

## Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2050: vieillissement de la population et crise du coronavirus

Thomas Brändle  
Carsten Colombier



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, Carsten Colombier  
Bundesgasse 3  
CH-3003 Berne Schweiz

E-Mail [thomas.braendle@efv.admin.ch](mailto:thomas.braendle@efv.admin.ch), [carsten.colombier@efv.admin.ch](mailto:carsten.colombier@efv.admin.ch)  
Internet [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch)  
<https://www.efv.admin.ch/workingpaper>

Mise en page Webteam AFF, SPK  
ISSN 1660-7937  
Versions de langues Allemand, Français et Anglais

# Table des matières

Liste des abréviations	5
Résumé	7
1 Introduction	8
2 Bases des projections	11
2.1. Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé	11
2.2. Scénarios	14
2.3. Méthode de projection	16
2.4. Dépenses de santé dans les années de la pandémie de coronavirus	20
3 Projections relatives aux dépenses de santé	21
3.1. Dépenses totales de santé	21
3.2. Dépenses publiques de santé	23
3.3. Dépenses de l'assurance obligatoire des soins	31
3.4. Conclusions sur les projections des dépenses	33
3.5. Comparaison avec d'autres études	35
4 Scénario politique: objectifs de coûts pour l'AOS	38
5 Conclusions	43
Bibliographie	45
Annexe: tableaux	51
Annexe: formule	53



# Liste des abréviations

<b>AFF:</b>	Administration fédérale des finances, DFF
<b>AI:</b>	Assurance invalidité
<b>AOS:</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>API AI:</b>	Allocation pour impotent de l'AI
<b>API AVS:</b>	Allocation pour impotent de l'AVS
<b>AVS:</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>AWG:</b>	Ageing Working Group de l'Union européenne (Comité de politique économique et Commission européenne – Direction générale des affaires économiques et financières)
<b>DFF:</b>	Département fédéral des finances
<b>DFI:</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>DRG:</b>	Diagnosis-Related Groups, c'est-à-dire forfaits par cas liés aux prestations; le système suisse des forfaits par cas s'appelle Swiss DRG
<b>EPT:</b>	Équivalents plein temps
<b>LAMal:</b>	Loi sur l'assurance maladie
<b>Obsan:</b>	Observatoire suisse de la santé
<b>OCDE:</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OFS:</b>	Office fédéral de la statistique, Département fédéral de l'intérieur
<b>OFSP:</b>	Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur
<b>PC:</b>	Prestations complémentaires
<b>PIB:</b>	Produit intérieur brut
<b>RIP:</b>	Réduction individuelle de primes
<b>SLD:</b>	Soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus
<b>UE:</b>	Union européenne



# Résumé

Déjà avant la crise du coronavirus, la forte croissance des dépenses de santé mettait en question la durabilité des finances publiques. La pandémie a accru ces préoccupations et souligné, en outre, l'importance de la résilience des systèmes de santé. Afin de montrer la nécessité d'agir dans le secteur de la santé du point de vue de la politique économique, le présent document de travail établit des projections de dépenses jusqu'en 2050. Celles-ci tiennent compte des conséquences financières de la crise du coronavirus et du vieillissement attendu de la population. Elles montrent que, si les dépenses de santé liées au coronavirus ont grevé les finances publiques à court terme, le vieillissement de la population exercera, jusqu'en 2050, une pression durable et croissante sur les finances publiques et l'assurance-maladie obligatoire. Cependant, à moyen et à long terme, les dépenses de santé ne seront pas seulement soumises à la pression du changement démographique mais aussi à celle de facteurs non démographiques tels que la hausse des revenus, le progrès médical et la maladie des coûts de Baumol. Les projections suggèrent en outre que les soins de longue durée connaîtront une croissance des coûts plus élevée que le reste du secteur de la santé. Les analyses de sensibilité montrent que la plus forte pression sur les coûts repose sur des hypothèses alternatives concernant les facteurs de coûts non démographiques. Un scénario politique examine en outre les effets de modération des coûts des objectifs de coûts pour le secteur de la santé.

Mots-clés: croissance des dépenses de santé, vieillissement de la population, projections à long terme, durabilité, finances publiques, assurance-maladie, objectifs de coûts, maladie des coûts de Baumol

Code JEL: H51, I13, I18

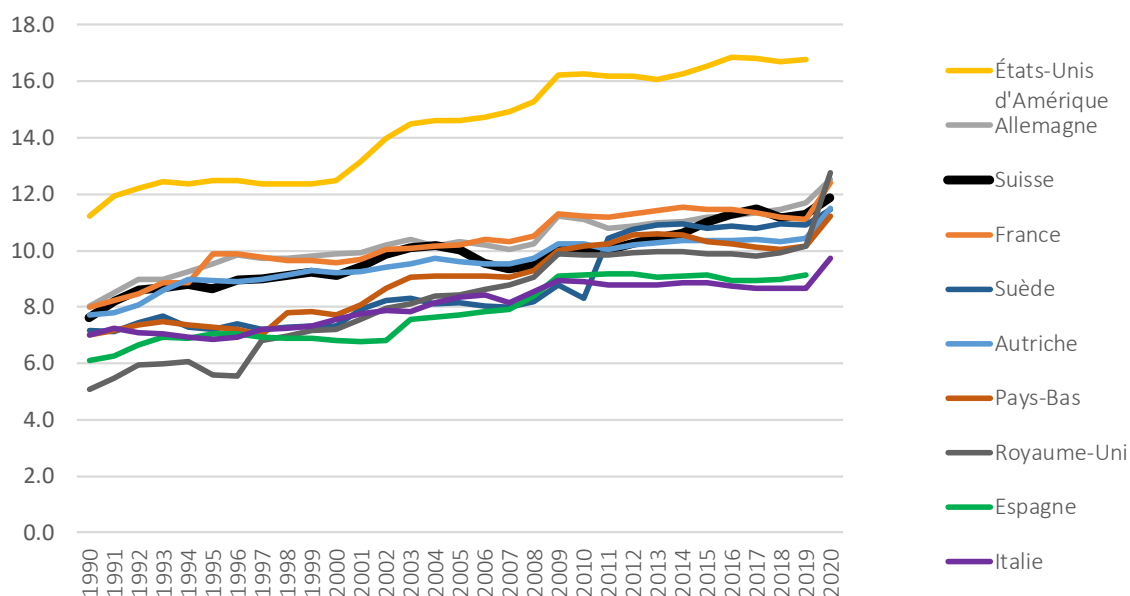
# 1 Introduction

La pandémie de COVID-19 a montré que, pour les systèmes de santé, les défis s'accroîtront vraisemblablement à l'avenir. Un système de santé de haute qualité doit être accessible à tous et être performant et résilient dans les périodes de crise. À cet effet, il faut qu'il soit en mesure de réagir à diverses tendances telles que le vieillissement de la population ou le progrès de la médecine. Il est également indispensable que la politique de santé se prépare aux crises sanitaires potentielles, telles que des épidémies à répétition, des résistances aux antimicrobiens ou les effets du changement climatique.

La question de la capacité à financer durablement le système de santé constitue un élément important d'une politique prévoyante. Déjà avant le COVID-19, la majorité des pays de l'OCDE ont identifié la pression persistante des dépenses du système de santé comme l'un des défis capitaux pour la politique économique des prochaines décennies. La pandémie a donné encore plus d'importance à la question de la capacité à financer durablement le secteur de la santé, en mettant un accent supplémentaire sur la résilience (voir OCDE, 2021).

Déjà avant la crise du coronavirus, les dépenses de santé avaient beaucoup augmenté dans de nombreux pays développés (cf. graphique 1). En Suisse, elles se sont accrues de 7,6 % du produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 11,3 % en 2019. On retrouve une dynamique semblable en Allemagne et en France. Les pays consacrent donc une part sans cesse croissante de leurs revenus à la santé. En 2020, les dépenses supplémentaires de santé dues au coronavirus et l'effondrement simultané de la performance économique ont accentué cette évolution.

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



Source: OCDE

Note: dans quelques pays, des données comparables au niveau international ne sont pas disponibles pour l'année 2020.



Indépendamment des dépenses de santé supplémentaires dues à la pandémie, une population vieillissante a davantage recours aux prestations en matière de santé et 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 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). 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. D'autres éléments jouent un rôle tout aussi important. On peut citer par exemple les progrès de la médecine ou les exigences de la population croissant en fonction du niveau de revenu. Tous ces facteurs contribuent à la haute complexité du secteur de la santé, qui englobe une multitude d'acteurs et les incitations à la hausse des dépenses en lien avec ceux-ci.

Comme la forte dynamique des dépenses et la charge de financement qui y est liée constituent un champ d'action de la politique économique et financière dont l'importance augmente, la santé est également prise en considération dans les calculs de durabilité des finances publiques (AWG 2021, DFF 2021). Les présentes projections approfondissent les perspectives à long terme et mettent en évidence dans le contexte de la crise du coronavirus 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 à montrer par quel biais la politique sanitaire peut influencer sur l'évolution des dépenses en Suisse.

Les projections se caractérisent par de grandes incertitudes liées 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. Elles 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 (no policy change). En d'autres termes, elles indiquent la façon dont les dépenses de santé augmenteront compte tenu des hypothèses retenues, si aucune mesure n'est prise.

Outre les conséquences immédiates du vieillissement de la population, différentes hypothèses portant sur l'état de santé (morbidité) en cas d'allongement de l'espérance de vie occupent une place importante. Il faut en outre mettre en évidence les effets d'importants facteurs de coûts non démographiques. La relation entre l'évolution du revenu national et la croissance des dépenses de santé est prise en considération. Les effets sur la demande et, aussi, sur l'offre, tels que les exigences de la population et le progrès médical, sont pris en compte par le biais de l'élasticité du revenu. Il faut en outre observer que l'évolution des prix dans le secteur de la santé est supérieure à celle de l'économie, ce qui peut être imputé à des inefficiences ou à la maladie des coûts de

---

1 Concernant le dysfonctionnement des marchés 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.

Baumol, qui décrit le rapport entre l'accroissement de la productivité, présumé faible, et l'évolution des prix dans le secteur de la santé.

Le scénario de référence des présentes projections montre que les dépenses consacrées au secteur de la santé dans son ensemble passeront de 11,3 % du PIB durant l'année de référence (2019) à 15 % du PIB en 2050. Les dépenses consacrées aux soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD) augmentent nettement plus vite que les dépenses de santé dans lesquelles ces soins ne sont pas pris en compte jusqu'en 2050. Pour les finances publiques, les dépenses pour les soins de longue durée sont, proportionnellement, plus importantes que pour le secteur de la santé dans son ensemble. Dans le scénario de référence, les dépenses publiques de santé (y c. RIP) augmentent de 3,8 % du PIB en 2019 à 5,1 % du PIB en 2050. La hausse des dépenses est principalement à la charge des cantons. Pour la Confédération, les dépenses supplémentaires dues au coronavirus entrent en ligne de compte à court terme. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (sans RIP et sans participation aux coûts), on peut également observer une croissance des dépenses de 3,6 % à 4,9 % du PIB en 2050.

Le chapitre 2 présente les bases des projections des dépenses. Le chapitre 3 expose les résultats des projections relatives au secteur de la santé en général, aux administrations publiques et à l'AOS. Sur cette base, il attire l'attention sur les ajustements possibles de la politique sanitaire. Par ailleurs, ces résultats sont comparés à ceux des études précédentes ainsi qu'à ceux des travaux de l'OCDE et de l'Union européenne (UE). Le chapitre 4 se concentre sur la question de la maîtrise des coûts et présente un scénario politique qui expose les conséquences des objectifs de coûts dans l'AOS sur la base des projections des dépenses pour le secteur de la santé.

## 2 Bases des projections

Le présent chapitre examine les facteurs de coûts essentiels à moyen et à long terme dans le secteur de la santé et décrit les différents scénarios envisageables. Il expose ensuite les hypothèses relatives à l'évolution démographique et économique et présente la méthode de projection utilisée. Enfin, il traite brièvement de la façon de prendre en considération l'évolution des coûts du secteur de la santé au cours des années de pandémie de coronavirus.

### 2.1. Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé

La littérature spécialisée considère que les principaux déterminants structurels 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, la variation des prix relatifs ainsi que les conditions institutionnelles, telles que la couverture d'assurance de la population. Or la relation entre ces déterminants et les dépenses de santé est souvent floue.<sup>2</sup>

#### 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 augmente.

Trois 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). L'état de santé de la population se péjore. 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 augmente alors plus fortement 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 de la morbidité, on a élaboré plusieurs scénarios incluant diverses hypothèses sur cette évolution.

#### Évolution du revenu, progrès de la médecine et effet Baumol

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. augmentation des exigences de la population).

Étant donné qu'il est très difficile de quantifier empiriquement les progrès de la médecine (voir Marino et Lorenzoni, 2019), 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

2 Pour obtenir un aperçu, voir Martín et al. (2011), de la Maisonneuve et Oliveira Martins (2014), Gerdtham et Jönsson (2000), ainsi que de la Maisonneuve et al. (2016).

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). Dans ce contexte, Chandra et Skinner (2012) soulignent que les progrès médicaux peuvent être convertis en gains de productivité si les innovations ont un bon rapport prix-avantages et que le recours aux nouveaux procédés n'est pas excessif. Toutefois, des traitements plus complexes peuvent simultanément ralentir la croissance de la productivité et entraîner une hausse des coûts.

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'assurés. 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.

Des travaux empiriques antérieurs suggèrent que les prestations de santé constituent un bien nécessaire au niveau individuel et un produit de luxe au niveau agrégé (voir Gerdtham et Jönsson, 2000). Il n'existe cependant pas de consensus clair sur le niveau de l'élasticité du revenu au niveau agrégé. 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 des liens de causalité peu clairs ou le biais dû à l'omission de déterminants importants. Ces études suggèrent le plus souvent une élasticité du revenu un peu inférieure à 1<sup>3</sup>. Dans une perspective de comparaison internationale, on évoque également une répartition en cloche des élasticités du revenu en fonction du niveau de développement des pays, si bien que, pour les pays ayant un PIB élevé et ceux qui ont un PIB bas, il faut s'attendre à des élasticités du revenu plutôt faibles.

Pour la Suisse, Colombier (2018) montre, dans une analyse de séries temporelles, une corrélation positive partielle de l'ensemble des dépenses de santé et du revenu national, dont l'élasticité du revenu est proche de 1. Pour des données de panels concernant la période 1970–2012, Brändle et Colombier (2016) trouvent une corrélation robuste partielle entre le revenu et les dépenses de santé des cantons, ce qui concorde avec les résultats de la littérature scientifique la plus récente. Selon leurs estimations, l'élasticité du revenu est comprise entre 0,7 et 0,8. Vatter et Rueffli (2003), qui examinent les déterminants des dépenses de santé pour un échantillon de cantons et de communes pour les années 1994 à 1999, trouvent 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), de même que Reich et al. (2012) se sont penchés sur le total obtenu après addition des dépenses de

---

3 Voir Baltagi et al. (2017), Baltagi et Moscone (2010), Hartwig et Sturm (2014), de la Maisonneuve et Oliveira Martins (2014) pour les analyses de panel de l'OCDE, Medeiros et Schwierz pour l'Union européenne (2013), Moscone et Tosetti (2010), Acemoglu et al. (2013) et Murthy et Okunade (2016) pour des analyses aux États-Unis ainsi que Costa-Font et al. (2011) pour une analyse de méta-régression.

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), ces études n'ont démontré aucune corrélation positive entre le revenu cantonal et les dépenses de santé.

Le deuxième facteur concerne l'évolution de la productivité dans le secteur de la santé et, partant, la modification des prix relatifs. 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. Appelé effet Baumol (Baumol, 1967), ce phénomène a une importance considérable, principalement pour les soins de longue durée. Des estimations empiriques concernant la Suisse laissent penser que ce phénomène n'est que partiellement observable dans le domaine de la santé (voir Colombier, 2018). 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 a discuté intensivement 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)<sup>4</sup>. 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 survivants.<sup>5</sup>

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.

---

4 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 ex. Zweifel et al. (1999).

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

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 projections 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 décès<sup>6</sup>. 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 (voir de la Maisonneuve et al., 2016).

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. Ainsi, le scénario de référence de l'OFS (A-00-2020) suppose que le taux d'activité des femmes augmentera entre 2020 et 2050. Cependant, comme l'incertitude est élevée, on a renoncé ici à se prononcer sur une tendance claire et durable au remplacement des soins prodigués aux personnes âgées au sein de la famille par des soins institutionnels.

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.

### 2.2 Scénarios

En raison de facteurs d'influence divergents, les scénarios sont établis séparément pour le domaine de la santé hors soins de longue durée et pour celui des soins de longue durée pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Les projections se caractérisent par de grandes incertitudes liées au développement économique, à l'ampleur des effets sur les coûts et à la modélisation de facteurs

---

<sup>6</sup> Voir Felder (2013); Breyer et Lorenz (2021) pour une discussion.

non démographiques influençant le secteur de la santé. Ce dernier point concerne tout particulièrement les progrès de la médecine. C'est pourquoi les scénarios ci-après ont été élaborés pour le domaine de la santé hors soins de longue durée.

- **Scénario de référence:** dans le scénario de référence, la population évoluera jusqu'en 2050 conformément au scénario démographique moyen de l'OFS. En même temps que l'espérance de vie progresse, l'état de santé de la population s'améliore. D'un point de vue médical, cela signifie que, pour chaque année de vie gagnée, les personnes d'une année de naissance donnée «rajeunissent» de six mois et jouissent donc d'une meilleure santé. Par rapport à la progression des revenus, les dépenses consacrées au domaine de la santé hors soins de longue durée augmentent dans une proportion de 1,1 % (élasticité du revenu de 1,1). Cet indicateur révèle les exigences accrues de la population envers le système de santé et les progrès de la médecine, mais aussi l'augmentation du nombre des prestations dont la fourniture n'est pas médicalement indiquée. Dans le secteur de la santé hors soins de longue durée, le renchérissement relatif est supérieur de 50 % à l'inflation générale. Ce renchérissement supérieur à la moyenne s'explique par des tarifs élevés en raison du manque d'efficacité et par la loi de Baumol (effet de prix relatif<sup>7</sup>).
- 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).
- **Scénario effet de prix relatif:** dans le domaine de la santé hors soins de longue durée, on suppose un effet de renchérissement de 75 % et non de 50 %, qui résulte de l'effet de Baumol et des inefficiences tarifaires. Le progrès de la productivité dans ce domaine est ainsi inférieur de 75 % à celui de l'ensemble de l'économie<sup>8</sup>.
- 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. Cela se traduit par une augmentation plus forte des dépenses dans le sillage de la hausse du revenu. À l'instar du scénario correspondant de la Commission européenne, le scénario postulant une pression sur les coûts retient l'hypothèse que l'élasticité du revenu est de 1,4 (voir AWG, 2021).

Les scénarios relatifs aux soins de longue durée 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. L'effet de prix relatif est cependant particulièrement marqué dans les soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus. C'est pourquoi un renchérissement supérieur de 75 % au renchérissement général est en principe attendu dans ce domaine. Celui-ci correspond à la part des coûts de personnel dans les EMS (voir Credit Suisse, 2015). Le scénario effet de prix relatif, dans lequel un effet de prix relatif de 100 % est supposé, constitue une exception. En d'autres termes, le domaine des soins de longue durée ne connaît pas de hausse de productivité dans ce scénario. Par contre, le niveau du revenu n'a aucune incidence sur les soins de longue durée, car les besoins en soins ne sont pas tributaires du revenu. Par conséquent, aucun scénario postulant une pression sur les coûts n'est établi pour les soins de longue durée.

7 En ce qui concerne les inefficiences dans le système suisse de santé, une étude présentée par Brunner et al. (2019) estime le potentiel d'efficacité disponible à 16 – 19 % des prestations prises en charge selon la LAMal.

8 Selon une analyse empirique pour la Suisse, on peut conclure que, considérée isolément, la maladie des coûts de Baumol peut entraîner un effet de renchérissement relatif de 50 % au plus (voir Colombier, 2018).

## 2.3 Méthode de projection

### Hypothèses concernant l'évolution démographique et économique

Comme les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse (DFF, 2021), le présent document analyse l'évolution de la population sur la base du scénario de référence (A-00-2020) que l'OFS a établi pour la période de projection allant de 2020 à 2050 (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 baby-boomers, qui partiront bientôt à la retraite. Toutefois, en raison des données disponibles à la date des calculs, seuls les effets macroéconomiques et de politique financière de la crise du coronavirus ont pu être pris en considération, mais non ses conséquences démographiques. Celles-ci devraient cependant n'avoir que peu d'influence à long terme sur les coûts (voir OFS, 2021b).

L'OFS prévoit une augmentation de la population suisse de 8,7 millions en 2020 à près de 10,4 millions en 2050, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,6 %. La cause en est le solde migratoire positif. Le scénario de référence de l'OFS prévoit un solde migratoire de 50 500 personnes pour 2020. L'immigration nette augmentera à 55 000 personnes jusqu'en 2029, avant de refluer à 35 000 personnes jusqu'en 2040, puis de rester constante jusqu'en 2050. Ce ralentissement de l'immigration à long terme est lié, selon les scénarios démographiques de l'OFS, au recul de la population active dans les pays européens, en raison du faible taux de natalité. La croissance démographique s'affaiblira par conséquent au fil des ans. Alors qu'il table sur un accroissement démographique cumulé de 12,3 % durant les années jusqu'en 2035, le scénario n'indique qu'une progression de 7 % entre 2035 et 2050. Globalement, la relative faiblesse du taux de natalité et la prolongation de l'espérance de vie induisent un vieillissement de la population. De ce fait, le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population en âge d'exercer une activité lucrative, augmente d'un peu moins de 30,4 % en 2019 à 46,5 % en 2050 (voir tableau A1 en annexe).

Les projections relatives aux dépenses impliquent de retenir des hypothèses concernant l'évolution économique (voir tableau A1 en annexe). Il faut distinguer les prévisions à court terme, qui doivent refléter les effets macroéconomiques de la crise du coronavirus, et les projections à long terme. Les projections économiques afférentes à la période postérieure à la pandémie de coronavirus (à partir de 2024) ne prennent pas en considération les fluctuations conjoncturelles, de telle sorte qu'il s'agit de valeurs de tendance, par exemple pour le PIB. Jusqu'en 2021, l'évolution effective du PIB, y compris l'effondrement de 2020 consécutif au coronavirus, est prise en compte. Pour 2022 et 2023, la prévision du groupe d'experts de la Confédération et les paramètres provisoires du plan financier de la Confédération 2024-2026 sont pris en considération (état en mars 2022). Selon ces prévisions, le PIB réel augmente de 1,6 % et la productivité de l'ensemble de l'économie de 1,1 % en moyenne annuelle de 2019 à 2026. À partir de 2027, 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. Il en résulte un taux de croissance annuel du PIB réel de 1,5 % entre 2027 et 2050.



### Projections relatives aux dépenses de santé

Pour les projections, il a été supposé, sauf pour le scénario politique du chapitre 4, que les conditions-cadres politiques du secteur de la santé ne changeraient pas par rapport au statu quo (no policy change). 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 soins de longue durée et les soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD). La catégorie résiduelle 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 dénombre la part des dépenses de santé supportée par les administrations publiques et l'AOS en fonction de ces projections<sup>9</sup>.

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'établissement des présentes projections, les données les plus récentes dataient de 2019. C'est pourquoi cette année sert ici de référence. Pour les administrations publiques, des données relatives aux dépenses de santé sont disponibles, selon les échelons étatiques, jusqu'en 2021. Pour la Confédération et les cantons, les données de la statistique financière publique sont disponibles jusqu'en 2020 et, pour les communes, jusqu'en 2019 (voir AFF, 2021). En outre, au niveau fédéral, des données sur la réduction individuelle des primes (RIP) et sur les dépenses liées à la pandémie figurant dans le compte 2021 ont été utilisées.

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 2050. Ce profil se base sur le scénario dit *healthy ageing*. Pour dénombrer 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. La distinction basée sur le traitement est nécessaire pour les projections relatives aux dépenses 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 prévue 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.

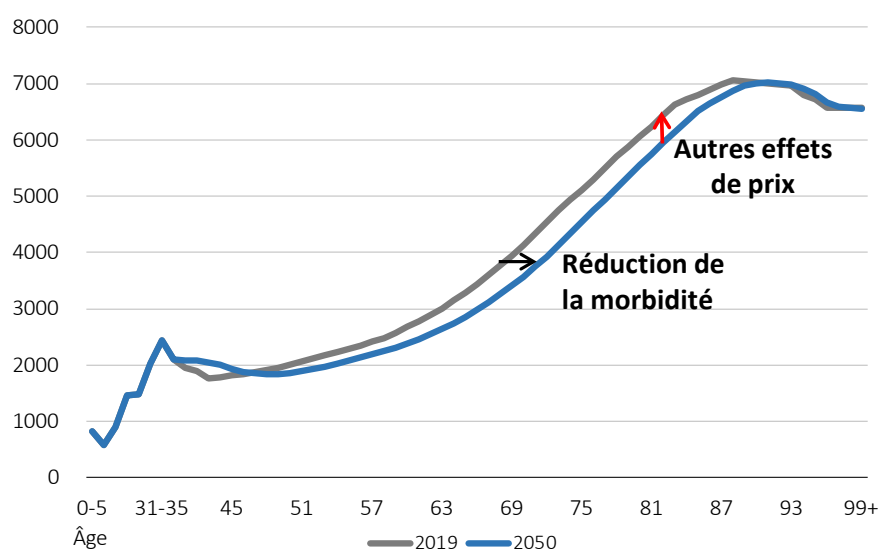
Les dépenses par habitant peuvent presque être considérées comme le prix correspondant à un niveau donné de couverture des besoins de la population en prestations de santé. Elles peuvent être ventilées entre le prix des prestations par patient et l'étendue des prestations (par ex. thérapies, médicaments) par habitant<sup>10</sup>. 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

9 Une description détaillée de la méthode utilisée pour les projections figure dans Colombier (2012). La présentation technique de la méthode de projection peut être consultée dans l'annexe.

10 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.

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.

**Graphique 2: profil des dépenses (en CHF) liées aux traitements ambulatoires reçus par des femmes au cours de l'année de référence et en 2050** (selon le scénario 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 que 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 haut<sup>11</sup>. 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. Les changements concernant la qualité des prestations ne sont pas pris en compte<sup>12</sup>.

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<sup>e</sup> année de vie d'une personne. Cette méthode se justifie par le fait que les dépenses effectuées par personne durant 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 plus. 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.

### Répartition des dépenses de santé durant l'année de référence

En 2019, année de référence, les dépenses de santé sont issues à raison de 80 % du secteur de la santé hors soins de longue durée, de 15 % des soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD) et de 5 % des soins de longue durée pour les personnes de moins de 65 ans (voir tableau A2 en annexe).

Le domaine de la santé hors soins de longue durée comprend les traitements ambulatoires (dans les cabinets médicaux et dans les hôpitaux, la physiothérapie et la psychothérapie, les médicaments, les appareils thérapeutiques, les prestations de soutien telles que les prestations de laboratoires; 53 % des dépenses du domaine concerné), les traitements stationnaires dans les hôpitaux (hôpitaux de soins généraux, hôpitaux psychiatriques, médicaments, appareils thérapeutiques et prestations de soutien telles que le transport et le sauvetage; 32 % des dépenses du domaine concerné), l'administration, la prévention et les traitements dentaires. Les dépenses d'administration et de prévention (8 % des dépenses du domaine concerné) sont extrapolées en fonction du PIB, celles-ci n'étant pas soumises aux mêmes facteurs de coûts que les autres domaines du secteur de la santé. Par simplification, une procédure analogue est appliquée pour les dépenses afférentes aux traitements dentaires (7 % des dépenses de santé hors soins de longue durée), qui sont négligeables pour les dépenses des administrations publiques et de l'AOS.

Les soins de longue durée comprennent les dépenses liées aux prestations stationnaires dans les EMS et aux services ambulatoires d'aide et de soins à domicile. Il faut noter que les soins de longue durée sont répartis entre les soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus et ceux

11 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.

12 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 le 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.

qui sont destinés aux personnes de moins de 65 ans. L'intérêt se porte principalement sur les soins de longue durée pour les personnes de 65 ans et plus. En 2019, année de référence, 81 % des dépenses pour les prestations des EMS et 19 % des dépenses pour les prestations des services d'aide et de soins à domicile concernaient ce domaine.

Les dépenses pour les prestations dues à la pandémie sont attribuées au domaine de la santé hors soins de longue durée, car il s'agit soit de mesures de prévention, par exemple tests COVID-19 et vaccinations contre le coronavirus, soit de traitements aigus, y compris soins, par exemple dans un hôpital.

#### 2.4 Dépenses de santé dans les années de la pandémie de coronavirus

Pour estimer l'évolution des coûts en 2020, on s'est fondé, pour des raisons de disponibilité des données, sur la statistique de l'AOS. Pour 2021, le monitoring de l'évolution des coûts de la santé (MOKKE) a été pris comme base. Cette statistique est publiée avec un faible décalage dans le temps et permet donc, pour le présent rapport, d'estimer l'évolution des coûts pour 2021. Le MOKKE révèle une croissance des coûts de l'AOS supérieure à la moyenne. Cette croissance des coûts est reprise dans les projections pour d'autres dépenses de santé liées à la démographie, telles que les contributions cantonales aux hôpitaux. Font exception les dépenses de santé de la Confédération dues à la pandémie, qui sont prises en considération dans les présentes projections des dépenses pour les années 2020 à 2022 de la façon exposée dans le tableau 1. Il s'agit avant tout de dépenses affectées aux moyens de protection (y c. les vaccins) et aux tests.

Les résultats à disposition n'indiquent pas qu'il faille s'attendre à une hausse ou à une diminution sensible des dépenses pour l'année 2022<sup>13</sup>. C'est pourquoi, à l'exception des dépenses de santé de la Confédération dues à la pandémie, les dépenses du secteur de la santé dépendant de la démographie ont été calculées, dès l'année 2022 et jusqu'en 2050, sur la base du changement démographique et des autres facteurs de coûts centraux pour le secteur de la santé<sup>14</sup>.

**Tableau 1: dépenses de santé de la Confédération liées au COVID-19** (en millions de francs)

	Dépenses effectuées en 2020	Dépenses effectuées en 2021	Moyens approuvés en 2022
<b>Santé</b>	<b>856</b>	<b>2026</b>	<b>2304</b>
Achat de matériel sanitaire, par ex. masques, vaccins, etc.	618	666	550
Prise en charge des coûts des tests COVID	194	1190	1615
Médicaments, charges supplémentaires de l'OFSP, protection de la santé	45	170	139

Source: AFF

<sup>13</sup> Voir Confédération suisse (2021).

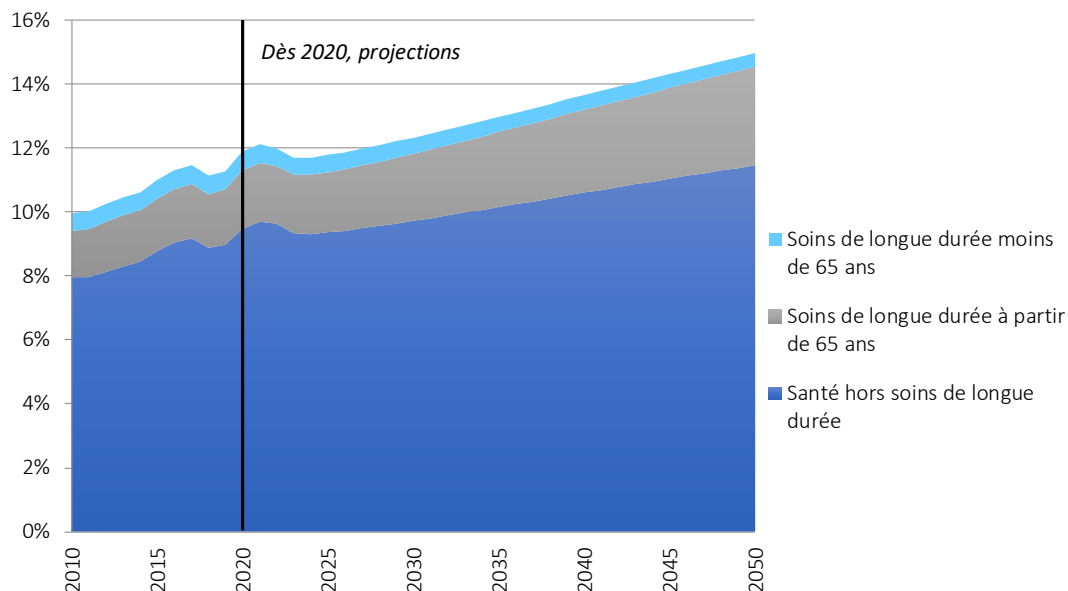
<sup>14</sup> En raison du report, ordonné par les autorités, des traitements non urgents au printemps 2020, des pertes de revenus ont été rapportées pour le secteur hospitalier (PWC, 2021). Il a également été question d'effets de rattrapage possibles au second semestre de 2020 ou en 2021. Les rapports mentionnés ne trouvent cependant aucun indice confirmant clairement cette hypothèse. Des effets de rattrapage ultérieurs sont cependant imaginables.

# 3 Projections relatives aux dépenses de santé

## 3.1 Dépenses totales de santé

Comme le montre le graphique 3, les dépenses de santé se sont accrues de 10 % à 11,3 % du PIB entre 2010 et 2019. En raison de la pandémie de coronavirus, elles augmentent à 12,1 % du PIB jusqu'en 2021, avant de retomber à 11,7 % en 2023. Sur l'ensemble de la période, jusqu'en 2050, elles augmentent de 11,3 % à 15 % du PIB. Il a été postulé une accélération de la croissance des dépenses par rapport à la décennie précédente. La croissance moyenne annuelle s'élève à 3,4 % au lieu de 3,1 %<sup>15</sup>. Une croissance du PIB nominal sensiblement plus élevée que lors de la dernière décennie (2,5 % au lieu de 1,5 %) vient atténuer la pression sur les coûts dans le secteur de la santé. L'accélération de la croissance des dépenses peut s'expliquer par le vieillissement rapide de la population. Ainsi, le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le rapport entre le nombre des personnes de plus de 65 ans et celui des personnes en âge d'activité, augmente de manière particulièrement prononcée entre 2019 et 2035 (il passe de 30 % à 42 %) en raison du départ à la retraite des générations des «baby-boomers» (voir DFF 2021). En comparaison, l'augmentation du rapport de dépendance des personnes âgées s'est élevée à moins de la moitié ces 15 dernières années. En outre, la part dans la population des personnes de 80 ans et plus fera plus que doubler dans la période faisant l'objet de la projection et augmentera de 5 % à 11 %.

**Graphique 3: dépenses de santé (en % du PIB) ventilées par domaine, de 2010 à 2019 et selon le scénario de référence**



Source: OFSP, AFF, SECO

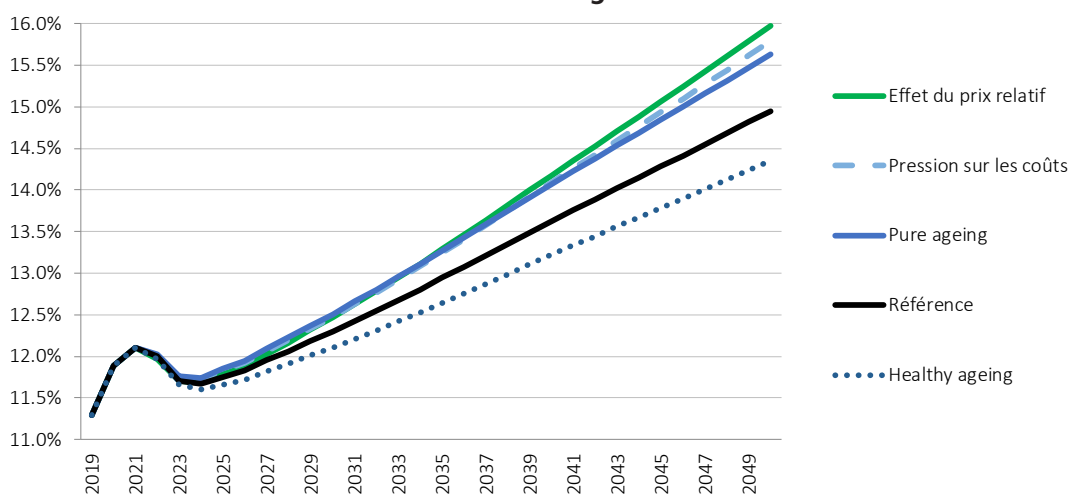
Les dépenses de santé hors soins de longue durée, qui étaient de 9,0 % du PIB en 2019, augmentent sensiblement en raison de la pandémie et atteignent 9,7 % du PIB en 2021. En 2023, le niveau des dépenses baisse à 9,3 % du PIB car, selon les hypothèses, la pandémie n'engendre, dès ce moment, plus que des coûts consécutifs («Covid long»). Les dépenses pour les SLD ne sont pas directement touchées par la pandémie. On observe seulement, du fait de l'effondrement du PIB nominal en 2020, une légère accélération de la hausse des dépenses pour les SLD en proportion du PIB de 1,7 % en 2019 à 1,8 %.

<sup>15</sup> Dans le présent document de travail, le terme de «dépenses» se réfère aux «dépenses nominales». Si tel n'est pas le cas, le terme est précisé.

Les conséquences à long terme du vieillissement de la population touchent les deux domaines, toutefois dans une mesure très différente. Si le changement démographique contribue à raison de 36 % à la croissance annuelle moyenne des dépenses réelles de santé hors soins de longue durée, il apporte une contribution à la croissance dans le domaine des SLD de 77 %, donc plus que double (voir chap. 3.2, graphiques 7 et 9). Cette situation se reflète dans le taux de croissance des dépenses des deux domaines, qui est, en moyenne annuelle, sensiblement plus faible dans le domaine de la santé hors soins de longue durée que dans celui des SLD (3,4 % contre 4,4 %). Le vieillissement ayant été moins prononcé entre 2010 et 2019, les taux de croissance des dépenses ont été sensiblement plus faibles que dans le scénario de référence tant pour les dépenses hors soins de longue durée (3,0 %) que pour les dépenses relatives aux SLD (3,5 %). Ainsi, selon le scénario de référence, les dépenses de santé hors soins de longue durée augmentent de 9,0 % à 11.5 % du PIB de 2019 à 2050, ce qui équivaut à une hausse d'un peu moins de 30 %. Les dépenses pour les SDL passent de 1,7 % à 3,1 % du PIB, ce qui correspond à une augmentation de presque 80 % (voir tableau A2 en annexe pour une présentation détaillée des résultats).

Afin de présenter l'incertitude relative aux conséquences des différents facteurs des dépenses de santé, on a élaboré des scénarios reposant sur des hypothèses différentes en ce qui concerne l'effet des facteurs pour les soins hors soins de longue durée et les SLD. L'analyse montre que c'est à la modification des hypothèses concernant l'impact des facteurs de coûts non démographiques que les dépenses de santé réagissent le plus fortement (scénarios effet de prix relatif et pression sur les coûts) (voir graphique 4). Une accélération de l'évolution des prix relatifs du secteur de la santé par rapport au scénario de référence, qui peut s'expliquer par des inefficiences tarifaires et par l'effet de Baumol, exerce l'impact le plus sensible sur l'évolution des dépenses. Par conséquent, les dépenses s'élèvent, dans le scénario effet de prix relatif, à 16 % du PIB pour l'année 2050 et, partant, à un peu plus de 1 point de pourcentage au-dessus du niveau du scénario de référence, qui est de 15 % du PIB.

**Graphique 4: évolution des dépenses dans le secteur de la santé (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés**



Source: AFF

Un effet semblable se produit si l'on prend pour hypothèse non pas une élasticité du revenu de 1,1, retenue dans le scénario de référence, mais une élasticité de 1,4, donc sensiblement plus élevée, prise en compte dans le scénario pression sur les coûts. Cette hypothèse peut par exemple être justifiée par des inefficiences d'une certaine ampleur, par la demande induite par l'offre ou par l'admission de nouveaux médicaments ou de nouvelles thérapies ayant un rapport coûts-bénéfice défavorable. Elle peut aussi l'être par une augmentation des exigences de la population à l'égard du système de santé plus rapide que dans le scénario de référence. La différence entre le scénario pression sur les coûts et le scénario de référence s'élève à + 0,8 % du PIB en 2050.

La différence des dépenses par rapport au scénario de référence est un peu plus faible, + 0,7 % du PIB si, contrairement à ce que suppose le scénario de référence, la prolongation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas d'une amélioration de l'état de santé de la population (scénario *pure ageing*). À l'inverse, la hausse des dépenses peut être freinée par rapport au scénario de référence si l'on part de l'hypothèse, comme dans le scénario *healthy ageing*, que la prolongation de l'espérance de vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé plus forte que dans le scénario de référence (- 0,6 % du PIB).

La sensibilité des dépenses, comparativement élevée, à l'évolution de la morbidité peut s'expliquer par l'évolution très dynamique du secteur des SLD et, partant, par le vieillissement. Ainsi, selon le scénario de référence, la part aux dépenses de santé des soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus s'accroît de 15 % à 21 % en 2050 alors que la part du domaine des soins hors soins de longue durée à l'ensemble des dépenses de santé baisse de 80 % à 76 %. Le solde est affecté à des soins de longue durée destinés à des personnes de moins de 65 ans.

### 3.2 Dépenses publiques de santé

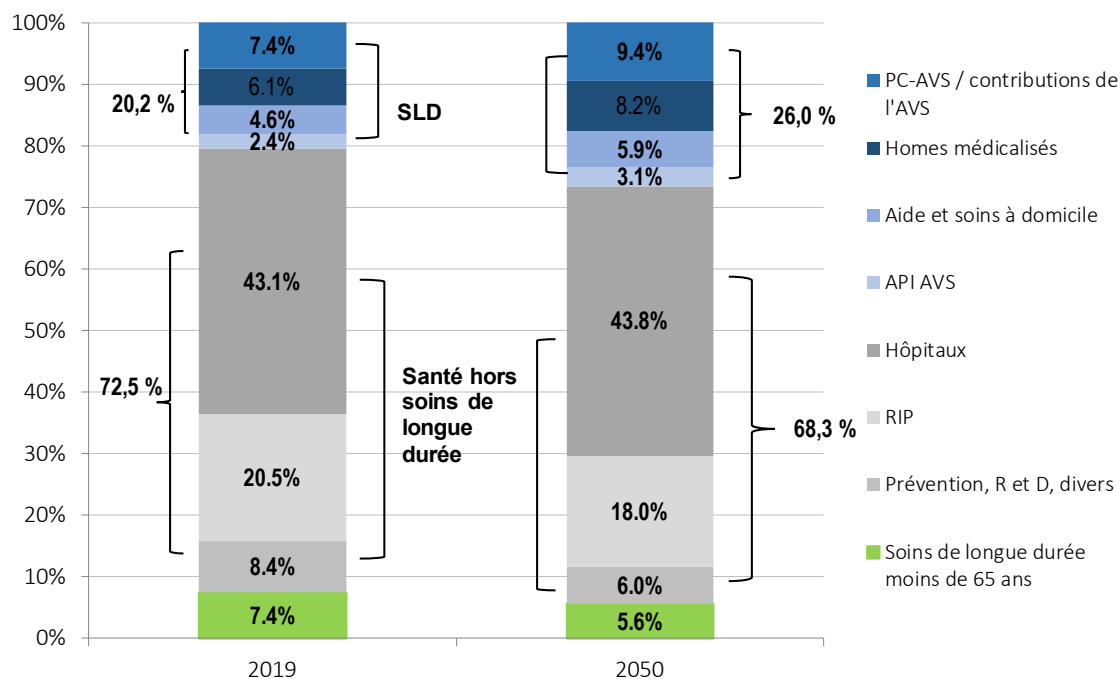
Les dépenses publiques de santé comprennent toutes les contributions de la Confédération, des cantons, des communes et des assurances sociales au financement du système de santé. Elles regroupent également les dépenses des trois échelons étatiques classées dans la fonction «Santé» de la statistique financière (AFF, 2021). 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'AI<sup>16</sup>.

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.

---

<sup>16</sup> Contrairement notamment 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 5: dépenses publiques de santé (en %) ventilées par fonction, en 2019 et en 2050, selon le scénario de référence**



Source: AFF

Le graphique 5 montre que les administrations publiques consacrent la majeure partie de leurs dépenses de santé aux hôpitaux (43 %), puis à la RIP (21 %), à d'autres dépenses comme la prévention (8 %), aux PC AVS en matière de soins (7 %), aux EMS (6 %) et aux services d'aide et de soins à domicile (5 %). 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 2050 que durant l'année de référence. Cette situation est imputable au fait que les dépenses pour les soins de longue durée sont plus fortement touchées par le vieillissement que les dépenses de santé hors soins de longue durée (voir graphiques 7 et 9). Une fois corrigées du renchérissement, les dépenses publiques augmenteront en moyenne annuelle plus fortement dans le secteur des SLD (+ 3,6 %) que dans celui de la santé hors soins de longue durée (+ 2,5 %). Le scénario de référence montre que la part des dépenses liées aux soins passera de 20 % à l'heure actuelle à 26 % en 2050. La part des dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée sera dès lors plus faible en 2050, s'abaissant de 73 % à 68 %. Les dépenses de l'AI en faveur de la santé diminueront quant à elles de 7 % à 6 %.



**Tableau 2: dépenses publiques de santé (en % du PIB), ventilées par échelon étatique et par année (2019, 2035 et 2050), selon le scénario de référence**

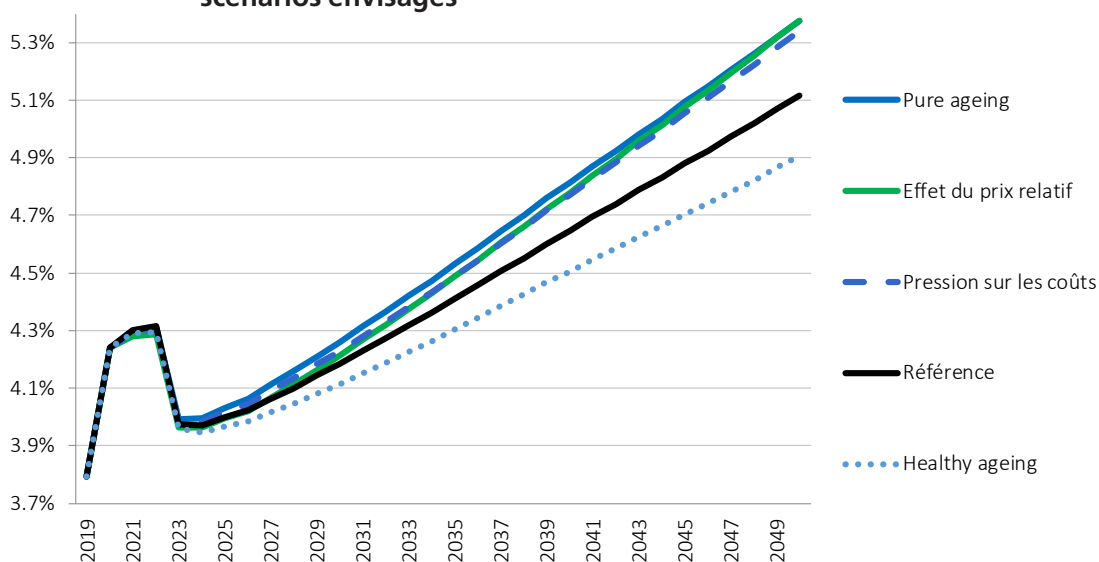
	2019	2035		2050	
	Taux	Taux	Différence 2019–35	Taux	Différence 2019–50
Santé total	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
État (y c. assurances sociales)*	3,8	4,4	+0,62	5,1	+1,32
Confédération	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Cantons	2,5	3,1	+0,58	3,7	+1,11
Communes	0,4	0,5	+0,08	0,6	+0,17
Assurances sociales*	0,4	0,4	-0,03	0,4	-0,01
API AVS / contributions de l'AVS **	0,1	0,1	+0,03	0,2	+0,07
API AI / contributions de l'AI**	0,3	0,2	-0,06	0,2	-0,08

\* Font partie des assurances sociales les API AVS, les contributions de l'AVS, les API AI et les contributions de l'AI.

\*\* Contributions à des prestations médicales et pour des appareils thérapeutiques

Dans le scénario de référence, les dépenses publiques de santé, y compris celles des assurances sociales, augmentent de 3,8 % du PIB à 5,1 % du PIB (voir tableau 2). Elles s'accroissent donc de 35 % plus rapidement que le PIB. La plus grande partie de cette charge supplémentaire est supportée par les cantons, qui financent 67 % des dépenses publiques de santé l'année de référence. Pour les finances cantonales, sont notamment importantes les dépenses pour les hôpitaux (part 2019: 58 %), la RIP (11 %) et les prestations complémentaires de l'AVS pour les soins (10 %). La part des dépenses pour les services d'aide et de soins à domicile et celle pour les EMS, s'élèvent à environ 4 % chacune et sont donc sensiblement plus faibles.

Le solde de la charge supplémentaire est financé à raison des deux tiers par les communes et à raison d'un tiers par la Confédération. Les dépenses des communes connaissent une hausse par rapport au PIB relativement sensible (50 %), ce qui est imputable aux SLD. Les dépenses de la Confédération par rapport au PIB augmentent quelque peu. Les dépenses des assurances sociales afférentes à la santé restent stables. Cette situation reflète des déplacements structurels dus au vieillissement. Ainsi, la part à la population totale des rentiers AI (personnes de moins de 65 ans) décroît alors que celle des rentiers AVS (personnes de 65 ans et plus) augmente (voir AFF 2021).

**Graphique 6: dépenses publiques de santé (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés**

Source: AFF

Le graphique 6 montre clairement que, dans les années 2020 à 2022, la pandémie a été prépondérante pour les dépenses publiques de santé par rapport au PIB. Cette situation peut s'expliquer d'une part par la hausse des dépenses de la Confédération due à la pandémie, avant tout pour les moyens de protection (y c. vaccinations) et les tests et, d'autre part, par l'évolution économique durant la pandémie. Ainsi, dans tous les scénarios, les dépenses augmentent de 3,8 % à 4,3 % du PIB entre 2019 et 2022, avant de reculer à 4,0 % du PIB. Par conséquent, la crise du coronavirus n'a pas de conséquences sur l'évolution à long terme des dépenses publiques de santé.

En 2023, les facteurs de coûts structurels prennent de l'importance. Il est frappant que les scénarios pessimistes, à savoir ceux de l'effet du prix relatif, du *pure ageing* et de la pression sur les coûts, soient relativement proches en 2050. Si l'on suppose un effet de prix relatif de 75 % et non de 50 % pour les soins de santé hors soins de longue durée et un effet de prix relatif de 100 % et non de 75 % pour les soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus, l'augmentation des dépenses est supérieure de plus d'un quart (+ 0,3 % du PIB) à celle du scénario de référence (scénario de l'effet de prix relatif). L'effet est tout aussi marqué si l'on postule que la population sera à l'avenir plus vieille qu'actuellement mais qu'elle ne sera ni en meilleure santé ni ne nécessitera moins de soins (scénario *pure ageing*). Dans le scénario pression sur les coûts, qui table sur une élasticité du revenu de 1,4 contre 1,1 dans le scénario de référence, les dépenses augmentent de 0,2 % du PIB par rapport au scénario de référence<sup>17</sup>. À l'inverse, si la population vit les années supplémentaires en bonne santé et qu'elle n'a pas besoin de soins pendant ce temps (scénario *healthy ageing*), la hausse des dépenses est alors plus faible de 0,2 % que dans 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

<sup>17</sup> Dans le scénario pression sur les coûts, l'augmentation supplémentaire des dépenses par rapport au scénario de référence ne concerne que le domaine de la santé hors soins de longue durée. En ce qui concerne les dépenses relatives aux SLD, ces deux scénarios se fondent sur le scénario de référence, ce qui implique une élasticité du revenu de 0.

des dépenses consacrées aux SLD dans l'année de base est plus haute que celle qui est liée à l'ensemble du secteur de la santé (19 % contre 15 %). Les dépenses publiques de santé sont influencées de façon déterminante non seulement par le vieillissement mais aussi par des facteurs de coûts non démographiques, les administrations publiques consacrant, l'année de référence, 43 % de leurs dépenses aux hôpitaux.

### 3.2.1 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, 2021). Elles tiennent également compte des dépenses liées à la RIP, qui sont classées dans la fonction «Sécurité sociale» de cette statistique, parce que les dépenses pour la RIP sont fortement influencées par les dépenses de santé. 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, l'administration, la recherche et le développement.

En vertu de l'art. 49, al. 1, LAMal, les cantons financent, en commun avec l'AOS, les forfaits par cas pour les traitements hospitaliers (DRG). La loi prescrit une part cantonale minimale de 55 % (art. 49a, al. 2<sup>ter</sup>, LAMal). Les dépenses publiques pour les hôpitaux sont donc liées à l'évolution des prestations stationnaires des hôpitaux<sup>18</sup>. Les autres dépenses de santé sont extrapolées sur la base du PIB nominal. L'évolution des dépenses relatives à la RIP dépend de la dynamique des dépenses de l'AOS. Par simplification, on a repris pour la RIP la répartition entre la Confédération et les cantons de l'année de référence. Par conséquent, la Confédération et les cantons financent respectivement 59 % et 41 % de la RIP.

**Tableau 3: 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**

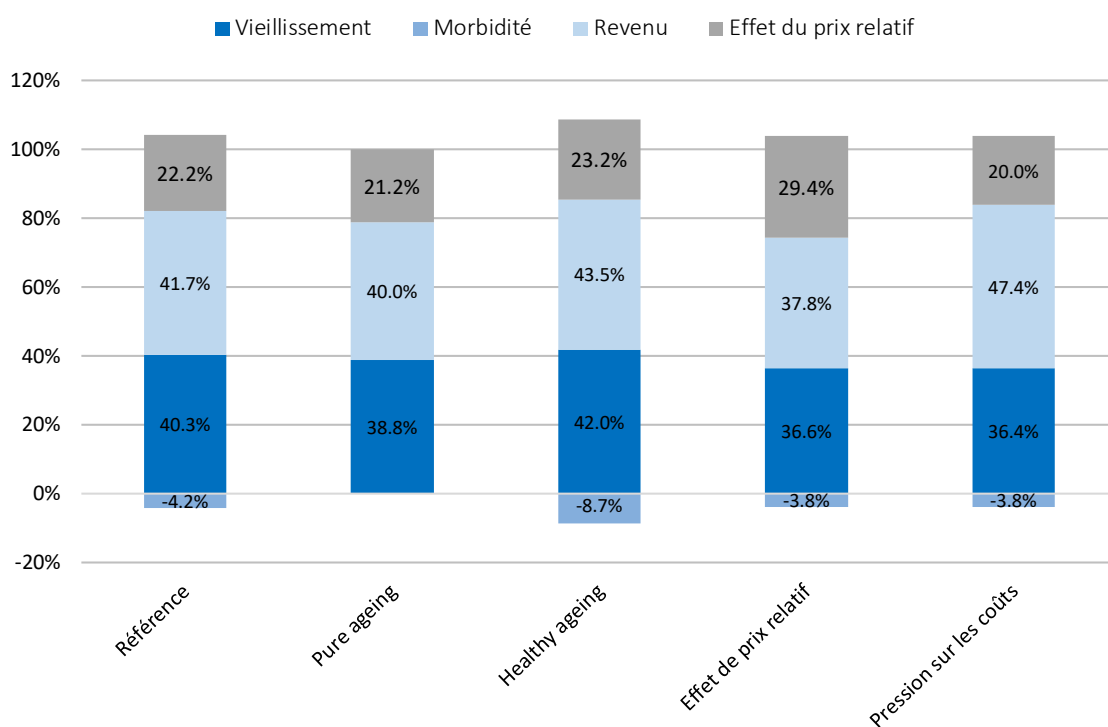
	2019 Taux	2035 Taux	Différence 2019–35	2050 Taux	Différence 2019–50
Santé (hors soins de longue durée)	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
État	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
Confédération	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Cantons	1,9	2,3	+0,39	2,7	+0,73
Communes	0,1	0,1	+0,01	0,1	+0,01
Fonctions					
Hôpital	1,5	1,8	+0,34	2,1	+0,63
RIP	0,7	0,8	+0,05	0,9	+0,16

<sup>18</sup> Une partie des dépenses cantonales pour les hôpitaux est utilisée pour des prestations d'intérêt général, qui poursuivent des buts de politique régionale ou servent à la recherche et à la formation universitaire. Il est possible que cette part soit soumise à d'autres déterminants. Ce point n'est toutefois pas pris en considération dans les présentes projections.

supplémentaire de 0,7 % du PIB, laquelle se compose d'une augmentation des dépenses des hôpitaux de 0,6 % du PIB et d'une augmentation des dépenses cantonales pour la RIP de 0,1 % du PIB. La Confédération, dont les dépenses pour la RIP augmentent de 0,1 % du PIB, est moins touchée. En revanche, la charge supplémentaire pour les communes est à peine perceptible (+ 0,01 % du PIB), leurs dépenses pour les hôpitaux ne s'élevant qu'à 0,03 % du PIB l'année de référence. La répartition des dépenses par fonction montre que la hausse est imputable à raison des trois quarts aux prestations stationnaires des hôpitaux et à raison d'un quart à la RIP (voir tableau 3).

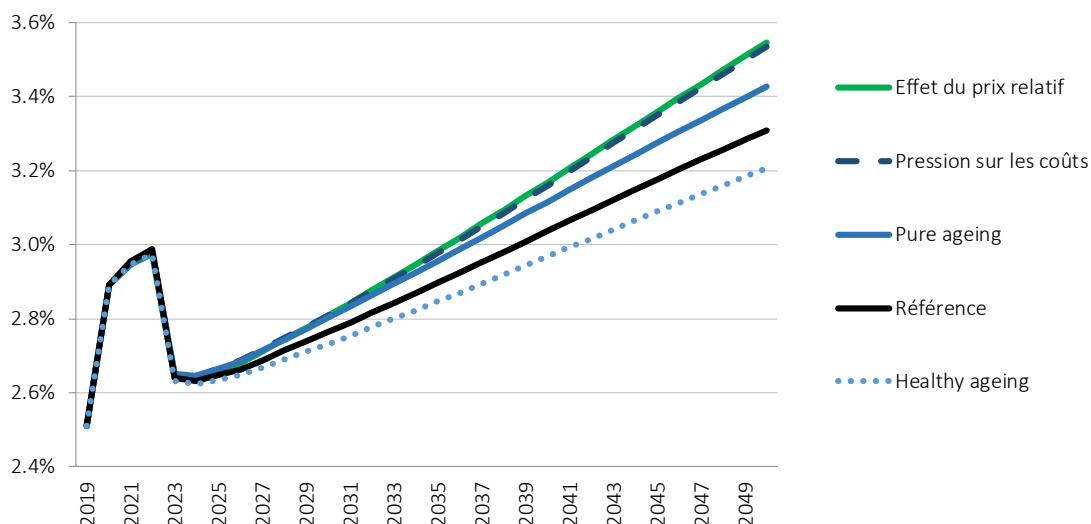
Quelque 64 % de cette augmentation des dépenses peut s'expliquer par des facteurs de coûts non démographiques tels que le progrès médical, la hausse des besoins de prestations médicales de la population liée à la croissance du revenu, l'effet de Baumol et des inefficiences (voir graphique 7). Le solde de la contribution à la croissance, environ 36 %, est imputable au changement démographique (vieillessement et morbidité).

**Graphique 7: contributions des facteurs de coûts à la hausse des dépenses de santé**  
(hors soins de longue durée) 2019–2050 (en %, aux prix de 2019)



Source: AFF

**Graphique 8: dépenses publiques de santé hors soins de longue durée (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés**



Source: AFF

L'augmentation rapide des dépenses publiques de santé hors soins de longue durée entre 2019 et 2020 est imputable à la crise du coronavirus (voir graphique 8). Ainsi, indépendamment du scénario retenu, elles croissent de 2,5 % à 3,0 % du PIB. Cette évolution est influencée de manière déterminante par l'augmentation des dépenses de la Confédération due à la pandémie. Dès 2023, la situation se normalise et les dépenses baissent à 2,6 % du PIB.

L'analyse de sensibilité montre que les facteurs de coûts non démographiques exercent une influence plus forte que les facteurs démographiques. Si l'on suppose que l'effet de prix relatif ou la pression sur les coûts non démographiques est plus prononcée que dans le scénario de référence, les dépenses augmentent de 1,0 % du PIB dans le scénario effet de prix relatif et dans le scénario pression sur les coûts au lieu de 0,8 % du PIB dans le scénario de référence. Dans le scénario *pure ageing*, les dépenses augmentent de 0,9 % du PIB. Cependant, si la prolongation de l'espérance de vie s'accompagne d'une évolution de l'état de santé et des besoins de soins plus favorable que dans le scénario de référence (scénario *healthy ageing*), la croissance des dépenses est freinée, passant de 0,8 % à 0,7 % du PIB.

### 3.2.2 Dépenses publiques liées aux SLD

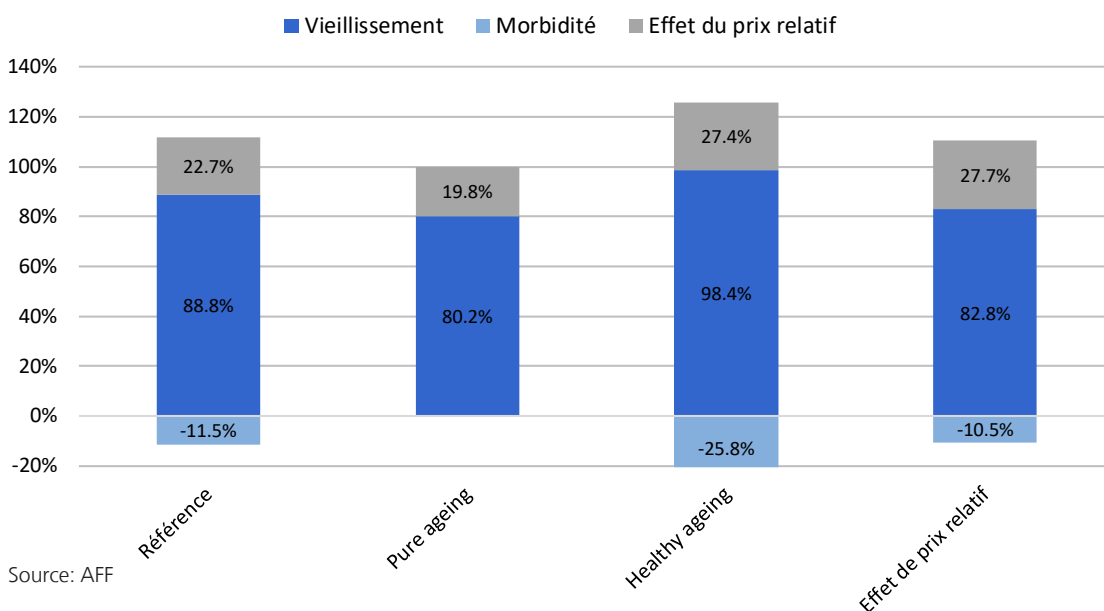
Dans le domaine des SLD, les dépenses publiques examinées dans la statistique financière regroupent la part des dépenses que les cantons et les communes affectent aux homes médicalisés et aux soins ambulatoires (services d'aide et de soins à domicile) destinés aux personnes de 65 ans et plus (AFF, 2021). 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 les estimations, les dépenses liées aux SLD représentent 75 % des dépenses totales liées à ce secteur de soins. En outre, une part des PC AVS en matière de soins versées par les cantons, qui sont classées dans la fonction «Sécurité sociale» de la statistique financière, ainsi que l'API AVS relèvent des dépenses publiques destinées aux SLD.

**Tableau 4: dépenses relatives aux SLD (en % du PIB), ventilées par échelon étatique et par fonction, selon le scénario de référence**

	2019 Taux	2035 Taux	Différence 2019–35	2050 Taux	Différence 2019–50
Soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD)	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
État	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
Cantons	0,4	0,6	+0,18	0,8	+0,36
Communes	0,2	0,3	+0,07	0,4	+0,15
API AVS	0,1	0,1	+0,03	0,1	+0,06
Fonction*					
Homes médicalisés	0,2	0,3	+0,09	0,4	+0,19
Aide et soins à domicile	0,2	0,2	+0,07	0,3	+0,13
PC AVS	0,3	0,3	+0,09	0,5	+0,20

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

Dans le scénario de référence, les dépenses publiques relatives aux SLD sont presque multipliées par deux dans la période de projection, augmentant de 0,7 % à 1,3 % du PIB (voir tableau 4). Cette évolution dynamique est imputable au fait que le vieillissement est le facteur de coûts déterminant pour les SLD et qu'il explique 89 % de la hausse des dépenses relatives aux SLD aux prix de l'année de référence (donc après correction du renchérissement) (voir graphique 9). Toutefois, la diminution, en moyenne, des besoins de soins qui accompagne l'allongement de l'espérance de vie a un effet modérateur sur les coûts. Si l'on prend en considération cet effet, le changement démographique (vieillesse plus morbidité) explique encore 77 % de la hausse des dépenses. Le solde de l'augmentation des dépenses due au renchérissement est imputable à l'effet Baumol dans les soins (effet du prix relatif).

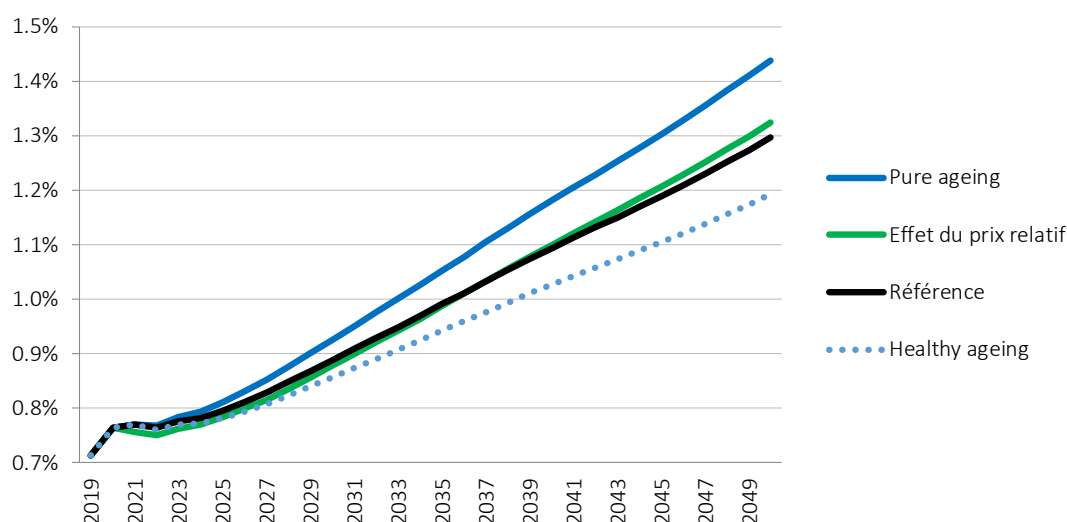
**Graphique 9: facteurs de coûts (exprimés en %, prix de 2019) entraînant la hausse des dépenses relatives aux SLD de 2019 à 2050**

Source: AFF

La hausse des dépenses de 0,6 % du PIB prévue dans le scénario de référence est financée à raison d'un peu moins de deux tiers par les cantons, d'un quart par les communes et d'un dixième par l'API AVS. L'augmentation des dépenses pour les homes médicalisés et celle pour les PC AVS cantonales pour les soins grèvent chacune les finances publiques pour une part de 0,2 % de PIB supplémentaire.

Comme le mentionne le chapitre 2.4, les dépenses pour les SLD n'ont pas été directement touchées par la crise du coronavirus. Cependant, elles augmentent par rapport au PIB entre 2019 et 2020 parce que la crise du coronavirus a entraîné un effondrement du PIB nominal de 3,1 %. Les dépenses se stabilisent jusqu'en 2022 grâce à des taux de croissance du PIB nominal élevés en 2021 (5.1 %) et en 2022 (4,6 %).

**Graphique 10: dépenses publiques de santé pour les soins de longue durée (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés**



Source: AFF

L'analyse de sensibilité du graphique 10 illustre l'importance du changement démographique pour l'évolution des dépenses pour les SLD. Les dépenses subissent, pour la période faisant l'objet des projections, avec 0,7 % du PIB, l'augmentation la plus sensible, supérieure de 0.1 % à celle du scénario de référence, si l'on suppose que l'allongement de l'espérance de vie ne s'accompagne d'aucune modification des besoins en soins (scénario pure ageing). Si l'on postule une évolution plus optimiste des besoins de soins en cas d'allongement de l'espérance de vie, la hausse des coûts se réduit de 0,1 % du PIB. Le scénario effet de prix relatif entraîne une hausse des dépenses à peine perceptible de + 0,03 % du PIB par rapport au scénario de référence, ce qui est imputable à la relativement faible contribution à la croissance de l'effet de prix relatif (voir graphique 9).

### 3.3 Dépenses de l'assurance obligatoire des soins

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 2019» (OFS, 2021). 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.

**Tableau 5: 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)

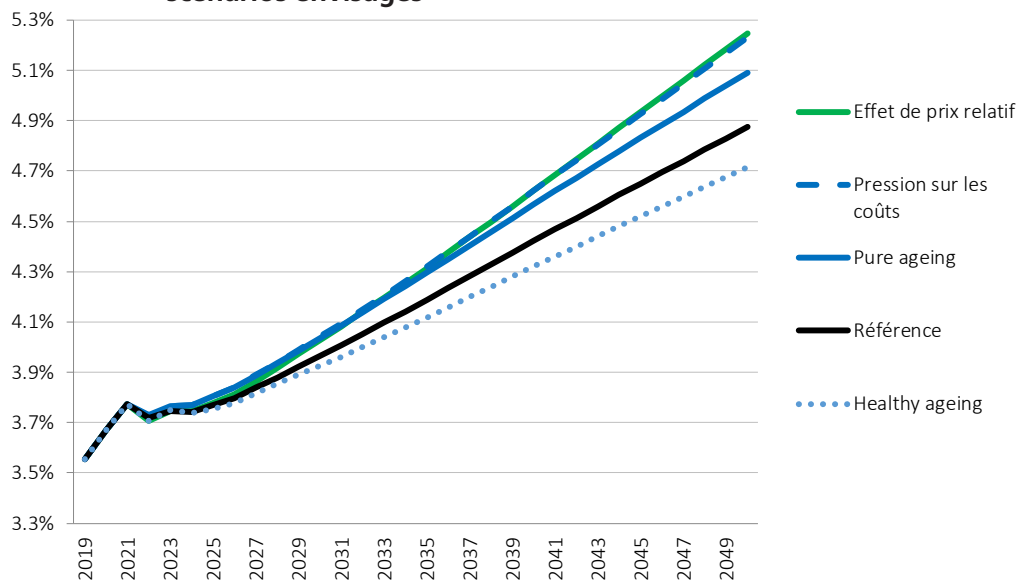
	2019 Taux	2035 Taux	Différence 2019–35	2050 Taux	Différence 2019–50
Santé total	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
État (y c. assurances sociales)	3,8	4,4	+0,62	5,1	+1,32
<b>AOS</b>	<b>3,6</b>	<b>4,2</b>	<b>+0,63</b>	<b>4,9</b>	<b>+1,32</b>
Secteur de la santé hors soins de longue durée	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
État (y c. assurances sociales)	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
<b>AOS</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>+0,49</b>	<b>4,0</b>	<b>+1,01</b>
Soins de longue durée destinés aux personnes de 65 ans et plus (SLD)	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
État (y c. assurances sociales)	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
<b>AOS</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>+0,14</b>	<b>0,7</b>	<b>+0,30</b>

L'année de référence, les dépenses de l'AOS et des administrations publiques par rapport au PIB, 3,6 % et 3,8 % respectivement, sont presque égales. Pour les deux, le scénario de référence projette une hausse identique de 1,3 % du PIB jusqu'en 2050. On peut déduire de la ventilation de cette charge supplémentaire pour l'AOS entre le domaine de la santé hors soins de longue durée et celui des SLD que cette charge a pour origine principalement le premier, qui augmente de 1,0 % du PIB. L'année de référence, le domaine de la santé hors soins de longue durée représente 83 % des dépenses de l'AOS alors que sa part aux dépenses publiques est de 66 %, donc nettement plus faible. En revanche, la part des dépenses pour les SLD de l'AOS s'élève à 11 % l'année de référence, contre 19 % pour les dépenses publiques. Étant donné que, pour l'AOS, le domaine de la santé hors soins de longue durée joue un rôle sensiblement plus grand que les SLD, le vieillissement de la population revêt pour elle une importance moindre que pour les administrations publiques et, parallèlement, les déterminants des coûts non démographiques une importance plus grande.

Entre 2019 et 2021, l'évolution des dépenses de l'AOS (après déduction des participations des ménages aux coûts et de la RIP), qui augmentent de 3,6 % à 3,8 % du PIB, est fortement marquée par la crise du coronavirus. Celle-ci est due d'une part à l'évolution du PIB (effondrement en 2020, reprise rapide en 2021). D'autre part, comme, en 2020, des prestations médicales électorales et des consultations médicales ont été repoussées en raison de la pandémie, les dépenses de l'AOS ont quasiment stagné par rapport à 2019 (+ 0,1 % du PIB). En 2021, la situation se normalise, ce qui se traduit par une forte croissance des dépenses de l'AOS par rapport à 2020. Le mouvement en zigzag des dépenses de 2022 à 2024 peut s'expliquer par l'évolution générale des salaires supposée, qui se répercute sur les dépenses par un effet de Baumol.



**Graphique 11: évolution des dépenses de l'AOS (en % du PIB) selon les différents scénarios envisagés**



Source: AFF

L'analyse de sensibilité du graphique 11 montre que ce sont les déterminants des coûts non démographiques qui ont l'effet le plus prononcé. Ainsi, en 2050, les dépenses de l'AOS sont nettement supérieures à celles du scénario de référence (+ 4,9 % du PIB) dans les scénarios effet du prix relatif et pression sur les coûts, dans lesquels elles atteignent 5,3 % et 5,2 % du PIB. Dans ces deux scénarios, il est supposé que les facteurs de coûts non démographiques, tels que l'effet de Baumol, le progrès de la médecine ou les inefficiences, ont un effet sur les dépenses plus fort que dans le scénario de référence. L'effet est un peu moins marqué dans le scénario *pure ageing*. Dans ce cas, les dépenses augmentent à 5,1 % du PIB en 2050. Dans le scénario *healthy ageing*, la croissance des coûts est freinée par rapport au scénario de référence et les dépenses augmentent à 4,7 % du PIB en 2050.

### 3.4 Conclusions sur les projections des dépenses

Les projections des dépenses indiquent que les dépenses publiques de santé sont touchées tant par le vieillissement que par des facteurs de coûts non démographiques, tels que la maladie des coûts de Baumol, les inefficiences et le progrès de la médecine. Une ventilation des dépenses publiques par domaine montre que les facteurs de coûts non démographiques exercent une influence plus forte sur les dépenses de santé hors soins de longue durée affectées aux prestations stationnaires des hôpitaux et à la RIP et que le vieillissement a un effet plus marqué sur les SLD. Les dépenses de l'AOS sont, à l'instar des dépenses publiques de santé hors soins de longue durée, plus fortement touchées par les facteurs de coûts non démographiques que par le vieillissement.

Les dépenses de l'AOS et les dépenses publiques de santé hors soins de longue durée pour les hôpitaux et la RIP sont déterminées par la LAMal. Il s'agit donc de prestations LAMal. Une meilleure exploitation du potentiel d'efficacité existant pour les prestations soumises à la LAMal, un renforcement de la prise en compte des considérations coûts / bénéfiques pour l'admission des innovations médicales et un freinage de l'effet de prix relatif constitue, par exemple, d'importantes «vis de réglage» pour la maîtrise de la croissance de ces dépenses.

Divers volets de réforme du Conseil fédéral visent à maîtriser la croissance des coûts de l'AOS. Ces réformes déchargeraient en même temps les finances cantonales via le cofinancement des forfaits par cas des hôpitaux ainsi que les cantons et la Confédération via la RIP<sup>19</sup>. Le Parlement a déjà approuvé des mesures qui peuvent aider à réduire des inefficiences dans le secteur de la santé: la promotion de tarifs forfaitaires pour les prestations ambulatoires et l'introduction dans la LAMal d'un article «expérimentation», qui autorise les cantons à tester des mesures qui promeuvent l'efficacité, la qualité et la numérisation dans le domaine de l'AOS. Ainsi, les exemples de meilleures pratiques pourraient mieux s'imposer que jusqu'à maintenant. Les mesures proposées par le Conseil fédéral, telles que le pilotage des coûts par les partenaires tarifaires et le renforcement des soins coordonnés, peuvent contribuer à réduire les inefficiences organisationnelles. Enfin, la prescription d'objectifs en matière de coûts que propose le Conseil fédéral dans le but de maîtriser la croissance des coûts du secteur de la santé crée une incitation à une plus forte conscience des coûts, à une plus grande transparence et à une meilleure coordination entre les acteurs de la santé et peut, ce faisant, accroître l'efficacité dans ce secteur (voir chap. 4).

Outre les mesures encourageant l'efficacité, les mesures de prévention, par exemple la promotion d'un comportement sain en matière d'alimentation et d'activité physique et le renforcement des compétences en matière de santé de la population peut apporter une contribution déterminante à la prévention de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies de l'appareil locomoteur. Elles ont le potentiel d'améliorer l'état de santé de la population en cas de prolongation de l'espérance de vie, ce qui aurait un effet modérateur sur la dynamique des dépenses tant pour les soins de longue durée (destinés aux personnes de 65 ans et plus) que dans le domaine de la santé hors soins de longue durée.

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<sup>20</sup>. On réaliserait ainsi de grands gains d'efficacité car, selon les données de l'Office fédéral de la santé publique, quelque 30 % des homes médicalisés sont actuellement en situation de suroccupation. En outre, au vu de la multitude des agents financeurs dans les soins de longue durée (destinés aux personnes de 65 ans et plus) (AOS, cantons, prestations complémentaires à l'AVS, allocation d'impotent de l'AVS et ménages privés), un regroupement du financement pourrait permettre d'améliorer le pilotage des coûts et de clarifier les responsabilités dans les soins de longue durée<sup>21</sup>.

Enfin, compte tenu des taux élevés d'abandon, en particulier dans le domaine des soins, du besoin croissant en personnel de santé et de la longue durée des formations, une planification du personnel anticipatrice est nécessaire. Elle préviendrait les pénuries de personnel à moyen terme et, partant, les risques d'une couverture insuffisante et d'une forte hausse des coûts salariaux (voir Obsan, 2022).

---

<sup>19</sup> Voir [OFSP \(2022\)](#)

<sup>20</sup> Voir Ricka et al. (2020) ainsi qu'Obsan (2022).

<sup>21</sup> L'intégration des prestations de soins dans le projet de réforme «financement uniforme des traitements médicaux ambulatoires et stationnaires» (voir [Conseil fédéral, 2020](#)) constitue un pas dans cette direction. En outre, d'autres options de réforme du financement des soins, notamment une assurance obligatoire des soins, ont été discutées dans un précédent rapport donnant réponse à des postulats (voir Conseil fédéral, 2016).

### 3.5 Comparaison avec d'autres études

Nous établirons dans un premier temps une brève comparaison avec la dernière édition des projections concernant les dépenses de santé, qui remonte à 2017. Nous procéderons ensuite à une comparaison avec les travaux de l'OCDE et de l'Union européenne.

#### Projections de 2017 concernant les dépenses de santé

La comparaison avec les résultats des troisièmes projections réalisées en 2017 dans le cadre des scénarios prévisionnels révèle que la pression démographique se maintient sur les dépenses de santé<sup>22</sup>. Le constat est très similaire si l'on effectue une répartition par contributeur. Le présent scénario de référence se fonde, comme jusqu'à maintenant, sur une élasticité du revenu de 1,1 pour le domaine de la santé hors soins de longue durée. Cependant, un effet de prix relatif a été pris en considération dans le scénario de référence afin de refléter la maladie des coûts de Baumol et les inefficiences existantes. Les résultats et la dynamique sont similaires. Selon le scénario de référence considéré dans les présentes projections, les dépenses totales de santé progressent de 3,7 % du PIB, passant de 11,3 % du PIB en 2019 (année de référence) à 15 % du PIB en 2050. Pour une durée de projection comparable de 32 ans, le scénario de référence des dernières projections des dépenses fait apparaître une hausse légèrement plus faible, de 10,8 % du PIB en 2013 à 14 % du PIB en 2045, ce qui peut s'expliquer par les hypothèses différentes concernant l'effet de prix relatif dans le domaine de la santé hors soins de longue durée retenues dans le scénario de référence.

#### Projections des dépenses par l'OCDE

Les projections des dépenses de santé pour les pays membres de l'OCDE présentées par de la Maisonneuve et Oliviera Martins (2014) ont été méthodiquement révisées par Lorenzoni et al. (2019), qui exposent des projections des dépenses pour une période allant jusqu'en 2030. Ces auteurs ont opté pour une période de projection sensiblement plus courte et ont pris une autre année de référence que les présentes projections pour la Suisse. L'OCDE utilise, afin d'assurer la plus grande comparabilité possible, les scénarios démographiques des Nations unies (UN World Population Prospect, 2017). En outre, les projections pour l'OCDE ont été établies avant la crise du coronavirus, ce qui restreint la comparabilité. 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.

Lorenzoni et al. (2019) projettent, pour la Suisse, une augmentation de l'ensemble des dépenses de santé de 11,9 % du PIB en 2015 à 14,5 % en 2030, alors que les présentes projections ne prévoient qu'une augmentation de 11,3 % en 2019, année de référence, à 12,3 % du PIB en 2030. Les projections réalisées pour l'OCDE affichent des estimations plus élevées que le présent document de travail suisse 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). Selon le scénario de référence de l'OCDE, les dépenses publiques augmentent, passant de 7,7 % en 2015 à un peu moins de 10 % en 2030. Les présentes projections n'affichent cependant qu'une hausse de 7,4 % en 2019 à 8,2 % du PIB en 2030 pour le domaine État et AOS.

<sup>22</sup> Les scénarios prévisionnels de 2017 faisaient partie du plan financier 2017-2019 de la législature (Conseil fédéral, 2017). Pour une présentation détaillée, voir Brändle et Colombier (2017) et Colombier et Brändle (2018)

Les divergences proviennent non seulement d'années de référence et de scénarios démographiques différents, mais aussi d'une méthode de projection différente. La modélisation du progrès de la médecine est un point essentiel: dans les présentes projections, le progrès de la médecine est pris en compte indirectement par l'élasticité du revenu (1,1 dans le scénario de référence pour le domaine de la santé hors soins de longue durée) et il est donc lié à l'évolution économique projetée. À l'inverse, l'OCDE suppose, dans le scénario de référence, une élasticité du revenu, estimée empiriquement, de 0,73. L'effet sur les coûts du progrès de la médecine est évalué au moyen d'un effet périodique estimé empiriquement de 0,4 %, qui vient s'ajouter au taux annuel moyen de la croissance des dépenses. Ce facteur contribue à une hausse sensiblement plus élevée des dépenses relatives au secteur de la santé hors soins de longue durée. L'OCDE suppose, dans le scénario de référence, un effet de Baumol, estimé empiriquement, de 0,27. Les présentes projections postulent un effet de prix relatif de 0,5, qui représente l'effet de Baumol et d'autres inefficiences tarifaires dans le secteur de la santé. La modification de la morbidité supposée constitue une autre différence: l'OCDE s'appuie sur un «healthy ageing» et prend explicitement en considération les coûts de santé liés au décès dans les dernières années de vie. Les présentes projections se fondent en revanche sur une combinaison de «pure ageing» et de «healthy ageing»<sup>23</sup>.

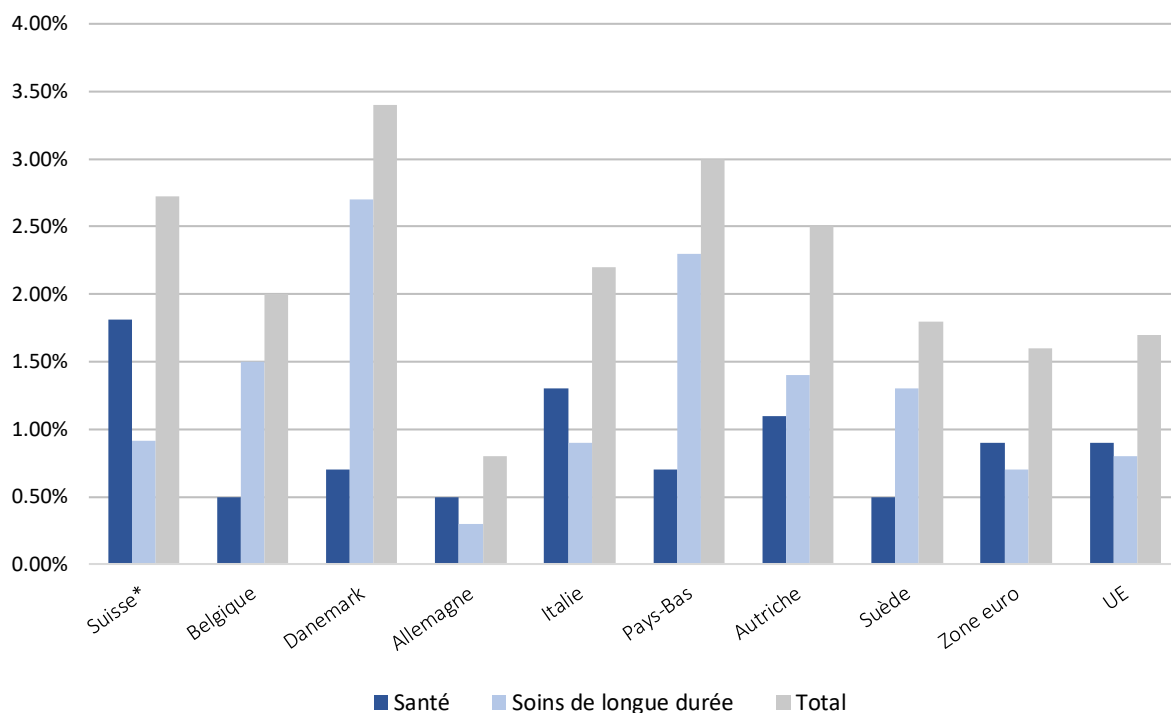
#### Projections par l'Union européenne

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 (2021), l'AWG prend également l'année 2019 pour référence et examine l'évolution des dépenses jusqu'en 2070. Concernant la méthode retenue ainsi que 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 sont semblables à celles qui sont énoncées dans les travaux de l'UE, en particulier dans le scénario de référence et le scénario de risque utilisés par l'AWG. En ce qui concerne la prise en considération des coûts de la pandémie, l'AWG part des mêmes hypothèses que la présente étude. Ainsi, tant les coûts que les conséquences macroéconomiques de la pandémie sont pris en compte, mais non les effets démographiques.

En ce qui concerne l'évolution démographique supposée, tant l'UE que la Suisse ont une population fortement vieillissante, l'UE postulant une diminution de la population de 5 % et un recul sensiblement plus élevé de la population en âge d'activité d'ici à 2070. 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 économique de 1,3 % en moyenne pour l'ensemble de la période de projection. Pour la Suisse, on prévoit un taux moyen de 1,5 % par an.

<sup>23</sup> Dans un récent document de travail (Lorenzoni, 2021), l'OCDE présente des projections actualisées jusqu'en 2040. Les valeurs actualisées des paramètres  $\gamma$  sont présentées. Sont pris comme hypothèses une élasticité du revenu de 0,87, un effet de Baumol de 0,47 et un supplément sur le taux de croissance pour le progrès de la médecine de 0,4 %. Les résultats ne sont cependant pas présentés par pays.

**Graphique 12: 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 2019 à 2050**



Note: \* y compris les dépenses de l'AOS

Source: scénario de référence de l'AWG (voir AWG 2021, p. 118, 148, 252 et 258)

Selon les projections de l'UE, les dépenses publiques pour la santé et les soins de longue durée augmentent de 1,7 % du PIB en 2050 dans l'ensemble de l'UE (cf. graphique 12). Si, pour permettre une meilleure comparaison, on ajoute, pour la Suisse, les dépenses de l'AOS aux dépenses des administrations publiques, la Suisse connaît une hausse des dépenses de 2,7 % du PIB, soit supérieure à la moyenne et à celle de l'Allemagne (+ 0,8 % du PIB) et comprise entre celle de l'Autriche (+ 2,5 % du PIB) et celle du Danemark (+ 3,4 % du PIB).

Il faut noter, pour la comparaison, que les projections se fondent, pour les différents pays, sur des hypothèses d'évolutions démographiques et économiques différentes. 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 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 établis par l'AWG dans le cadre des projections relatives à l'UE supposent que la valeur pour l'année de référence (1,1) convergera vers 1,0 d'ici à 2070. De plus, à la différence de l'AWG, le scénario de référence suppose un effet de prix moyen. 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 de Baumol. Ces deux hypothèses divergentes se traduisent dans les projections de l'UE par des hausses de dépenses moindres.

## 4 Scénario politique: objectifs de coûts pour l'AOS

L'assurance obligatoire des soins (AOS) se caractérise par une forte croissance des dépenses. Ainsi, les dépenses brutes de l'AOS (y c. la participation des ménages aux coûts et la RIP) corrigées du renchérissement augmentent de 3,8 % en moyenne annuelle entre 1999 et 2019. Par rapport au PIB, la hausse s'est élevée à 1,5 % des dépenses brutes de l'AOS. La prime moyenne de l'AOS s'est accrue, durant la même période, de 3,3 % par an<sup>24</sup>.

Les présentes projections montrent que la dynamique des dépenses de l'AOS se poursuivra. De plus, les prestations des administrations publiques prévues par la LAMal sont directement touchées par l'évolution des dépenses de l'AOS. En font partie la RIP, à la charge de la Confédération et des cantons, et les forfaits par cas dans le domaine hospitalier, financés par les cantons avec le concours de l'AOS (Swiss DRG). Les cantons financent la majeure partie des dépenses publiques (77 %) alors que la Confédération en prend en charge les 23 %. La forte croissance des coûts soulève la question de la capacité à financer l'AOS et les prestations relevant de la LAMal prises en charge par les administrations publiques et à garantir le même accès aux prestations de santé à la population.

Une part de 86 % des dépenses de l'AOS est consacrée à la santé hors soins de longue durée. Dans ce domaine, les dépenses sont dominées par des facteurs non démographiques tels que l'effet multiplicateur du revenu et les progrès de la médecine, mais aussi les inefficiences susceptibles de résulter de mauvaises incitations, telles que la demande induite par l'offre. Une étude effectuée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique estime entre 15 % et 19 % le potentiel d'efficience dans le domaine de la LAMal (voir Brunner et al., 2019)<sup>25</sup>.

Un groupe d'experts institué en 2017 par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) considère que, pour freiner la hausse des coûts, il faut s'appuyer principalement sur l'offre du secteur de la santé. Il propose notamment d'instaurer un plafond d'augmentation des coûts pour maîtriser la croissance des coûts de l'AOS (voir groupe d'experts du DFI, 2017). Les expériences faites à l'étranger montrent qu'un tel plafond accroît la responsabilité budgétaire des acteurs essentiels de la santé et les astreint à considérer davantage les rapports entre coûts et bénéfices, à accroître la transparence des coûts, à coopérer plus fréquemment et à exploiter les réserves d'efficience. Toutefois, la détermination d'un plafond peut faire craindre, notamment, que des prestations ne soient rationnées, que l'on n'assiste à un transfert vers des secteurs non touchés par la règle budgétaire ou que les fournisseurs de prestations ne soient incités à donner la priorité à certains traitements au détriment de certains groupes de patients (voir Brändle et al., 2018 ainsi que Brändle et Colombier, 2020).

Pour prévenir ces éventuels effets défavorables, le calcul du plafond continue à prendre en considération les facteurs de coûts structurels essentiels, c'est-à-dire l'évolution démographique et économique, la morbidité et les progrès de la médecine. En outre, le plafond étant étendu, un transfert vers d'autres domaines n'est guère possible. Selon l'analyse d'impact de la réglementation, il ne faut pas, du fait de la pression sociale, des directives en matière de traitement et d'une forte déontologie, s'attendre à un comportement d'évitement systématique de la part des médecins (voir Mattmann et al., 2021 ainsi que Swiss Economics et Slembeck, 2021)

<sup>24</sup> Il s'agit de la prime moyenne pour tous les assurés et pour toutes les formes d'assurance.

<sup>25</sup> Le potentiel d'efficience constaté est statique. Un plafonnement de la croissance des coûts dans le domaine de la LAMal permettant de réduire sans cesse les inefficiences, celles-ci exercent une influence directe sur la croissance des dépenses de la LAMal (voir Fries et al., 2020).

Compte tenu de ces constatations, la croissance des dépenses de l'AOS et des prestations publiques relevant de la LAMal peut être freinée sans que cela entraîne une baisse de la qualité notable. Le Conseil fédéral a repris la proposition du groupe d'experts et, en novembre 2021, il a soumis au Parlement un message qui propose l'introduction d'objectifs fixant une croissance maximale des coûts de l'AOS (objectifs de coûts) en tant que contre-projet indirect à l'initiative du Parti Le Centre «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» (voir [Parlement suisse, 2022](#) et [OFSP, 2021](#))<sup>26</sup>. La solution du Conseil fédéral prévoit que celui-ci fixe dans un premier temps, en se fondant sur les besoins médicaux, un objectif de coûts, c'est-à-dire un plafond visant à freiner la croissance globale des coûts de l'AOS. Pour chaque canton, il recommande un objectif de coûts et fixe une marge de tolérance. Le Conseil fédéral et les cantons déterminent sur cette base des objectifs par catégorie de coûts relevant de leur champ de compétence (par ex. prestations ambulatoires à l'hôpital ou en cabinet pour les cantons; médicaments, analyses et moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour la Confédération). Si les objectifs de coûts sont dépassés, le Conseil fédéral et les cantons sont tenus, pour leur domaine de compétence respectif, d'examiner l'existence d'une évolution indésirable et la nécessité de mesures correctives.

En s'appuyant sur les projections de dépenses en matière de santé, on entend ici d'illustrer les répercussions d'un accroissement de l'efficacité, obtenu au moyen d'objectifs de coûts, sur les prestations de la LAMal (RIP et forfaits hospitaliers par cas) financées par l'AOS et les pouvoirs publics ainsi que l'effet de ces gains d'efficacité sur l'évolution des primes. S'écartant du scénario de base, le scénario politique prévoit qu'il est possible, en fixant des objectifs de coûts, de limiter l'effet multiplicateur du revenu à une hausse proportionnelle des dépenses (élasticité du revenu de 1), afin d'assurer le financement à long terme des prestations relevant de la LAMal. En outre, l'effet de prix relatif peut être restreint au seul effet de Baumol, sur lequel il n'est par contre guère possible d'exercer une influence. Pour cette raison, le renchérissement relatif dans le secteur de la santé hors soins de longue durée est supposé inférieur de 25 points de pourcentage à celui du scénario de référence et, partant, l'effet de prix relatif a un impact réduit de moitié par rapport au scénario de référence. Réduire l'effet multiplicateur du revenu et l'effet de prix relatif signifie que des inefficiences telles que l'extension de l'offre en prestations médicalement non nécessaires ou les accords tarifaires surévalués peuvent être atténués.

Pour le domaine des soins (SLD), on peut admettre que les acteurs n'ont guère de fausses incitations, telles que la demande induite par l'offre (voir Brunner et al., 2019). Par conséquent, il est estimé qu'une part inférieure à 5 % du potentiel d'efficacité global des prestations relevant de la LAMal peut être attribuée aux SLD. Le potentiel d'efficacité se trouve donc presque exclusivement dans le domaine de la santé hors soins de longue durée. Pour cette raison, il est supposé, par simplification, que, pour le domaine des soins de l'AOS, l'objectif de coûts correspond à la croissance des dépenses pour les SLD du scénario de référence. De plus, comme l'augmentation des besoins en personnel consécutive au vieillissement raréfiera encore l'offre de soins, le risque potentiel d'une sous-couverture pourrait augmenter (voir Obsan, 2020).

<sup>26</sup> L'initiative du Centre «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» veut empêcher que les coûts du secteur de la santé ne croissent plus rapidement que l'économie nationale et les salaires moyens. Si les coûts moyens augmentent trop fortement pendant deux années, la Confédération et les cantons doivent décider de mesures de limitation des coûts qui produisent effet à partir de l'année suivante. L'initiative ne permettrait pas, à la différence de la proposition du Conseil fédéral, de tenir compte des critères âge/morbidité ni du progrès de la médecine dans le plafond de la croissance des dépenses.

Outre le scénario de référence, le scénario pression sur les coûts est également utilisé pour la comparaison. Ce scénario prévoit un nombre encore plus important d'inefficiencies dans le domaine de la santé hors soins de longue durée (élasticité du revenu de 1,4). En raison de l'accroissement de la quantité des prestations non fondées médicalement et des tarifs surévalués, la pression sur les prix est encore plus forte que dans le scénario de référence.

**Tableau 6: dépenses de santé (en % du PIB) avec un objectif de coûts en comparaison avec le scénario de référence et le scénario pression sur les coûts**

	2019	Taux	2035		Taux	2050	
	Taux		Diff. par rapport à l'objectif de coûts			Diff. par rapport à l'objectif de coûts	
			Référence	Press. coûts		Référence	Press. coûts
Dépenses relevant de la LAMal*	5,9	6,7	+0,23	+0,44	7,5	+0,63	+1,21
Agents financeurs							
État**	1,7	1,9	+0,07	+0,25	2,1	+0,18	+0,34
Confédération	0,4	0,4	+0,02	+0,03	0,4	+0,04	+0,12
Cantons	1,3	1,5	+0,05	+0,22	1,6	+0,14	+0,22
AOS (sans RIP)	4,2	4,9	+0,08	+0,23	5,4	+0,34	+0,75
APS (sans part. aux coûts; sans RIP)	3,6	4,1	+0,06	+0,19	4,6	+0,28	+0,63
Particip. coûts AOS ménages	0,6	0,7	+0,02	+0,04	0,9	+0,06	+0,12

\* Dépenses de l'État, de l'AOS et des ménages engendrées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Approximation des dépenses relevant de la LAMal par l'addition des dépenses brutes de l'AOS et une estimation des contributions des cantons aux hôpitaux pour les forfaits par cas DRG.

Une partie des dépenses de l'AOS sont financées par la RIP.

\*\* Approximation des dépenses publiques relevant de la LAMal, c'est-à-dire cofinancement des forfaits par cas pour les hôpitaux et la RIP. La LAMal n'engendre aucune dépense pour les communes et les assurances sociales.

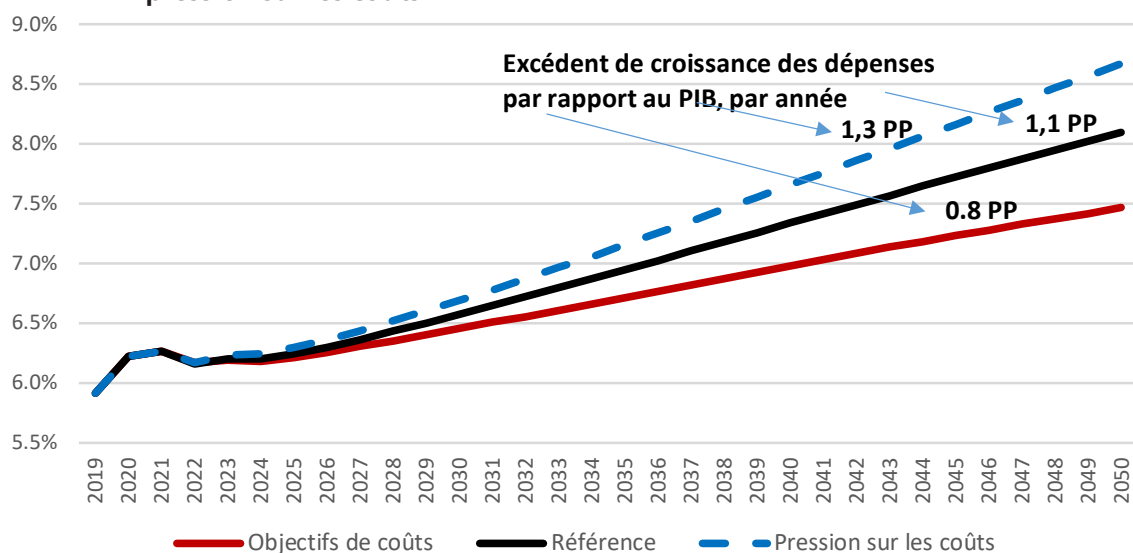
L'AOS (sans la RIP) finance actuellement 72 % et les pouvoirs publics 28 % des dépenses (approximatives) relevant de la LAMal. Les deux agents financeurs peuvent réaliser des économies substantielles si des objectifs de coûts sont fixés (voir tableau 6). Celles-ci englobent également les participations des ménages aux coûts.

Le scénario avec des objectifs en matière de coûts prévoit, entre 2019 et 2050, une hausse des dépenses inférieure à 0,6 % du PIB par rapport au scénario de référence. Aux prix de 2019, les dépenses augmentent de 43 milliards à 116 milliards et non à 126 milliards de francs, ce qui correspond à une économie d'environ 10 milliards de francs ou 8 % des dépenses relevant de la LAMal en 2050, dont 2,1 milliards pour les cantons (0,14 % du PIB). La Confédération peut en outre réaliser une petite économie de 0,6 milliard de francs sur la RIP. Pour l'AOS (sans la RIP), les dépenses diminueront de 5,3 milliards (0,5 % du PIB).

Dans le scénario pression sur les coûts, qui prévoit davantage d'inefficiencies dans le domaine de la santé que le scénario de référence, les dépenses relevant de la LAMal afficheront, en 2050, un niveau plus élevé de 1,2 % du PIB, soit un montant corrigé de l'inflation de 18,8 milliards. Cet écart correspond à 16 % des dépenses relevant de la LAMal prévues en 2050. Les pouvoirs publics et l'AOS seront touchés par ces dépenses supplémentaires en proportion de leur part au financement des dépenses liées à la LAMal (28 % et 72 %). La comparaison avec ce dernier scénario montre que des objectifs de coûts sont particulièrement efficaces si les inefficiencies sont élevées.



**Graphique 13: évolution des dépenses relevant de la LAMal (en % du PIB) avec des objectifs de coûts en comparaison avec le scénario de référence et le scénario pression sur les coûts\***

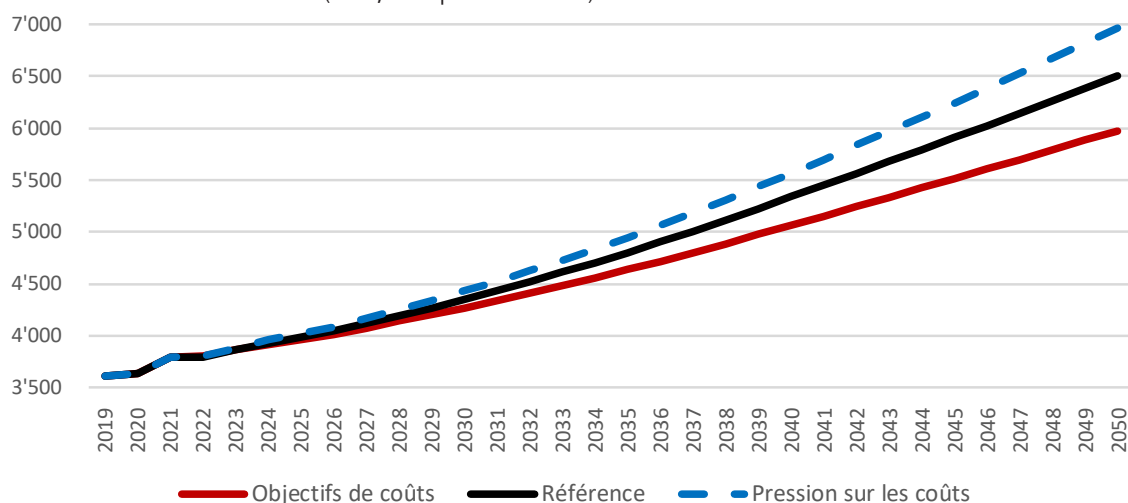


Source: AFF

\* Approximation des dépenses relevant de la LAMal par l'addition des dépenses brutes de l'AOS et une estimation des contributions des cantons aux hôpitaux pour les forfaits par cas DRG, Une partie des dépenses de l'AOS sont financées par la RIP.

Le graphique 13 montre que des objectifs de coûts permettent de limiter sensiblement la croissance des dépenses relevant de la LAMal. Ainsi, de 2019 à 2050, les dépenses augmentent, en moyenne annuelle, de 0,8 point de pourcentage de plus que le PIB nominal. Dans le scénario de référence, la hausse annuelle des dépenses est supérieure à la croissance du PIB de 1,1 point de pourcentage et, dans le scénario pression sur les coûts, elle l'est de 1,3 point de pourcentage. Si des objectifs de coûts sont fixés, le taux de croissance moyen des dépenses relevant de la LAMal s'élève à 3,3 %. Dans le scénario de référence, elle s'accélère à 3,6 % et, dans le scénario pression des coûts, à 3,8 %.

**Graphique 14: évolution des dépenses nettes de l'AOS par habitant avec des objectifs de coûts en comparaison avec le scénario de référence et le scénario pression sur les coûts (CHF, aux prix de 2019)\***



Source: AFF

\* Dépenses nettes = dépenses brutes sous déduction de la participation des ménages aux coûts

Pour les assurés, l'élément pertinent est l'évolution future des primes de l'AOS. Pour évaluer cette dernière, il convient de considérer les dépenses nettes de l'AOS par personne assurée qui, à long terme, correspondent à la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique. Pour l'année de référence 2019, les dépenses nettes par personne assurée s'élevaient à 3610 francs, soit un montant proche de la prime moyenne chiffrée à 3772 francs.

Selon les projections, en fixant des objectifs de coûts, il est possible de freiner la croissance des dépenses de 0,3 point de pourcentage par an par rapport au scénario de référence et de ramener cette croissance à un taux moyen, corrigé de l'inflation, de 1,7 % par an. Il en résulte une économie de 530 francs par personne assurée en 2050 par rapport au scénario de référence (voir graphique 14). Cette économie obtenue grâce aux objectifs de coûts correspond, pour les personnes assurées, à une prime mensuelle. Par rapport au scénario pression sur les coûts, les économies attendues pour 2050 atteignent près de 1000 francs, soit deux primes mensuelles pour chaque personne assurée.

De manière générale, les objectifs de coûts sont d'autant plus efficaces que les inefficiences du système de santé sont importantes. Selon les projections, elle permettrait de ramener la croissance des primes de l'AOS, corrigée de l'inflation, à 1,7 % par an et par personne contre 2,2 % par an par rapport au scénario pression sur les coûts. Par rapport au scénario de référence, la croissance annuelle des primes par personne serait freinée de 0,3 point de pourcentage. Outre à l'AOS, le plafond des dépenses profitera avant tout aux cantons. Il se traduira aussi par un allègement des finances fédérales.

## 5 Conclusions

Déjà avant la crise du coronavirus, la forte croissance des dépenses de santé mettait en question la durabilité des finances publiques. La pandémie a accru ces préoccupations et souligné, en outre, l'importance de la résilience des systèmes de santé.

Les présentes projections montrent qu'il faut s'attendre, à l'avenir aussi, à une augmentation de la part du revenu national affectée aux dépenses de santé. Si les dépenses de santé liées au coronavirus ont grevé les finances publiques à court terme, le vieillissement de la population exercera, selon des projections allant jusqu'en 2050, une pression durable et croissante sur les finances publiques et l'assurance-maladie obligatoire. Cependant, à moyen et à long terme, les dépenses de santé ne seront pas seulement impactées par le changement démographique mais aussi par des facteurs non démographiques, tels que la hausse du revenu, le progrès de la médecine, l'effet de Baumol et des inefficiences dans le secteur de la santé. Pour les administrations publiques, ce sont les cantons, qui financent actuellement deux tiers des dépenses publiques, qui subissent la plus forte pression. La Confédération est touchée principalement par la RIP et les communes par les dépenses de soins.

Une ventilation des dépenses publiques montre que les facteurs de coûts non démographiques exercent une plus forte influence sur les dépenses de santé hors soins de longue durée relatives aux prestations hospitalières stationnaires et à la RIP (dépenses relevant de la LAMal) et que le vieillissement affecte davantage les SLD. Les dépenses pour les SLD évoluent de façon plus dynamique que les dépenses du secteur de la santé hors soins de longue durée. Les dépenses de l'AOS sont, à l'instar des dépenses publiques hors soins de longue durée, plus touchées par les facteurs de coûts non démographiques que par le vieillissement. Les analyses de sensibilité montrent que, dans l'AOS et dans les dépenses publiques de santé hors soins de longue durée, la plus forte pression sur les coûts provient de l'effet de prix relatif et de facteurs tels que le progrès de la médecine et les inefficiences. En revanche, pour les dépenses publiques relatives aux SLD, le besoin de soin qu'implique la prolongation de l'espérance de vie est significatif.

Pour les soins de longue durée, la prévention est une importante clé pour la maîtrise de la croissance des coûts. Pour l'AOS, le Conseil fédéral a soumis au Parlement diverses mesures visant à maîtriser la croissance des coûts, telles que la promotion des tarifs forfaitaires dans le domaine ambulatoire et la fixation d'objectifs de coûts pour freiner la croissance des coûts de l'AOS. Ces mesures se rattachent à l'un des leviers des coûts mis en évidence dans le présent document. Un ralentissement de la hausse des dépenses de l'AOS a un effet direct de modération des dépenses des administrations publiques affectées aux hôpitaux et à la RIP.

La fixation d'objectifs de coûts, qui fait l'objet de controverses, repose sur l'idée de base de rendre le secteur de la santé plus responsable en matière de coûts et, notamment, d'astreindre les fournisseurs de prestations à davantage considérer les rapports entre les coûts et les bénéficiaires. Le scénario politique sur les objectifs de coûts illustre le fait que des économies dans l'AOS et dans les dépenses publiques relevant de la LAMal sont possibles et que les ménages en profiteront également par une réduction des primes.



# 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), 1079–1095.
- Administration fédérale des finances (2021). Finances publiques suisses 2019–2022, tome 18, Administration et finances publiques, Administration fédérale des finances, Berne.
- AWG – Ageing Working Group on Ageing, Population and Sustainability (2021). The Ageing Report 2021 - Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070). *Institutional Paper Series*, No 148, Commission européenne, Bruxelles.
- Baltagi, B.H. Lagravinese, R., Moscone, F. et Tosetti, E. (2017). Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective, *Health Economics*, 26: 863–874.
- Baltagi, B. H. et Moscone, F. (2010). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data. *Economic Modelling*, 27(4), 804–811.
- 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), 386–391.
- Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review*, 57(3), 415–26.
- Brändle, T., et Colombier, C. (2020). Budgetary targets as cost-containment measure in the Swiss healthcare system? Lessons from abroad. *Health Policy*, 124, 605–614.
- Brändle, T., et Colombier, C. (2017). Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045, document de travail no 21 de l'Administration fédérale des finances, Berne.
- Brändle, T., et Colombier, C. (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence from Swiss Cantons, 1970-2012, *Health Policy*, 120(9), 1051–1060.
- Brändle, T., Colombier, C., Baur, M. et S. Gaillard (2018). Plafonds visant à freiner la croissance des dépenses de santé: expériences choisies et enseignements pour la Suisse, Working Paper n°22 de l'AFF, Administration fédérale des finances, Berne.
- Breyer, F. et Lorenz, N. (2021). The «Red Herring» after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures, *European Journal of Health Economics*, 22, 661.667.
- Breyer, F., Lorenz, N., et Niebel, T. (2015). Health Care Expenditures and Longevity: Is There a Eubie Blake Effect? *European Journal of Health Economics*, 16, 95–112.
- 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), 178–186.

Brunner, B., Wieser, S., Maurer, M., Stucki, M., Nemitz, J., Schmidt, M., Brack, Z., Lenzin, G., Trageser, J., von Stokar, T., Geschwend, E., Vettori, A. (2019). Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, Report on behalf of the Swiss Federal Office of Public Health, Winterthur Institute for Health Economics / ZHAW University of Applied Sciences, INFRAS, Winterthour / Zurich.

Conseil fédéral (2020). Intégration des soins dans un modèle de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, Berne. Consulté le 16.06.2022 sur <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-81300.html>

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, mai 2016, Berne.

Colombier, C. (2018). Population Aging in Healthcare – A Minor Issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 50 (15), 1746–1760.

Colombier, C. (2017). Drivers of Health Care Expenditure: What Role Does Baumol's Cost Play? *Social Sciences Quarterly*, 98(5), 1603–1621.

Colombier, C. (2012). Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2060, document de travail no 19 de l'Administration fédérale des finances, Berne.

Colombier, C., et Brändle, T. (2018). Healthcare expenditure and fiscal sustainability: evidence from Switzerland, *Public Sector Economics*, 42(3), 279–301.

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, 245–263.

Colombier, C. et Weber, W. (2008). Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2050, document de travail n° 10 de l'Administration fédérale des finances, Berne.

Confédération suisse (2021). Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs, rapport intermédiaire du Conseil fédéral en réponse au postulat 20.3135 CSSS-CE du 21 avril 2020, Berne.

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), 95–107.

Credit Suisse (2013). Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation. Swiss Issues Branches, août 2013, Zurich.

Credit Suisse (2015). Système de santé suisse 2015 – L'avenir du marché des homes médicalisés, Swiss Issues Branches, juin 2015, Investment Strategy & Research, Economic Research, Zurich.

- 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), 535–541.
- De la Maisonneuve, C., Oliveira Martins, J. (2014). The Future of Health and Long-Term Care Spending, OECD Journal: *Economic Studies*, 2014(1): 61–96.
- De la Maisonneuve, C., Moreno-Sera, R., Murin, F. et Oliveira Martins, J. (2016). The Role of Policy and Institutions on Health Spending, *Health Economics*, 26(7), 834–843.
- Département fédéral des finances (2016). Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse 2016, Berne. Administration fédérale des finances.
- Département fédéral des finances (2021). Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2021: crise du coronavirus, évolution démographique et changement climatique, Berne. Administration fédérale des finances.
- Felder, S. (2013). Managing the Healthcare System: The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure, CESifo DICE Report 1/2013, 3–6.
- Fries, J.F. (1980). Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Fries, J.F. (1989). The Compression of Morbidity: Near or Far?, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67(2), 208–232.
- Fries, S., Trageser, J. et von Stokar, T. (2020). Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe – Schlussbericht zur Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf, étude commandée par l’Office fédéral de la santé publique, INFRAS – Forschung und Beratung, Zurich.
- 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, 11–53.
- 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, 979–989.
- Groupe d’experts du DFI (2017). Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l’assurance obligatoire des soins, rapport du groupe d’experts, Département fédéral de l’intérieur, Berne.
- Gruenberg, E.M. (1977). The Failure of Success, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), 3–24.
- Hartwig, J. (2008). What Drives Health Care Expenditure? - Baumol’s Model of Unbalanced Growth Revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603–23.

Hartwig, J. et Sturm, J.E. (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36), 4455-4474.

Hsiao, W. et Heller, P.S. (2007). What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF Working Paper No 07/13.

Manton K.G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 60(2), 183–244.

Marino, A. et L. Lorenzoni (2019). The Impact of Technological Advancements on Health Spending. OECD Health Working Papers No 103, OECD Publishing, Paris.

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), 19–46.

Mattmann, M., Slembeck, T., et Rutz, S. (2021). Renforcer la responsabilité des coûts en fixant des objectifs, *La Vie économique*, 12/2021, 61–63.

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* No 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, 1385-1403.

Murthy, V.N.R. et Okunade, A.A. (2016). Determinants of U.S. Health Expenditure: Evidence from Autoregressive Distributed Lag (ARDL) Approach to Cointegration, *Economic Modelling*, 59, 67–73.

Obsan (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz – Prognosen bis 2040, Obsan Bulletin 02/2022, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel. (Texte en allemand avec résumé en français)

OCDE (2021). Will resilient health systems be financially sustainable? Prepared for the OECD Health Committee, OECD, Paris.

Office fédéral de la santé publique (2022). Programme visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS, Berne. Consulté le 01.06.2022 sur

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

Office fédéral de la santé publique (2021). Objectif de maîtrise des coûts dans le système de santé, fiche d'information, Berne



Office fédéral de la statistique (2021). Coûts et financement du système de santé, statistique de l'OFS, Neuchâtel. Consulté le 24.05.2022 sur

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.gnpdetail.2021-0179.html>

Office fédéral de la statistique (2021b). Monitoring des scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2020-2050: comparaison entre les observations et les résultats des scénarios, Neuchâtel.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.assetdetail.19004319.html>

Parlement suisse (2022). Message du 10 novembre 2021 relatif à l'initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), objet 21.067 du Conseil fédéral, Berne. Consulté le 01.06.2022 sur

<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20210067>

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), 1720–1731.

PWC, Price Waterhouse Coopers (2021). Finanzielle Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Schweizer Spitäler (Whitepaper 4.0).

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, 193–202.

Ricka, R., von Wartburg, L., Marta Gamez, F. et S. von Greyerz (2020): Rapport de synthèse du programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020». Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, Berne.

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), 1276–1284.

Stearns, S.C. et Norton, C. (2004). Time to Include Time to Death? The Future of Health Care Expenditure Projections, *Health Economics*, 13(4), 315–327.

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, 994–1001.

Swiss Economics et Slembeck, T. (2021). Analyse d'impact de la réglementation approfondie sur les effets d'un objectif de maîtrise des coûts de l'assurance obligatoire des soins, étude commandée par le Secrétariat d'État à l'économie et l'Office fédéral de la santé publique, Zurich. (Texte en allemand avec résumé en français).

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, 876–887.

Vatter, A. et Ruefli, C. (2003). Do Political Factors Matter for Healthcare Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3), 301–323.

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

Zweifel, P., Felder, S. et Meiers, M. (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?" *Health Economics*, 8(6), 485–96.

# Annexe: tableaux

**Tableau A1: indicateurs de l'évolution démographique et économique**

	2019	2035	2050
<b>Évolution de la population selon le scénario de l'OFS A-00-2020</b>			
Population résidente permanente (en millions)	8 688 215	9 758 502	10 440 621
Solde migratoire	50 000	45 000	35 000
Nombre moyen d'enfants par femme	1,5	1,6	1,6
Espérance de vie à la naissance			
Hommes	81,9	85,2	87,2
Femmes	85,5	87,8	89,6
Rapport de dépendance des personnes âgées*	30,4%	41,8%	46,5%
Rapport de dépendance des jeunes (0 à 19 ans)	20,0%	19,8%	19,3%
Rapport de dépendance effectif des personnes âgées**	37,7%	50,5%	56,1%
Taux d'activité en équivalents plein temps	85,2%	84,7%	85,0%
Population active en équivalents plein temps (en milliers)	4 262	4 564	4 761
<b>Évolution économique (moyenne annuelle) en %</b>		<b>2027–2050***</b>	
PIB nominal		2,5%	
PIB réel		1,5%	
Productivité du travail		1,2%	
Salaires réels		1,2%	
Population active		0,3%	
Renchérissement		1,0%	

\* 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)

\*\*\* Pour les années 2022 et 2023, on se fonde sur la prévision du groupe d'experts de la Confédération et, pour les années 2024 à 2026, sur les paramètres du plan financier 2024–2026.

**Tableau A2: dépenses pour le secteur de la santé (en % du PIB) dans le scénario de référence par domaine et par agent financeur**

Échelon	2019	2035		2050	
		Niveau	Modification 2019–2035	Niveau	Modification 2019–2050
<b>Ensemble du secteur de la santé*</b>	11,3	13,0	+1,68	15,0	+3,68
Santé sans soins de longue durée	9,0	10,1	+1,18	11,5	+2,49
Soins de longue durée (à partir de 65 ans)	1,7	2,3	+0,62	3,1	+1,36
<b>Agents financeurs</b>					
<b>État</b> (y c. assurances sociales)	3,8	4,41	+0,62	5,1	+1,32
Confédération	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Cantons	2,5	3,1	+0,58	3,7	+1,11
Communes	0,4	0,5	+0,08	0,6	+0,17
AVS/AI**	0,4	0,4	-0,03	0,4	-0,01
<i>Secteur de la santé hors soins de longue durée</i>	2,5	2,9	+0,39	3,3	+0,81
Confédération	0,5	0,5	-0,01	0,5	+0,06
Cantons	1,9	2,3	+0,39	2,7	+0,73
Communes	0,1	0,1	+0,01	0,1	+0,01
<i>Soins de longue durée (à partir de 65 ans)</i>	0,7	1,0	+0,28	1,3	+0,58
Confédération	-	-	-	-	-
Cantons	0,4	0,6	+0,18	0,8	+0,36
Communes	0,2	0,3	+0,07	0,4	+0,15
API AVS	0,1	0,1	+0,03	0,1	+0,06
<b>Assurance obligatoire des soins (AOS)***</b>	<b>3,6</b>	<b>4,2</b>	<b>+0,63</b>	<b>4,9</b>	<b>+1,32</b>
Santé hors soins de longue durée	3,0	3,4	+0,49	4,0	+1,01
Soins de longue durée (à partir de 65 ans)	0,4	0,5	+0,14	0,7	+0,30
<b>Autres dépenses****</b>	3,9	4,4	+0,42	5,0	+1,04
dont ménages privés*****	2,8	3,1	+0,37	3,5	+0,77

\* 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.

\*\* 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. La répartition ne comprend pas les dépenses pour les soins de longue durée destinés aux personnes de moins de 65 ans et pour l'administration, la prévention et la médecine dentaire.

\*\*\*\* Les «autres dépenses» recouvrent les dépenses des ménages, de l'assurance-accidents obligatoire (AA), des assurances privées complémentaires (AC) et des fondations privées.

\*\*\*\*\* Participation aux coûts de l'AOS, paiements directs (out of pocket [OOP]) et participation aux coûts pour les assurances privées complémentaires

# Annexe: formule

## Présentation formelle de la méthode de projection

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

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

(A1.1)

où:

- $t = 1, \dots, 31$  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-00-2020
- 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  $i$ ,  $\eta(i) \geq 0$ ,  $i \leq t$
- $\pi$  = taux d'inflation à long terme
- $\omega$  = taux de croissance à long terme du salaire réel annuel moyen
- $\mu$  = paramètre de 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. Il faut tenir compte du fait que les augmentations de prix dépassant le taux d'inflation de l'ensemble de l'économie  $\pi$  peuvent avoir d'autres causes que l'effet de Baumol, par exemple des inefficiences en matière de prix (voir plus bas).

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

- Le **premier facteur** décrit la relation entre une espérance de vie croissante et une modification de la morbidité d'une cohorte d'âge  $j$  durant l'année  $t$ . Il est ici supposé que l'augmentation de l'espérance de vie modifiera la probabilité de tomber malade et d'avoir besoin de soins 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 2050 à celle de l'année de référence 2019 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 2050 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  $\tau(31,50)=1^{27}$ . Étant donné que seules des données annuelles sont disponibles pour les dépenses par habitant, il faut pondérer par le nombre de mois les dépenses moyennes des cohortes d'âge auxquelles appartiennent les femmes âgées de 48 à 49 ans durant l'année de référence. Dans cet exemple,  $\lambda(31,50)$  est égal à huit. De fait, le profil des 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.
- 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  $\pi$  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** peut saisir, en plus de l'effet de Baumol, d'autres effets de prix relatifs tels que des inefficiences en matière de prix et/ou la rareté de l'offre de soins. On suppose à cet égard que la croissance des salaires (réels) dans le secteur de la santé (ou dans une partie de celui-ci) coïncide avec celle des salaires du reste de l'économie. De plus, la croissance moyenne des salaires réels 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 de Baumol est maximal et, en l'absence d'autres effets de prix relatif,  $\mu$  est égal à un. Dans le cas où l'effet de Baumol est total, la croissance des salaires 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. Des inefficiences dans la formation des prix, dues par exemple à une position dominante sur le marché occupée par des fabricants de médicaments ou des fournisseurs de prestations, et/ou une pénurie de personnel spécialisé dans le domaine de la santé, peuvent aussi entraîner une hausse des prix disproportionnée dans le domaine de la santé. Toutefois, dans le premier cas, la croissance des salaires réels n'est pas le facteur déclenchant. Pour la méthode de calcul de l'effet de prix relatif appliquée, le mécanisme exact est cependant sans importance.

27 Étant donné que  $t=0$  constitue l'année de référence (2019),  $t=31$  correspond à l'année 2050.

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.

$$D(t) = \sum_j \frac{D(t,j)}{Pop(t,j)} * Pop(t,j)$$

(A1.2)

# Documents de travail de l’AFF

## Nouvelle série

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

Nr. 25: Brändle, T., Colombier, C. (2022), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise.

Nr. 24: Bruchez, P.-A. (2018), Impact de l’immigration sur les finances publiques en Suisse.

Nr. 23: Schmidbauer, F., Baur, M., Gaillard, S. (2018), Deindustrialisierung: Langfristige Tendenzen und Auswirkungen der Frankenstärke für die Schweiz.

Nr. 22: Brändle, T., Colombier, C., Baur, M., Gaillard, S. (2018), Zielvorgaben für das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz.

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

Nr. 20: Brändle, T., Colombier, C. (2015), What drives public health care expenditure growth? Evidence from the 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<sup>ème</sup> 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.

### **Ancienne 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.



