

Vieillesse démographique et santé: un surcroît de dépenses, surtout pour les soins de longue durée

La politique de la santé doit relever les défis majeurs que constituent l'évolution rapide des coûts dans ce secteur et les changements démographiques, deux phénomènes liés entre eux. Le Groupe des économistes de l'Administration fédérale des finances (AFF) a établi des projections en matière de dépenses de santé pour les scénarios prévisionnels qui ont été publiés dans le plan financier de la législature 2009–2011. Ses calculs montrent que le vieillissement de la population devrait entraîner une augmentation sensible des charges financières, principalement pour les soins de longue durée. Dans le reste du domaine de la santé, les coûts sont surtout gonflés par des facteurs non démographiques, ce qui laisse au pouvoir politique une marge de manœuvre appréciable.

Encadré 1

Scénarios prévisionnels

Les premiers scénarios prévisionnels du Conseil fédéral ont été publiés en janvier 2008 pour le domaine de la santé, dans le cadre du plan financier de la législature 2009–2011. Ils ont été établis en vertu de l'ordonnance sur les finances de la Confédération, entrée en vigueur en avril 2006. Selon l'art. 8 de ce texte, le Conseil fédéral doit présenter périodiquement, mais au moins tous les quatre ans, des scénarios prévisionnels à long terme pour certains domaines. Ces projections, qui portent bien au-delà de la période couverte par le plan financier, montrent les tendances prévisibles, avec leurs conséquences financières ainsi que les mesures de gestion ou de correction requises.

Internet: www.efv.admin.ch, rubriques «Thèmes», «Finances de la Confédération», «Plan financier».



Au regard de l'évolution démographique, le Conseil fédéral a demandé d'élaborer des scénarios prévisionnels pour les dépenses de santé d'ici 2050. Conformément à la pratique internationale, des projections ont été établies, d'un côté, pour la santé sans les soins de longue durée et, de l'autre, pour les soins de longue durée dispensés aux plus de 65 ans, les facteurs de coûts n'étant pas toujours les mêmes.

Photo: Keystone

Les défis posés à la politique de la santé

Selon le scénario démographique moyen (A-00-2005) de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le nombre de personnes de 80 ans et plus va quasiment quadrupler d'ici 2050 par rapport à 1991 et celui des 65–80 ans passera du simple au double. Cela devrait considérablement se ressentir sur les dépenses de santé. Ces dernières ont déjà connu une forte progression dans le passé, puisqu'elles ne représentaient que 5,4% du produit intérieur brut (PIB) en 1970 pour 11,4%



Carsten Colombier
Membre du Groupe des économistes,
Administration fédérale des finances AFF, Berne

en 2005. Cela montre que d'autres facteurs, comme les progrès médicaux et techniques, jouent également un rôle majeur dans le domaine de la santé.

Face à ces enjeux, le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'AFF d'élaborer des scénarios prévisionnels (voir encadré 1)¹. L'évolution des dépenses a été calculée pour la période allant de 2005 à 2050. Le choix de cet horizon temporel permet d'évaluer les conséquences du vieillissement de la population, en particulier celui de la génération du «baby-boom». Les projections pour les dépenses de santé se fondent sur l'hypothèse que le cadre légal en vigueur ne sera pas modifié². Il s'agit de mettre ainsi en évidence la nécessité d'agir pour le pouvoir politique.

¹ Conseil fédéral (2008).

² Pour une présentation exhaustive des projections, voir Colombier et Weber (2008a). Les auteurs n'ont toutefois pas pu prendre en compte le nouveau régime de financement des soins, adopté par le Parlement le 13 juin 2008. La loi correspondante est accessible sous www.admin.ch, rubriques «Documentation», «Législation», «Feuille fédérale».

Projections des dépenses de santé

Les projections ont été établies pour l'ensemble du secteur de la santé et pour les collectivités publiques, qui assument un bon tiers des dépenses. Conformément à la pratique internationale, le domaine de la santé sans les soins de longue durée et les soins de longue durée dispensés aux plus de 65 ans ont fait l'objet de projections séparées, car les facteurs de coûts ne sont pas toujours les mêmes dans ces deux domaines³. Outre un scénario de référence, analogue à celui de la Commission européenne (2006), plusieurs scénarios alternatifs mettent en évidence la sensibilité des dépenses de santé aux différents facteurs de coûts et donnent une idée du degré d'incertitude dont souffrent ces projections. En même temps, le scénario de référence est intégré dans le rapport sur les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse⁴, dont il reprend les hypothèses macroéconomiques. Pour la détermination des effets démographiques, le scénario moyen de l'OFS a servi de référence.

Les auteurs des projections ont accordé une grande attention à la relation entre la morbidité – un indicateur de l'état de santé de la population – et l'allongement de l'espérance de vie. Étant donné l'incertitude entourant ce lien, ils ont élaboré dans les deux domaines évoqués trois scénarios, basés sur des hypothèses différentes en ce qui concerne l'évolution de la santé. Ainsi, le scénario de référence suppose qu'après 2005 la population traverse la moitié des années de longévité gagnées dans un meilleur état de santé que durant cette année de base. Dans le scénario «Pure ageing», l'état de santé de la population ne varie pas par rapport à 2005. Enfin, dans le scénario «Healthy ageing», l'hypothèse est que la période de meilleure santé correspond à la totalité des années supplémentaires d'espérance de vie.

Tous les scénarios portant sur les soins de longue durée partent de l'idée qu'aucun gain de productivité n'est réalisable dans ce secteur et donc que l'effet Baumol, un effet de prix spécial, se fait pleinement sentir (voir encadré 2). Si on exclut les soins de longue durée, le scénario «Baumol» suppose que les gains de productivité ne sont inférieurs que d'un quart à ceux de l'ensemble de l'économie. Les autres scénarios – comme les études de l'OCDE⁵ et de la Commission européenne⁶ – ne prévoient aucun effet Baumol.

Dans le domaine de la santé sans les soins de longue durée, les projections (à l'exception du scénario «Baumol») se fondent sur l'hypothèse que les dépenses augmentent beaucoup plus vite que le revenu national, c'est-à-dire le PIB. En outre, certains écono-

mistes de la santé présupposent que la proximité de la mort exerce une influence plus grande sur les dépenses que le vieillissement⁷. Cette théorie est retenue dans le scénario «Death-related costs» qui, considérant les dépenses consacrées à des individus du même âge, établit une distinction entre ceux qui meurent durant l'année en cours et ceux qui survivent à cette période. Enfin, le scénario «Tendance à recourir à des soins formels» illustre les répercussions du transfert des soins gériatriques de la famille vers les établissements médico-sociaux (EMS) et les services d'aide à domicile.

Dépenses totales pour la santé sans les soins de longue durée

Les dépenses de santé sans les soins de longue durée se composent pour les trois quarts des prestations hospitalières, des traitements ambulatoires et des médicaments. En 2005, elles représentaient 9,1% du PIB. Comme le montrent les projections, c'est en tenant compte de l'effet Baumol que la hausse est la plus forte d'ici 2050, puisque ces dépenses augmentent de 2,8 points dans le PIB (voir *tableau 1*). En revanche, dans le scénario de référence, l'augmentation n'est que de 1,9 point. Un changement de l'état de santé de la population a une influence aussi grande que l'effet Baumol sur l'évolution des dépenses: celles-ci s'accroissent de 2,3 points dans le scénario «Pure ageing», alors qu'elles ne progressent que de 1,4 point avec la variante «Healthy ageing». Les deux tiers environ de cette croissance de 1,4 point reviennent à l'effet de revenu et un tiers au vieillissement de la population. Dans le scénario «Death-related costs», les dépenses augmentent de 1,8 point, soit 0,1 point de moins que dans le scénario de référence. Ainsi, contrairement à l'hypothèse avancée par certains économistes de la santé, les coûts liés à la mortalité n'ont pas d'influence. La raison en est que, dans les classes d'âge où le nombre de décès est élevé (la grande vieillesse), les dépenses pour les décès et les survivants se différencient peu⁸.

La part des pouvoirs publics

Les dépenses publiques de santé sans les soins de longue durée comprennent principalement les contributions cantonales et communales aux hôpitaux (79% en 2005) et la réduction individuelle des primes (RIP) de l'assurance-maladie, consentie aux ménages privés par la Confédération et les cantons (16% en 2005). L'évolution de l'état de santé de la population joue un rôle plus important pour l'État que pour le reste des dépenses consenties (sans les soins à long terme). Cela

Encadré 2

Effet Baumol et effet de revenu

Effet Baumol

Cet effet du côté de la demande montre que les prix augmentent plus fortement dans certains secteurs à forte intensité de main-d'œuvre, comme la santé, que dans d'autres branches (Baumol, 1967). Cela s'explique comme suit. Dans le domaine de la santé, une demande de prestations relativement peu élastique permet une hausse des salaires supérieure aux gains de productivité, supposés faibles. On part généralement du principe que les salaires réels dans le milieu médical augmentent avec les gains de productivité de l'économie nationale, qui sont supérieurs à ceux de la médecine. L'augmentation des prix dans le domaine de la santé dépasse dès lors le taux d'inflation général d'un montant qui correspond à la différence entre les gains de productivité de l'économie nationale et ceux du secteur de la santé. L'effet Baumol est intégral lorsqu'il n'y a aucun gain de productivité dans ce domaine.

Effet de revenu

D'un point de vue empirique, on peut observer une relation positive disproportionnée entre l'évolution du revenu national et les dépenses de santé. En réalité, il est difficile, en se basant sur des données, d'établir une distinction entre la demande liée au revenu et les effets d'offre qui se répercutent sur ce dernier. C'est pourquoi on part du principe que l'effet de revenu permet de saisir une multitude de facteurs de coûts du côté de l'offre et de la demande. De tels facteurs comprennent les progrès médicaux et techniques, les exigences accrues de la population à l'égard du système de santé ou la demande supplémentaire d'actes, générée par des prestataires de santé sur la base de l'asymétrie des informations, par exemple entre médecins et patients.

Tableau 1

Évolution des dépenses dans le domaine de la santé sans les soins de longue durée
(en % et en points de pourcentage du PIB)

Scénario	Total		État		Hôpitaux		RIP	
	2050 (en %)	Croissance (en points de pourcentage)						
«Pure ageing»	11.4	2.3	6.2	1.8	4.8	1.4	1.2	0.5
«Référence»	11.0	1.9	5.7	1.4	4.5	1.1	1.0	0.3
«Healthy ageing»	10.5	1.4	5.4	1.1	4.3	0.8	0.9	0.2
«Baumol»	11.8	2.8	6.2	1.8	5.0	1.5	1.0	0.3
«Death-related costs»	10.9	1.8	5.7	1.3	4.5	1.1	1.0	0.3
Dépenses 2005	9.1		4.4		3.4		0.7	

Source: AFF / La Vie économique

Tableau 2

Évolution des dépenses pour les soins de longue durée dispensés aux personnes de plus de 65 ans
(en % et en points de pourcentage du PIB)

Scénario	Total		État (y. c. assurances sociales)	
	2050 (en %)	Croissance (en points de pourcentage)	2050 (en %)	Croissance (en points de pourcentage)
«Pure ageing»	4.3	2.8	1.5	1.0
«Référence»	3.7	2.2	1.3	0.8
«Healthy ageing»	3.2	1.7	1.1	0.6
Tendance à recourir à des soins formels	4.0	2.5	1.4	0.9
Dépenses 2005	1.5		0.5	

Source: AFF / La Vie économique

charge financière des cantons augmente de 1,1 point, passant de 2,8% du PIB en 2005 à 3,9% en 2050. En revanche, celle de la Confédération reste quasiment constante à 0,5% du PIB. Les dépenses des communes s'accroissent de 1,0% à 1,3% du PIB.

Dépenses totales pour les soins de longue durée

Les dépenses pour les soins de longue durée sont destinées aux EMS ainsi qu'aux services d'aide et de soins à domicile (Sasd). Elles représentaient 1,5% du PIB en 2005. En raison du vieillissement et de l'état de santé de la population, ces dépenses évoluent de manière plus rapide que celles consacrées à la santé sans les soins de longue durée, de sorte que des charges supplémentaires importantes devraient peser sur la société. De fait, le scénario de référence fait apparaître une nette hausse des dépenses, qui gagnent 2,2 points de PIB d'ici 2050 (voir *tableau 2*). La santé de la population revêt elle aussi une grande importance. Ainsi, les dépenses augmentent de 1,7 point dans le scénario «Healthy ageing», tandis que dans la variante «Pure ageing», leur croissance atteint 2,8 points. La hausse de 1,7 point en cas de «Healthy ageing» s'explique environ pour les deux tiers par le vieillissement et pour un tiers par l'effet Baumol. Dans le scénario «Tendance à recourir à des soins formels», les dépenses croissent de 2,5 points. Une étude récente de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), qui évalue les coûts des soins de longue durée jusqu'en 2030, arrive à des résultats comparables⁹.

La part des pouvoirs publics

Les collectivités publiques financent un bon tiers des soins de longue durée. En 2005, leurs dépenses en la matière se décomposaient comme suit: 44% étaient constituées par les contributions des cantons et des com-

s'explique par le fait que les versements au titre de la RIP dépendent de l'évolution des dépenses pour l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette dernière contribue, en effet, au financement des soins de longue durée, dont les coûts augmentent rapidement. C'est donc dans les scénarios «Baumol» et «Pure ageing» que les dépenses de la Confédération, des cantons et des communes augmentent le plus fortement jusqu'en 2050, gagnant 1,8 point de PIB. Tant dans le scénario de référence que dans celui des «Death-related costs», elles passent à 5,7% du PIB. Dans le scénario «Healthy ageing», elles progressent de 1,1 point. C'est la variante «Pure ageing» qui révèle la plus forte croissance des versements RIP (0,5 point), en raison des contributions de l'AOS. En ce qui concerne les subventions aux hôpitaux, les résultats reflètent les dépenses totales de santé.

Les budgets cantonaux sont les plus durement touchés par la hausse des dépenses de santé calculées sans les soins de longue durée, car ils couvrent environ les deux tiers des contributions publiques aux hôpitaux ainsi qu'une part accrue de la RIP depuis l'introduction début 2008 de la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons. Dans le scénario de référence, la

3 Commission européenne (2006) et Martins (2006).

4 Les perspectives à long terme montrent les effets démographiques sur l'ensemble de l'État (Weber, 2008; Weber et al., 2008).

5 Martins (2006).

6 Commission européenne (2006).

7 Zweifel et al. (1999).

8 Pour des explications plus détaillées, voir Colombier et Weber (2008b).

9 Weaver et al. (2008).

Bibliographie

- Abrahamsen Y. et Schips B., *Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung*, Institut de recherche conjoncturelle de l'EPF Zurich, 2002.
- Baumol W. J., «The Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis», *American Economic Review*, 57, 1967, pp. 415–426.
- Colombier C. et Weber W., «Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050», *Working Paper* n° 10 du Groupe des économistes de l'AFF, 2008a. Internet: www.efv.admin.ch, rubriques «Thèmes», «Economie et monnaie», «Bases scientifiques – Groupe des économistes», «Documents de travail».
- Colombier C. et Weber W., «Projecting Health Care Expenditure for Switzerland: Further Evidence Against the «Red-Herring»-Hypothesis», exposé présenté en août 2008 au 64^e congrès de l'International Institute of Public Finance, 2008b. Internet: www.fdw.unimaas.nl/iipf/Programme.htm.
- Commission européenne, «The Impact of Ageing on Public Expenditure: Projections for the EU 25 Member States on Pensions, Health Care, Long-term Care, Education and Unemployment Transfers (2004–2050)», *European Economy*, Special Report 1/2006.
- Conseil fédéral, «Scénarios prévisionnels dans le domaine de la santé», *Plan financier de la législature 2009–2011*, chapitre 5 et annexe 7, 2008. Internet: www.efv.admin.ch, rubriques «Thèmes», «Finances de la Confédération», «Plan financier».
- Hsiao W. et Heller P. S., «What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy?», *IMF Working Paper* 07/13, 2007.
- Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008, *Feuille fédérale* n° 25, 24 juin 2008, 4751–4754. Internet: www.admin.ch, rubriques «Documentation», «Législation», «Feuille fédérale».
- Martins J. O., «Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers?», *Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 477, 2006.
- Weaver F., Jaccard Ruedin H., Pellegrini S. et Jeanrenaud C., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2008.
- Weber W. (2008), «Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse», *La Vie économique*, n° 9–2008, pp. 58–60.
- Weber W., Bruchez P. A., Colombier C. et Gerber D., *Les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse*, Administration fédérale des finances, Berne, 2008. Internet: www.efd.admin.ch, rubriques «Documentation», «Faits et chiffres», «Rapports».
- Zweifel P., Felder S. et Werblow A., «Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red-Herring?», *Health Economics*, 8, 1999, pp. 485–496.

munes aux EMS (23%) et aux Sasd (21%); 43% correspondaient aux prestations complémentaires de l'AVS assumées par les cantons (y compris l'aide sociale) et 13% aux allocations pour impotents octroyées par l'AVS. Le besoin de financement public pour les soins de longue durée s'élevait à 0,5% du PIB en 2005. Sans changement de politique, les dépenses publiques progresseront d'ici 2050 au même rythme que les dépenses totales pour les soins de longue durée. Dans le scénario de référence, elles augmentent de 0,8 point. Dans le scénario «Pure ageing», elles triplent pour atteindre 1,5% du PIB, tandis qu'elles passent à 1,1% dans l'hypothèse du «Healthy ageing». Avec le scénario «Tendance à recourir à des soins formels», les dépenses atteignent 1,4% du PIB en 2050.

Comparaison internationale

La comparaison de ces projections avec celles de la Commission européenne montre que, dans le domaine de la santé, les pouvoirs publics suisses seront touchés par l'évolution démographique dans les mêmes proportions que leurs voisins européens. Le scénario de référence projette une croissance de 1,3 point de PIB pour les dépenses publiques de santé en Suisse, sans les soins de longue durée. Cette valeur est légèrement inférieure à la hausse moyenne de 1,7 point que devraient connaître les pays de la zone euro selon le scénario de base de l'UE. En revanche, la croissance des dépenses suisses pour les soins de longue durée (+0,8 point) est légèrement supérieure à la moyenne européenne (+0,6 point).

Conclusion

Les présentes projections montrent que le vieillissement de la population a un impact élevé sur l'évolution des dépenses de santé. Cependant, son effet n'est pas le même dans les deux domaines analysés. Ainsi, le vieillissement pèse particulièrement lourd dans les soins de longue durée dispensés aux personnes de plus de 65 ans. Les ménages privés sont fortement touchés. Par leurs primes d'assurance-maladie et le paiement direct de prestations, ils financent, en effet, aujourd'hui les deux tiers environ des dépenses pour les soins de longue durée. Il faut encore attendre pour savoir dans quelle mesure le nouveau régime de financement des soins, adopté récemment, limitera les charges évoquées. Dans la perspective du surcroît de charges qui se dessine pour les ménages privés, du transfert des coûts entre les générations qui en résultera et d'une transparence accrue dans le financement des soins, il serait intéressant

d'étudier de plus près une proposition faite par l'Institut de recherche conjoncturelle de l'EPFZ en 2002, qui consistait à scinder l'AOS en deux assurances: une de base pour les maladies et une autre obligatoire des soins¹⁰.

Le principal facteur de coûts dans le domaine de la santé sans les soins de longue durée est l'effet de revenu. Selon de récents travaux en économie de la santé, les facteurs de coûts les plus significatifs se situent du côté de l'offre¹¹. En conséquence, des améliorations de l'efficacité des prestations, comme l'introduction de modèles de gestion des soins («managed care»), devraient permettre d'atténuer sensiblement l'évolution projetée des dépenses.

Compte tenu des dépenses liées à la morbidité, des mesures de prévention et de promotion de la santé pourraient également avoir un effet modérateur sur les coûts. L'évolution démographique entraînera une hausse sensible des besoins en personnel sanitaire et soignant. Les périodes de formation étant relativement étendues, il est recommandé d'établir une planification à long terme des ressources humaines dans le domaine de la santé, afin de réduire au minimum le manque de main-d'œuvre et d'atténuer la pression sur les coûts, qui résulte des salaires et de l'effet Baumol.

En fin de compte, le vieillissement démographique alimente substantiellement l'augmentation des dépenses de santé, mais il n'en est pas le facteur principal. Cela signifie que des mesures politiques appropriées devraient permettre d'éviter une part non négligeable de la hausse projetée. ■

¹⁰ Abrahamsen et Schips (2002).

¹¹ Hsiao et Heller (2007).