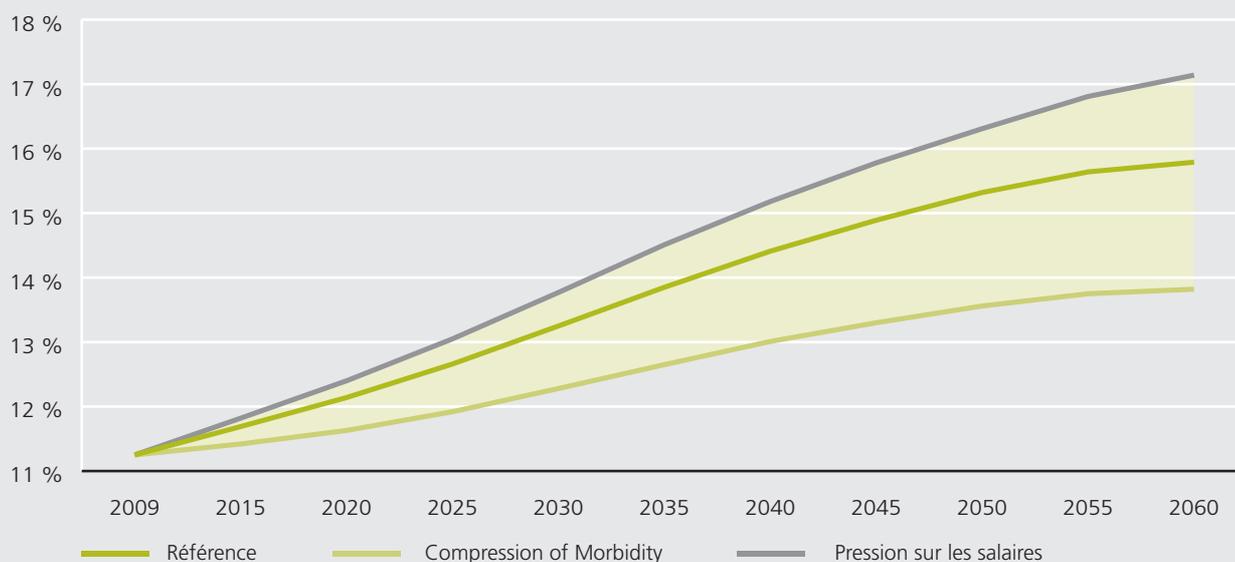
en % du PIB Scénario	Année de base 2009	2060	Variation entre 2009 et 2060	Ecart p. r. au scénario de référence
Référence		15,8	4,5	
Morbidité				
Pure Ageing		16,9	5,7	1,1
Healthy Ageing	11,3	14,8	3,5	-1,0
Compression of Morbidity		13,8	2,6	-2,0
Migration		15,4	4,2	-0,4
Pression sur les salaires		17,1	5,9	1,4

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 les collectivités publiques.⁵

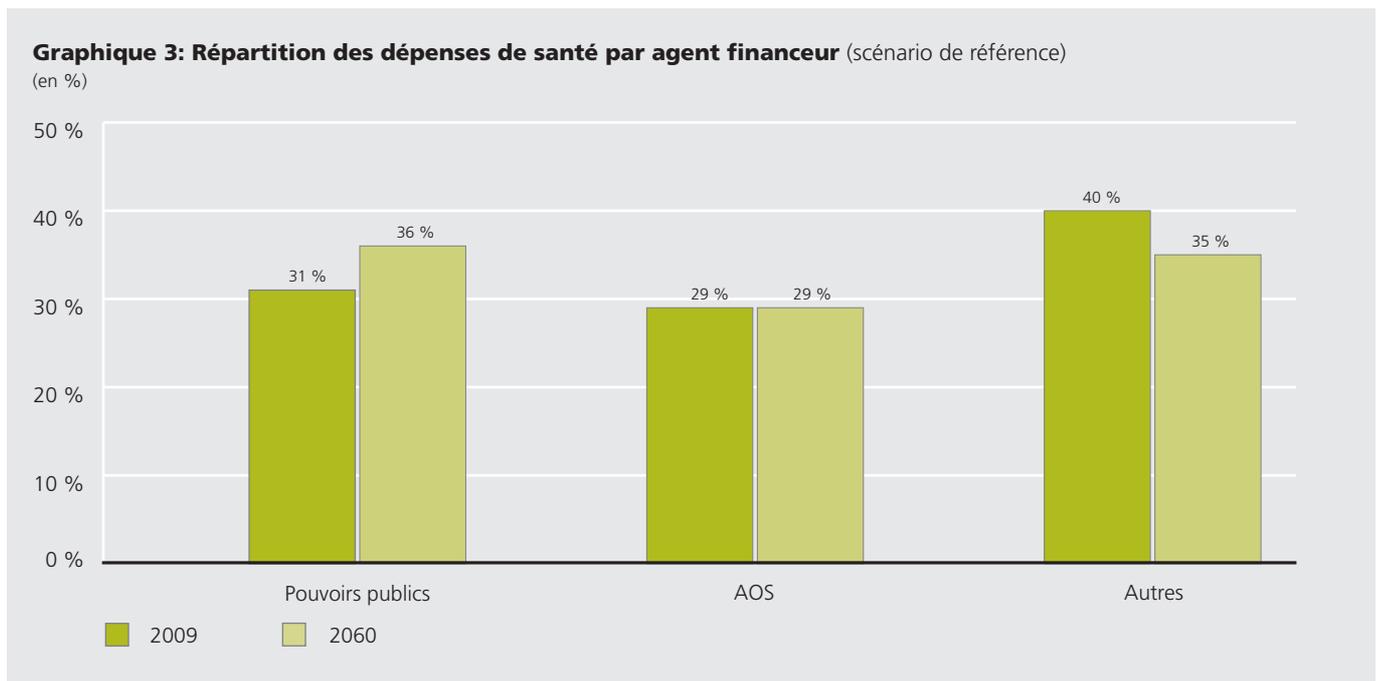
Selon le scénario de référence, les dépenses de santé passeront de 11,3 % du PIB (corrigé des effets de la conjoncture) pour l'année de base 2009 à 15,8 % du PIB en 2060 (voir tableau 1). La hausse des dépenses est imputable, pour moitié environ, à des évolutions démographiques et, pour l'autre moitié, à des facteurs d'influence non démographiques tels que l'accroissement de la demande de services de santé, les progrès techniques de la médecine et les coûts salariaux (effet Baumol).

Pour montrer dans quelle mesure les projections sont sensibles aux scénarios retenus, le graphique 2 indique l'intervalle entre la variante la plus optimiste du tableau 1 (*Compression of Morbidity*) et la plus pessimiste (scénario de pression sur les salaires). Les écarts sont d'environ 30 % (+ 1,4 % du PIB) pour le scénario de pression sur les salaires et de plus de 40 % (- 2,0 % du PIB) pour le scénario *Compression of Morbidity* par rapport à l'évolution des dépenses projetée dans le scénario de référence, soit 4,5 % du PIB. Il apparaît ainsi que l'évolution des dépenses réagit fortement à la modification de la morbidité et à l'évolution des coûts salariaux (voir graphique 2). À l'inverse, l'hypothèse d'une augmentation de l'immigration nette de quelque 20 000 personnes en moyenne annuelle dans le scénario Migration se traduit par une économie de coûts modérée par rapport aux dépenses

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



⁵ Pour une vue d'ensemble des résultats selon le scénario de référence, voir tableau A1 en annexe.



projetées dans le scénario de référence, soit de 10 % (- 0,4 % du PIB) (voir tableau 1). Cette évolution est liée à celle, plus dynamique, du PIB, qui n'a guère d'incidence sur la hausse des dépenses.⁶

Les facteurs démographiques pèsent en particulier sur les dépenses du domaine des soins de longue durée. Tandis que dans le scénario de référence relatif aux soins de longue durée, l'évolution démographique est responsable à 70 % environ de la hausse des dépenses, elle ne l'est qu'à hauteur de 40 % dans le domaine de la santé hors soins de longue durée. En conséquence, selon le scénario de référence, la part des dépenses relatives aux soins de longue durée dans les dépenses totales sera pratiquement deux fois plus élevée jusqu'en 2060 (27 %) qu'au cours de l'année de base (14 %). Par contre, au cours de la même période, la part des dépenses de santé hors soins de longue durée diminuera, passant de 67 à 59 %.

Conjuguée à l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2011, du nouveau régime de financement des soins (voir aussi ch. 4.2), selon lequel les quotes-parts de financement de l'AOS et des ménages privés aux frais de soins doivent être plafonnées, cette baisse devrait entraîner une charge supplémentaire pour les cantons et les communes. Cette évolution est présentée dans le graphique 3,⁷ qui fait apparaître une augmentation de 31 à 36 % de la part de

financement des pouvoirs publics aux dépenses de santé totales dans le scénario de référence entre 2009 et 2060 et un maintien à un niveau quasi-constant (29 %) de la part de l'AOS. Quant à la part des autres agents financeurs, parmi lesquels figurent l'assurance-accidents obligatoire (quote-part de financement de la SUVA en 2009: 3 %), les assurances complémentaires et les ménages privés, elle serait inférieure en 2060 à sa valeur au cours de l'année de base.

31 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. Selon le scénario de référence, les dépenses de santé sans les soins de longue durée augmenteront de 1,8 % du PIB entre 2009 et 2060 (voir tableau 2).⁸ Si 40 % environ de cette progression est imputable au vieillissement de la population, plus de la moitié s'explique par les effets, sur l'offre et la demande, de la hausse des revenus. Par conséquent, les facteurs de coûts non démographiques tels que les exigences accrues de la population à l'égard du domaine de la santé et les progrès techniques de la médecine pèsent davantage que la démographie sur l'évolution des dépenses.

En outre, les dépenses réagissent très fortement aux modifications des hypothèses relatives à l'état de santé (morbidité) de la population et à une hausse surproportionnelle des salaires dans le domaine de la santé du fait de la pénurie de main-d'œuvre. Ainsi, dans le scénario *Compression of Morbidity*, l'augmentation des dépenses (1 % du PIB) est nettement moins marquée que

6 Par ailleurs, il serait possible de combiner certains scénarios, par exemple le scénario *Pure Ageing* et le scénario de pression sur les salaires, ce qui ferait apparaître une fourchette de résultats plus large que dans le graphique 2. Compte tenu de la méthode de calcul retenue, le résultat d'une combinaison des scénarios n'est pas égal à la somme des augmentations de dépenses dans les différents scénarios.

7 Les dépenses de l'AOS ont été corrigées de la participation aux coûts des assurés et des dépenses liées à la réduction individuelle des primes. A noter que ces dernières sont prises en charge par la Confédération et les cantons.

8 Voir sous chiffre 2 les commentaires relatifs aux différents scénarios.

Tableau 2: Dépenses totales du domaine de la santé, sans les soins de longue durée

en % du PIB Scénario	Année de base 2009	2060	Variation entre 2009 et 2060	Ecart p. r. au scénario de référence
Référence		11,4	1,8	
Morbidité				
Pure Ageing		11,8	2,3	0,5
Healthy Ageing	9,5	10,9	1,4	-0,4
Compression of Morbidity		10,5	0,9	-0,9
Migration		11,2	1,7	-0,2
Pression sur les salaires		12,2	2,6	0,8

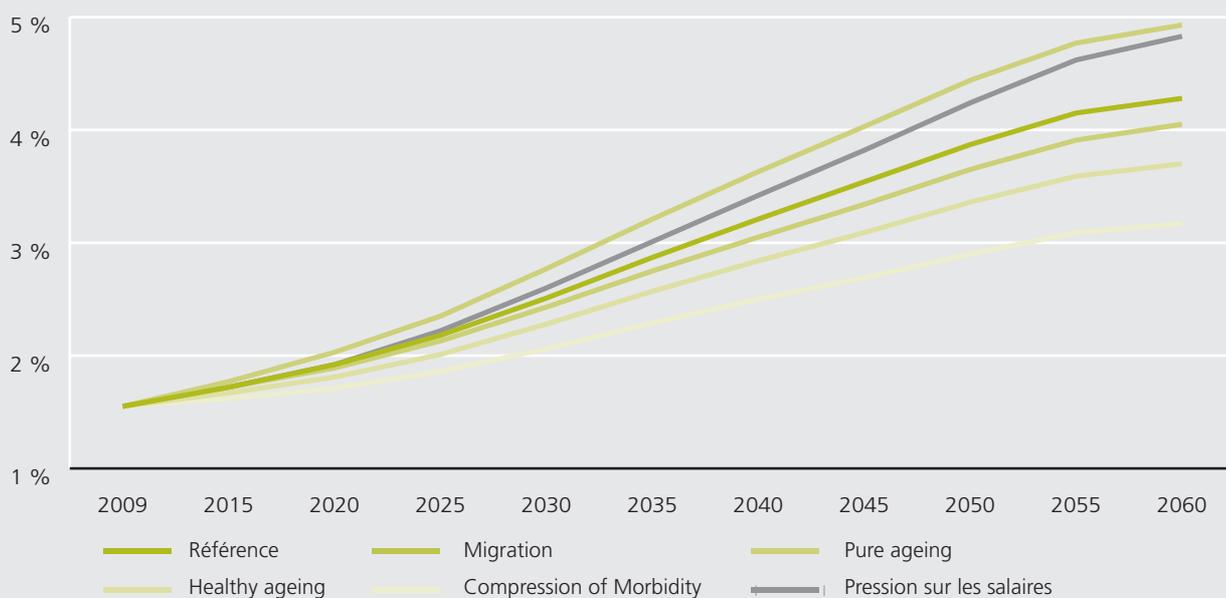
dans le scénario de référence. La tendance est inversée dans le scénario de pression sur les salaires. La progression de l'immigration nette supposée dans le scénario Migration n'allège guère les dépenses dans le domaine de la santé. Compte tenu d'une augmentation des dépenses inférieure de 0,2 % du PIB par rapport au scénario de référence, le ralentissement de la hausse des coûts est négligeable. Si le renforcement de la dynamique économique liée à l'immigration tend à ralentir la progression de la part des dépenses de santé au PIB dans les catégories d'âge actives du scénario Migration, l'augmentation de l'immigration entraîne aussi une croissance de la population dans le scénario de référence, ce qui, à hypothèses égales par ailleurs, fait grimper la demande des prestations de santé.

32 Soins de longue durée à partir de 65 ans

Comme mentionné en introduction, le domaine des soins de longue durée est davantage touché par le vieillissement que d'autres domaines de la santé. 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. La dynamique des dépenses liées aux soins de longue durée dépassera dès lors très largement, avec son taux de croissance nominal de 4,6 % en moyenne par an, celle des dépenses de santé sans les soins de longue durée, dont le taux de croissance nominal s'élève en moyenne à 3 % par an. Les dépenses liées aux soins de longue

Graphique 4: Scénarios pour les dépenses liées aux soins de longue durée (plus de 65 ans)

(en % du PIB)



durée se sont élevées à 1,5 % du PIB au cours de l'année de base 2009. Selon le scénario de référence, elles grimperont à 4,3 % du PIB d'ici à 2060, ce qui correspond quasiment à une multiplication par trois.⁹

Une ventilation des coûts par homes et services d'aide et de soins à domicile montre que la croissance des coûts est liée en grande partie à la hausse des dépenses pour les homes. Les deux domaines présentent au demeurant une dynamique des coûts très forte: selon le scénario de référence, les dépenses liées aux services d'aide et de soins à domicile seront multipliées par 2,5 d'ici à 2060, tandis que celles relatives aux homes tripleront quasiment.

Dans le domaine des soins de longue durée, l'évolution des dépenses est fortement influencée par les facteurs suivants (entre parenthèses: part à la croissance réelle des dépenses selon le scénario de référence):

- vieillissement de la société et/ou augmentation de l'espérance de vie (effet le plus marqué; 76 %);
- effet Baumol (augmentation des coûts salariaux dans le domaine de la santé; 33 %);
- incidence de la morbidité (besoin de soins; - 9% par rapport au scénario *Pure Ageing*).

L'évolution des coûts salariaux accentue l'impact de la démographie sur les dépenses liées aux soins de longue durée: comme mentionné précédemment, les scénarios conçus pour les soins de longue durée partent tous de l'idée qu'aucun gain de productivité n'est réalisable, et donc que l'effet Baumol est pleinement ressenti. Les salaires des professionnels de la santé augmentant au même rythme que ceux des autres branches en dépit d'un potentiel de rationalisation moins élevé, le domaine des soins de longue durée connaîtra une croissance des coûts.

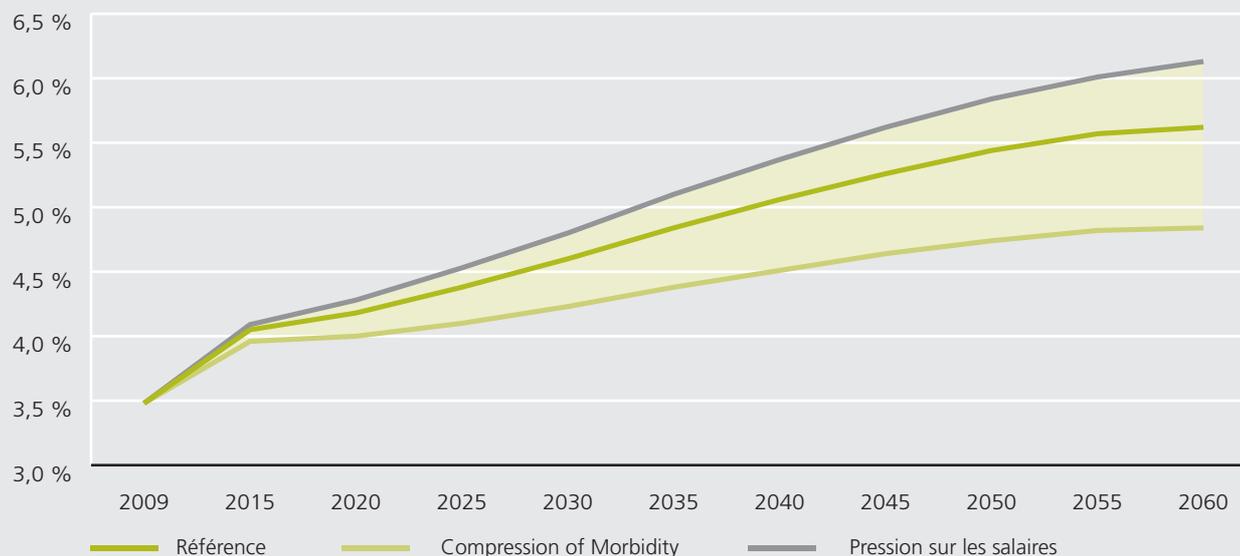
La modification de la morbidité est l'un des principaux facteurs à même d'influencer l'évolution des dépenses dans le domaine des soins de longue durée (voir graphique 4). Ainsi, le scénario *Compression of Morbidity* affiche la plus faible croissance de dépenses jusqu'en 2060 (+ 1,6 % du PIB à 3,2 % du PIB), le scénario *Pure Ageing*, à l'inverse, la plus forte (+ 3,4 % du PIB à 4,9 % du PIB). Sous l'effet d'une pénurie du personnel soignant, une accélération de la croissance des salaires réels dans le domaine des soins de longue durée (scénario de pression sur les salaires: + 3,3 % du PIB à 4,8 % du PIB en 2060) aurait un impact similaire. Par contre, une augmentation de l'immigration nette (scénario Migration) ne parvient guère à atténuer l'augmentation des dépenses par rapport au scénario de référence (écart: - 0,2 % du PIB).

⁹ Voir sous chiffre 2 les commentaires relatifs aux différents scénarios conçus dans le domaine des soins de longue durée.

4 Dépenses publiques en faveur du domaine de la santé

Graphique 5: Scénarios pour les dépenses des pouvoirs publics dans le domaine de la santé

(en % du PIB)



S'agissant des projections des dépenses de santé publiques, il importe de préciser qu'elles subiront jusqu'en 2013 l'influence de deux facteurs spéciaux, à savoir l'introduction du nouveau régime de financement des soins et du nouveau régime de financement hospitalier. Le nouveau régime de financement des soins devrait entraîner une augmentation du financement public des frais de soins à partir de 2011, ce qui, selon les projections établies sur la base d'estimations de l'Office fédéral de la santé publique sur les incidences du financement des soins, se traduira par une augmentation unique de la part de financement des collectivités publiques de 0,1 % du PIB. A noter également que l'introduction du nouveau régime de financement hospitalier à partir du 1^{er} janvier 2012 devrait s'accompagner de l'adoption d'une nouvelle clé de répartition du financement des prestations stationnaires entre les cantons et l'AOS (55 %–45 %), laquelle alourdira la charge des cantons, de l'AOS et, partant, des pouvoirs publics. Conformément à une estimation de l'Office fédéral de la santé publique, les projections reposent sur l'hypothèse d'une augmentation unique des dépenses cantonales de l'ordre de 0,2 % du PIB en 2012. La hausse marquée des dépenses de santé publiques constatée sur le graphique 5 au cours de la période allant de 2009 à 2013 s'explique pour l'essentiel par ces facteurs spéciaux.

Dans le scénario de référence, les dépenses publiques – englobant les dépenses des trois niveaux étatiques, de l'AVS et de l'AI pour la santé – passent de 3,5 à 5,6 % du PIB (voir tableau 3). Les contributions de l'AVS et de l'AI comprennent, par exemple, les dépenses au titre de l'allocation pour impotent, les prestations médicales et les appareils thérapeutiques. Etant donné que les

projections concernant les dépenses publiques se fondent sur celles réalisées pour le domaine de la santé dans son ensemble, les facteurs de coûts prédominants sont les mêmes. De la même manière, les dépenses étatiques réagissent de manière particulièrement forte à une modification de l'état de santé de la population (*Compression of Morbidity*: progression des dépenses de 1,4 % du PIB) et à une évolution surproportionnelle des coûts salariaux dans le domaine de la santé (scénario de pression sur les salaires: hausse des dépenses de 2,6 % du PIB; voir graphique 5).

En ventilant les dépenses publiques par niveau étatique et assurance sociale, il apparaît que les cantons ont été les principaux contributeurs au financement des dépenses de santé publiques (à hauteur de 66 %, ce qui représente 2,3 % du PIB) (voir tableau 3), ce qui s'explique en grande partie par les contributions cantonales aux hôpitaux, qui représentent 60 % environ des dépenses des cantons. Ils sont donc les plus touchés par la croissance des dépenses (1,7 % du PIB). Cette évolution est un reflet de la répartition actuelle des tâches entre la Confédération et les cantons en matière de politique de la santé et des hôpitaux ainsi qu'en matière de financement des prestations de soins.¹⁰ Ce sont les communes, dont les dépenses mesurées au PIB ont doublé,

¹⁰ Précisons, à cet égard, que la Confédération finance elle aussi des domaines d'activité présentant une forte hausse des dépenses. A titre d'exemple, depuis l'entrée en vigueur de la NPF, le financement public de l'AVS relève de la compétence exclusive de la Confédération, alors qu'il était précédemment de la compétence commune de la Confédération et des cantons. Le financement de l'AVS grèvera donc lourdement le budget fédéral à l'avenir.

Tableau 3: Dépenses publiques du domaine de la santé, selon le scénario de référence

en % du PIB	2009	2060	Variation entre 2009 et 2060
Total du domaine de la santé	11,3	15,8	4,5
Administrations publiques (y c. assurances sociales)	3,5	5,6	2,1
Confédération	0,4	0,6	0,1
Cantons	2,3	3,9	1,7
Communes	0,3	0,6	0,3
AVS / AI	0,4	0,5	0,1

passant de 0,3 à 0,6%, qui affichent la dynamique la plus élevée, en raison notamment de la hausse des dépenses dans les soins de longue durée (voir ch. 4.2). Par contre, à raison de 0,1% du PIB, l'augmentation des dépenses fédérales, qui est liée quasi exclusivement aux dépenses concernant la réduction individuelle des primes, est relativement modérée jusqu'en 2060 (voir ch. 4.1). Dans le domaine des assurances sociales, les charges supplémentaires générées au niveau de l'AVS par la hausse des dépenses dans le domaine des soins sont compensées presque entièrement par des allègements au niveau de l'AI pour les soins de personnes de moins de 65 ans (voir ch. 4.2), lesquels résultent entre autres du recul attendu de la population active à partir de 2020. Cette situation conduit globalement à une modification des quotes-parts de financement aux dépenses de santé publique au détriment des cantons et des communes, dont la part passe de 75% en 2009 à 80% en 2060, étant précisé que ces derniers assument 80% de l'augmentation, du fait de la décision prise par les Chambres fédérales de réformer le financement hospitalier et le financement des soins avec, en conséquence, des charges supplémentaires pour l'Etat et en particulier pour les cantons. Cette réforme a pris effet en 2011 pour le financement des soins et en 2012 pour le financement des hôpitaux.

41 Dépenses publiques pour la santé sans les soins de longue durée

Parallèlement aux hôpitaux qui, selon les statistiques financières, relèvent du domaine de la santé, les dépenses publiques liées à la réduction individuelle des primes ont également fait l'objet de projections. Les dépenses destinées à la réduction indi-

viduelle des primes subissent elles aussi fortement l'influence de l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé. Il convient de préciser toutefois que, du fait de la marge de manœuvre dont disposent les cantons pour structurer la réduction individuelle des primes, la réalisation de projections fiables pour les dépenses cantonales n'est guère envisageable.¹¹ Aussi les projections réalisées reposent-elles sur l'hypothèse simplifiée selon laquelle les dépenses cantonales relatives à la réduction individuelle des primes (RIP) évoluent au même rythme que les dépenses fédérales correspondantes. Les dépenses concernant la RIP devraient être financées pour moitié par la Confédération et pour moitié par les cantons.

Selon le scénario de référence, les dépenses de l'Etat augmenteront de près de 40% entre 2009 et 2060, passant de 2,5 à 3,5% du PIB (voir tableau 4), en raison principalement des contributions aux hôpitaux, qui sont financées pour l'essentiel par les cantons (+ 0,6% environ du PIB) et à hauteur de quelque 6% par les communes. Le facteur le moins déterminant dans la hausse des dépenses de l'Etat est lié aux dépenses consacrées à la réduction individuelle des primes qui, conformément à l'hypothèse, sont prises en charge pour moitié par la Confédération et pour moitié par les cantons, et qui s'inscrivent en hausse de 0,3% du PIB. Il importe de préciser à cet égard que l'évolution des dépenses de l'AOS sur laquelle se fondent les projections concernant la réduction individuelle des primes subit également l'influence de l'accélération de la hausse des dépenses dans les soins de longue durée décrite précédemment. Selon les hypothèses du scénario de référence, les dépenses de l'AOS passeront globalement de 3,3 à 4,6% du PIB.

Tableau 4: Dépenses publiques de santé, sans les soins de longue durée

en % du PIB	Total		Hôpitaux		RIP
	Année de base 2009	Année 2060	Année de base 2009	Année 2060	Année 2060
Scénario					
Référence		3,5		2,1	1,0
Morbidité					
Pure Ageing		3,7		2,3	1,0
Healthy Ageing	2,5	3,3	1,5	2,0	0,9
Compression of Morbidity		3,2		1,9	0,9
Migration		3,5		2,1	1,0
Pression sur les salaires		3,8		2,3	1,0

¹¹ Voir plan financier 2009–2011 de la législature, annexe 7, encadré 3.

Tableau 5: Dépenses publiques liées aux soins de longue durée dès 65 ans

en % du PIB Scénario	Année de base 2009	2060	Variation entre 2009 et 2060	Ecart p. r. au scénario de référence
Référence		1,9	1,3	
Morbidité				
Pure Ageing		2,1	1,5	0,3
Healthy Ageing	0,6	1,6	1,0	-0,3
Compression of Morbidity		1,4	0,8	-0,5
Migration		1,8	1,2	-0,1
Pression sur les salaires		2,1	1,5	0,2

Une modification de l'état de santé de la population (morbidité) et une évolution surproportionnelle des salaires dans le domaine de la santé influencent fortement la dynamique des dépenses de l'Etat, portée par l'évolution des revenus et la démographie (voir tableau 4). Ainsi, selon les scénarios *Pure Ageing* et pression sur les salaires, la hausse des dépenses jusqu'en 2060 serait supérieure de respectivement 0,2 et 0,3 % du PIB à celle prévue dans le scénario de référence. La hausse des dépenses étatiques pourrait ralentir si, conformément à l'hypothèse formulée dans le scénario *Compression of Morbidity*, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagnait d'une amélioration notable de l'état de santé de la population (écart par rapport au scénario de référence: - 0,3 % du PIB). Cette observation vaut tout particulièrement pour les dépenses hospitalières. Etant donné que les dépenses publiques sont déterminées par des facteurs identiques à ceux qui influent sur les dépenses globales, l'augmentation de l'immigration nette supposée dans le scénario Migration n'a guère d'effet dans le domaine des collectivités publiques (voir tableau 4).

42 Dépenses publiques de santé pour les soins de longue durée à partir de 65 ans

Dans le domaine des soins de longue durée, les dépenses publiques englobent (selon les statistiques financières) une partie des dépenses des cantons et des communes en faveur des homes et établissements médicaux ainsi que des soins ambulatoires (service d'aide et de soins à domicile), de même qu'une partie des prestations complémentaires à l'AVS et l'allocation pour impotent de l'AVS.

La répartition des frais de soins et leur prise en charge par l'assurance-maladie, les assurés et les pouvoirs publics a fait l'objet d'une nouvelle réglementation dans la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins adoptée en juin 2008.¹² Par ailleurs, le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 vise, entre autres, à limiter à son niveau actuel (part égale à 21 %) la charge que font peser les frais de soins sur l'assurance-maladie (AOS). En outre, la participation aux frais des assurés nécessitant des soins doit s'élever à 20 % au maximum de la contribution aux soins de l'AOS fixée

par le Conseil fédéral. Conformément aux décisions prises par les Chambres fédérales, le financement résiduel est réglé et assuré par les cantons, étant précisé que ces derniers sont libres de réduire le montant de la contribution des personnes nécessitant des soins. Selon la réglementation cantonale, cet alourdissement du budget cantonal peut aussi affecter les communes. L'on relèvera en outre que l'introduction d'un degré d'impotence faible génère des dépenses supplémentaires pour l'AVS et la Confédération, et que l'augmentation de la franchise prévue pour les prestations complémentaires de l'AVS entraîne également un surcroît de charges pour les cantons et la Confédération.

Conformément aux estimations réalisées dans le cadre du présent rapport, le nouveau régime de financement des soins se traduirait par un relèvement de la quote-part au financement des pouvoirs publics de 5 points à 43% de 2009 à 2011 dans le domaine des soins de longue durée. Egale à 0,6% du PIB au cours de l'année de base 2009, cette quote-part augmentera à 0,7% du PIB jusqu'en 2011. Selon le scénario de référence, le besoin de financement des collectivités publiques dans le domaine des soins de longue durée passera de 1,3 à 1,9% du PIB d'ici à 2060 (voir tableau 5).

A l'appui de l'hypothèse «no-policy-change», il est admis que, dans le domaine des soins de longue durée, les quotes-parts de financement des ménages privés, de l'Etat et de l'assurance-maladie seront constantes à partir de 2011. Les cantons participent, à hauteur de plus de deux tiers, aux dépenses publiques concernant les soins de longue durée dans leur ensemble, ce qui en fait les principaux contributeurs (pour une vue d'ensemble des résultats selon le scénario de référence, voir le tableau A1 en annexe). Tandis que les subventions aux homes sont versées par les communes et les cantons à hauteur respective de 30 % et 70 %, elles sont prises en charge pour moitié environ par les cantons et les communes dans le domaine des soins ambulatoires. La charge financière des cantons et des communes continuera de s'alourdir sous l'effet de l'évolution très dynamique des coûts des soins de longue durée.

Conformément à la situation globale dans les soins de longue durée, les dépenses des pouvoirs publics réagissent de manière particulièrement forte à une modification des besoins de soins de la population (morbidité) (voir tableau 5). Le scénario *Pure Ageing* affiche la croissance des dépenses la plus élevée jusqu'en 2060 (1,5 % du PIB), le scénario *Compression of Morbidity* la croissance la plus faible (0,8 % du PIB).

¹² Compte tenu de la prise en compte du nouveau régime de financement des soins, la comparaison des projections des dépenses avec les résultats des études précédentes peut porter uniquement sur les dépenses totales des soins de longue durée, à l'exclusion de la répartition sur des agents financeurs individuels.

Les coûts salariaux exercent par ailleurs une forte pression sur les dépenses publiques relatives aux soins de longue durée (scénario de pression sur les salaires). Par contre, la hausse de l'immigration nette n'a pratiquement aucune incidence sur l'évolution des dépenses (scénario Migration).

L'encadré 1 présente une comparaison du surcroît de charges escompté pour les pouvoirs publics dans le domaine de la santé entre la Suisse et d'autres pays européens.

Encadré 1: Comparaisons internationales

Dépenses publiques de santé (sans les soins de longue durée), scénario de référence¹

en % du PIB	2007 ²	2060	Ecart entre 2007 et 2060
Suisse ³	2,5 (5,3)	3,5 (7,0)	1,0 (1,7)
UE-15	6,9	8,4	1,5
Pays-Bas	4,8	5,8	1,0
Allemagne	7,4	9,2	1,8
Autriche	6,5	8,0	1,5
Danemark	5,9	6,9	1,0

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

en % du PIB	2007 ²	2060	Ecart entre 2007 et 2060
Suisse ³	0,6 (0,9)	1,9 (2,7)	1,3 (1,8)
UE-15	1,3	2,5	1,2
Pays-Bas	3,4	8,1	4,7
Allemagne	0,9	2,4	1,4
Autriche	1,3	2,5	1,2
Danemark	1,7	3,2	1,5

1 Les chiffres de l'UE figurent dans la publication suivante (en anglais uniquement): Ageing Working Group of the Economic Policy Committee and European Commission (2009): Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States 2008–2060, European Economy 2/2009.

2 2007 est l'année de référence dans les calculs effectués par l'UE.

3 Année de base 2009; chiffres entre parenthèses = dépenses publiques + AOS

Il ressort de cette comparaison qu'en Suisse, la part des dépenses publiques consacrée à la santé est peu élevée (31 %). Dans les pays de l'UE des 15 (UE sans les pays d'Europe centrale et orientale, Chypre et Malte), les dépenses de santé sont prises en charge par les collectivités publiques à raison des trois quarts en moyenne. L'écart s'explique entre autres par le fait qu'en Suisse – à la différence de ce qui se passe dans d'autres pays européens – l'assurance obligatoire des soins (AOS) est proposée exclusivement par des assureurs privés et ne relève donc pas du secteur étatique. Si les dépenses de l'AOS étaient attribuées au secteur étatique, la participation aux dépenses de l'Etat serait de l'ordre de 60%.¹³

Les projections effectuées dans le cadre du scénario de référence reposent sur les mêmes hypothèses que celles sur lesquelles se fondent les projections de l'UE, si bien qu'elles sont comparables. Il apparaît qu'en pourcentage du PIB, les dépenses de santé publiques (plus AOS) affichent une croissance plus dynamique que dans l'UE, en particulier dans le domaine des soins de longue durée. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les dépenses par tête d'habitant en faveur des personnes âgées sont plus élevées en Suisse ou par la divergence observée au niveau des hypothèses concernant le gain de productivité moyen (UE des 15: 1,7%, Suisse: 1%).

S'agissant des Pays-Bas, on relèvera le haut niveau initial et la forte croissance des dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée, qui tiennent en premier lieu à la couverture étendue par les pouvoirs publics du risque d'être tributaire de soins de longue durée.

¹³ Le présent rapport repose en outre sur l'hypothèse d'une élasticité du revenu constante de 1,1, alors que les projections des pays de l'UE tablent sur un abaissement de cette valeur entre l'année de base (1,1) et 2060 (1,0). A noter toutefois que cette divergence d'ordre méthodologique n'a guère d'incidence sur les résultats finaux.

5 Effets modérateurs sur les coûts de mesures dans le domaine de la santé

Les scénarios de statu quo présentés précédemment reposent sur l'hypothèse d'un maintien de la réglementation en vigueur dans le domaine de la santé. A l'inverse, les scénarios d'efficacité exposés ci-après prennent en compte les effets modérateurs potentiels sur les coûts de mesures relevant du domaine de la santé (voir ch. 2).

Comme expliqué sous ch. 2, il est admis, à l'appui des estimations de l'OFSP, que les mesures décrites ci-après se traduisent par des économies de coûts de 10 à 20 % (scénario d'efficacité modéré et/ou élevé, voir ch. 2) par rapport à l'évolution des dépenses prévue dans le scénario de référence. Ces mesures, dont l'effet devrait perdurer jusqu'en 2020, sont limitées à la santé hors soins de longue durée:

- la mise en œuvre du nouveau régime de financement hospitalier, qui prévoit l'introduction de forfaits par cas («diagnosis-related groups») dans les hôpitaux à partir de 2012;
- la stratégie en matière de cybersanté adoptée par le Conseil fédéral le 27 juin 2007, qui a pour objectif de promouvoir l'application, dans le système de santé, de technologies de l'information et de la communication, telles que le dossier électronique du patient;
- la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie visée par le projet 2B adopté par le Conseil fédéral en vue de promouvoir des modèles de soins intégrés (*Managed Care*). Ces modèles existent dès lors que les assurés renoncent à la liberté de choisir un médecin et acceptent qu'un médecin donné, en général le médecin de famille, ou un groupe de médecins gère leur accès aux soins de santé ambulatoires.

Un relèvement sensible de la part des assurés dans les modèles de soins intégrés doit permettre de réaliser près de la moitié des économies de coûts (voir ch. 2). L'incidence des mesures mentionnées précédemment sur la hausse des dépenses de santé ne devrait être que provisoire, car l'effet des économies sera maintenu à un niveau constant à partir de 2020.

Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, des gains de productivité sont réalisables également dans le domaine des soins, notamment grâce à des innovations, au progrès technologique et à la réorganisation des processus de soins (voir note de bas de page 4). Cette possibilité est illustrée dans un scénario d'efficacité «gains de productivité» conçu pour les soins de longue durée (voir ch. 2), dans lequel il est admis que des

mesures favorisant la productivité peuvent diviser par deux l'effet Baumol. Il convient néanmoins de préciser que ce scénario vise uniquement à montrer quel pourrait être l'effet levier de mesures favorisant la productivité dans le domaine des soins de longue durée, si bien que la division par deux de l'effet Baumol serait, en l'espèce, une hypothèse très optimiste.

Les effets modérateurs sur les coûts des réformes susmentionnées sont faibles en regard d'une amélioration de l'état de santé. En effet, selon le scénario d'efficacité élevée et dans le scénario d'efficacité modérée, la hausse des dépenses ne pourra être ralentie jusqu'en 2060 que de respectivement 0,6% et 0,3% du PIB par rapport au scénario de référence, contre 1% selon le scénario *Healthy Ageing*, par exemple. Cela étant, un taux comparable à celui de ce dernier scénario pourrait être enregistré si les soins de longue durée venaient à afficher des gains de productivité continus (scénario «gains de productivité»).

Les réformes dans le domaine de la santé hors soins de longue durée sont encore moins perceptibles au niveau des dépenses publiques qu'au niveau des dépenses globales, étant donné que la participation financière de l'Etat aux prestations ambulatoires relevant de la santé hors soins de longue durée est relativement faible, s'élevant à 11 %, contre une participation de 39 % aux dépenses de santé totales. En conséquence, même dans le scénario le plus optimiste (scénario d'efficacité élevée), le potentiel d'économies généré par les mesures de réforme jusqu'en 2060 ne se monterait qu'à 0,1% du BIP par rapport au scénario de référence. Selon le scénario d'efficacité modérée, les économies réalisables seraient même inférieures, de l'ordre de 0,05 % du PIB. Cette situation se répercute sur le taux de croissance des dépenses nominales: à raison de 3,4 % par an en moyenne dans le scénario d'efficacité élevée, il s'inscrit à peine en deçà des 3,5 % prévus dans le scénario de référence. En comparaison, l'amélioration de l'état de santé supposée dans le scénario *Healthy Ageing* contribuerait à elle seule à une réduction des coûts à hauteur de 0,4 % du PIB par rapport au scénario de référence, ce qui limiterait l'accroissement des dépenses nominales à 3,3 % par an en moyenne. Des gains de productivité continus dans les soins de longue durée (scénario «gains de productivité») permettraient de réaliser des économies de coûts comparables.

Globalement, les résultats des scénarios d'efficacité montrent que, sur la base des hypothèses émises, seules les mesures visant à accroître la productivité dans le domaine des soins de longue durée (réduction de l'effet Baumol) sont susceptibles d'entraîner une réduction sensible des dépenses de santé. Précisons néanmoins que, compte tenu des besoins élevés en personnel soignant, il ne serait pas aisé de prendre des mesures propres à améliorer la productivité.

6 Comparaison avec les scénarios prévisionnels du plan financier 2009–2011 de la législation

En comparant ces résultats à ceux des scénarios prévisionnels de 2008, il convient de prendre en compte que la période sous revue dans le présent rapport (2009–2060) ne correspond pas à celle retenue pour les travaux réalisés en 2008 (2005–2050),¹⁴ si bien qu'une étude comparative directe de la croissance attendue des dépenses n'est pas pertinente. A des fins de comparaison, le scénario de référence de 2008 a été adapté sur la base des scénarios démographiques les plus récents et les résultats ont été établis à l'horizon 2050. Il a par ailleurs été tenu compte d'autres aspects, tels que les faibles divergences méthodologiques et la rupture structurelle intervenue au niveau des données dans le

sillage de la révision des statistiques financières de 2008. Dans le tableau 6, les résultats de ce «scénario actualisé» sont confrontés à ceux du scénario de référence 2008, étant précisé qu'ils s'écartent de ceux du scénario de référence du présent rapport.

Pour la période allant de 2009 à 2050, le surcroît de charges du «scénario actualisé» est supérieur de 0,5 % du PIB (+ 4,5 % du PIB) à celui du scénario de référence 2008 (+ 3,9 % du PIB). La dynamique de croissance des dépenses de santé publique est également légèrement plus élevée (+ 0,3 % du PIB), en raison notamment du nouveau scénario démographique (A-00-2010), qui repose sur une part plus élevée de personnes âgées dans la population globale que celui établi il y a quatre ans (A-00-2005).

Tableau 6: Comparaison des résultats avec ceux des scénarios de développement de 2008

en % du PIB	Année de base 2009		Scénario de référence 2008		Scénario corrigé (base 2008)		
	Valeurs actuelles	2009	2050	Variation entre 2009 et 2050	2009	2050	Variation entre 2009 et 2050
Niveau de dépenses							
Dépenses totales de santé	11,3	11,6	15,5	3,9	11,5	15,9	4,5
Dépenses publiques de santé	3,1	5,0	7,0	2,0	5,0	7,3	2,3

7 Conclusions

Si les prévisions portant sur des périodes de plus de 50 ans sont nécessairement entourées de grandes incertitudes et doivent être interprétées avec toute la prudence requise, il n'en reste pas moins qu'elles permettent de classer et d'évaluer des tendances statistiques observables indépendamment de l'actualité politique quotidienne.

Les prévisions analysées reposent pour l'essentiel sur le scénario démographique moyen de l'OFS. Cela étant, elles ne privilégient pas une vision exclusivement déterministe. S'il est vrai que les facteurs démographiques sont difficilement influençables – tout au plus par la politique migratoire –, les hypothèses émises sur l'évolution de l'état de santé et sur les économies de coûts, qui peuvent être concrétisées par des mesures de réforme et le recours efficient aux nouvelles technologies, jouent un rôle clé pour l'évolution des dépenses prévues. La politique offre à cet égard des possibilités d'approche importantes pour influencer l'évolution de la courbe des dépenses de santé.

En regard d'autres pays industrialisés, la Suisse occupe une position de pointe tant en termes d'espérance de vie générale que d'années vécues en bonne santé. La tendance à l'allongement de l'espérance de vie devrait perdurer au cours des décennies à venir. Une politique sociale et de santé anticipatrice doit avoir pour objectif de mettre à disposition, à des coûts raisonnables, les infrastructures et les prestations de santé qui répondent également aux besoins futurs de la population. L'évolution de l'état de santé de la population vieillissante revêt donc une importance capitale pour la société dans son ensemble.

En effet, les scénarios de morbidité présentés montrent clairement l'influence potentielle de ce paramètre sur les dépenses de santé globales et sur le besoin de soins. Selon la base de prévision moyenne de l'OFS, l'espérance de vie moyenne à la naissance en 2060 sera de 86 ans pour les hommes et de 90 ans pour les femmes, s'inscrivant ainsi en hausse de 5,5 ans environ par rapport à 2010. Le fait de savoir si la population vivra ces années supplémentaires en bonne ou en mauvaise santé en 2060 est déterminant non seulement pour la qualité de vie individuelle,

¹⁴ Les scénarios prévisionnels 2008 font partie intégrante du plan financier 2009–2011 de la législation.

mais aussi pour l'équilibre financier des budgets publics et des assurances sociales. Un «vieillessement en bonne santé» (scénario *Healthy Ageing*) contribuerait à une réduction des dépenses de santé de 1% du PIB par rapport au scénario de référence, voire de 2% du PIB par rapport au scénario *Pure Ageing*, ce qui aurait été l'équivalent, en 2010, de dépenses totales à hauteur respective de 5,5 et 11 milliards de francs environ. Le potentiel d'économies serait encore plus élevé si le fardeau moyen de la maladie pouvait être allégé au cours de la dernière tranche de vie (scénario *Compression of Morbidity*).

Si les scénarios conçus devraient permettre de prévoir la demande croissante de prestations de soins de manière assez fiable, ils ne permettent que difficilement de prévoir l'évolution de l'offre de personnel soignant dans notre pays. Aujourd'hui déjà, le personnel soignant est recruté en grande partie à l'étranger. La pénurie générale de personnel soignant formé et la diminution du nombre de prestations de soins fournies de manière informelle pourraient faire grimper les coûts salariaux au-delà des prévisions esquissées dans les scénarios, étant précisé qu'un resserrement de la politique d'immigration renforcerait encore cet effet.

Enfin, les scénarios prévisionnels montrent que des mécanismes d'incitation appropriés permettraient d'exploiter d'importants potentiels d'efficacité dans le domaine de la santé. Quand bien même ces derniers pourraient, par rapport à la morbidité, ne revêtir à long terme qu'une importance secondaire pour les coûts, ils ne sont pas négligeables pour autant. En particulier, la prise en charge intégrée de malades chroniques – soutenue par des nouvelles technologies (eHealth) et des mécanismes d'incitation ciblés en matière de tarifs – pourraient contribuer à la réalisation de gains d'efficacité importants sous la forme d'améliorations qualitatives et d'économies de coûts. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), il est admis actuellement que des économies de l'ordre de 10% à 20% sont réalistes, ce qui correspondrait à long terme à un ralentissement des coûts de 0,3 à 0,6% du PIB annuel par rapport au scénario de référence. Rapporté à l'année 2010, il aurait représenté entre 1,7 et 3,3 milliards de francs des dépenses dans le domaine de l'AOS.

Selon l'hypothèse retenue, il ressort des calculs que la part au PIB des dépenses de santé évoluera entre 13,8 et 17,1% en 2060. A noter qu'aux Etats-Unis, par exemple, elle atteint déjà 17,4% à l'heure actuelle. Les résultats présentés ci-dessus permettent de dégager trois défis stratégiques d'importance déterminante à l'avenir pour la politique sociale et de santé:

1. la prévention efficace des maladies chroniques liées à l'âge;
2. le recrutement d'une main-d'œuvre suffisante dans les domaines médical et des soins;
3. l'amélioration continue de l'efficacité du système des soins parallèlement au maintien de l'égalité d'accès et du degré de qualité élevé des soins.

Dans sa stratégie en matière de politique de la santé¹⁵ qu'il a adoptée en juin 2011, le Conseil fédéral s'est notamment intéressé à ces trois thèmes. Parallèlement à des économies de coûts à court terme, la stratégie vise en particulier à définir les lignes directrices d'une politique de la santé durable et orientée vers le futur et, partant, à renforcer l'efficacité du système de santé. Les réformes à moyen et à long termes prévues dans la stratégie résultent d'une conjonction d'éléments destinés à améliorer considérablement la qualité et la rentabilité du système de santé dans son ensemble. Elles incluent notamment une optimisation des incitations à l'indemnisation dans le domaine des soins ambulatoires et stationnaires (TARMED et SwissDRG), un examen systématique de la qualité et de la rentabilité sous la surveillance d'agences spécialisées (institut de la qualité, y compris agence HTA), l'introduction à l'échelle nationale de modèles de soins intégrés, mais également l'amélioration des données à l'aide de registres des diagnostics ainsi que la mise à disposition de dossiers électroniques de patients.

Pour prévenir la pénurie attendue de main-d'œuvre dans les domaines de la santé et des soins, laquelle accroîtrait la pression sur les salaires mais aussi sur les coûts, il faudra à l'avenir déployer des efforts tant au niveau de la formation initiale et continue qu'à celui du recrutement et de la rémunération du personnel qualifié. Dans ce domaine, la collaboration étroite entre la Confédération et les cantons est essentielle et fait l'objet de discussions dans le cadre du dialogue Politique nationale de la santé mais aussi de différents autres comités nationaux et intercantonaux.

L'objectif de promotion d'un vieillissement en bonne santé revêt une importance toute particulière à la lumière des scénarios présentés. En vieillissant, la population sera fortement sujette à des troubles incurables et chroniques. Les maladies comme le diabète, l'ostéoporose, les maladies cardio-vasculaires et les démences occasionnent déjà aujourd'hui près de 70 à 80% des coûts de la santé. Comme la population vit plus longtemps, une forte augmentation des maladies chroniques est à prévoir. Selon des estimations datant de 2005¹⁶, le nombre de patients victimes d'un infarctus du myocarde augmentera de 28% entre 2000 et 2020. La hausse devrait être de 25% pour l'ostéoporose et le

¹⁵ Disponible sous www.edi.admin.ch.

¹⁶ Ostéoporose et chutes des personnes âgées. Une approche de santé publique. Office fédéral de la santé publique, 2005.

diabète. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une bonne hygiène de vie permettrait d'éviter, chez les personnes d'âge moyen, jusqu'à 50% des maladies chroniques et non transmissibles. Ce constat souligne l'importance de la prévention et de la promotion de la santé dans la lutte contre les maladies chroniques. En outre, compte tenu de l'évolution de la société, le maintien du niveau actuel des prestations de soin informelles devrait déjà constituer un grand défi pour l'avenir.

Pour autant que des facteurs de santé clés tels que l'alimentation, l'activité physique et la consommation de tabac et d'alcool puissent être influencés par des mesures au niveau tant de l'individu que de la société dans les années et décennies à venir, le fardeau de la maladie pourrait être considérablement réduit à l'avenir. Une politique préventive ciblée et coordonnée intégrant l'ensemble des groupes cibles peut apporter une contribution décisive à cet égard. Dans le rapport qu'ils ont publié en 2011 sur le système de santé suisse, l'OCDE et l'OMS reconnaissent que, grâce à ses programmes de prévention nationaux, la Suisse a accompli d'importants progrès en la matière. Reste que les dépenses publiques relatives à la prévention et à la promotion de

la santé restent largement inférieures à la moyenne des pays de l'OCDE.¹⁷ Les experts déplorent le manque de coordination de nombre des objectifs poursuivis et des mesures prises et le fait que leur diffusion dépende fortement de spécificités cantonales et régionales. A noter par ailleurs l'absence de bases de données centralisées, qui sont une condition sine qua non à une politique préventive fondée et documentée. La loi sur la prévention et la promotion de la santé actuellement discutée au Parlement constitue une étape clé vers la mise en place d'une telle politique. Elle vise à améliorer la coordination et à accroître l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. La loi a pour objectif déclaré d'améliorer l'efficacité avec les moyens disponibles.

Enfin, les investissements en faveur d'un vieillissement en bonne santé comportent une composante sociopolitique fondamentale. En effet, des personnes âgées en bonne santé peuvent participer plus longuement à la vie professionnelle, sociale et familiale. En plus de ralentir la progression des dépenses de santé, cette situation contribuerait grandement à la stabilité à long terme de nos assurances sociales.

Tableau A1: Dépenses dans le domaine de la santé – évolution selon le scénario de référence

en % du PIB			Variation entre
Niveau	2009	2060	2009 et 2060
Ensemble du secteur de la santé	11,3¹	15,8	4,5
Santé sans les soins de longue durée	9,5	11,4	1,8
Soins de longue durée (dès 65 ans)	1,5	4,3	2,7
Administrations publiques	3,5¹	5,6	2,1
Confédération	0,4	0,6	0,1
Cantons	2,3	3,9	1,7
Communes	0,3	0,6	0,3
AVS/AI	0,4	0,5	0,1
Santé sans les soins de longue durée	2,5	3,5	1,0
Confédération	0,4	0,6	0,1
Cantons	1,9	2,7	0,9
Communes	0,2	0,2	0,03
Soins de longue durée (dès 65 ans)	0,6	1,9	1,3
Confédération	–	–	–
Cantons	0,4	1,2	0,8
Communes	0,1	0,3	0,3
AHV/Allocation pour impotent	0,1	0,3	0,2

1 y c. les dépenses liées aux soins destinés au moins de 65 ans

¹⁷ En Suisse, elles représentent 2,3% des dépenses totales, contre 3,1% des dépenses totales moyennes dans les pays de l'OCDE.