

Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045

Thomas Brändle et Carsten Colombier



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral des finances DFF
Administration fédérale des finances AFF
Analyse et conseil économiques ACE

Les travaux du domaine « Analyse et conseil économiques » ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'office, du département ou du Conseil fédéral. Les auteurs assument eux-mêmes la responsabilité des thèses défendues dans ces travaux ainsi que des erreurs éventuelles.

Impressum

Rédaction

Analyse et Conseil Economiques (ACE)

Thomas Brändle et Carsten Colombier
Bundesgasse 3
CH-3003 Berne Schweiz

E-Mail

oekonomenteam@efv.admin.ch

Internet

www.efv.admin.ch

https://www.efv.admin.ch/efv/fr/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html

**Mise en page
ISSN**

Webteam AFF, SPK
1660-7937

**Versions de
langues**

Est disponible aussi en allemand et anglais

Table des matières

Liste des abréviations	5
Résumé	7
1. Introduction	14
2. Méthode utilisée pour l'élaboration des projections	18
2.1. Hypothèses concernant l'évolution démographique et économique	18
2.2. Méthode	19
3. Facteurs de coûts et scénarios	26
3.1. Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé	26
3.2. Scénarios	32
4. Dépenses totales en matière de santé	34
4.1. Secteur de la santé hors soins de longue durée	38
4.2. Soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD)	42
5. Dépenses publiques de santé	45
5.1. Dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée	50
5.2. Dépenses publiques liées aux SLD	53
6. Dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS)	56
7. Comparaison avec d'autres études	59
7.1. Projections de 2012 concernant les dépenses de santé	59
7.2. Projections pour l'OCDE	60
7.3. Projections pour l'Union européenne	62
8. Conclusions pour la politique sanitaire	66
Bibliographie	69
Annexe tableaux	75
Annexe	77
Documents de travail de l'AFF	81

Liste des abréviations

AFF	Administration fédérale des finances
AI	assurance-invalidité
AOS	assurance obligatoire des soins
API AVS	allocation pour impotent de l'AVS
API AI	allocation pour impotent de l'AI
AVS	assurance-vieillesse et survivants
AWG	ageing working group (groupe de travail examinant le vieillissement de la population) de l'Union européenne (comité de politique économique et Commission européenne – direction générale des affaires économiques et financières)
DFF	Département fédéral des finances
EMS	établissement médico-social
EPT	équivalent plein temps
LAMal	loi fédérale sur l'assurance-maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique, Département fédéral de l'intérieur
PC	prestations complémentaires
PC AVS	prestations complémentaires à l'AVS
PIB	produit intérieur brut
RIP	réduction individuelle de primes
SEC	Système européen des comptes nationaux et régionaux
SLD	soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus
SwissDRG	système suisse réglant l'indemnisation des prestations hospitalières sur la base de forfaits par cas
UE	Union européenne

Résumé

À l'heure actuelle (chiffres de 2014), la Suisse consacre 11,1 pour cent de son produit intérieur brut (PIB) au domaine de la santé, soit presque deux fois plus qu'en 1970, et occupe à cet égard la tête du classement aux côtés d'autres pays européens tels que l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suède. L'augmentation des dépenses tient au fait que le secteur de la santé, outre celui de la prévoyance vieillesse, est le plus touché par le vieillissement de la population¹. Une population vieillissante a davantage recours aux prestations en matière de santé et a besoin de plus de soins.

Les facteurs démographiques ne sont toutefois pas les seuls responsables de la hausse constante des dépenses. D'autres éléments jouent un rôle tout aussi important. On peut citer par exemple les progrès de la médecine, les exigences de la population croissant en fonction du niveau de revenu et la complexité du système de santé, qui, en raison du grand nombre d'acteurs qu'il comprend, contribue à accroître le volume de prestations. L'évolution des dépenses et de la charge financière qui y est liée revêt par conséquent toujours plus d'importance sur les plans économique et budgétaire.

Dans son rapport sur les perspectives à long terme des finances publiques, le Département fédéral des finances (DFF) établit régulièrement des projections sur les dépenses de santé. Le présent document de travail vise à approfondir l'analyse qui est effectuée dans ce rapport à ce propos. Il s'attache en particulier à évaluer la hausse des dépenses de santé liée au vieillissement de la population suisse et à présenter la charge financière qui pèsera sur les administrations publiques et l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il montre également comment la politique sanitaire peut influencer l'évolution des dépenses correspondantes.

1 Dans les scénarios qu'il a élaborés sur l'évolution démographique, l'Office fédéral de la statistique (OFS) indique par exemple que la part de la population âgée de plus de 80 ans doublera à la fin de la période de référence, passant de 5 pour cent à l'heure actuelle à 10 pour cent en 2045.

Méthode utilisée pour l'élaboration des projections et scénarios

Les projections se fondent, d'une part, sur les profils de dépenses de santé établis par catégorie d'âge et, d'autre part, sur les scénarios de l'OFS concernant l'évolution démographique de 2015 à 2045. Ces derniers s'appuient sur les hypothèses suivantes: basse fécondité, hausse de l'espérance de vie et immigration nette élevée au début de la période, puis décroissante. Ces éléments permettent de comprendre les conséquences du vieillissement de la population (en particulier celui des babyboomers).

Par analogie avec les études de la Commission européenne (ageing working group [AWG], 2015) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques ([OCDE]; De la Maisonneuve et Oliveira Martins, 2014), les projections concernant les dépenses de santé sont fondées sur des hypothèses incluant le maintien du cadre juridique actuel. Étant donné que des facteurs de coûts parfois différents influent sur le secteur de la santé hors soins de longue durée et sur les soins de longue durée destinés aux personnes de plus de 65 ans (SLD), ces deux domaines font l'objet d'analyses distinctes. Pour déterminer les charges supplémentaires qui pèseront sur les administrations publiques et l'AOS, il faut établir dans un premier temps des projections sur les dépenses liées à l'ensemble du secteur de la santé. Les résultats de ces projections doivent être interprétés comme des hypothèses et ne pas être considérés comme des prévisions. Les présentes projections constituent une extrapolation des tendances à long terme et montrent les conséquences de ces tendances sur les dépenses de santé. Loin d'indiquer précisément quel sera le montant de ces dépenses dans 30 ans, elles servent plutôt à décrire l'évolution générale et la sensibilité de ces dernières à différents facteurs de coûts.

Cette sensibilité est démontrée à l'aide de plusieurs scénarios. Outre les conséquences directes de l'évolution démographique, ceux-ci tiennent surtout compte de la variation des hypothèses concernant l'évolution de l'état de santé (morbidité) au fur et à mesure que l'espérance de vie augmente. L'évolution liée au domaine de la migration est un facteur d'incertitude supplémentaire. Les scénarios sont également élaborés sur la base de facteurs importants qui n'ont aucun lien avec la démographie. Le premier est la corrélation entre l'évolution du revenu national et la croissance des dépenses de santé, l'élasticité du revenu révélant des effets tant sur l'offre (par ex. progrès de la médecine) que sur la demande (par ex. exigences de la population). Le second facteur concerne l'évolution de la productivité dans le secteur de la santé. Une croissance de la productivité inférieure à celle de l'économie nationale génère des pressions sur les coûts dès le moment où les salaires liés aux professions de la santé augmentent durablement au même rythme que ceux des autres secteurs économiques. Une demande de prestations relativement peu élastique entraîne une hausse des prix plus forte dans le domaine de la santé que dans le reste de l'économie. Appelé effet Baumol (Baumol, 1967), ce phénomène a une importance considérable, principalement pour les soins de longue durée.

Résultats des projections relatives aux dépenses

Le scénario de référence montre que les dépenses consacrées au secteur de la santé dans son ensemble passeront de 10,8 pour cent du PIB durant l'année de référence (2013) à 14,0 pour cent du PIB en 2045 (voir tableau Z1).

Tableau Z1: Dépenses de santé a ventilées par domaine et par contributeur selon le scénario de référence (en % du PIB)

Domaine	2013	2030		2045	
		Quote-part	Écart 2013–2030	Quote-part	Écart 2013–2045
Ensemble du système de santé	10.8	12.2	+1.4	14.0	+3.2
Secteur de la santé hors SLD	8.6	9.3	+0.7	9.9	+1.3
Soins de longue durée (SLD)	1.6	2.3	+0.7	3.4	+1.8
Contributeurs					
État (y c. assurances sociales)	3.5	4.2	+0.7	5.0	+1.5
Confédération	0.4	0.5	+0.1	0.5	+0.1
Cantons	2.4	2.9	+0.5	3.5	+1.1
Communes	0.3	0.4	+0.1	0.5	+0.2
AVS / AI*	0.4	0.3	-0.0	0.4	+0.0
Assurance obligatoire des soins**	3.3	3.7	+0.4	4.1	+0.8
Autres dépenses***	4.0	4.3	+0.3	4.8	+0.9
dont: ménages****	2.6	2.9	+0.3	3.3	+0.7

* Allocation pour impotent ainsi que contributions à des prestations médicales et des appareils thérapeutiques.

** Sans la contribution des administrations publiques à la réduction individuelle de primes (RIP), celle-ci étant incluse dans les dépenses de l'État.

*** Les «autres dépenses» recouvrent les dépenses des ménages, de l'assurance-accidents obligatoire (Suva et assurance militaire), des assurances complémentaires et des fondations privées ainsi que les dépenses effectuées par l'État au titre des prestations complémentaires à l'AI non liées au vieillissement.

**** Participation aux coûts de l'AOS et paiements directs (out of pocket [OOP]).

La catégorie résiduelle des dépenses pour les soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans contribue aux dépenses liées à l'ensemble du système de santé. Le tableau A2 figurant en annexe précise la ventilation des dépenses entre le système de santé hors soins de longue durée et le système de santé incluant ces soins.

Les dépenses consacrées aux SLD augmentent nettement plus vite (de 1,6 % à 3,4 % du PIB) que les dépenses de santé dans lesquelles ces soins ne sont pas pris en compte (de 8,6 % à 9,9 %). D'une part, l'évolution démographique (vieillesse entraînant la modification de l'état de santé) pèse beaucoup plus sur les dépenses liées aux soins de longue durée (72 % de la hausse des dépenses) que sur celles des autres secteurs de la santé (à peine 60 % de la hausse des dépenses). D'autre part, les dépenses consacrées aux soins de longue durée progressent de 1,2 pour cent par an (valeur corrigée de l'effet du renchérissement) en vertu de l'effet Baumol, tandis que les dépenses de santé ne croissent que de 0,9 pour cent par an à cause de facteurs non démographiques telle l'augmentation du revenu par habitant.

Dépenses publiques de santé

Étant plus grevées par les dépenses liées aux soins de longue durée que le système de santé en général, les finances publiques fluctuent également davantage en fonction du vieillissement de la population. Selon le scénario de référence, les dépenses publiques, qui s'élevaient à 3,5 pour cent du PIB en 2013, représenteront 5 pour cent du PIB en 2045 (voir tableau Z1), cette augmentation devant en premier lieu être supportée par les cantons.

Les dépenses que les administrations publiques consacrent au domaine de la santé hors soins de longue durée visent à couvrir les frais hospitaliers, la RIP et les autres charges (prévention, recherche et développement, administration). Alors qu'elles représentaient 2,4 % du PIB en 2013, elles devraient se monter à 3,0 pour cent en 2045 selon le scénario de référence. La majeure partie de cette augmentation tient aux contributions aux frais hospitaliers et à la RIP, qui sont pour la plupart financées par les cantons.

Les dépenses publiques liées aux soins de longue durée comprennent les dépenses des cantons et des communes en faveur des établissements médico-sociaux (EMS) et des services d'aide et de soins à domicile destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans. Elles englobent aussi une partie des prestations complémentaires à l'AVS (PC AVS) versées par les cantons et l'allocation pour impotent de l'AVS (API AVS). S'élevant à 0,8 pour cent du PIB en 2013, elles doubleront en 2045 pour s'établir à 1,7 pour cent du PIB. Que ce soit dans le domaine de la santé en général ou dans celui des soins de longue durée, les cantons supportent la plus grande part des dépenses publiques correspondantes, à savoir près des deux tiers. Ils doivent donc également assumer environ deux tiers (soit 0,6 % du PIB) de la hausse des dépenses publiques affectées aux soins de longue durée. Les dépenses que les communes consacrent à ce domaine doublent également, passant de 0,2 pour cent à 0,4 pour cent du PIB.

Assurance obligatoire des soins (AOS)

Afin qu'il n'y ait pas de redondance avec celles des administrations publiques, les dépenses de l'AOS sont présentées dans le tableau Z1 après déduction des dépenses liées à la RIP. La participation des ménages aux coûts de la santé (franchise, quote-part) est également déduite. Bien qu'elles soient à l'origine à peu près identiques aux dépenses publiques de santé (3,3 % contre 3,5 % du PIB), les dépenses de l'AOS augmentent moitié moins à l'horizon 2045 (+ 0,8 % contre + 1,5 % du PIB). Cette différence tient au fait que la part des dépenses évoluant de manière plus dynamique dans le domaine des soins de longue durée s'élève à 9 pour cent, un taux nettement inférieur aux 23 pour cent de l'ensemble des administrations publiques pendant l'année de référence.

Conclusions

Les présentes projections révèlent que l'évolution démographique influera sensiblement sur la croissance des dépenses de santé. Le vieillissement de la population déploiera ses effets les plus considérables sur les soins de longue durée. Dans le secteur de la santé hors soins de longue durée, d'autres critères ont une importance non négligeable. Il s'agit des facteurs de coûts non démographiques comme l'effet Baumol et des facteurs d'influence qui se

manifestent indirectement par l'élasticité du revenu, tels que les progrès de la médecine ou le dysfonctionnement du marché dû à une asymétrie de l'information. En raison de leur fonction centrale (en matière de régulation, de financement et de prestation de services), les cantons devront supporter la plus grande part de l'augmentation des dépenses de santé. En outre, le vieillissement de la population aura des conséquences plus marquées sur les dépenses des administrations publiques que sur celles de l'AOS, étant donné que l'État consacre une plus large partie de ses dépenses aux soins de longue durée que l'AOS.

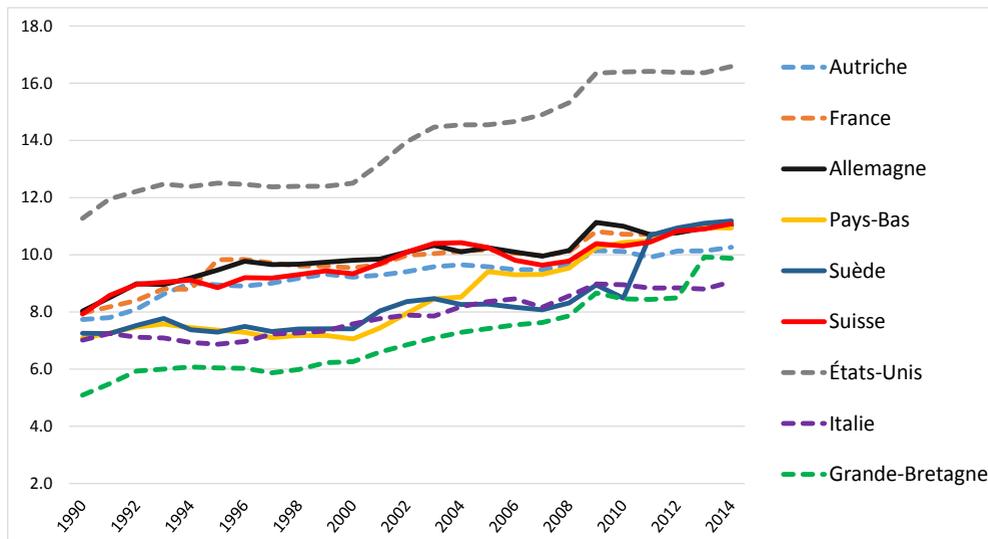
Les projections mettent en évidence deux éléments pour l'orientation de la politique sanitaire. D'un côté, il faudrait favoriser des mesures qui atténuent durablement la charge de morbidité pesant sur la population, en particulier dans le cas de maladies chroniques, et qui permettent dès lors de vieillir en bonne santé. Cet objectif pourrait être atteint au moyen d'une prévention adéquate, qui inclurait le renforcement des compétences individuelles en matière de santé et la promotion de modes de vie sains. De l'autre côté, les possibilités de gain réel devraient être mieux exploitées, ce qui impliquerait d'éviter tout traitement inutile, de tenir davantage compte du rapport entre les coûts et l'utilité lors de l'élaboration du catalogue de prestations de l'AOS (évaluation des technologies et des processus médicaux [health technology assessment]) et de s'assurer que la productivité croissante des prestations médicales se reflète de manière adéquate dans les prix et les tarifs. Si les nouveaux forfaits par cas liés au diagnostic contribuent à réduire les incitations à des traitements inopportuns et à renforcer la concurrence dans le domaine stationnaire, le système de facturation des prestations appliqué dans le domaine ambulatoire tend à encourager une offre excessive de soins, surtout de prestations techniques. Des mesures visant à renforcer les services d'aide et de soins à domicile et à permettre de mieux concilier vie professionnelle et soins aux proches malades contribueraient par ailleurs à réduire la durée des séjours dans les EMS. Enfin, les besoins en personnel médical et en personnel soignant augmenteront dans les vingt prochaines années. La gestion anticipative de ces besoins et l'amélioration des processus de travail sont donc plus nécessaires que jamais.

1 Introduction

La part des dépenses de santé en relation avec le PIB de la Suisse a plus que doublé depuis 1960, passant de 4,8 pour cent cette année-là à 11,1 pour cent en 2014. La société consacre donc à la santé une part durablement croissante de ses revenus. Cette tendance est observée non seulement en Suisse, mais également dans d'autres pays développés (voir graphique 1). Un examen portant sur les 25 dernières années montre que les dépenses de santé ont connu une

progression similaire entre 1990 et 2014 aussi bien en Allemagne et en France qu'en Suisse. Comparaison faite avec son PIB, la Suisse (11,1 %) a l'un des systèmes de santé les plus chers des pays de l'OCDE et se classe à cet égard au même niveau que la Suède (11,2 %), l'Allemagne (11,0 %) et les Pays-Bas (10,9 %). Seuls les États-Unis affectent à la santé une part sensiblement supérieure de leurs revenus (16,6 %).

Graphique 1: Comparaison internationale des dépenses de santé (en % du PIB)



Source: OCDE et OFS.

Une population vieillissante a davantage recours aux prestations de santé puisqu'elle a besoin de plus de soins. Outre ce phénomène, certaines particularités du système de santé jouent un rôle dans l'augmentation des dépenses en la matière. Des dysfonctionnements peuvent apparaître sur les marchés de la santé en particulier du fait que les caisses d'assurance-maladie sélectionnent les risques qu'elles entendent couvrir, que les incitations à la dépense augmentent en fonction de la couverture d'assurance (risque moral) et que les patients et les médecins ne disposent pas des mêmes informations (asymétrie de l'information)². Comme, dans ce dernier cas, le médecin en sait plus que le patient, on risque de se retrouver dans la situation où la demande est créée par le prestataire (supplier-induced demand) et où le traitement est excessif d'un point de vue médical.

Entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) définit plusieurs objectifs, dont la garantie de l'accès à des

soins de grande qualité (objectif de couverture des besoins en soins) et l'octroi d'une aide financière aux personnes ayant un revenu modeste (objectif de solidarité). En plus de ces objectifs de répartition, elle fixe un objectif de réduction des coûts. Les particularités du marché de la santé et les objectifs de répartition précités requièrent une réglementation stricte de l'État. Or il y a le risque que les objectifs de cette réglementation ne puissent pas être atteints en raison de l'influence que les puissants groupes d'intérêt exercent dans le secteur de la santé et que, partant, les dépenses de santé explosent. Les défaillances de marché peuvent donc entraîner l'échec de la politique sanitaire³. Par ailleurs, il est difficile d'élaborer des réformes ciblées du fait de la complexité du système de santé. Cette complexité se reflète par exemple dans le nombre élevé de décideurs et de contributeurs, nombre qui n'a cessé d'augmenter au fil des ans, et explique les difficultés liées à la maîtrise des coûts que ces acteurs génèrent ainsi qu'à une définition claire et nette des respon-

-
- 2 Concernant les défaillances du marché de la santé et ses conséquences macroéconomiques, voir par ex. Hsiao et Heller (2007). Glied et Smith (2013) présentent un aperçu des défis qui se posent au secteur de la santé.
 - 3 Rice (2003) examine en détail les éléments relatifs à la répartition ainsi que le dysfonctionnement du marché et l'échec de l'État dans le secteur de la santé.

sabilités. De plus, il ne faut pas oublier que le développement du bien-être matériel s'accompagne d'une hausse des exigences à l'égard du système de santé.

Le vieillissement constant de la population constitue un défi de taille pour les administrations publiques et l'AOS. Selon les scénarios de l'OFS concernant l'évolution démographique (A-00-2015), la part des personnes âgées de plus de 80 ans devrait doubler d'ici à la fin de la période de référence, passant de 5 pour cent à l'heure actuelle à 10 pour cent en 2045. En 2013, on comptait à peine 3 actifs occupés à plein temps pour 1 retraité (rapport de dépendance effectif des personnes âgées). Dans son scénario de référence, l'OFS suppose que ce rapport s'inscrira à 1,7 pour 1 en 2045.

Le secteur de la santé est donc un domaine de tâches qui posera des défis majeurs à la politique budgétaire dans un avenir proche. Il a par conséquent été pris en compte dans les calculs relatifs à l'équilibre durable des finances publiques en Suisse (DFF, 2016). Les présentes projections approfondissent ce thème et mettent en évidence la charge supplémentaire qui pèsera sur les administrations publiques et l'AOS en raison de

la pression qui s'exercera probablement sur les coûts de la santé. Elles visent par ailleurs à montrer par quel biais la politique sanitaire peut influencer sur l'évolution des dépenses.

Les projections se caractérisent par de grandes incertitudes liées à l'évolution des flux migratoires, au développement économique, à l'ampleur des effets sur les coûts et à la modélisation de facteurs non démographiques influençant le secteur de la santé. Ce dernier point concerne tout particulièrement les progrès de la médecine. Les présentes projections ne doivent pas être interprétées comme des prévisions. Elles constituent au contraire une extrapolation des tendances à long terme et montrent les conséquences de ces tendances sur les dépenses de santé. Loin d'indiquer précisément quel sera le montant de ces dépenses dans 30 ans, elles servent plutôt à décrire l'évolution générale et la sensibilité de ces dernières à différents facteurs de coûts. Des scénarios comportant plusieurs hypothèses sur l'effet des facteurs de coûts ont donc été établis. Les projections tablent sur le statu quo au niveau de la politique sanitaire (no policy change).

Malgré les coûts qu'il génère et qui font l'objet de la présente analyse, un système de santé qui fonctionne

bien est extrêmement utile pour la société, puisqu'il contribue au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est cette utilité qui permet au système de santé d'exercer une influence positive sur la croissance économique (Suhrcke et al., 2006). Ainsi, un bon état de santé favorise la création de capital humain et donc une hausse de la productivité. De plus, il concourt à une meilleure exploitation du potentiel de travail de la main-d'œuvre en réduisant, par exemple, les absences dues à la maladie. Une augmentation des coûts de la santé ne constitue pas en soi un inconvénient si elle s'accompagne d'une progression au moins équivalente du bien-être de la population.

Le chapitre 2 présente la méthode utilisée pour l'élaboration des projections, tandis que le chapitre 3 analyse les principaux facteurs de coûts et décrit les différents scénarios. Les chapitres 4 à 6 exposent les résultats des projections relatives au secteur de la santé en général, aux administrations publiques et à l'AOS. Ces résultats sont comparés au chapitre 7 à ceux des études précédentes ainsi qu'à ceux des travaux de l'OCDE et de l'Union européenne (UE). Le dernier chapitre présente les conclusions à tirer pour la politique sanitaire.

2 Méthode utilisée pour l'élaboration des projections

Fondée sur des hypothèses démographiques et économiques (point 2.1), la présente étude suit un modèle de cohorte et s'inspire largement de la méthode de l'UE (AWG, 2015) et de l'OCDE (point 2.2).

2.1 Hypothèses concernant l'évolution démographique et économique

Comme les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse (DFF, 2016), le présent document analyse l'évolution de la population sur la base du scénario de référence (A-00-2015) que l'OFS a établi pour la période de projection allant de 2015 à 2045 (voir tableau A1 en annexe). La période considérée étant suffisamment longue, il est possible d'examiner les coûts liés au vieillissement de la population, en particulier des babyboomers, qui partiront bientôt à la retraite. Le scénario de référence indique que la population suisse passera de quelque 8,3 millions d'habitants à l'heure actuelle à environ 10,2 millions en 2045 en raison du solde migratoire positif. Ce solde diminue sur toute la période (80 000 personnes au début, puis 60 000 d'ici à 2030) pour avoisiner les 30 000 personnes à partir de 2040. La moyenne d'âge de la population continue néanmoins de s'élever à cause d'un taux de natalité

qui reste relativement faible (environ 1,5 enfant par femme) et d'une espérance de vie croissante. Au final, le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le nombre de personnes de plus de 65 ans par rapport au nombre de personnes ayant l'âge d'exercer une activité lucrative, augmente et passe d'à peine 29 pour cent aujourd'hui à 48 pour cent en 2045. Pour tenir compte de la sensibilité des projections face à l'évolution incertaine des flux migratoires, l'OFS a également élaboré un scénario démographique tablant sur un solde plus élevé dans ce domaine (A-06-2015).

Les projections relatives aux dépenses impliquent par ailleurs de retenir des hypothèses concernant l'évolution économique (voir tableau A1 en annexe). Ces hypothèses correspondent à celles qui sous-tendent les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse (voir DFF, 2016, chap. 2). Pour déterminer l'évolution économique pendant la période allant de 2016 à 2019, on utilise les mêmes indicateurs macroéconomiques que pour le plan financier de la Confédération portant sur les années 2017 à 2019 de la législature. À partir de 2020, le taux de croissance du PIB est exprimé en tant que produit des gains de productivité supposés de l'économie nationale

(1,2 % par an) et de l'évolution de la population active en équivalents plein temps (EPT) estimée dans les scénarios démographiques correspondants. Étant donné qu'elles ne tiennent pas compte des fluctuations conjoncturelles, les projections relatives au PIB expriment une tendance. Pour la période allant de 2013 à 2019, la valeur tendancielle du PIB est estimée à l'aide du facteur conjoncturel, également appelé «facteur k», utilisé dans le cadre du frein à l'endettement.

2.2 Méthode

Étant donné que divers facteurs de coûts existent dans les différents domaines du système de santé ou que les mêmes facteurs ont des effets divergents, les dépenses de santé sont réparties pour les besoins des projections entre le secteur de la santé hors SLD et ces soins. La part restante concerne les soins de longue durée destinés aux personnes n'ayant pas atteint l'âge de 65 ans. Sur la base de la répartition précitée, on établit d'abord les projections relatives au secteur de la santé en général. Ensuite, on réévalue la part des dépenses de santé supportée par

les administrations publiques et l'AOS en fonction de ces projections⁴.

Les chiffres relatifs aux dépenses de santé proviennent de la statistique de l'OFS «Coûts du système de santé selon les prestations». Au moment de l'élaboration des présentes projections, les données les plus récentes dataient de 2013. C'est pourquoi cette année sert ici de référence. Le graphique montrant l'évolution des dépenses par habitant et par catégorie d'âge pour une année donnée est appelé profil de dépenses. Le graphique 2 présente par exemple le profil des dépenses liées aux traitements ambulatoires reçus par des femmes dans le secteur de la santé hors soins de longue durée au cours de l'année de référence et en 2045. Ce profil se base sur le scénario dit *healthy ageing*. Pour réévaluer les dépenses relevant du secteur de la santé hors soins de longue durée et des SLD, on opère une distinction supplémentaire en fonction du sexe et des traitements ambulatoires ou stationnaires (voir annexe). La distinction basée sur le traitement est nécessaire pour les projections relatives aux dépenses

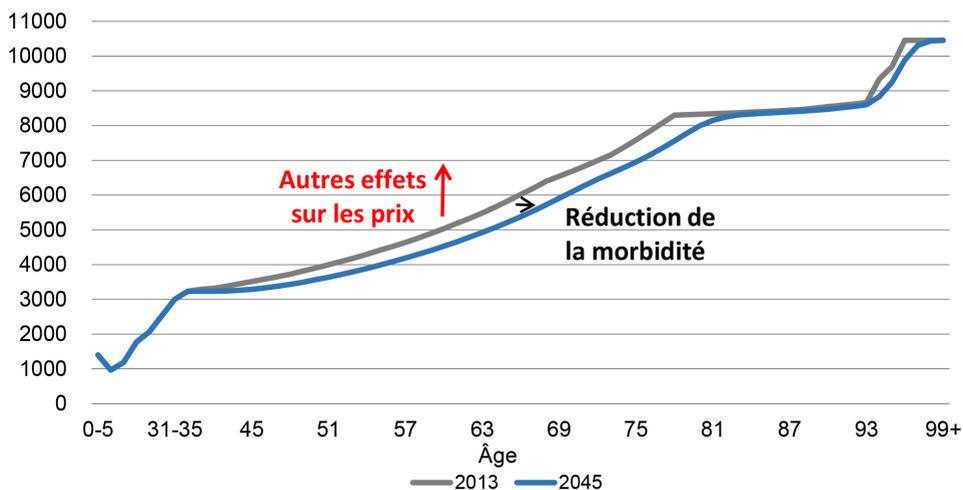
4 Une description détaillée de la méthode utilisée pour les projections figure dans Colombier (2012).

publiques de santé. En multipliant les dépenses que chaque membre d'une cohorte d'âge représentée dans les profils de dépenses génère durant l'année de référence par l'évolution démographique que l'OFS prévoit dans les cohortes d'âge respectives, on arrive à déterminer l'effet que la modification de la structure des âges et de la taille de la population produit sur les dépenses de santé. Les dépenses par habitant peuvent presque être considérées comme le prix correspondant à un niveau donné de couverture des besoins de la population en prestations de santé. Elles peuvent être ventilées entre le prix des prestations par patient et

l'étendue des prestations (par ex. thérapies, médicaments) par habitant⁵. Cette méthode suppose que l'évolution démographique n'influe ni sur les coûts ni sur l'étendue des prestations par habitant. Par conséquent, l'effet de l'évolution démographique sur les coûts reflète la manière dont une modification de la structure des âges de la population et du nombre d'habitants en Suisse affecte la demande totale de prestations de santé. Par souci de simplicité, on admet que les dépenses relatives aux soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans croissent au même rythme que le PIB.

5 Les dépenses par membre des différentes cohortes d'âge peuvent être analysées selon un effet de prix et de quantité par patient traité, d'une part, et selon la probabilité d'être malade, d'autre part: dépenses par prestation («prix») x utilisation par patient x nombre de patients parmi les membres d'une cohorte d'âge, le produit de l'utilisation par patient et du nombre de patients parmi les membres d'une cohorte d'âge indiquant l'étendue des prestations par membre d'une cohorte d'âge.

Graphique 2: Profil des dépenses (en CHF) liées aux traitements ambulatoires reçus par des femmes dans le secteur de la santé, hors soins de longue durée, au cours de l'année de référence (selon le scénario dit healthy ageing)



Les projections se fondent sur des profils de dépenses qui sont subdivisés en fonction de l'âge et du sexe des personnes ainsi que des prestations ambulatoires ou stationnaires. L'OFS établit ces profils sur la base de cohortes d'âge quinquennales. Selon certaines théories épidémiologiques, la hausse de l'espérance de vie sur laquelle reposent les scénarios démographiques est étroitement liée à l'évolution de l'état de santé de la population ou à celle des besoins en soins de cette dernière (morbidité). Il faut cependant considérer les dépenses de santé sur la base d'une

année afin d'intégrer de manière adéquate les variations de la morbidité dans les projections. De plus, pour analyser les effets de la morbidité, il faudrait connaître l'influence de l'année de naissance sur la probabilité de tomber malade ou d'avoir besoin de soins. Or il n'existe que des informations incomplètes sur la fréquence des maladies, de sorte que la variation de la morbidité est évaluée d'après la fluctuation des dépenses par habitant. Contrairement à la présente étude, l'UE et l'OCDE appliquent des ratios de dépendance en matière de soins

pour calculer les dépenses relatives aux SLD.

Si l'état de santé de la population s'améliore pendant la période considérée pour les projections, les dépenses par membre d'une cohorte d'âge diminuent, et le profil de dépenses se déplace vers la droite (voir graphique 2). On suppose dans ce cas que la probabilité de tomber malade ou d'avoir besoin de soins recule. Cela signifie également qu'une modification de la morbidité n'influe ni sur les dépenses relatives à une prestation médicale ou à des soins ni sur le recours aux soins par les patients. Toutefois, comme la probabilité de tomber malade ou d'avoir besoin de soins diminue, l'étendue des prestations par membre d'une cohorte d'âge baisse. La pression que des facteurs non démographiques tels les progrès de

la médecine exercent sur les coûts se traduit par une hausse des dépenses par membre d'une cohorte d'âge. Partant du principe qu'un effet similaire affecte toutes les cohortes d'âge, le profil de dépenses se déplace vers le haut⁶. Cette augmentation des dépenses découle soit de dépenses croissantes par prestation, soit d'un recours accru aux soins par patient, soit de ces deux facteurs et fait progresser le prix des prestations de santé proposées à la population. Les changements concernant la qualité des prestations ne sont pas pris en compte⁷.

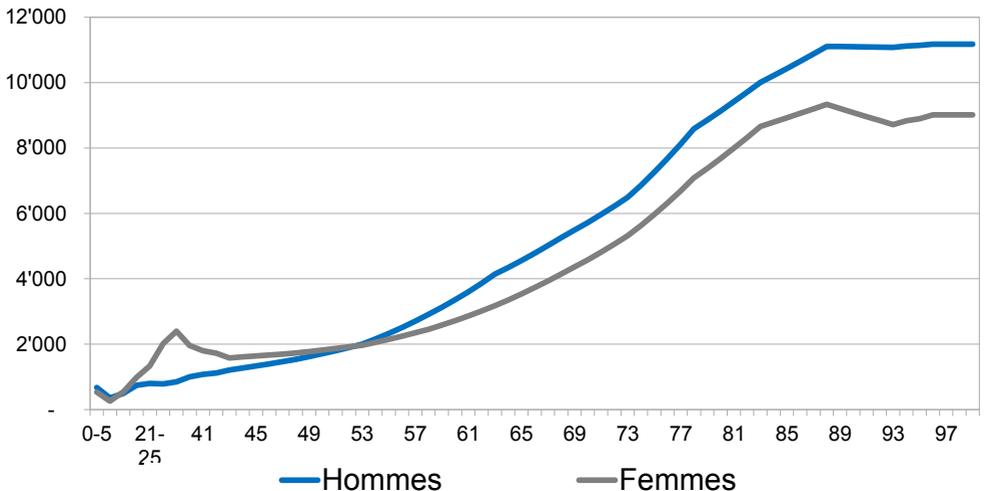
Dans le secteur de la santé hors soins de longue durée, les profils de dépenses ne sont établis par année qu'à partir de la 41^e année de vie d'une personne. Cette méthode se justifie par le fait que les dépenses effectuées par personne durant

- 6 Des indices laissent penser que la courbe représentant le profil de dépenses se redressera au fil du temps et que les cohortes d'âge seront ainsi affectées plus ou moins fortement par la pression des facteurs de coûts non démographiques tels que les progrès de la médecine (voir par ex. Gregersen, 2014). Dès lors, la recherche pourrait par exemple s'orienter davantage vers le développement de nouveaux médicaments destinés en particulier aux cohortes d'âge les plus élevées, étant donné que les personnes âgées souffrent plus de maladies graves (par ex. cancer ou maladies cardiovasculaires) que la population moyenne.
- 7 Lorsque le prix augmente en raison des progrès de la médecine, on ignore dans quelle mesure ces améliorations qualitatives font croître le degré de couverture des besoins. Celles-ci ne devraient pas être considérées comme un facteur influençant les prix afin qu'il soit possible de calculer la hausse réelle de ces derniers. Ce calcul est déjà très difficile à réaliser en ce qui concerne l'évolution antérieure des dépenses de santé et dépasse clairement la méthode retenue pour la présente analyse.

l'année de référence sont assez basses jusqu'à l'âge de 40 ans, que leur progression est relativement faible jusque-là et que la morbidité constitue surtout un problème lié à l'âge. Pour la réalisation d'un profil de dépenses annuel, on part du principe que les dépenses moyennes d'une cohorte d'âge correspondent aux dépenses des personnes nées au milieu de la période considérée dans la cohorte. En outre, on suppose que les dépenses demeurent constantes pour les personnes de 96 ans et

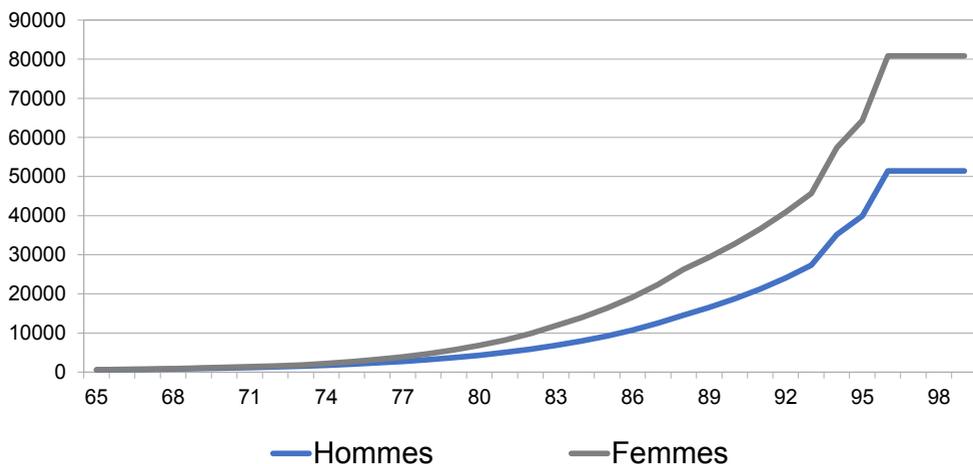
plus⁸. Étant donné que l'espérance de vie diffère sensiblement en fonction de l'année de naissance et du sexe des personnes, les effets de la morbidité ne sont pas déterminés d'après l'évolution de l'espérance de vie moyenne de la population totale, mais reposent sur la modification de l'espérance de vie par âge et par sexe. Ainsi, le profil présenté au graphique 3a correspond aux dépenses individuelles consacrées durant l'année de référence aux traitements stationnaires dans les

Graphique 3a: Profil des dépenses (en CHF) consacrées aux traitements stationnaires dans les hôpitaux durant l'année de référence

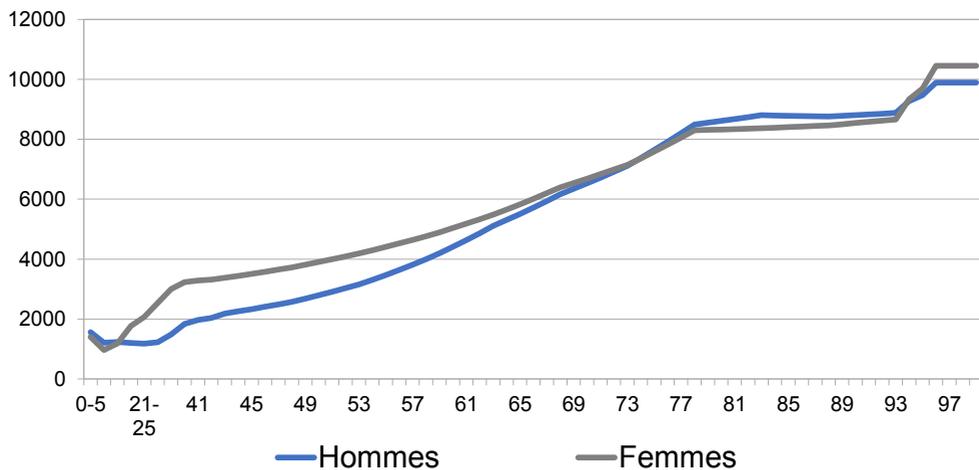


8 La cohorte d'âge «96 ans et plus» est la dernière cohorte considérée dans la statistique de l'OFS «Coûts de la santé par âge et par sexe», sur laquelle se fonde la présente analyse.

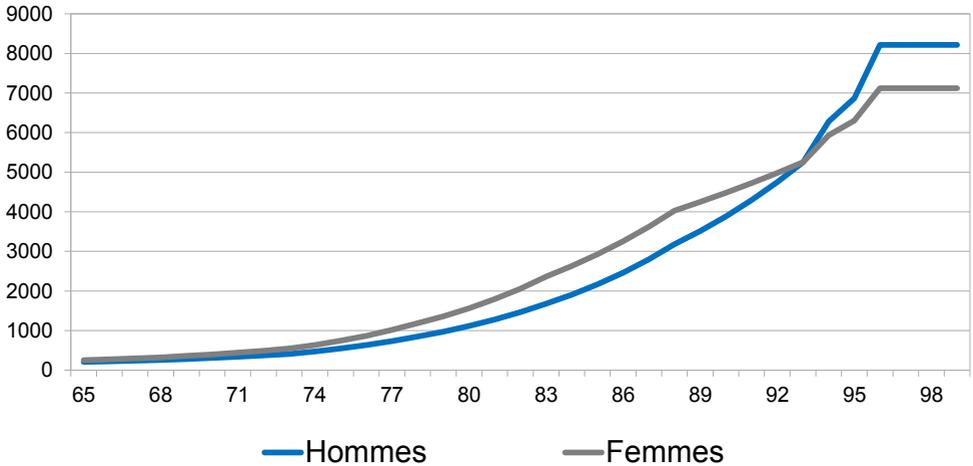
Graphique 3b: Profil des dépenses (en CHF) consacrées aux traitements stationnaires dans les EMS durant l'année de référence



Graphique 3c: Profil des dépenses (en CHF) consacrées aux traitements ambulatoires dans le secteur de la santé, hors soins de longue durée, durant l'année de référence



Graphique 3d: Profil des dépenses (en CHF) consacrées aux traitements ambulatoires dans le domaine des SLD durant l'année de référence



hôpitaux. Les graphiques 3b à 3d reproduisent les profils de dépenses liées aux prestations des EMS, aux traitements ambulatoires dans le secteur de la santé hors soins de longue durée et aux SLD.

En général, on présente les dépenses de santé en relation du PIB, qui est un indicateur du revenu national. Cette méthode permet ainsi d'indiquer la part du revenu qu'une société consacre à la santé. Cela révèle également dans quelle mesure une hausse des dépenses de santé constitue une charge supplémentaire pour l'ensemble de la société et pour les différents contributeurs tels que les administrations publiques et

l'AOS. De plus, en exprimant les dépenses de santé comme un pourcentage du PIB, on exclut l'effet que la croissance démographique exerce sur ces dépenses. Un exemple tout simple permet d'expliquer ce phénomène. Dans l'hypothèse où toutes les cohortes d'âge croissent selon le même pourcentage, la structure de la population ne change pas. La part que les actifs représentent dans la population totale demeure constante. Par conséquent, la progression du PIB induite par l'augmentation de la population active est presque égale à celle des dépenses de santé. La taille de la population n'a donc aucune incidence sur le rapport entre ces dépenses et le PIB.

3 Facteurs de coûts et scénarios

3.1 Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé

La littérature spécialisée considère que les principaux déterminants des dépenses de santé dans les pays développés sont le vieillissement, l'état de santé de la population (morbidité), la proximité de la mort (mortalité), l'évolution du revenu, les progrès de la médecine, l'effet Baumol ainsi que les conditions institutionnelles et politiques prévalant dans le secteur de la santé, telles que la couverture d'assurance de la population ou les systèmes de rémunération des prestataires de services. Or la relation entre ces déterminants et les dépenses de santé est souvent floue⁹.

Vieillesse et état de santé

Outre les conséquences directes de l'évolution démographique sur les dépenses de santé, les présentes projections montrent comment la modification de l'état de santé (morbidité) d'une population vieillissante peut influencer sur ces dépenses. À cet égard, la question se pose de savoir de quelle façon la morbidité

évolue alors que l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Plusieurs théories concurrentes ont été formulées à ce sujet. Dans l'hypothèse d'une simple extension de la morbidité (pure ageing), les années de vie supplémentaires acquises s'accompagnent d'une dégradation de l'état de santé (Gruenberg, 1977). La théorie fondée sur une légère compression de la morbidité (healthy ageing) suppose le statu quo concernant le nombre d'années de vie occupées par la maladie ou la nécessité de recourir à des soins. En revanche, les années de vie supplémentaires peuvent être passées dans un bon état de santé (Manton, 1982). Fries (1980; 1989) défend quant à lui la thèse selon laquelle la morbidité recule en valeurs absolues au fur et à mesure que l'espérance de vie augmente. L'amélioration de la technologie et de la prévention permet même de diminuer le nombre d'années de vie occupées par la maladie ou la nécessité de recourir à des soins. La durée de vie en bonne santé est plus élevée que l'espérance de vie. Comme il n'existe aucune connaissance empirique indiscutable sur l'interaction entre l'accroissement de l'espérance de vie et l'évolution

9 Pour obtenir un aperçu, voir Martin et al. (2011), De la Maisonneuve et Oliveira Martins (2014) ainsi que Gerdtham et Jönsson (2000).

de la morbidité, on a élaboré plusieurs scénarios incluant diverses hypothèses sur cette évolution.

Évolution du revenu, progrès de la médecine et effet Baumol

Outre les conséquences de l'évolution démographique, les projections visent à montrer l'effet des principaux facteurs de coûts non démographiques. Le premier facteur non démographique considéré est la corrélation, observable empiriquement, entre l'évolution du revenu national et la croissance des dépenses de santé. Par le passé, celles-ci ont progressé plus rapidement que le revenu national. Les causes de cette évolution sont à rechercher aussi bien du côté de l'offre (par ex. progrès de la médecine) que de la demande (par ex. exigences de la population). Étant donné qu'il est

très difficile de quantifier empiriquement les progrès de la médecine, les présentes projections reposent sur l'hypothèse selon laquelle l'effet de ces progrès sur les coûts de la santé peut être déduit indirectement de l'évolution du revenu national. Smith et al. (2009) considèrent par exemple que les progrès de la médecine et le revenu national sont étroitement liés. Ils supposent ainsi que la demande d'innovations médicales s'accroît à mesure qu'une société devient plus prospère (demand pull). En parallèle, cette prospérité croissante étend les possibilités de vendre des prestations de santé, ce qui incite à investir davantage dans la recherche et le développement (supply push). L'encadré qui suit donne un bref aperçu de la corrélation entre l'évolution du revenu et les dépenses de santé.

Élasticité des dépenses de santé par rapport aux revenus

Il est primordial de déterminer si la demande de prestations de santé (et donc les dépenses correspondantes) croît plus que le revenu et si ces prestations représentent dès lors un produit de luxe. Au niveau individuel, le degré d'élasticité du revenu dépend fortement de la couverture d'assurance. Plus celle-ci est importante, moins la demande de prestations de santé est sensible aux variations du revenu. En présence d'une couverture d'assurance, une réduction du revenu affectera par conséquent d'abord le groupe d'assureurs. De nombreux pays développés ayant instauré une obligation de s'assurer, une forte corrélation positive ne peut être déterminée de manière empirique que sur un plan macroéconomique. Contrairement au revenu national, le revenu individuel ne reflète en outre les progrès de la médecine que de manière incomplète.

Il n'y a aucun consensus clair sur une estimation précise de l'élasticité du revenu au niveau agrégé (voir Gerdtham et Jönsson, 2000). Des études plus récentes s'appuient souvent sur des bases de données plus détaillées et utilisent des méthodes empiriques raffinées pour résoudre des problèmes tels que l'endogénéité ou le biais dû à l'omission de déterminants importants. La plupart suggèrent une élasticité du revenu légèrement inférieure à 1 (voir Baltagi et Moscone [2010], Hartwig et Sturm [2014], De la Maisonneuve et Oliveira Martins [2014] pour les analyses empiriques de l'OCDE fondées sur des données de panels; Medeiros et Schwierz [2013] pour l'UE; Moscone et Tosetti [2010] ou Acemoglu et al. [2013] pour les analyses empiriques des États-Unis fondées sur des données de panels; Costa-Font et al. [2011] pour une analyse de méta-régression).

Colombier (2016) fait une analyse chronologique des dépenses totales de santé en Suisse et montre qu'il existe toujours une corrélation positive partielle entre ces dépenses et le revenu national, dont l'élasticité avoisine 1. Sur la base de données de panel cantonales portant sur les années 1970 à 2012, Braendle et Colombier (2016) ont relevé une forte corrélation partielle entre le revenu et les dépenses des cantons en matière de santé, l'élasticité du revenu étant estimée à un peu moins de 1. Leurs observations correspondent aux résultats des travaux de recherche les plus récents. En examinant les déterminants des dépenses effectuées par certains cantons et communes

entre 1994 et 1999 dans le secteur de la santé, Vatter et Ruefli (2003) ont constaté une corrélation positive partielle entre le revenu cantonal et les dépenses publiques de santé. Pour ce qui est des dépenses de l'AOS, les auteurs ont identifié une corrélation positive partielle, mais celle-ci n'est pas notable. Crivelli et al. (2006) ainsi que Reich et al. (2012) se sont penchés sur le total obtenu après addition des dépenses de santé des cantons et des dépenses de l'AOS à l'échelle cantonale. Basées sur une période nettement plus courte (respectivement de 1996 à 2002 et de 1997 à 2007 en raison de l'intégration des données de l'AOS), ces études n'ont démontré aucune corrélation positive entre le revenu cantonal et les dépenses de santé.

Le second facteur concerne l'évolution de la productivité dans le domaine de la santé. Cette productivité est difficile à mesurer empiriquement et peut varier d'un domaine à l'autre. Ainsi, les gains de productivité sont plus faibles dans le secteur des soins de longue durée que dans celui des soins hospitaliers, étant donné que le premier secteur se caractérise par un recours accru à la main-d'œuvre et que le second fait intervenir beaucoup de capital et de technologie. Une croissance de la productivité inférieure à celle de l'économie nationale génère des pressions sur les coûts dès le moment où les salaires

liés aux professions de la santé augmentent durablement au même rythme que ceux des autres secteurs économiques. Une demande de prestations relativement peu élastique entraîne une hausse des prix plus forte dans le domaine de la santé que dans le reste de l'économie. Une demande de prestations relativement peu élastique entraîne une hausse des prix plus sensible dans le domaine de la santé que dans le reste de l'économie. Appelé effet Baumol (Baumol, 1967), ce phénomène a une importance considérable, principalement pour les soins de longue durée¹⁰.

10 Des estimations empiriques concernant la Suisse laissent penser que ce phénomène n'est que partiellement observable dans le domaine de la santé (voir Colombier, 2016). Les analyses empiriques de l'OCDE fondées sur des données de panels (Hartwig et Sturm [2014]; Colombier [2017], Hartwig [2008]) et celles des États américains (Bates et Santerre, 2013) soulignent l'importance de l'effet Baumol dans la progression des dépenses de santé.

Déterminants et tendances non pris en compte

La littérature consacrée à l'économie de la santé prend très au sérieux la théorie selon laquelle l'augmentation des coûts de la santé n'est pas due au vieillissement de la population, mais repose sur la proximité de la mort (thèse du red herring)¹¹. Selon cette théorie, les dépenses individuelles engendrées par les personnes en fin de vie (cas de décès) sont sensiblement plus élevées que celles des personnes ayant encore de nombreuses années devant elles (survivants). Cette théorie soutient que l'effet du vieillissement est surestimé dans les projections n'opérant aucune distinction entre les cas de décès et les survivants¹². Toutefois, les analyses empiriques visant à confirmer cette hypothèse négligent aussi bien la dimension temporelle que la dimension macroéconomique, de sorte que leurs conclusions sont biaisées. Breyer et al. (2015) montrent que les études fondées sur la thèse du leurre omettent les effets d'une augmentation constante de l'espérance de vie sur

les dépenses de santé. Ils soulignent par exemple que cette augmentation justifie des interventions chirurgicales telles qu'une opération de la hanche même pour des personnes présentant un âge avancé. En analysant des données de l'assurance-maladie obligatoire en Allemagne, Breyer et al. (2015) ont pu montrer que le vieillissement de la population, qu'ils nomment l'effet Eubie Blake, faisait croître les dépenses. En examinant les données suisses, Colombier et Weber (2011) ont mis par ailleurs en évidence que les dépenses par personne décédant à un âge avancé (à partir de 90 ans environ) étaient inférieures aux dépenses par survivant. On ignore a priori si les coûts liés aux cas de décès font baisser ou croître les dépenses totales. Il ressort des scénarios de l'OFS concernant l'évolution démographique que le nombre de personnes très âgées ne cesse d'augmenter à mesure que l'espérance de vie progresse. Par conséquent, l'effet du vieillissement n'est guère plus faible si l'on distingue entre les cas de décès et les survivants, comme on l'a fait dans une édition précédente des projec-

11 Transposée dans le domaine de la santé, l'expression anglaise red herring, qui signifie « leurre », indique qu'une politique sanitaire basée sur l'effet du vieillissement fait fausse route. Voir par exemple Zweifel et al. (1999).

12 Voir Stearns et Norton (2004), Polder et al. (2006) ou Breyer et Felder (2006).

tions relatives aux dépenses de santé (voir Colombier et Weber, 2011), que si l'on n'opère pas cette distinction. Van Baal et Wong (2012) obtiennent un résultat similaire pour les Pays-Bas et montrent que les projections ne sont pas particulièrement sensibles à la prise en compte des coûts liés aux cas de décès¹³. En raison de la charge supplémentaire induite par le traitement des données et la modélisation, les présentes projections ne tiennent donc pas compte de ces coûts.

L'évolution des dépenses de santé tient également au cadre politique et institutionnel. Les nombreuses différences qui existent sur le plan institutionnel font d'ailleurs l'objet de la littérature comparative consacrée à ces dépenses. On peut citer à titre d'exemple l'incidence des divers régimes d'assurance et de financement, les systèmes de rémunération qui varient d'un prestataire à l'autre ou le rôle des modèles d'assurance fondés sur le recours au médecin de famille. Il est cependant souvent impossible de tirer des conclusions (empiriques) claires quant à l'effet de ces différences sur les coûts. Les présentes projections ne présentent pas de scénario en la matière et

s'appuient sur les conditions-cadres en vigueur dans le secteur de la santé.

De même, le présent document de travail ne tient pas compte de certaines évolutions comme le fait que le volume de soins prodigués aux personnes âgées par la famille ne cesse de reculer en raison de l'activité croissante des femmes et que, par conséquent, une charge toujours plus grande pèse sur les institutions (EMS et services d'aide et de soins à domicile) ou que les innovations médicales (par ex. opérations micro-invasives) entraînent un transfert des charges vers le secteur ambulatoire. L'incertitude entourant l'ampleur et la durée de ces évolutions est très élevée. Dans son scénario de référence (A-00-2015), l'OFS part donc du principe que le taux d'activité des femmes (mesuré en EPT) n'augmentera plus guère entre 2015 et 2045, passant de 40 à 42 pour cent (voir OFS, 2015a, tableau TA13). Dans ce contexte, il est impossible d'affirmer clairement que la charge découlant des soins destinés aux personnes âgées sera transférée durablement de la famille aux institutions.

13 Felder (2013) présente le débat actuel à ce propos.

3.2 Scénarios

En ce qui concerne les facteurs de coûts susmentionnés, les projections relatives aux dépenses de santé hors soins de longue durée s'appuient sur les hypothèses suivantes:

- *Le scénario de référence* suppose que la population vivra la moitié des années supplémentaires en bonne santé et l'autre moitié en mauvaise santé. Du fait des conséquences qu'elle a tant sur l'offre que sur la demande, l'augmentation du revenu national a en outre une incidence supérieure à la moyenne sur le surcroît des dépenses de santé. Le scénario de référence table sur une élasticité du revenu de 1,1. Il ne tient pas compte de l'effet Baumol et prévoit une évolution démographique semblable à celle qui est envisagée dans le scénario A-00-2015 de l'OFS.
- *Le scénario pure ageing* part de l'idée que la population vivra les années supplémentaires en mauvaise santé (expansion de la morbidité).
- Selon le *scénario healthy ageing*, la population est en bonne santé durant les années de vie qu'elle gagne (diminution relative de la morbidité).
- Contrairement au scénario de référence, le *scénario fondé sur un solde migratoire positif* s'inspire du scénario A-06-2015, dans lequel l'OFS suppose une immigration nette plus élevée. En raison de l'accroissement de la population active, la dynamique économique augmente par rapport au scénario de référence.
- À la différence du scénario de référence, le *scénario fondé sur l'effet Baumol* postule que celui-ci déploie pleinement ses effets. Il suppose que les gains de productivité se dessineront plus lentement dans le secteur de la santé hors soins de longue durée (-40 % environ) que dans l'économie nationale.
- Le *scénario fondé sur un effet Baumol plus large* table sur le fait que les gains de productivité seront encore plus faibles (-60 %) que dans le scénario précédent¹⁴.

¹⁴ Selon une analyse empirique réalisée pour la Suisse, ce taux de 60 pour cent constitue la valeur maximale de l'effet Baumol (voir Colombier, 2016).

Dans les SLD, les gains de productivité ne s'établissent qu'à 25 pour cent de la moyenne nationale. L'effet Baumol n'équivaut donc qu'à un taux de 75 pour cent. Celui-ci correspond à la part des coûts de personnel dans les EMS (voir Crédit Suisse, 2015, p. 27).

- Le *scénario postulant une pression sur les coûts* suppose une très nette hausse des dépenses due à des déterminants non démographiques tels que les progrès de la médecine, les exigences croissantes de la population en termes de prestations de santé ou la densification des cabinets médicaux due aux incitations en faveur d'une augmentation des dépenses de santé. Ainsi, le surcroît de dépenses est proportionnel à la croissance du revenu. À l'instar du scénario correspondant de la Commission européenne, le *scénario postulant une pression sur les coûts* que l'élasticité du revenu est de 1,4 (voir AWG, 2015, p. 126).

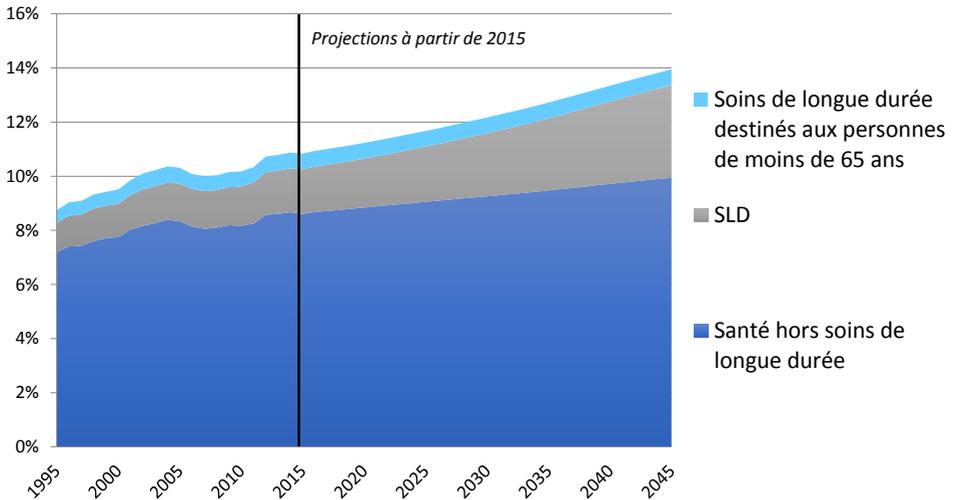
Les scénarios relatifs aux SLD reposent sur les mêmes hypothèses en termes de démographie et de morbidité, c'est-à-dire de besoin de soins, que les scénarios n'incluant pas ce secteur de soins. Hormis le scénario fondé sur un effet Baumol plus large, tous les scénarios relatifs aux SLD supposent qu'aucun gain de productivité n'est réalisable et donc que l'effet Baumol est maximal. En outre, le revenu n'a aucune incidence sur les SLD, car les besoins en soins ne participent pas d'un choix et ne dépendent pas du revenu. Par conséquent, aucun scénario postulant une pression sur les coûts n'est établi pour les SLD.

4. Dépenses totales en matière de santé

Les projections relatives aux dépenses de santé montrent que la tendance observée dans le passé se poursuit. Le scénario de référence indique que les dépenses augmentent de 10,8 pour cent du PIB en 2013 à 14,0 pour cent du PIB en 2045 (voir graphique 4). Pour la période allant de 1995 à 2013, on a constaté que les dépenses de santé ont passé de 8,7 pour cent à 10,8 pour cent du PIB, après correction des effets de la conjoncture. Deux phases se distinguent dans la période considérée. Entre 1995 et 2004, le secteur de la santé se développe fortement. Les dépenses augmentent de 1,7 pour cent du PIB. Ensuite, la part que les dépenses en matière de santé représentent dans le PIB diminue et ne dépasse de nouveau qu'en 2012 le niveau de l'année 2004. Cette évolution s'explique principalement par le fait

que la croissance économique nominale entre 2005 et 2013 s'élevait en moyenne à 3,0 pour cent par an, un taux nettement supérieur aux 2,2 pour cent de la période allant de 1995 à 2004. Parallèlement, la hausse annuelle moyenne des dépenses de santé s'est légèrement atténuée, passant de 4,0 pour cent à 3,5 pour cent. Ce léger fléchissement provient du fait que la dynamique des dépenses liées aux prestations de santé ambulatoires et stationnaires (hors soins de longue durée) s'est nettement ralentie, tombant de 4,1 à 3,4 pour cent. La croissance annuelle des dépenses en matière de soins s'est toutefois maintenue à environ 4,7 pour cent. Ainsi, la part que les dépenses liées aux soins de longue durée représentent dans les dépenses totales de santé est passée de 13 pour cent à 15 pour cent entre 2005 et 2013, tandis qu'elle n'a augmenté que d'un point de pourcentage entre 1995 et 2004.

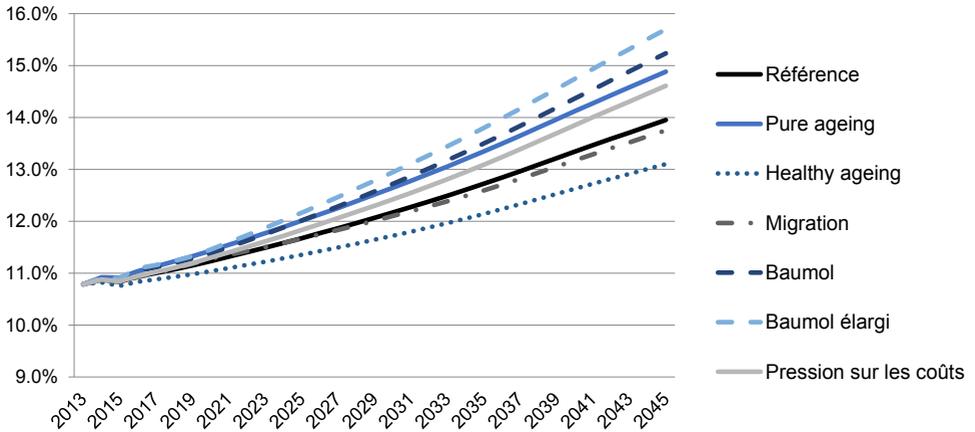
Graphique 4: Dépenses de santé (en % du PIB) ventilées par domaine, de 1995 à 2013, selon le scénario de référence



Selon le scénario de référence, les dépenses continuent à croître nettement plus dans le domaine des SLD que dans le secteur de la santé n'incluant pas ces soins. Mesurées en pourcentage du PIB, les dépenses pour les SLD font plus que doubler, passant ainsi de 1,6 pour cent à 3,4 pour cent, tandis que les dépenses liées au secteur de la santé en général augmentent de 8,6 à 9,9 pour cent. D'une part, l'évolution démographique (vieillessement

affectant l'état de santé) touche les SLD beaucoup plus durement (72 % de la hausse des dépenses) que les autres domaines de la santé (à peine 60 % de la hausse des dépenses). D'autre part, les dépenses liées aux soins de longue durée progressent de 2,2 pour cent par an sous l'effet Baumol, alors que les dépenses de santé croissent à peine de 1,9 pour cent par an en raison de l'augmentation du PIB par habitant.

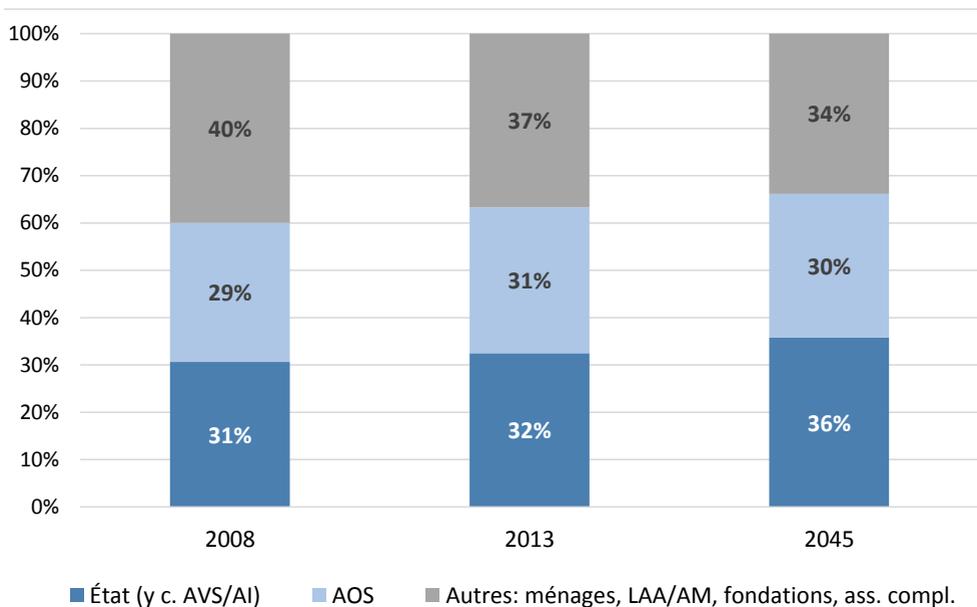
Graphique 5: Évolution des dépenses totales de santé (en % du PIB), de 2013 à 2045, selon les divers scénarios envisagés



Plusieurs scénarios ont été élaborés en raison des incertitudes entourant l'évolution des dépenses de santé (voir graphique 5). Dans le plus optimiste (healthy ageing), l'amélioration de l'état de santé de la population contribue à ce que ces dépenses n'atteignent que 13,1 pour cent du PIB d'ici à 2045, contre

14,0 pour cent du PIB dans le scénario de référence. Dans le scénario le plus pessimiste (effet Baumol plus large), les dépenses augmentent jusqu'à 15,7 pour cent du PIB à cause notamment de l'effet Baumol qui augmente dans le secteur le plus important, celui de la santé hors soins de longue durée.

Graphique 6: Répartition des dépenses (en %) par contributeur, de 2008 à 2013, selon le scénario de référence



Présentant la façon dont les dépenses de santé sont réparties entre les différents contributeurs, le graphique 6 révèle que la part des dépenses assumées par l'AOS et par l'État a passé de 60 à 63 pour cent entre 2008 et 2013¹⁵. Cette évolution tient notamment aux réformes qui ont été faites en 2011 et en 2012 dans la politique sanitaire, le finance-

ment des soins et le financement des prestations stationnaires (SwissDRG). Selon les projections, les dépenses de santé de l'État augmenteront beaucoup plus que celles de l'AOS jusqu'en 2045. Cette hypothèse repose principalement sur le fait que la part des dépenses liées aux SLD était, durant l'année de référence, sensiblement plus élevée pour l'État

¹⁵ Basé sur le scénario de référence, le tableau A2 figurant en annexe montre en détail comment les dépenses devraient évoluer dans chaque domaine de la santé et pour chaque contributeur.

(23 %) que pour l'AOS (9 %) et l'ensemble du système de santé (15 %).

4.1. Secteur de la santé hors soins de longue durée

Le secteur de la santé hors soins de longue durée englobe les dépenses liées aux traitements stationnaires (dans les hôpitaux et les cliniques psychiatriques), aux traitements ambulatoires (dans les cabinets médicaux et les hôpitaux ainsi que dans les cabinets de physiothérapie ou de psychothérapie), aux médicaments, aux appareils thérapeutiques, aux soins dentaires, à la gestion, à la prévention et à d'autres prestations (par ex. prestations de laboratoire, transport et sauvetage). Représentant quelque 18 pour cent des dépenses de ce domaine durant l'année de référence, les dépenses relatives à la gestion, à la prévention

et à d'autres prestations sont extrapolées en fonction du PIB, car elles ne sont pas exposées aux mêmes facteurs de coûts que les autres domaines de la santé. À des fins de simplification, on analyse de la même manière les dépenses concernant les soins dentaires, qui représentent une part négligeable dans les dépenses des administrations publiques et de l'AOS, et les dépenses découlant des soins dans les établissements pour handicapés et autres établissements¹⁶.

Selon le scénario de référence, les dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée passent de 8,6 pour cent du PIB en 2013 à 9,9 pour cent du PIB en 2045 (voir graphique 7). Les dépenses liées aux traitements stationnaires dans les hôpitaux et aux traitements ambulatoires augmentent plus ou moins fortement en raison de profils de

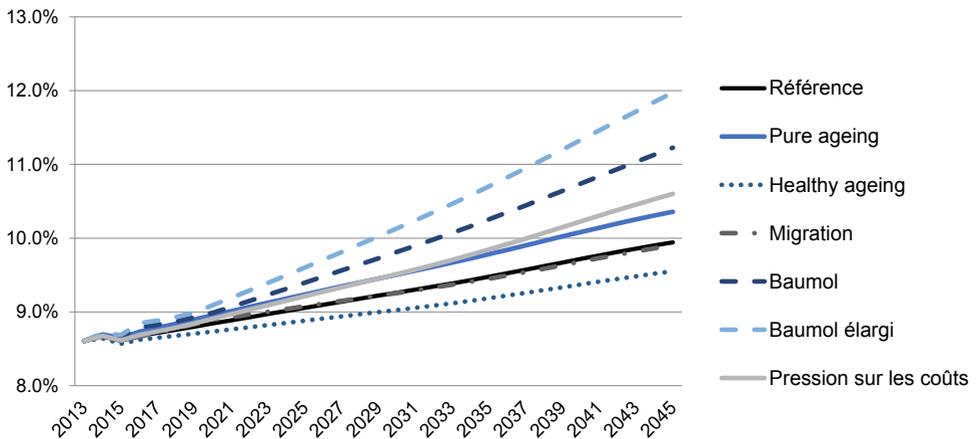
¹⁶ Actuellement, la part que les dépenses liées aux soins dentaires représentent dans les dépenses publiques est très faible (1 %). Elle est même encore inférieure (0,3 %) dans les dépenses de l'AOS.

Outre les établissements pour handicapés, la rubrique «Établissements pour handicapés et autres établissements» regroupe les institutions destinées aux personnes souffrant de dépendances et à celles qui ont des problèmes psychosociaux. Elle englobe donc les dépenses relatives aux soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans, aux soins de courte durée et à d'autres prestations médicales, de sorte qu'il est difficile d'établir une répartition claire des dépenses. À des fins de simplification, cette rubrique est affectée aux autres dépenses de santé hors soins de longue durée. En 2013, celles-ci représentaient à peine 0,6 pour cent du PIB.

dépenses différents durant l'année de référence (voir graphiques 3a et 3c). Sur la période concernée, les dépenses relatives aux traitements ambulatoires s'accroissent, passant de 4,3 à 4,9 pour cent du PIB. Celles qui concernent les soins dans les hôpitaux s'établissent à 3,7 pour cent du PIB en 2045 (contre 3,0 % en 2013). En moyenne annuelle, elles affichent une croissance nominale un

peu plus élevée (3,0 %) que les dépenses consacrées aux traitements ambulatoires (2,8 %). L'importance relative des dépenses hospitalières croît donc légèrement à cause du vieillissement de la population, alors que la charge relative des autres dépenses de santé (par ex. gestion et prévention) diminue un peu. La part des dépenses liées aux traitements ambulatoires reste stable.

Graphique 7 : Évolution des dépenses liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (en % du PIB), de 2013 à 2045, selon les différents scénarios envisagés



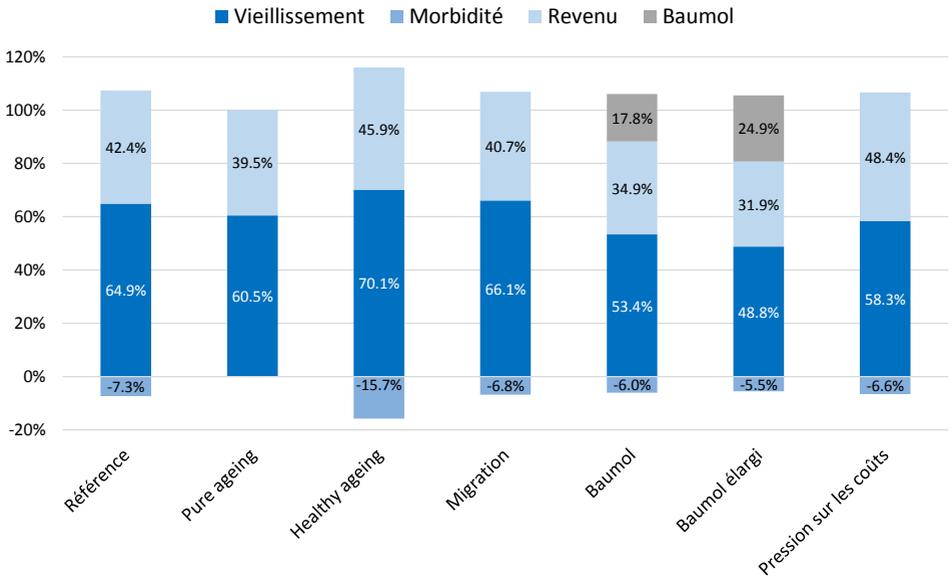
En 2045, l'écart entre le scénario le plus optimiste (healthy ageing) et le scénario le plus pessimiste (effet Baumol plus large) s'élève à 2,4 pour cent du PIB (voir graphique 7). On constate que les changements

d'hypothèses concernant l'effet Baumol et l'élasticité du revenu influent plus sur l'évolution des dépenses liées au secteur de la santé hors soins de longue durée qu'une modification de l'hypothèse basée

sur une espérance de vie accrue. Jusqu'en 2045, les dépenses progressent plus dans le scénario pure ageing (10,4 % du PIB) que dans le scénario de référence (9,9 % du PIB). Le scénario postulant une pression sur les coûts ainsi que les scénarios Baumol et Baumol élargi présentent des écarts nettement plus grands par rapport au scénario de référence (respectivement + 0,7 %, + 1,3 % et + 2 % du PIB). Ces scénarios révèlent que des facteurs d'influence non démographiques tels que l'effet Baumol ou les progrès de la médecine peuvent engendrer à plus long terme une pression sur les coûts supérieure à celle qui est admise dans le scénario de référence. La hausse des dépenses est plus faible dans le scénario postulant une pression sur les coûts que dans les scénarios fondés sur l'effet Baumol, car le revenu par habitant corrigé du renchérissement progresse moins fortement (0,9 % en moyenne annuelle) que la productivité et donc les salaires (1,2 %). L'évolution de la productivité et des salaires est un élément central pour déterminer l'effet Baumol. Les présentes projec-

tions mesurent toutefois l'influence des autres facteurs de coûts non démographiques, comme les progrès de la médecine, sur le revenu par habitant. L'hypothèse selon laquelle la population vieillira en bonne santé (scénario healthy ageing) ralentit d'environ 0,4 pour cent du PIB l'accroissement des dépenses liées au secteur de la santé hors soins de longue durée jusqu'en 2045. En revanche, une immigration nette accrue (scénario fondé sur un solde migratoire positif) n'a guère d'influence, car on suppose dans ce cas que l'on a affaire principalement à des personnes en âge de travailler. Ainsi, si la structure des âges de la population change, elle produit sur les dépenses liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (mesurées par rapport au PIB) deux effets qui se neutralisent presque mutuellement. D'un côté, la demande de prestations de santé augmente en raison de la croissance démographique et, de l'autre, le PIB agrégé progresse plus que dans le scénario de référence, car la plupart des personnes émigrant en Suisse sont en âge de travailler.

Graphique 8: Facteurs (exprimés en %) entraînant la hausse, corrigée du renchérissement, des dépenses de santé de 2013 à 2045



Quel que soit le scénario, le vieillissement est le facteur qui contribue le plus à la hausse des dépenses, corrigée du renchérissement, dans le secteur de la santé hors soins de longue durée (voir graphique 8). Plus les facteurs non démographiques (revenu et effet Baumol) exercent une pression forte sur les coûts, plus l'effet relatif du vieillissement dimi-

nue. En considérant la façon dont les vecteurs de la croissance des dépenses se répartissent dans les deux scénarios fondés sur l'effet Baumol, on remarque que le revenu reste le facteur de coûts non démographique le plus puissant. Cela tient au fait que, conformément aux hypothèses, le secteur de la santé hors soins de longue durée n'est pas entièrement touché par l'effet Baumol.

4.2 Soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD)

Les SLD comprennent les dépenses liées aux prestations stationnaires dans les EMS et aux services ambulatoires d'aide et de soins à domicile. À noter que les SLD sont définis dans le présent document de travail comme les soins destinés aux personnes de 65 ans et plus. Durant l'année de référence, les dépenses totales en matière de SLD représentaient 1,6 pour cent du PIB. Près de 85 pour cent de ces dépenses résultaient des soins donnés dans les EMS, la part restante étant imputée aux services d'aide et de soins à domicile.

Le vieillissement de la population affecte davantage les SLD que les autres secteurs de la santé. Ces prochaines décennies, le vieillissement des personnes nées entre la fin des années 40 et le milieu des années 60 (période du babyboom) ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie grossiront les cohortes regroupant les personnes âgées de plus de 80 ans. Les frais résultant de l'évolution démographique sont amplifiés par l'évolution des coûts salariaux, car les scénarios relatifs aux SLD considèrent, au mieux, que des gains de productivité très faibles sont réalisables dans ce domaine de soins,

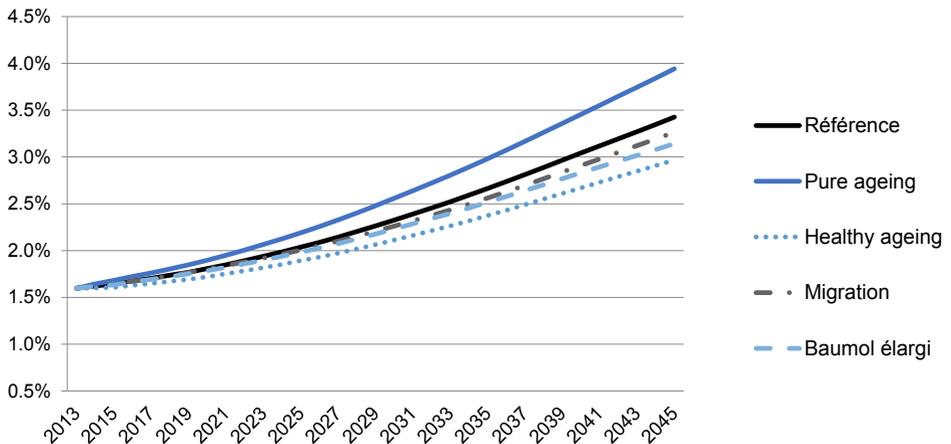
où le besoin de main-d'œuvre est très élevé. Lorsque l'effet Baumol est maximal, c'est-à-dire lorsque les gains de productivité sont nuls, les coûts liés aux SLD croissent, et les salaires du personnel de santé progressent au même rythme que dans le reste de l'économie. Sur l'ensemble de la période considérée pour les projections, le plein effet Baumol et l'évolution démographique se traduisent par un taux de croissance nominal moyen de 4,8 pour cent par an dans le scénario de référence, soit une dynamique sensiblement plus forte que celle des dépenses liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (2,8 %). Le scénario de référence prévoit que les dépenses relatives aux SLD croîtront progressivement, pour s'établir à 3,4 pour cent du PIB en 2045.

La modification des besoins en soins (morbidité) est l'un des principaux facteurs qui influent sur l'évolution des dépenses en matière de SLD (voir graphique 9). Celles-ci passent à 3,9 pour cent du PIB en 2045 dans le scénario pure ageing, alors que leur progression se limite à 3 pour cent du PIB dans le scénario healthy ageing. L'augmentation de l'immigration nette (scénario fondé sur un solde migratoire positif) n'atténue guère la hausse des dépenses par rapport au scénario de

référence. Étant donné que la plupart des personnes qui immigreront sont en âge de travailler, le PIB s'accroît et, partant, les dépenses relatives aux SLD diminuent un peu par rapport à ce dernier. Le scénario fondé sur un effet Baumol plus large suppose seulement un effet partiel sur les SLD

et, à la différence du scénario de référence, un certain gain de productivité dans ce domaine de soins. Ainsi, le scénario fondé sur un effet Baumol plus large prévoit que les dépenses relatives aux SLD passeront à 3,1 pour cent du PIB en 2045.

Graphique 9: Évolution des dépenses relatives aux SLD (en % du PIB), de 2013 à 2045, selon les différents scénarios envisagés



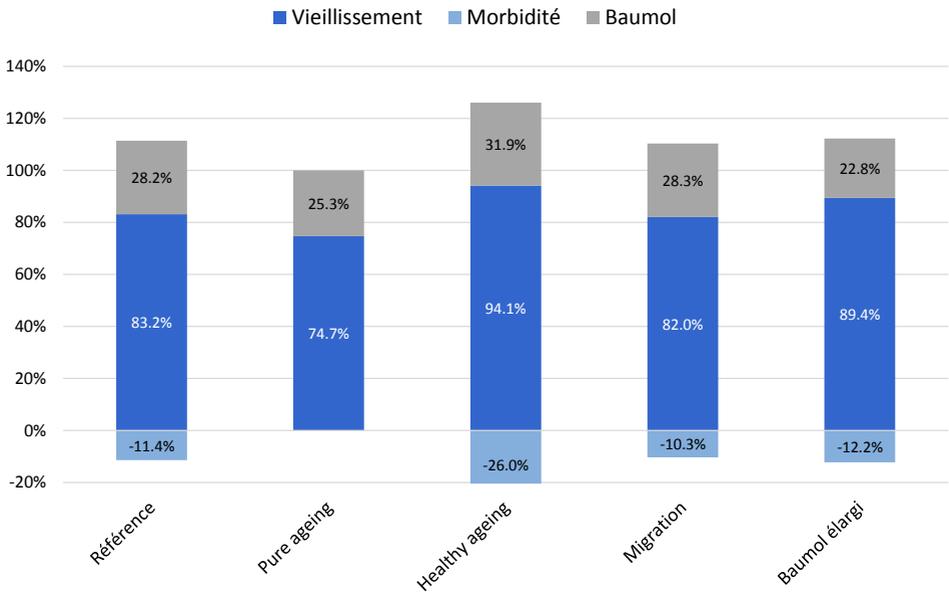
Une analyse systématique de l'effet des différents facteurs de coûts montre que le vieillissement et la morbidité exercent une influence bien plus forte sur les SLD que sur le secteur de la santé n'incluant pas ces soins (voir graphique 10). Dans le scénario healthy ageing par exemple, le vieillissement peut expliquer

jusqu'à 94 pour cent de la hausse des dépenses, corrigée de l'inflation, d'ici à 2045. À l'exception du scénario pure ageing, tous les scénarios prévoient que les coûts générés par le vieillissement sont partiellement compensés par un recul des besoins en soins. Dans le scénario healthy ageing, 68 pour cent de l'augmen-

tation des dépenses est imputable aux facteurs de coûts démographiques (vieillessement et morbidité). Suivant le scénario envisagé, l'effet

Baumol fait progresser les dépenses de 2009 à 2045 dans une fourchette allant d'environ 23 pour cent (effet Baumol plus large) à 32 pour cent (healthy ageing).

Graphique 10: Facteurs (exprimés en %) entraînant la hausse, corrigée du renchérissement, des dépenses relatives aux SLD de 2013 à 2045



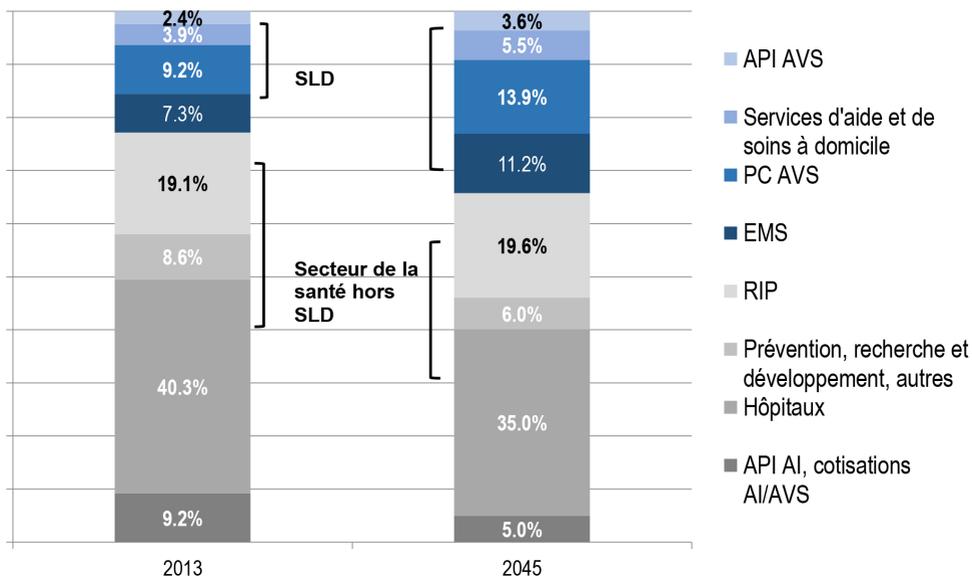
5 Dépenses publiques de santé

Les dépenses publiques de santé comprennent toutes les contributions de la Confédération, des cantons, des communes et des assurances sociales au financement du système de santé. Elles regroupent également les dépenses des trois échelons étatiques classées dans la fonction «Santé» de la statistique financière (AFF, 2015). À cela s'ajoutent les transferts qui sont effectués de l'État vers les ménages, tels que la RIP ou les PC AVS, et qui servent à financer des prestations de santé. Les assurances sociales considérées sont celles qui font partie du secteur public en vertu de la comptabilité nationale et qui reçoivent des contributions de l'État. Elles se

limitent donc pour l'essentiel à l'AVS et à l'AI¹⁷. Tout comme les dépenses totales, les dépenses publiques de santé sont réparties entre le secteur de la santé hors soins de longue durée et les SLD. Étant donné que les dépenses de l'AI concernent le financement des soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans, les contributions de cette assurance au secteur de la santé sont extrapolées en fonction de l'évolution supposée des dépenses pour l'AI. Les autres contributions des administrations publiques au secteur de la santé (par ex. prévention ou gestion) sont alignées sur le PIB.

17 Contrairement à l'art. 1a LAMal, la comptabilité nationale considère que l'AOS ne fait pas partie des assurances sociales. C'est la raison pour laquelle l'AOS n'est pas rangée dans les assurances sociales dans le présent document de travail.

Graphique 11: Dépenses publiques de santé (en %) ventilées par fonction, en 2013 et en 2045, selon le scénario de référence



Le graphique 11 montre que les administrations publiques consacrent la majeure partie de leurs dépenses de santé aux hôpitaux (40 %), puis à la RIP (19 %), aux PC AVS en matière de soins (9 %), aux EMS (7 %) et aux services d'aide et de soins à domicile (4 %). Les autres contributions englobent l'API AVS (2 %) ainsi que les dépenses de l'AI (API, contributions) et les contributions de l'AVS en faveur de la santé (9 %). À noter que le scénario de référence prévoit que les administrations publiques devront

affecter une part beaucoup plus importante de leurs dépenses aux SLD en 2045 que durant l'année de référence. Une fois corrigées du renchérissement, les dépenses publiques augmenteront en moyenne annuelle plus fortement dans le secteur des SLD (+ 4 %) que dans celui de la santé hors soins de longue durée (+ 2,1 %). Les projections montrent que la part des dépenses liées aux soins passera de 23 pour cent à l'heure actuelle à 34 pour cent en 2045. La part des

dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée sera dès lors plus faible en 2045, s'abaissant de 68 à 61 pour cent. Les dépenses de l'AI en faveur de la santé diminueront quant à elles de 9 à 5 pour cent.

Selon le scénario de référence, les dépenses publiques ne cessent d'augmenter durant la période considérée pour les projections, passant de 3,5 pour cent du PIB en 2013 à 4,2 pour cent en 2030, puis à

5,0 pour cent en 2045 (voir tableau 1 ci-dessous). Les cantons supportent actuellement la plus grande part des dépenses publiques de santé (68 %). Ils doivent donc également assumer plus des deux tiers de la hausse de ces dépenses jusqu'en 2045, ce qui représente environ 1,1 pour cent du PIB. Les dépenses de santé qui incombent aux cantons concernent principalement les soins hospitaliers (part de 2013: 58 %), les PC AVS (14 %), la RIP (12 %) et les EMS (5 %).

Tableau 1: Dépenses publiques de santé (en % du PIB), ventilées par échelon étatique et par année (2013, 2030 et 2045), selon le scénario de référence

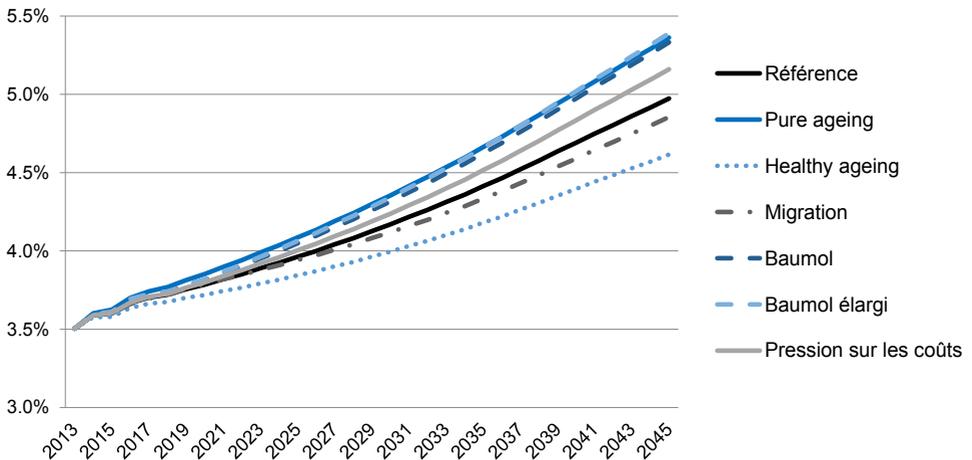
	2013	2030		2045	
	Quote-part	Quote-part	Écart 2013-2030	Quote-part	Écart 2013-2045
Santé, total	10.8	12.2	+1.4	14.0	+3.2
État (y c. assurances sociales)*	3.5	4.2	+0.7	5.0	+1.5
Confédération	0.4	0.5	+0.1	0.5	+0.1
Cantons	2.4	2.9	+0.5	3.5	+1.1
Communes	0.3	0.4	+0.1	0.5	+0.2
Assurances sociales*	0.4	0.3	-0.0	0.4	+0.0
API AVS	0.1	0.1	+0.0	0.2	+0.1
API AI / cotisations AVS/AI	0.3	0.2	-0.1	0.2	-0.1

* Les assurances sociales englobent les cotisations AVS, les API AVS, les cotisations AI et les API AI.

À l'heure actuelle, la Confédération, les communes et les assurances sociales assument une part plus ou moins égale des autres dépenses publiques de santé. Après les cantons, les communes enregistrent la plus forte hausse des dépenses, dont la part dans le PIB double quasiment jusqu'en 2045, passant de 0,3 à 0,5 pour cent. Cette forte dynamique s'explique par le fait que les

communes consacrent plus de la moitié de leurs dépenses aux SLD. Les dépenses de la Confédération progressent d'environ un quart par rapport au PIB en raison de la RIP. Les dépenses des assurances sociales restent stables au regard du PIB, car la réduction des dépenses de l'AI (soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans) compense la hausse de l'API AVS.

Graphique 12: Dépenses publiques de santé (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés



Le graphique 12 indique que la progression des dépenses publiques de santé diffère selon le scénario envisagé. L'écart entre le scénario le plus optimiste (healthy ageing) et le scénario le plus pessimiste (pure

ageing) s'élève à 0,7 point de pourcentage en 2045. Cela représente 15 pour cent des dépenses que les administrations publiques devraient effectuer en 2045 par rapport à l'année de référence, soit un mon-

tant de 7,7 milliards, après correction des valeurs sur la base du renchérissement.

Une modification des hypothèses concernant, d'une part, la corrélation entre l'augmentation de l'espérance de vie de la population et l'état de santé de cette dernière et, d'autre part, le déploiement d'un effet Baumol dans le secteur de la santé hors soins de longue durée constitue le facteur d'influence le plus important pour l'évolution des dépenses publiques de santé. Si l'on considère que la population vit plus longtemps sans pour autant être en meilleure santé ou avoir besoin de moins de soins (scénario pure ageing), les dépenses de santé exprimées sous la forme d'un pourcentage du PIB dépassent en 2045 de près d'un tiers (+0,4 % du PIB) les projections réalisées dans le scénario de référence. À l'inverse, si la population vit les années supplémentaires en bonne santé et qu'elle n'ait pas besoin de soins pendant ce temps (scénario healthy ageing), la hausse des dépenses est alors plus faible

d'environ un tiers que dans le scénario de référence (-0,4 % du PIB). Les dépenses publiques progressent un peu plus que dans le scénario pure ageing si l'on suppose que l'effet Baumol est considérable (60 %) sur le secteur de la santé hors soins de longue durée et que le gain de productivité dans les SLD équivaut seulement à 25 pour cent du gain de productivité moyen (scénario Baumol plus large). La hausse des dépenses est presque aussi élevée si l'effet Baumol est légèrement inférieur (40 %) sur le secteur de la santé hors soins de longue durée et si elle déploie pleinement ses effets sur les SLD (scénario Baumol). Elle est également sensible par rapport au scénario de référence (+0,2 % du PIB) si des facteurs d'influence non démographiques tels que les progrès de la médecine exercent une pression accrue sur les coûts (scénario postulant une pression sur les coûts)¹⁸. Une immigration nette plus élevée que dans le scénario de référence (scénario fondé sur un solde migratoire positif) entraîne une légère réduction des coûts.

18 La hausse supplémentaire des dépenses qui est envisagée dans le scénario Baumol et dans le scénario postulant une pression sur les coûts touche exclusivement le secteur de la santé hors soins de longue durée. En ce qui concerne les dépenses relatives aux SLD, ces deux scénarios présentent les mêmes résultats que le scénario de référence.

Dans l'ensemble, l'évolution démographique joue un rôle plus important pour les dépenses publiques de santé que pour les dépenses totales relatives à ce secteur. Cela tient au fait que la part des dépenses consacrées aux SLD est nettement plus haute que celle qui est liée à l'ensemble du secteur de la santé (23 % contre à peine 15 %). Par conséquent, la façon dont l'état de santé change au fur et à mesure que l'espérance de vie s'accroît a une influence considérable sur les dépenses publiques. Celles-ci sont également très sensibles à la variation des facteurs de coûts non démographiques (effet Baumol et revenu), en particulier dans le domaine hospitalier. Actuellement, la part des dépenses publiques liées aux soins hospitaliers est relativement élevée (près de 40 %) par rapport à l'ensemble des dépenses publiques du système de santé (quelque 28 %).

5.1. Dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée

Les dépenses que les administrations publiques consacrent au secteur de la santé hors soins de longue durée comprennent les postes de dépenses indiqués dans la fonction «Santé» de la statistique financière, à l'exception des postes «Homes médicalisés» et

«Soins ambulatoires» (AFF, 2015). Elles tiennent également compte des dépenses liées à la RIP, qui sont classées dans la fonction «Sécurité sociale» de cette statistique. L'inclusion de la RIP se justifie par le fait que les dépenses correspondantes sont fortement influencées par les dépenses de santé, notamment par celles qui ne concernent pas les soins de longue durée. Par souci de simplicité, les dépenses liées à la RIP sont donc rattachées aux dépenses publiques de santé. Ainsi, les dépenses que les administrations publiques affectent au secteur de la santé regroupent trois postes, à savoir les hôpitaux, la RIP et d'autres domaines tels que la prévention.

Les dépenses publiques pour les hôpitaux sont liées à l'évolution des dépenses totales relatives aux soins hospitaliers, tandis que les autres dépenses de santé suivent l'évolution du PIB nominal. L'évolution des dépenses relatives à la RIP dépend de la dynamique des dépenses de l'AOS. À des fins de simplification, on suppose que la part des dépenses cantonales destinées à la RIP s'élèvera à terme à 50 pour cent (contre 46 % à l'heure actuelle) et que le financement de la RIP sera réparti par conséquent à parts égales entre la Confédération et les cantons. On émet cette hypothèse, car les can-

tons disposent d'un pouvoir de décision étendu quant aux conditions d'octroi des prestations RIP et

qu'il est donc difficile de faire un pronostic fiable sur l'évolution de la part cantonale.

Tableau 2: Dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (en % du PIB), ventilées par échelon étatique et par fonction, selon le scénario de référence

	2013	2030		2045	
	Quote-part	Quote-part	Écart 2013-2030	Quote-part	Écart 2013-2045
Santé (hors soins de longue durée)	8.6	9.3	+0.7	9.9	+1.3
État	2.4	2.7	+0.4	3.0	+0.6
Confédération	0.4	0.5	+0.1	0.5	+0.1
Cantons	1.9	2.1	+0.3	2.3	+0.5
Communes	0.1	0.1	+0.0	0.1	+0.0
Fonctions					
Hôpitaux	1.4	1.6	+0.2	1.7	+0.3
RIP	0.7	0.9	+0.2	1.0	+0.3

Dans le scénario de référence, les dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée passent de 2,4 pour cent du PIB en 2013 à 3,0 pour cent du PIB en 2045 (voir tableau 2). Plus de 60 pour cent de cette hausse est imputable au vieillissement de la population. Le reste s'explique par des facteurs de coûts non démographiques, comme les progrès de la médecine, et par le fait que les exigences de la population en termes de services médicaux croissent au fur et à mesure que le revenu augmente. Le scénario de référence postule en revanche une réduction des coûts en

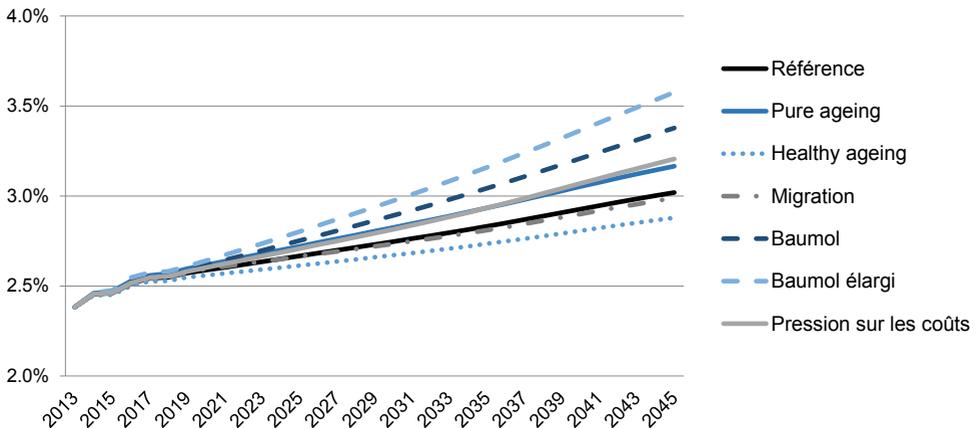
se fondant sur une amélioration partielle de l'état de santé de la population en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Comme prévu, les cantons supportent la hausse la plus élevée (+0,5 % du PIB) des dépenses de santé. Celle-ci provient pour deux tiers de l'augmentation des dépenses relatives aux soins hospitaliers et, pour un tiers, de l'accroissement des dépenses liées à la RIP. En revanche, les dépenses de la Confédération et des communes progressent relativement peu (voir explications données au chapitre précédent). Les dépenses

des communes augmentent légèrement en raison d'une hausse des dépenses relatives aux soins hospitaliers. Si l'on répartit les dépenses publiques par fonction, on constate

que les dépenses relatives aux soins hospitaliers et celles qui concernent la RIP croissent dans des proportions similaires (+ 0,3 % du PIB) jusqu'en 2045.

Graphique 13: Dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés



Les résultats des scénarios reflètent l'incertitude qui entoure les projections relatives aux dépenses (voir graphique 13). Une modification des facteurs de coûts non démographiques influe beaucoup plus sur les dépenses publiques liées au secteur de la santé hors soins de longue durée qu'un changement de l'état de santé de la population lié à une espérance de vie plus longue. Le scénario le plus pessimiste (effet

Baumol plus large), qui suppose un effet Baumol partiel de 60 pour cent, prévoit que les dépenses publiques augmenteront d'environ 1,2 pour cent du PIB, soit deux fois plus que ce que le scénario de référence envisage (+0,6 % du PIB). Si l'effet Baumol devait être moins important (40 %), l'accroissement des dépenses serait encore supérieur de 0,4 % du PIB à celui qui est admis dans le scénario de référence. Si les progrès de la

médecine ou les besoins accrus de la population en prestations de santé accentuaient la pression sur les coûts (scénario postulant une pression sur les coûts) ou si l'état de santé de la population ne s'améliorait pas malgré une espérance de vie plus longue (scénario pure ageing), la progression des dépenses dépasserait celle du scénario de référence d'à peine 0,2 pour cent du PIB dans le premier cas et d'environ 0,1 pour cent du PIB dans le second cas. En revanche, un bon état de santé de la population freinerait la croissance des dépenses. Comme pour les dépenses totales liées au secteur de la santé hors soins de longue durée (voir chap. 4.1), le scénario fondé sur un solde migratoire positif postule la neutralisation des effets qu'une hausse de la population active pourrait produire sur les dépenses publiques relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée et sur le PIB.

5.2 Dépenses publiques liées aux SLD

Dans le domaine des SLD, les dépenses publiques examinées dans la statistique financière regroupent la part des dépenses que les cantons et les communes affectent aux homes médicalisés et aux soins ambulatoires (services d'aide et de soins à domi-

cile) destinés aux personnes de 65 ans et plus (AFF, 2015). On suppose ainsi que la proportion des dépenses publiques allouées à la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus équivaut à la part correspondante dans le total des dépenses en matière de soins. Selon nos estimations, les dépenses liées aux SLD représentent près de 90 pour cent des dépenses totales liées à ce secteur de soins. En outre, une part des PC AVS, qui sont classées dans la fonction «Sécurité sociale» de la statistique financière, ainsi que l'API AVS relèvent des dépenses publiques destinées aux SLD.

Il ressort du tableau 3 que les dépenses publiques augmenteront de moitié jusqu'en 2030 (de 0,8 % du PIB actuellement à 1,2 % du PIB) et qu'elles devraient plus que doubler jusqu'en 2045 (1,7 % du PIB). Comme dans le secteur de la santé, les cantons supportent la plus grande part des dépenses publiques dans le domaine des SLD, à savoir 70 pour cent. Par conséquent, ils assument également près des deux tiers de la hausse des dépenses publiques correspondantes, soit 0,6 pour cent du PIB. Environ deux tiers de l'augmentation des dépenses des cantons résultent de la progression des PC AVS. Le tiers restant découle de

l'accroissement des dépenses destinées aux EMS et, dans une moindre mesure, de celles qui sont liées aux services d'aide et de soins à domicile. Quant aux dépenses des communes, elles doublent et passent de 0,2 pour cent à 0,4 pour cent du PIB. Cette dynamique résulte, pour les trois-quarts, de l'évolution des dépenses

relatives aux EMS et, pour un quart, des dépenses inhérentes aux services d'aide et de soins à domicile. Faibles à l'origine (0,1 % du PIB), les dépenses liées à l'API AVS doublent jusqu'en 2045. La partie inférieure du tableau 3 présente également l'évolution des dépenses publiques en matière de soins par fonction.

Tableau 3: Dépenses relatives aux SLD (en % du PIB), ventilées par échelon étatique et par fonction, selon le scénario de référence

	2013	2030		2045	
	Quote-part	Quote-part	Écart 2013-2030	Quote-part	Écart 2013-2045
SLD	1.6	2.3	+0.7	3.4	+1.8
État	0.8	1.2	+0.4	1.7	+0.9
Cantons	0.5	0.8	+0.2	1.1	+0.6
Communes	0.2	0.3	+0.1	0.4	+0.2
API AVS	0.1	0.1	+0.0	0.2	+0.1
Fonction*					
EMS	0.3	0.4	+0.1	0.6	+0.3
Services d'aide et de soins à domi	0.1	0.2	+0.1	0.3	+0.1
PC AVS	0.3	0.5	+0.2	0.7	+0.4

* À des fins de simplification, la fonction «API AVS» n'est pas mentionnée, car elle figure déjà dans la répartition par échelon étatique.

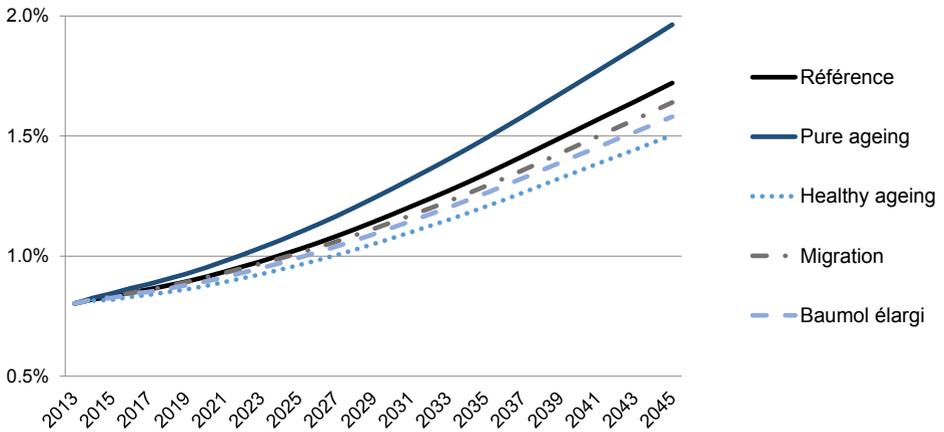
L'incertitude des projections se reflète dans la hausse que les dépenses publiques destinées aux SLD afficheront jusqu'en 2045. Dans le scénario le plus pessimiste (pure ageing), cette hausse dépasse de 0,2 pour cent du PIB les prévisions du scénario de référence alors que, dans

le scénario le plus optimiste (healthy ageing), elle reste inférieure de 0,2 pour cent du PIB à l'augmentation envisagée dans le scénario de référence (voir graphique 14). Contrairement à ce dernier, le scénario Baumol élargi suppose un effet seulement partiel sur les SLD et

prévoit donc que les dépenses publiques correspondantes seront

inférieures de 0,1 pour cent du PIB à celles du scénario de référence.

Graphique 14: Dépenses publiques liées aux SLD (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés



6 Dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Pour les besoins des projections, les dépenses de l'AOS sont réparties entre le domaine de la santé hors soins de longue durée et les SLD ainsi qu'entre les prestations ambulatoires et les prestations stationnaires. La ventilation des dépenses pour l'année de référence est reprise de la statistique «Coûts et financement du système de santé selon les prestations et selon le régime de financement 2013» (OFS, 2015b). Afin d'éviter toute redondance avec les dépenses des administrations publiques, le présent document de travail examine les dépenses de l'AOS après déduction de celles qui sont liées à la RIP. La participation des ménages aux coûts de la santé (franchise, quote-part) est également déduite. Alignées sur les projections concernant l'évolution des dépenses

relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée et des dépenses liées aux SLD, les projections relatives aux dépenses de l'AOS varient en conséquence.

Bien qu'elles soient à l'origine presque identiques aux dépenses des administrations publiques (3,3 contre 3,5 % du PIB), les dépenses de santé de l'AOS augmentent moitié moins à l'horizon 2045 (+0,8 contre +1,5 % du PIB, voir tableau 4). Cette différence tient au fait que la part des dépenses évoluant de manière plus dynamique dans le domaine des soins de longue durée s'élève à 9 pour cent, un taux nettement inférieur aux 23 pour cent de l'ensemble des administrations publiques pendant l'année de référence 2013.

Tableau 4: Comparaison des dépenses de l'AOS avec les dépenses totales et les dépenses de l'État dans le domaine de la santé (en % du PIB)

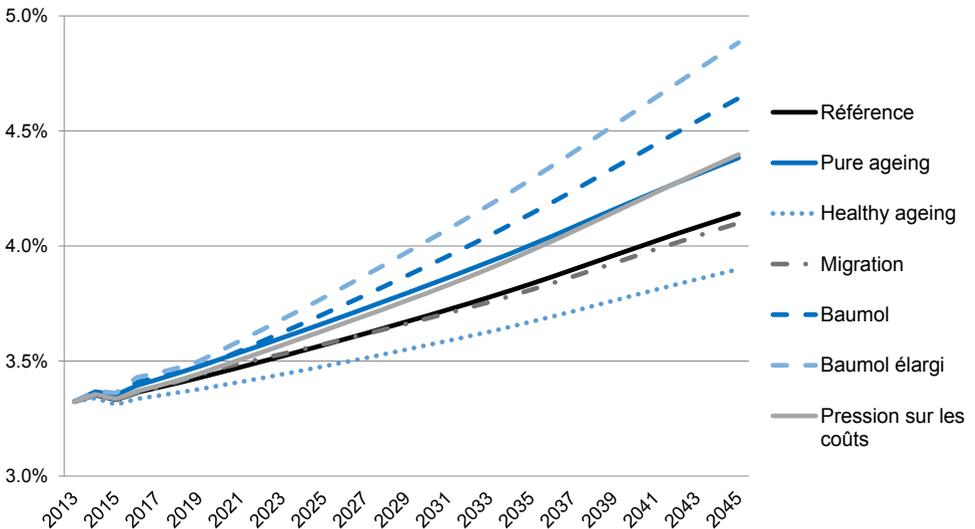
	2013	2030		2045	
	Quote-part	Quote-part	Écart 2013-2030	Quote-part	Écart 2013-2045
Santé, total	10.8	12.2	+1.4	14.0	+3.2
État (y c. assurances sociales)	3.5	4.2	+0.7	5.0	+1.5
AOS	3.3	3.7	+0.4	4.1	+0.8
Santé hors soins de longue durée	8.6	9.3	+0.7	9.9	+1.3
État (y c. assurances sociales)	2.4	2.7	+0.4	3.0	+0.6
AOS	2.9	3.1	+0.2	3.4	+0.5
SLD	1.6	2.3	+0.7	3.4	+1.8
État (y c. assurances sociales)	0.8	1.2	+0.4	1.7	+0.9
AOS	0.3	0.4	+0.1	0.6	+0.3

En examinant chaque domaine séparément, on constate que les dépenses de l'AOS augmentent le plus considérablement jusqu'en 2045 dans le secteur de la santé hors soins de longue durée (+0,5 % du PIB). Pour le reste, l'accroissement de ces dépenses découle des SLD (+0,3 % du PIB).

En raison de la part élevée des dépenses consacrées à la santé hors soins de longue durée, les dépenses de l'AOS réagissent de manière très

sensible aux modifications des hypothèses concernant l'effet Baumol et d'autres facteurs de coûts non démographiques comme les progrès de la médecine (voir graphique 15). Plus l'effet Baumol influence le secteur de la santé hors soins de longue durée, plus la hausse des dépenses de l'AOS est importante par rapport au scénario de référence. Ainsi, elle dépasse les prévisions de ce scénario de 0,7 pour cent du PIB dans le scénario Baumol élargi et de 0,5 pour cent du PIB dans le scénario Baumol.

Graphique 15: Évolution des dépenses de l'AOS (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés



Une pression accrue sur les coûts, due par exemple aux progrès de la médecine (scénario postulant une pression sur les coûts), entraîne une hausse des dépenses de 0,3 pour cent du PIB. Il en va à peu près de même avec une hypothèse plus

pessimiste concernant l'évolution de l'état de santé et du besoin de soins de la population (pure ageing). L'évolution de la morbidité retenue dans le scénario healthy ageing fait en revanche reculer les dépenses de 0,3 pour cent du PIB.

7 Comparaison avec d'autres études

Le chapitre 7.1 contient une brève comparaison avec les scénarios prévisionnels établis en 2012 pour le domaine de la santé, tandis que les chapitres 7.2 et 7.3 comparent les présentes projections avec les travaux de l'OCDE et ceux de l'UE.

7.1. Projections de 2012 concernant les dépenses de santé

La comparaison avec les résultats des deuxièmes projections réalisées en 2012 dans le cadre des scénarios prévisionnels révèle que la pression démographique se maintient sur les dépenses de santé¹⁹. Comme dans les projections de 2012, ce sont les soins de longue durée qui exercent la pression la plus forte, tant sur les dépenses en général que sur celles des administrations publiques en particulier. Le constat est très similaire si l'on effectue une répartition par contributeur. Les projections de 2012 et le scénario de référence pris en compte dans le présent document de travail s'appuient sur les mêmes hypothèses concernant les facteurs de coûts non démographiques (élasticité du revenu de 1,1 dans le secteur de la santé hors soins de

longue durée et plein effet Baumol sur les SLD). Les résultats et la dynamique sont similaires. Selon le scénario de référence considéré dans les présentes projections, les dépenses totales de santé progressent de 3,2 pour cent du PIB, passant de 10,8 pour cent du PIB en 2013 à 14 pour cent du PIB en 2045. Élaboré pour une période de durée comparable (32 ans), le scénario de référence sous-tendant les projections précédentes supposait également une hausse des dépenses de 3,2 pour cent du PIB (11,3 % en 2009 contre 14,5 % en 2041).

En ce qui concerne le rapport entre les dépenses de santé et le PIB de l'année de référence, il faut garder à l'esprit pour la comparaison que les comptes nationaux de la Suisse ont été modifiés dans l'intervalle (en 2014). Leur alignement sur le Système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC 2010) s'est traduit durant l'année de référence par une hausse unique de 5,7 pour cent du PIB suisse et, en conséquence, par une baisse des dépenses de santé, exprimées en proportion du PIB. Ainsi, les dépenses liées à l'ensemble du secteur de la santé

¹⁹ Les scénarios prévisionnels de 2012 faisaient partie du plan financier 2013–2015 de la législature (Conseil fédéral, 2012). Pour une présentation détaillée, voir Colombier (2012).

s'élevaient avant la modification à 11,3 pour cent du PIB pour 2009, qui était l'année de référence de la dernière édition des projections relatives aux dépenses. Après la modification, elles représentaient 10,4 pour cent du PIB pour la même année (OFS, 2016). En plus de ces adaptations statistiques, il faut tenir compte de deux autres éléments. D'une part, la période considérée pour les projections a été raccourcie de 2060 à 2045. D'autre part, les prévisions concernant la croissance économique (1,5 % contre 1,1 % par an en termes réels) ont été revues à la hausse par rapport aux projections précédentes, car on suppose des gains de productivité plus élevés et une immigration nette plus forte. Si la productivité du travail augmente dans toute l'économie nationale et que ce gain ne se reflète pas dans les SLD, la hausse relative des coûts sera plus importante dans ce domaine à

cause de l'effet Baumol. Si les hypothèses se confirment et que l'immigration nette s'accroisse, l'augmentation des dépenses due au vieillissement de la population, en particulier des dépenses qui concernent les SLD, sera légèrement atténuée puisque la plupart des personnes immigrantes représentées dans les cohortes d'âge auront l'âge de travailler²⁰. En revanche, les projections de 2012 montrent que la hausse des dépenses tient davantage à la diminution supposée de l'immigration nette (vieillissement plus important) et moins à l'effet Baumol (gains de productivité plus faibles).

7.2. Projections pour l'OCDE

De la Maisonneuve et Oliveira Martins (2014) ont établi des projections concernant les dépenses de santé que les États membres de l'OCDE, dont la Suisse, doivent supporter.

20 Credit Suisse a publié récemment des études sur l'évolution du marché hospitalier et du marché des soins en Suisse (Credit Suisse, 2013 et 2015). Bien qu'elles ne traitent pas cette question en priorité, ces analyses s'intéressent à la façon dont les dépenses de santé se développeront dans les deux marchés précités, notamment en raison du vieillissement de la population. Ces études se fondent sur une autre approche intéressante, à savoir l'évaluation des disparités régionales qui se manifesteront. UBS et le Centre de recherche sur les contrats entre générations de l'Université de Fribourg-en-Brisgau ont présenté dans une étude commune (Moog et al., 2014) un bilan intergénérationnel pour les finances publiques suisses. Cette étude mentionne l'endettement public implicite, c'est-à-dire l'absence de couverture des droits aux prestations, dans le domaine de la santé et des soins de longue durée.

Pour ce faire, ils ont considéré une période allant jusqu'en 2060 et utilisé la moyenne des années 2006 à 2010 comme référence. En outre, ils ont également fait la distinction entre le secteur de la santé hors soins de longue durée et les SLD. Contrairement aux présentes projections, les projections réalisées pour l'OCDE considèrent les dépenses de l'AOS, qui est proposée en Suisse par des assureurs privés, comme des dépenses publiques de santé. Ce rapprochement permet de mieux comparer les données sur le plan international.

Les projections réalisées pour l'OCDE affichent des estimations plus élevées que le présent document de travail en ce qui concerne les dépenses publiques relatives à l'ensemble du secteur de la santé (État et AOS, santé hors soins de longue durée et SLD). Par exemple, elles prévoient que ces dépenses passeront de 6,9 pour cent du PIB durant l'année de référence (moyenne des années 2006 à 2010) à 8,8 pour cent du PIB en 2030 dans le scénario de référence «Maîtrise des coûts», qui suppose l'adoption de mesures politiques permettant de lutter contre la croissance élevée des

dépenses de santé durant la période considérée²¹. Ces dernières augmenteront à 9,5 pour cent du PIB en 2030 si aucune mesure politique n'est prise (deuxième scénario de référence de l'OCDE, «Pression sur les coûts»). Les présentes projections tablent quant à elles sur une progression moindre des dépenses relevant de l'État et de l'AOS, celles-ci passant de 6,8 pour cent du PIB en 2013 à 7,9 pour cent du PIB en 2030 (voir tableau A2). Les projections effectuées pour l'OCDE sont très proches des présentes estimations pour ce qui est des dépenses publiques relatives aux SLD, alors qu'elles prévoient un accroissement plus important des dépenses dans le secteur de la santé hors soins de longue durée.

Les écarts que l'on observe entre les projections relatives à l'OCDE et les présentes projections s'expliquent par la prise en compte d'une évolution démographique plus négative et d'années de référence différentes. À noter également que les méthodes utilisées pour les projections divergentes, la modélisation des progrès de la médecine constituant une différence essentielle. Dans les présentes projections, ces progrès

21 La comparaison se limite à l'année 2030, car l'OCDE ne fournit aucun résultat pour l'année 2045.

sont pris en compte indirectement à travers l'élasticité du revenu (1,1 dans le scénario de référence contre 1,4 dans le scénario postulant une pression sur les coûts dans le secteur de la santé hors soins de longue durée) et sont donc liés à l'évolution économique prévue. L'OCDE procède quant à elle par élimination et estime que l'augmentation des dépenses de santé qui ne peut pas être expliquée par les analyses empiriques est due aux progrès de la médecine et à d'autres facteurs relevant de l'offre²². Indépendante de l'évolution économique, cette progression résiduelle des dépenses, qui s'établit en moyenne à 1,7 pour cent, est supposée constante (scénario postulant une pression sur les coûts) ou convergeant vers zéro (scénario de maîtrise des coûts) durant la période considérée pour les projections. Ce facteur contribue à une hausse sensiblement plus élevée des dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée. La variation de la morbidité constitue une autre divergence entre les projections réalisées pour l'OCDE et le présent document de travail. Si les premières reposent sur un scénario healthy ageing, le

second suppose la combinaison d'un scénario pure ageing et d'un scénario healthy ageing.

7.3 Projections pour l'Union européenne

L'AWG de la Commission européenne et du comité de politique économique analyse à intervalles réguliers dans quelle mesure le vieillissement de la population influe sur les dépenses publiques liées à l'évolution démographique. Dans ses projections les plus récentes (2015), l'AWG prend également l'année 2013 pour référence et examine l'évolution des dépenses jusqu'en 2060. Concernant la méthode retenue ainsi que la modélisation et le choix des scénarios, les présentes projections s'appuient fortement sur les travaux de l'AWG. Par exemple, les hypothèses émises dans le scénario de référence concernant l'évolution de la morbidité et l'élasticité du revenu (1,1 ou 1,4 dans le scénario postulant une pression sur les coûts) sont semblables à celles qui sont énoncées dans les travaux de l'UE, en particulier dans le scénario de référé-

22 Sur la base des résultats de l'analyse empirique réalisée pour ses États membres, l'OCDE suppose une élasticité du revenu de 0,8 pour les dépenses de santé.

rence et le scénario de risque utilisés par l'AWG²³.

Pour ce qui est de l'évolution démographique supposée, l'UE et la Suisse affichent une structure de population fortement vieillissante. Dans l'UE, la part des personnes âgées de plus de 80 ans passe de 5,1 pour cent durant l'année de référence à 10,1 pour cent en 2045. En 2013, le rapport entre les personnes de plus de 65 ans et la population en âge de travailler (de 20 à 64 ans) s'élève à 30 pour cent en moyenne dans l'UE et à 28,5 pour cent en Suisse. En 2045, les scénarios relatifs à l'évolution démographique prévoient un rapport de dépendance des personnes âgées de 53 pour cent en moyenne dans l'UE et de 48 pour cent en Suisse. La croissance potentielle de l'UE dans son ensemble devrait être relativement stable à long terme et est tout à fait comparable avec l'évolution supposée dans les présentes projections. Les estimations pour l'UE indiquent une croissance écono-

mique de 1,4 pour cent en moyenne pour la période allant jusqu'en 2045. Pour la Suisse, on prévoit un taux moyen de 1,5 pour cent par an.

Selon les projections de l'UE, les dépenses publiques relatives à la santé et aux soins de longue durée augmenteront de 1,7 pour cent du PIB jusqu'en 2045 tant dans l'ensemble de l'UE que dans la zone euro, cette dernière offrant vraisemblablement une meilleure base de comparaison. Dépassant de peu 1,5 pour cent du PIB, la hausse des dépenses publiques suisses serait donc inférieure à la moyenne européenne (voir graphique 16). Si, pour améliorer la comparaison, on tient compte des dépenses accrues de l'AOS (augmentation des dépenses de 0,5 % du PIB dans le secteur de la santé hors soins de longue durée et de 0,3 % du PIB pour les SLD), on constate que les dépenses de la Suisse croissent de 2,4 pour cent du PIB et sont donc supérieures à la moyenne des dépenses estimées

23 Dans les projections de l'UE, les dépenses liées aux soins de longue durée sont toutefois extrapolées en fonction de la probabilité d'avoir besoin de soins (taux de dépendance en matière de soins). Les autres hypothèses retenues étant identiques, les résultats des projections ne devraient pas diverger si les dépenses par personne nécessitant des soins ne sont pas affectées par une variation de ces taux durant la période considérée. Weaver et al. (2008) et Colombier et Weber (2008) ayant obtenu des résultats similaires pour la Suisse, on peut admettre que cette dernière condition est remplie.

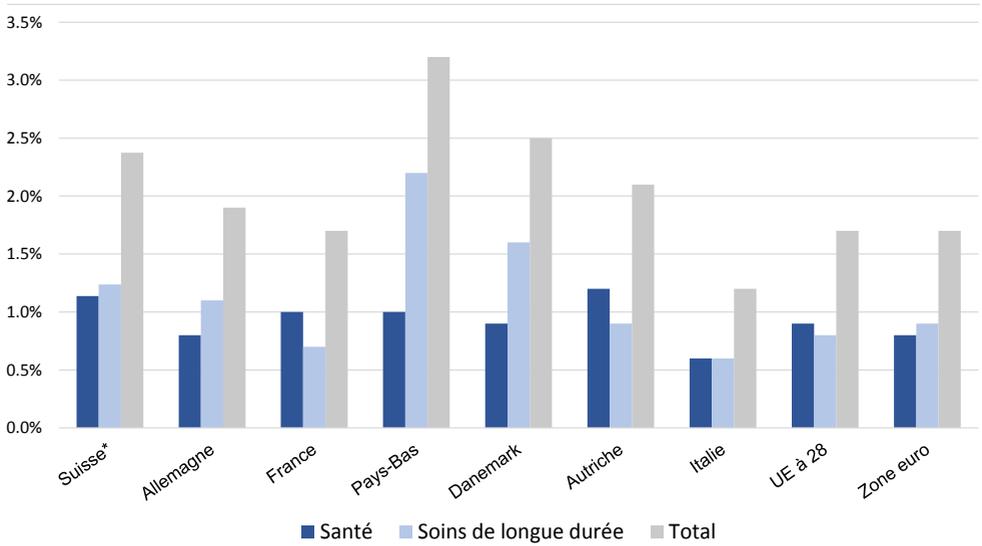
pour l'UE. Elles sont également plus élevées qu'en Allemagne (+1,9 % du PIB), mais se situent entre les valeurs supposées pour l'Autriche (+2,1 % du PIB) et pour le Danemark (+2,5 % du PIB)²⁴.

À noter pour la présente comparaison que les projections diffèrent en ce qui concerne l'évolution démographique et économique de chaque État. Par exemple, on estime que la population sera plus faible en 2060 qu'en 2013 dans la moitié des pays de l'UE (dont l'Allemagne), tandis qu'elle augmentera dans les autres pays. D'autres différences s'expliquent par le montant des dépenses de santé durant l'année de référence, les profils de dépenses et les règles institutionnelles applicables aux systèmes de santé nationaux (par ex. régimes de financement spéciaux). Par exemple, il faut tenir compte du fait que la part des dépenses de santé qui est prise en

charge directement par les ménages ou par une assurance complémentaire privée était pendant l'année de référence beaucoup plus élevée en Suisse que dans l'UE (37 contre 20 % en moyenne environ). Par ailleurs, les présentes projections relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée s'appuient sur une élasticité du revenu constante de 1,1, alors que les scénarios de référence et de risque établis par l'AWG dans le cadre des projections relatives à l'UE supposent que les valeurs pour l'année de référence (respectivement 1,1 et 1,4) convergeront vers 1,0 d'ici à 2060. Pour les soins de longue durée, les scénarios de l'AWG partent du principe que seule une partie des prestations est soumise à une pression accrue sur les coûts au sens de l'effet Baumol. Ces deux hypothèses divergentes se traduisent dans les projections de l'UE par des hausses de dépenses moindres.

24 Contrairement à la situation qui prévaut dans d'autres pays européens, l'AOS est proposée en Suisse par des assureurs privés et ne relève donc pas du secteur public.

Graphique 16: Hausse des dépenses publiques (en % du PIB) dans le secteur de la santé et les soins de longue durée, comparaison entre la Suisse et certains États de l'UE pour la période allant de 2013 à 2045



* y compris les dépenses de l'AOS.

8 Conclusions pour la politique sanitaire

Les présentes projections montrent que l'évolution démographique influera considérablement sur la dynamique des dépenses de santé, confirmant ainsi les résultats des études précédentes (Colombier, 2012; Colombier et Weber, 2008). Le vieillissement de la population déploiera ses effets les plus sensibles sur les SLD. Dans le secteur de la santé hors soins de longue durée, d'autres critères ont une très grande importance. Il s'agit des facteurs de coûts non démographiques comme l'effet Baumol et des facteurs d'influence qui se manifestent indirectement par l'élasticité du revenu, tels que les progrès de la médecine ou le dysfonctionnement du marché dû à une asymétrie de l'information. En raison de leur fonction centrale (en matière de régulation, de financement et de prestation de services), les cantons devront supporter la plus grande part de l'augmentation des dépenses de santé. En outre, le vieillissement de la population aura des conséquences plus marquées sur les dépenses des administrations publiques que sur celles de l'AOS, étant donné que l'État consacre une plus large partie de ses dépenses aux SLD que l'AOS.

Les projections mettent en évidence deux éléments pour l'orientation de la politique sanitaire. D'un côté, il

faudrait favoriser des mesures qui atténuent durablement la charge de morbidité pesant sur la population, en particulier dans le cas de maladies chroniques, et qui permettent dès lors de vieillir en bonne santé. De l'autre côté, les possibilités de gain réel devraient être mieux exploitées, ce qui impliquerait d'éviter tout traitement inutile, de tenir davantage compte du rapport entre les coûts et l'utilité lors de l'élaboration du catalogue de prestations de l'AOS et de s'assurer que la productivité croissante des prestations médicales se reflète de manière adéquate dans les prix et les tarifs. Enfin, les mesures (par ex. planification clairvoyante du personnel et amélioration des processus de travail) qui permettent de lutter contre l'effet Baumol sont très utiles.

Les mesures de prévention et le développement des compétences de la population en matière de santé peuvent contribuer de manière déterminante à éviter les affections chroniques. En Suisse, le traitement des cinq maladies non transmissibles les plus fréquentes (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, affections respiratoires et maladies de l'appareil locomoteur) occasionne près de 40 pour cent des coûts directs de la santé. Si l'on y ajoute les maladies psychiques et la démence,

cette valeur croît pour atteindre quelque 51 pour cent des dépenses totales de santé. Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé, 50 pour cent des maladies chroniques non transmissibles pourraient être évitées ou du moins retardées si la population adoptait un mode de vie sain. Par conséquent, il faut donner la priorité aux mesures de prévention qui encouragent une alimentation saine, une activité physique régulière et la réduction de la consommation de substances engendrant la dépendance (notamment l'alcool et le tabac). Des offres spéciales destinées aux séniors (par ex. mesures visant à prévenir les chutes, comme les thérapies par le mouvement) aident à prévenir le nombre d'accidents clairement liés à l'âge tels que les fractures du col du fémur et, dès lors, à éviter les hospitalisations. En outre, les thérapies par le mouvement peuvent contribuer à prolonger l'autonomie des personnes âgées et, par conséquent, à en différer l'admission dans un EMS et à raccourcir la durée de séjour dans ce genre d'établissement. Étant donné que les administrations publiques dépensent plus pour les SLD que l'AOS (23 % contre 9 %), les mesures de prévention feraient davantage

diminuer les coûts pour les premières que pour la seconde.

Il serait possible de diminuer les coûts liés aux SLD si l'on privilégiait les soins ambulatoires au lieu des soins stationnaires, les services d'aide et de soins à domicile coûtant sensiblement moins cher, et si l'on prenait en parallèle des mesures pour alléger la charge qui pèse sur les proches aidants. Pour ce faire, il faudrait veiller en priorité à ce que les personnes concernées puissent mieux concilier vie professionnelle et fourniture de soins aux membres de leur famille (par ex. congés pour tâches d'assistance). Ces mesures permettraient de réaliser d'importants gains d'efficacité étant donné que près de 30 pour cent des capacités d'accueil des EMS sont dépassées à l'heure actuelle, comme l'indiquent les chiffres de l'Office fédéral de la santé publique. Par ailleurs, eu égard aux nombreux systèmes de financement des SLD (AOS, cantons, PC AVS, API AVS, ménages), la centralisation du financement (par ex. sous la forme d'une assurance de soins) favoriserait une meilleure gestion des coûts et clarifierait les responsabilités dans les SLD²⁵.

25 Dans un rapport récent répondant à un postulat, le Conseil fédéral a examiné plusieurs réformes possibles du financement des soins, notamment la création d'une assurance obligatoire (Conseil fédéral, 2016).

S'articulant autour du remplacement des forfaits journaliers par des forfaits par cas liés au diagnostic, la réforme de 2012 relative au financement hospitalier améliore les mesures d'encouragement destinées à accroître l'efficacité dans le domaine stationnaire, tandis que la rémunération des prestations individuelles reste de mise dans le secteur ambulatoire. Or ce mode de financement induit intrinsèquement une augmentation des volumes. En particulier, l'obsolète TARMED ne tient pas suffisamment compte des progrès technologiques réalisés dans les soins ambulatoires, de sorte que les prestations techniques y sont nettement surévaluées. Un mécanisme dynamique adaptant ces tarifs aux progrès de la médecine contribuerait à atténuer la hausse des volumes et des coûts.

En outre, une évaluation systématique du rapport entre les coûts et l'utilité des technologies médicales (procédure, médicaments, thérapies), également appelée *health technology assessment*, peut accroître les gains d'efficacité dans la couverture

des besoins en matière de santé. Par exemple, les procédures, les médicaments et les thérapies inefficaces ne sont à l'heure actuelle ni identifiés systématiquement ni exclus de l'AOS.

Une étude de l'Observatoire suisse de la santé montre que le système de santé suisse aura un besoin accru de main-d'œuvre d'ici à 2030 en raison de l'évolution démographique et du vieillissement du personnel de santé actuel (Jaccard et al., 2009)²⁶. La situation risque de s'aggraver encore compte tenu du taux de fluctuation élevé de ces effectifs et d'une évolution démographique similaire dans les pays voisins. Une planification clairvoyante des effectifs et, partant, la formation d'un nombre suffisant de professionnels de la santé sont nécessaires pour maîtriser les coûts et maintenir le niveau de couverture. Si aucune mesure n'est prise, la pression pourrait s'accroître sur les salaires, ce qui amplifierait l'effet Baumol sur le système de santé, et les soins pourraient être limités en raison d'une pénurie de personnel.

26 Les auteurs de l'étude estiment qu'il faudrait recruter entre 120 000 et 190 000 personnes d'ici à 2030. Près d'un tiers de ces effectifs répond à une hausse des besoins en prestations de santé et en soins en raison du vieillissement croissant de la population. Jaccard et al. (2009) s'appuient cependant sur des scénarios démographiques plus anciens dans lesquels l'OFS prévoit une immigration nette plus faible.

Bibliographie

- Acemoglu, D., Finkelstein, A. et Notowidigdo, M. (2013), Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks, *Review of Economics and Statistics*, 95(4), pp. 1079 à 1095
- Administration fédérale des finances (2015), Statistique financière 2013 de la Suisse, rapport annuel
- AWG, Ageing Working Group of the Economic Policy Committee and European Commission (2015), The 2015 Ageing Report, *European Economy*, 03/2015
- Baltagi, B. H. et Moscone, F. (2010), Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data. *Economic Modelling*, 27(4), pp. 804 à 811
- Bates, L. J. et Santerre, R. E. (2013), Does the US Health Care Sector Suffer From Baumol's Cost Disease? Evidence from the 50 States, *Journal of Health Economics*, 32(2), pp. 386 à 391
- Baumol, W. J. (1967), Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review*, 57(3), pp. 415 à 426
- Braendle, T. et Colombier, C. (2016), What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012, *Health Policy*, 120(9), pp. 1051 à 1060
- Breyer, F. et Felder, S. (2006), Life Expectancy and Health Care Expenditures: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying. *Health Policy*, 75(2), pp. 178 à 186
- Breyer, F., Lorenz, N. et Niebel, Th. (2015), Health Care Expenditures and Longevity: Is There a Eubie Blake Effect? *European Journal of Health Economics*, 16, pp. 95 à 112
- Colombier, C. (2016), Population Aging in Healthcare – A Minor Issue? FiFo Discussion Paper n° 16-3, institut de recherches financières de l'Université de Cologne
- Colombier, C. (2017), Drivers of Health Care Expenditure: What Role Does Baumol's Cost Play? Forthcoming in *Social Sciences Quarterly*
- Colombier, C. et Weber, W. (2008), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050, document de travail n° 10 de l'AFF, Administration fédérale des finances, Berne

- Colombier, C. et Weber, W. (2011), Projecting Health-care Expenditure for Switzerland: Further Evidence against the 'Red-herring' Hypothesis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26, pp. 245 à 263
- Colombier, C. (2012), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, document de travail n° 19 de l'AFF, Administration fédérale des finances, Berne
- Conseil fédéral (2012), Scénarios prévisionnels de la santé. Extrait du rapport sur le plan financier 2013-2015 de la législature, paragraphe 9.1.2. et annexe 7
- Conseil fédéral (2016), État des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée. Rapport du Conseil fédéral donnant réponse aux postulats 12.3604 Fehr Jacqueline du 15 juin 2012, 14.3912 Eder du 25 septembre 2014 et 14.4165 Lehmann du 11 décembre 2014, Berne, mai 2016
- Costa-Font, J., Gemmill, M. et Rubert, G. (2011), Biases in the Healthcare Luxury Good Hypothesis?: A Meta-Regression Analysis, *Journal of the Royal Statistical Society*, 174(1), pp. 95 à 107
- Credit Suisse (2013), Système de santé suisse 2013. Le marché hospitalier en mutation. *Swiss Issues Branches*, Zurich, août 2013
- Credit Suisse (2015), Système de santé suisse 2015. L'avenir du marché des homes médicalisés. *Swiss Issues Branches*, Investment Strategy & Research, Economic Research, Zurich, juin 2015
- Crivelli, L., Filippini M. et Mosca, I. (2006), Federalism and Regional Healthcare Expenditure: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons. *Health Economics Letters*, 15(5), pp. 535 à 541
- De la Maisonneuve, C. et Oliveira Martins, J. (2014), The Future of Health and Long-Term Care Spending, *OECD Journal: Economic Studies*, 2014(1), pp. 61 à 96
- Département fédéral des finances (2016), Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse 2016, Administration fédérale des finances, Berne
- Felder, S. (2013), Managing the Healthcare System: The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure, *CESifo DICE Report* 1/2013, pp. 3 à 6

- Fries, J.F. (1980), Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, *The New England Journal of Medicine*, 303(3), pp. 130 à 135
- Fries, J.F. (1989), The Compression of Morbidity: Near or Far?, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67(2), pp. 208 à 232
- Gerdtham, U.G. et Jönsson, B. (2000), International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis, in: Cuyler, A.J., Newhouse, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, North Holland, pp. 11 à 53
- Glied, S. et Smith, P. (2013), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press
- Gregersen, F. (2014), The Impact of Ageing on Health Care Expenditure: A Study of Steepening. *European Journal of Health Economics*, 15, pp. 979 à 989
- Gruenberg, E.M. (1977), The Failure of Success, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), pp. 3 à 24
- Hartwig, J. (2008), What Drives Health Care Expenditure? - Baumol's Model of Unbalanced Growth Revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), pp. 603 à 623
- Hartwig, J. et Sturm, J.E. (2014), Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36), pp. 4455 à 4474
- Hsiao, W. et Heller, P.S. (2007), What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? Fonds monétaire international, Working Paper n° 07/13
- Jaccard Ruedin, H. et Weaver, F. (2009), Ageing Workforce in an Ageing Society. Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030? Careum Working Paper 1, Observatoire suisse de la santé
- Manton, K.G. (1982), Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60(2), pp. 183 à 244
- Martin, J.J., M., del Amo Gonzalez, M.P.L. et Garcia, D.C. (2011), Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure. *Applied Economics*, 43(1), pp 19 à 46
- Medeiros, J. et Schwierz, C. (2013), Estimating the Drivers and Projecting Long-term Public health expenditure in the European Union: Baumol's «cost disease» revisited, *European Economy, Economic Papers* n° 507

- Moog, S., Raffelhüschen, B. et Weisser, V. (2014), Prévoyance vieillesse et bilan intergénérationnel de la Suisse. Report du fardeau sur les générations futures. UBS, Zurich
- Moscone, F. et Tosetti, E. (2010), Health Expenditures and Income in the United States. *Health Economics*, 19, pp. 1385 à 1403
- Office fédéral de la statistique (2015a), Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045, Neuchâtel
- Office fédéral de la statistique (2015b), Coûts et financement du système de santé selon les prestations et les régimes de financement 2013
- Office fédéral de la statistique (2016), Coût du système de santé depuis 1960, Neuchâtel
- Polder, J.J., Barendregt, J. et van Oers, H. (2006), Health Care Costs in the Last Year of Life - The Dutch Experience, *Social Science and Medicine*, 63(7), pp. 1720 à 1731
- Reich, O., Weins, C., Schusterschnitz, C. et Thöni, M. (2012), Exploring the Disparities of Regional Healthcare Expenditures in Switzerland: Some Empirical Evidence. *European Journal of Health Economics*, 13, pp. 193 à 202
- Rice, Th. (2003), The Economics of Health Reconsidered, Health Administration Press, Chicago
- Smith, S.D., Newhouse, J.P. et M.S. Freeland (2009), Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*, 28(5), pp. 1276 à 1284
- Stearns, S.C. et Norton, C. (2004), Time to Include Time to Death? The Future of Health Care Expenditure Projections, *Health Economics*, 13(4), pp. 315 à 327
- Suhrcke, M., McKee, M., Stuckler, D., Sauto Arce, R., Tsoлова, S. et Mortensen, J. (2006), The Contribution of Health to the Economy in the European Union, *Public Health*, 120, pp. 994 à 1001
- Van Baal, P.H. et Wong, A. (2012), Time to Death and the Forecast of Macro-level Health Care Expenditure: Some Further Considerations. *Journal of Health Economics*, 31, pp. 876 à 887
- Vatter, A. et Ruefli, C. (2003), Do Political Factors Matter for Health-care Expenditure? A Comparative

Bibliographie

Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3), pp. 301 à 323

Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pelligrini, S. et Jeanrenaud, C. (2008), Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Zweifel, P., Felder, S. et Meiers, M. (1999), Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8(6), pp. 485 à 496

Annexe tableaux

Tableau A1: Indicateurs de l'évolution démographique et économique

	2015	2030	2045
Indicateurs de l'évolution démographique pris en compte dans le scénario de référence de l'OFS (A-00-2015)			
Population résidente permanente (en millions)	8339,5	9541,5	10 176,1
Solde migratoire	80 000	60 000	30 000
Solde migratoire dans le scénario migration*	90 000	80 000	40 000
Nombre moyen d'enfants par femme	1,51	1,56	1,58
Espérance de vie à la naissance			
Hommes	81,2	84,2	86,2
Femmes	85,1	87,6	89,4
Rapport de dépendance des personnes âgées**	29,1 %	39,6 %	48,1 %
Rapport de dépendance des jeunes	32,3 %	34,3 %	33,9 %
Rapport de dépendance effectif des personnes âgées***	36,1 %	48,3 %	58,2 %
Taux d'activité des 15-64 ans	84,0 %	83,7 %	83,9 %
Population active en EPT (en milliers)	4158.0	4500.0	4626.0
Évolution économique	2020-2045****		
Taux de croissance de la productivité du travail	1,2 %		
Taux de croissance moyen de la population active	0,3 %		
Taux d'intérêt réel (à long terme)	1,5 %		
Renchérissment	1,0 %		
Taux d'intérêt nominal (taux réel + renchérissement)	2,5 %		

* La variation du solde migratoire dans le scénario migration (A-06-2015) modifie également d'autres indicateurs (par ex. population résidente et population active) par rapport au scénario de référence. Le taux de croissance moyen de la population active est par exemple de 0,5 pour cent dans le scénario fondé sur un solde migratoire positif. Une présentation détaillée figure dans l'étude de l'OFS (2015a).

** Rapport de dépendance des personnes âgées: rapport entre le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et le nombre de personnes en âge de travailler.

*** Rapport de dépendance effectif des personnes âgées: rapport entre le nombre de personnes de plus de 65 ans et la population active (en EPT).

**** Avant cette période, ce sont les indicateurs du plan financier de la législature qui s'appliquent (voir perspectives à long terme 2016, chap. 2).

Tableau A2: Dépenses de santé (en % du PIB) ventilées par domaine et par contributeur selon le scénario de référence

Echelon	2013	2030		2045	
		Niveau	Écart 2013-2030	Niveau	Écart 2013-2045
Système de santé, total	10.8	12.2	+1.4	14.0	+3.2
Santé hors soins de longue durée	8.6	9.3	+0.7	9.9	+1.3
Soins de longue durée	1.6	2.3	+0.7	3.4	+1.8
Contributeurs					
État (y c. assurances sociales)	3.5	4.2	+0.7	5.0	+1.5
Confédération	0.4	0.5	+0.1	0.5	+0.1
Cantons	2.4	2.9	+0.5	3.5	+1.1
Communes	0.3	0.4	+0.1	0.5	+0.2
AVS/AI*	0.4	0.3	-0.0	0.4	+0.0
<i>Santé hors soins de longue durée</i>	2.4	2.7	+0.4	3.0	+0.6
Confédération	0.4	0.5	+0.1	0.5	+0.1
Cantons	1.9	2.1	+0.3	2.3	+0.5
Communes	0.1	0.1	+0.0	0.1	+0.0
SLD	0.8	1.2	+0.4	1.7	+0.9
Confédération	-	-	-	-	-
Cantons	0.5	0.8	+0.2	1.1	+0.6
Communes	0.2	0.3	+0.1	0.4	+0.2
API AVS	0.1	0.1	+0.0	0.2	+0.1
Assurance obligatoire des soins (AOS)**	3.3	3.7	+0.4	4.1	+0.8
Santé hors soins de longue durée	2.9	3.1	+0.2	3.4	+0.5
SLD	0.3	0.4	+0.1	0.6	+0.3
Autres dépenses**	4.0	4.3	+0.3	4.8	+0.9
dont: ménages****	2.6	2.9	+0.3	3.3	+0.7

* API AVS/AI, contributions de l'AVS/AI à des prestations médicales et des appareils thérapeutiques.

** Sans la contribution des administrations publiques à la RIP, celle-ci étant incluse dans les dépenses de l'État.

*** Les «autres dépenses» recouvrent les dépenses des ménages, de l'AOS (Suva et assurance militaire), des assurances complémentaires et des fondations privées ainsi que les dépenses effectuées par l'État au titre des prestations complémentaires à l'AI non liées au vieillissement.

**** Participation aux coûts de l'AOS et paiements directs (out of pocket [OOP]). Participation aux coûts extrapolée en fonction des projections relatives aux dépenses de l'AOS. L'extrapolation relative aux OOP se fonde sur les estimations concernant la répartition des dépenses en 2013, soit 34 pour cent pour les prestations ambulatoires hors soins de longue durée et 19 pour cent pour les prestations stationnaires incluant ces soins. Les autres dépenses (en particulier soins dentaires) ont été extrapolées sur la base du PIB.

Les dépenses pour les soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans sont comprises dans les dépenses liées à l'ensemble du système de santé.

Annexe

Présentation formelle de la méthode utilisée pour les projections

L'équation ci-après sert de base aux projections concernant les dépenses par membre de la cohorte d'âge j pour l'année t :

$$\frac{D(t, j)}{Pop(t, j)} = \tag{A1.1}$$

$$\underbrace{\left(\frac{12 - \lambda}{12} * \frac{D(0, j - \tau)}{Pop(0, j - \tau)} + \frac{\lambda}{12} * \frac{D(0, j - \tau - 1)}{Pop(0, j - \tau - 1)} \right)}_{\text{Morbidité}} * \underbrace{\prod_{i=1}^t (1 + (1 + \eta(i)) * y(i))}_{\text{Effet durevenu}} * \underbrace{(1 + \mu * \omega)^t}_{\text{Baumol}} * (1 + \pi)^t$$

Explications:

- $t = 1, \dots, 32$ et $0 =$ année de référence
- $D(t, j)$ = dépenses (nominales) dans le secteur de la santé hors soins de longue durée ou dépenses (nominales) pour les SLD par membre de la cohorte d'âge j durant l'année t , avec chaque fois une distinction entre hommes et femmes
- $Pop(t, j)$ = nombre d'hommes ou de femmes de la cohorte d'âge j pendant l'année t selon le scénario de l'OFS A-00-2015 ou A-06-2015 concernant l'évolution démographique
- Morbidité: temps de vie supplémentaire pour la cohorte d'âge j , qui bénéficie d'un meilleur état de santé (morbidité) pendant l'année t que durant l'année de référence:
 - $\tau(t, j)$: nombre d'années passées dans un meilleur état de santé;
 - $\lambda(t, j)$: temps de vie (mesuré en mois) inférieur à un an passé dans un meilleur état de santé;
 - on suppose que l'état de santé s'améliore à partir de 41 ans ($j > 41$) dans le secteur de la santé hors soins de longue durée et à partir de 66 ans ($j > 65$) dans les SLD.
- $y(i)$ = taux de croissance du PIB réel par habitant durant l'année i , $i \leq t$

- $1+\eta(i)$ = élasticité du revenu pendant l'année i , $\eta(i) \geq 0$, $i \leq t$
- π = taux d'inflation à long terme
- ω = taux de croissance à long terme du salaire réel annuel moyen
- μ = paramètre Baumol; $\mu=1$: loi de Baumol déployant pleinement ses effets, donc aucun gain de productivité dans le secteur de la santé; $\mu=0$: effet nul de la loi de Baumol

La **partie de la formule de base (A1.1)** située après le signe = peut être interprétée comme suit:

- Le **premier facteur** décrit la corrélation entre une espérance de vie croissante et une modification de la morbidité d'une cohorte d'âge j durant l'année t . On part ici du principe qu'une augmentation de l'espérance de vie modifiera la probabilité d'être malade ou d'avoir besoin de soins à un âge précis par rapport à l'année de référence. Supposons par exemple que l'espérance de vie des femmes qui ont 50 ans est supérieure de 1 an et 8 mois en 2045 à celle de l'année de référence et que ces femmes passent les années supplémentaires en meilleure santé que leurs consœurs de l'année de référence (scénario *healthy ageing*). En simplifiant, nous pouvons alors considérer que les femmes de 50 ans vivant en 2045 présentent le même état de santé que les femmes qui, durant l'année de référence, ont 1 an et 8 mois de moins, soit 48 ans et 4 mois. Par conséquent, le paramètre de morbidité équivaut à $\tau(32,50) = 1^{27}$. Comme nous ne disposons que des dépenses annuelles par habitant, celles des cohortes auxquelles appartiennent les femmes âgées de 48 et 49 ans durant l'année de référence doivent être pondérées par le nombre de mois. Dans cet exemple, $\lambda(32,50)$ est égal à 8. Ainsi, le profil de dépenses de l'année t se déplace vers la droite par rapport à celui de l'année de référence (voir graphique 2). Ce mode de calcul est appliqué, dans le secteur de la santé hors soins de longue durée, à toutes les cohortes d'âge comprenant les personnes de 41 ans et plus et, dans les SLD, à toutes les cohortes d'âge regroupant les personnes de 65 ans et plus.

27 Étant donné que $t=0$ constitue l'année de référence (2013), $t=32$ correspond à l'année 2045.

- Le **deuxième facteur** décrit l'effet qu'une hausse du revenu national exerce sur l'offre et la demande, cet effet étant, selon les hypothèses, limité aux dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée. Si $\eta > 0$, on suppose alors qu'une augmentation du PIB réel par habitant se répercutera d'une manière supérieure à la moyenne sur les dépenses par membre d'une cohorte d'âge. Comme les dépenses par habitant sont exprimées sous la forme de valeurs nominales, le taux d'inflation π est également pris en compte. Dans les deux cas, le profil de dépenses d'une année t quelconque se déplace vers le haut par rapport au profil de dépenses de l'année de référence (voir graphique 2).
- Le **troisième facteur** est l'effet Baumol, qui déploie ses effets sur les prix au niveau de l'offre. On suppose à cet égard que la croissance du salaire (réel) a la même influence dans le secteur de la santé (ou dans une partie de celui-ci) que dans l'ensemble de l'économie. De plus, la croissance moyenne du salaire réel observée au niveau national correspond aux gains de productivité. Si aucun gain de productivité n'est réalisé dans le secteur de la santé, l'effet Baumol est maximal, et μ est égal à 1. La progression du salaire se reflète alors intégralement sur les prix et entraîne un taux d'inflation supérieur à la moyenne dans le secteur de la santé. Si $0 < \mu < 1$, l'effet Baumol peut être considéré comme partiel, car les gains de productivité sont certes positifs dans le secteur de la santé, mais inférieurs à ceux qui sont obtenus sur le plan national. La hausse des salaires ne se répercute donc pas entièrement sur les prix.

Les dépenses totales pour l'année t sont calculées une fois que les dépenses par membre d'une cohorte d'âge j ont été déterminées pour chaque année t . Pour ce faire, les dépenses par membre d'une cohorte d'âge sont d'abord multipliées par le nombre de personnes composant la cohorte d'âge concernée, puis on additionne le résultat obtenu pour chaque cohorte d'âge [voir équation (A1.2)]. Cette opération est exécutée de manière distincte pour les hommes et pour les femmes. On obtient ensuite les dépenses totales de santé.

$$D(t) = \sum_j \frac{D(t, j)}{Pop(t, j)} * Pop(t, j) \quad (A1.2)$$

Documents de travail de l’AFF

Nouvelle série

(ISSN 1660-8240 resp. -7937 (Internet))

Nr. 21: Brändle, Th., Colombier, C. (2017) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045

Nr. 20: Braendle, T., Colombier, C. (2015) What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970–2012

Nr. 19: Colombier, C. (2012) Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060.

Nr. 18: Bruchez, P-A., Schlaffer, B. (2012) Endettement public excessif: mieux vaut prévenir que guérir

Nr. 17: Geier, A. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 2: Eine empirische Untersuchung für die Schweiz.

Nr. 16: Colombier, C. (2011) Konjunktur und Wachstum – Teil 1: Eine Betrachtung aus theoretischer Sicht.

Nr. 15: Geier, A. (2011) The debt brake – the Swiss fiscal rule at the federal level.

Nr. 14: Geier, A. (2010), Ökonomische Blasen: thematische Übersicht und gegenwärtige Lage in der Schweiz.

Nr. 13: Zeller, R., Geier, A. (2010), Auswirkung eines inflationsbedingten Zinsanstiegs auf die Altersvorsorge – Überlegungen im Zusammenhang mit der aktuellen Finanzkrise.

Nr. 12: Bruchez, P.A (2010), Quatre questions concernant la conception des subventions – Privé versus public, libre choix, politique de l’arrosoir, subventionner les bénéficiaires ou les institutions?

Nr. 11: Bruchez, P.A., Colombier, C., Geier, A., Schlaffer, B. et A. Rey (2009), Politique conjoncturelle de la Confédération.

Nr. 10: Colombier, C. und W. Weber (2008), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050.

Nr. 9: Bruchez, P.A., Colombier, C. und W. Weber (2005), Bundeshaushalt und Inflation.

Nr. 8: Bruchez, P.A. et Ch. Schaltegger (2005), International Tax Competition and Trends in Tax Policy: Some Implications for Switzerland.

Nr. 7: Bruchez, P.A. et D.S Gerber (2004), Sensibilité du 2^{ème} pilier aux chocs inflationnistes – Une discussion qualitative.

Nr. 6: Fischer, R. (2004), Die Unterschiede in der Steuerbelastung der Kantone – Eine Analyse auf der Basis eines mikroökonomischen Haushaltsmodells.

Nr. 5: Geier, A. (2004), Application of the Swiss Fiscal Rule to Artificial Data.

Nr. 4: Colombier, C. (2004), Government and Growth.

Nr. 3: Bruchez, P.A., Gisiger, M. und W. Weber (2004), Die Schweizer Finanzmarktinfrastruktur und die Rolle des Staates.

Nr. 2: Colombier, C. (2004), Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec, überarbeitete Version. (ursprüngliche Version: Nr. 1/2003)

Nr. 1: Weber, W. (2004), Der «Index of Deflation Vulnerability» des IWF – Eine Analyse für die Schweiz.

Vieille série

Nr. 7/2003: Bodmer, F., Eine Analyse der Einnahmenschwankungen.

Nr. 6/2003: Bodmer, F. and A. Geier, Estimates for the Structural Deficit in Switzerland 2002 to 2007.

Nr. 5/2003: Colombier, C., Der Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Schweizer Bundeseinnahmen.

Nr. 4/2003: Bruchez, P. A., Will the Swiss fiscal rule lead to stabilisation of the public debt?

Nr. 3/2003: Bruchez, P. A., A modification of the HP Filter aiming at reducing the end point bias.

Nr. 2/2003: Bruchez, P. A., Réexamen du calcul du coefficient k.

Nr. 1/2003: Colombier, C., Eine Neubewertung der Schuldenbremse; unter Mitarbeit von: F. Bodmer, P. A. Bruchez, A. Geier, T. Haniotis, M. Himmel, U. Plavec. (überarbeitete Version: Nr. 2, neue Reihe)

Nr. 3/2002: Colombier, C., Der «Elchtest» für den Sondersatz der Mehrwertsteuer in der Hotellerie.

