

Stat Santé

Résultats des statistiques suisses de la santé



**Coûts de la santé
en Suisse:
Evolution de
1960 à 2000**

1 | 2003



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica

OFS BFS UST

La série «Statistique de la Suisse»
publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS)
couvre les domaines suivants:

- 0 Bases statistiques et produits généraux
- 1 Population
- 2 Espace et environnement
- 3 Vie active et rémunération du travail
- 4 Economie nationale
- 5 Prix
- 6 Industrie et services
- 7 Agriculture et sylviculture
- 8 Energie
- 9 Construction et logement
- 10 Tourisme
- 11 Transports et communications
- 12 Monnaie, banques, assurances
- 13 Protection sociale
- 14 Santé
- 15 Education et science
- 16 Culture, médias, emploi du temps
- 17 Politique
- 18 Administration et finances publiques
- 19 Droit et justice
- 20 Revenus et qualité de vie de la population
- 21 Développement durable et disparités régionales

Coûts de la santé en Suisse

Evolution de 1960 à 2000

Séries chronologiques révisées

Auteurs Raymond Rossel, Nicolas Siffert, OFS

Editeur Office fédéral de la statistique (OFS)

Editeur: Office fédéral de la statistique (OFS)
Complément d'information: Raymond Rossel, OFS, tél. 032 713 67 77
Ce document peut également être consulté et téléchargé sur Internet à l'adresse
www.health-stat.admin.ch

Auteurs: Raymond Rossel, Nicolas Siffert, OFS
Réalisation: Raymond Rossel, Nicolas Siffert, OFS
Diffusion: Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande: 515-0301
Prix: Gratuit
Série: Statistique de la Suisse
Domaine: 14 Santé

Langue du texte original: Français
Traduction: Services linguistiques de l'OFS
Page de couverture: OFS
Graphisme/Layout: OFS
Copyright: OFS, Neuchâtel 2003
La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales,
si la source est mentionnée

ISBN: 3-303-14071-5

Table des matières

Introduction	5	3	Méthode de calcul	26
1	Evolution des coûts du système de santé	6	4	Sources de données – Bibliographie
1.1	Coûts selon les fournisseurs de biens et services	6	Liste des tableaux et graphiques (disponibles sur Internet et dans une brochure séparée)	30
1.2	Dépenses du système de santé selon les prestations	8		
1.3	Financement selon l'agent payeur	9		
1.4	Financement sous l'angle économique	10		
1.5	Approche selon le coût réel	12		
1.5.1	Relation avec le produit intérieur brut	12		
1.5.2	Relation avec l'indice des prix	13		
1.5.3	Indices des coûts, des prix et des salaires	15		
2	Aspects méthodologiques de la «rétropolation»	18		
2.1	Classification des coûts du système de santé selon les fournisseurs de biens et services	18		
2.2	Classification des dépenses du système de santé selon les prestations	19		
2.3	Classification du financement du système de santé selon l'agent payeur	22		
2.4	Classification du financement du système de santé sous l'angle économique	23		

Introduction

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a défini un concept de modélisation des coûts du système de santé au début des années nonante. Il publie depuis une dizaine d'années cette statistique (OFS, 1993) établie selon les principes de la méthodologie des comptes de la santé de l'OCDE qui définit les biens et services de santé ainsi que les fournisseurs de prestations faisant partie du système de santé. Les comptes de la santé doivent répondre aux trois questions fondamentales suivantes:

D'où vient l'argent? (agents du financement)

A qui va l'argent? (fournisseurs de biens et de services)

Quels services (définis selon leurs fonctions) ont-ils été produits et quels biens ont-ils été achetés?

L'OFS a publié dans les années nonante des résultats détaillés pour la période s'étendant de 1985 à 1998 (OFS, 1994-98). Les principales valeurs des dépenses de santé ventilées selon les agents payeurs, les agents de production, la nature des biens et services consommés et les agents supportant la charge économique ont été estimées pour les années antérieures jusqu'en 1960 (Huber, 1994).

L'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 sur le plan national et l'harmonisation de la méthodologie des comptes de la santé au niveau international (OCDE, EUROSTAT) ont rendu nécessaire la révision de la conception de la statistique des coûts du système de santé. Les coûts du système de santé selon cette méthodologie révisée ont été publiés pour la première fois en 2002. Cette publication comprend une courte description des sources et méthode, ainsi que les résultats détaillés et l'évolution pour les années 1995 à 1999 (OFS, 2002).

La révision de la conception de la statistique des coûts du système de santé comportait des changements dans les trois classifications de base: les fournisseurs de biens et de services de santé, les prestations (biens et services de santé) et les agents payeurs. Dans chaque classification, de nouvelles rubriques apparaissent ou disparaissent et sont agrégées ou désagrégées. Pour l'analyse complémentaire du financement, les classifications

«sous l'angle de la sécurité sociale» et «sous l'angle économique» ont remplacé la classification «selon l'agent supportant la charge économique».

Pour harmoniser les différentes séries chronologiques disponibles sur la période 1960 à 2000, il convenait donc d'opérer une «rétropolation»¹ systématique à partir des nouvelles statistiques. Chaque changement dans les classifications rendait nécessaire la construction d'un «pont» garantissant au mieux la cohérence des séries chronologiques longues.

La présente publication comprend les ventilations complètes des dépenses de santé sur la période 1960 à 2000 et sa partie consacrée à l'analyse apporte quelques éclairages sur les évolutions constatées dans les séries chronologiques. Ce document contient aussi une partie concernant les sources et méthodes de la «rétropolation» des séries chronologiques antérieures à 1995. Il présente de manière synoptique le passage et les correspondances entre l'ancien et le nouveau modèle des coûts du système de santé ainsi que des estimations pour les principaux agrégats de la dépense de santé ventilée selon les fournisseurs de biens et services, les prestations, les agents payeurs et les agents financeurs sous l'angle économique pour la période 1960-1994.

Dans le texte, il y a des références à des tableaux et des graphiques de l'annexe, qui est publiée dans une brochure séparée: Actualités OFS, Tableaux des statistiques de santé, Coûts de la santé en Suisse – Evolution de 1960-2000, Tableaux des séries chronologiques révisées. Neuchâtel, juin 2003, No de commande 532-0307. Il est également possible de télécharger la présente publication comme l'annexe depuis le site internet de l'OFS à l'adresse www.health-stat.admin.ch.

¹ L'interpolation est une méthode de calcul permettant de déterminer des valeurs intermédiaires dans une série de valeurs voisines connues. L'extrapolation s'intéresse à la détermination de valeurs futures à partir d'une série connue. La «rétropolation» permet quant à elle la détermination de valeurs antérieures à celles d'une série connue.

1 Evolution des coûts du système de santé

La présente étude a pour but de mettre en évidence quelques changements structurels intervenus durant la deuxième partie du siècle passé et plus particulièrement durant la fin de cette période. L'analyse de l'évolution des parts relatives des dépenses et du financement des principaux acteurs du système de santé permet de décrire quelques tendances dans le développement des coûts de la santé. Mis en rapport avec le produit intérieur brut et l'indice des prix à la consommation, ces chiffres permettent de mesurer l'importance économique globale du secteur de la santé sur une longue durée.

Le commentaire se limitant à l'analyse des tendances générales, on consultera avantagement les résultats complets de cette étude, en particulier les chiffres absolus, publiés sous la forme de tableaux détaillés et de graphiques dans Actualités OFS, 2003.

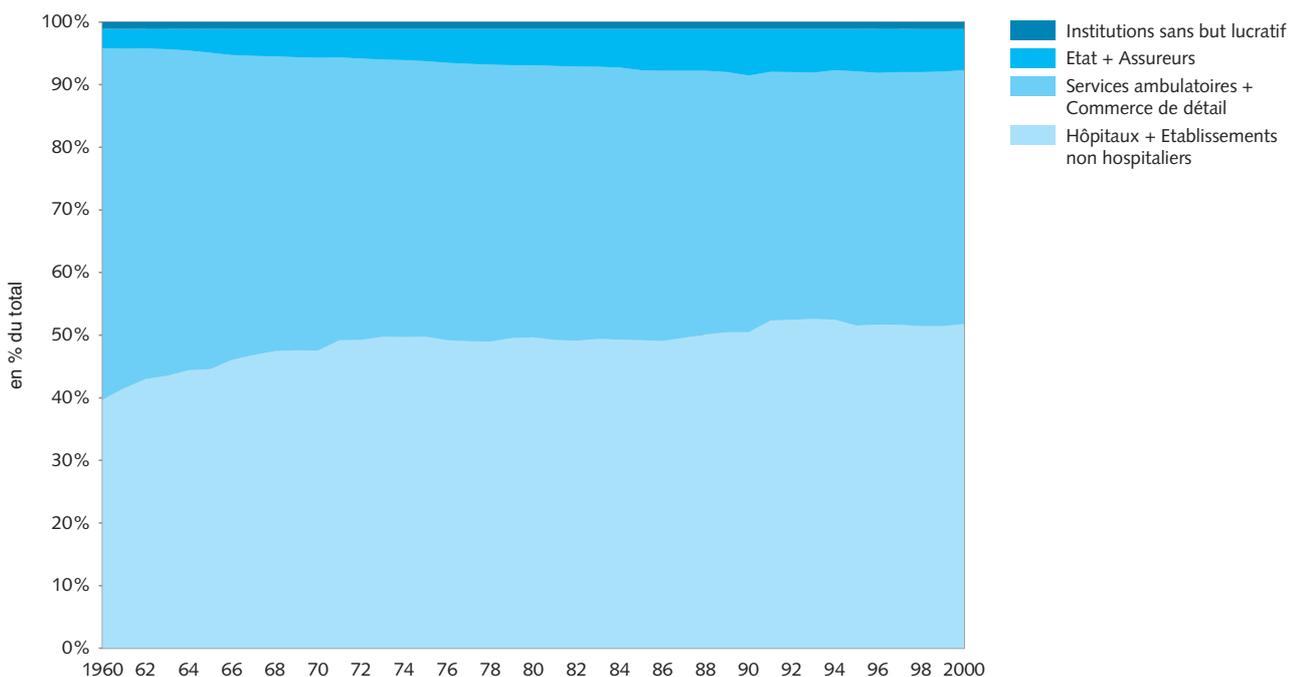
1.1 Evolution des coûts du système de santé selon les fournisseurs de biens et services

Le graphique **G1** donne une image de l'évolution générale des parts de coûts des quatre groupes de fournisseurs de biens et services de santé: hôpitaux et établissements non hospitaliers, services ambulatoires et commerce de détail, Etat et assureurs, institutions sans but lucratif.

Sur l'ensemble de la période 1960 à 2000, la part **des coûts des hôpitaux et des établissements non hospitaliers** augmente: de 39,7% en 1960, elle atteint 51,8% en 2000. Les services ambulatoires et le commerce de détail présentent une diminution régulière de 56,0% en 1960 à 40,5% en 2000. Les dépenses de l'Etat et des assureurs doublent en passant de 3,1% en 1960 à 6,6% en 2000, alors que la part des institutions sans but lucratif reste stable avec 1,1%.

Coûts du système de santé selon les fournisseurs de biens et services

G1



La part des établissements de santé dans l'ensemble des coûts du système de santé augmente donc de manière

Les coûts des établissements de santé augmentent de manière significative

significative sur l'ensemble de la période passant de 39,7% du coût total du système de santé

à une part de 51,8% en 2000. La phase majeure d'augmentation se situe entre 1960 et 1971. Dès 1985, les chiffres pour les établissements de santé peuvent être ventilés pour trois catégories d'établissements et l'analyse peut être affinée (voir tableau T1c dans: Actualités OFS, 2003):

- La part de coûts des **hôpitaux** progresse encore légèrement de 1986 à 1993 et se stabilise dès 1995. Les hôpitaux fournissant principalement des soins avec hébergement (soins intra-muros) et dans une moindre mesure des prestations ambulatoires, cette stabilisation cache une évolution très divergente entre ces deux types de prestations. Les prestations intra-muros sont en fait en diminution légère et les prestations ambulatoires en forte augmentation depuis le milieu des années nonante (voir ci-après chap. 1.2).
- La part de coûts des **établissements pour personnes âgées et malades chroniques** a augmenté fortement depuis 1985. L'essentiel de cette progression a eu lieu avant 1992. Les années suivantes ont été marquées par des hausses de faible ampleur. Le financement partiel de ces coûts en vertu de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dès 1996 n'a pas occasionné une augmentation particulière dans ce secteur. Les causes principales de cette évolution sont liées au vieillissement de la population, à un besoin accru de confort mais aussi à un affaiblissement du tissu des solidarités familiales et de voisinage.
- La part de coûts des **établissements pour handicapés et autres** présente également une forte progression depuis 1985. Les phénomènes d'exclusion sociale peuvent expliquer ces hausses de coûts. Dans cette catégorie d'établissements, un nombre croissant de petites institutions pour le traitement des dépendances et de psychiatrie sociale sont également prises en compte.

La part des **services ambulatoires** et du **commerce de détail** dans l'ensemble des coûts du système de santé a diminué assez régulièrement de 1960 à 1993 passant de 56,0% à 39,3% (voir tableau T1a dans: Actualités OFS,

2003). Cette évolution est bien sûr en grande partie complémentaire à l'augmentation dans les établissements de santé. Dès 1994, cette part augmente légèrement et correspond vraisemblablement à un renversement de tendance en rapport avec les efforts pour diminuer les durées d'hospitalisation et pour favoriser le maintien à domicile qui sont apparus de manière plus prononcée au cours des années nonante. Au niveau des séries détaillées disponibles dès 1985 (voir tableau T1c dans: Actualités OFS, 2003), on mentionnera les diminutions relativement importantes des coûts des dentistes et dans une moindre mesure de la vente de biens de santé dans le commerce de détail. La part du coût des médecins (17,7%) est la même en 2000 qu'en 1985, après être toutefois descendue à 16,1% en 1993.

L'augmentation de la part des prestations de l'**Etat** – Confédération, cantons, communes – et des **assurances**

La part des prestations de l'Etat et des assurances sociales a plus que doublé entre 1960 et 2000

sociales de 3,1% en 1960 à 6,6% en 2000 est exceptionnelle quant à son ampleur. Elle n'est cependant pas surprenante car

elle correspond à un accroissement des tâches administratives d'une part et des activités de prévention en matière de santé publique d'autre part. Parmi les causes principales de l'augmentation des coûts administratifs, il convient de mentionner l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents obligatoire (LAA) en 1984, l'extension des prestations de l'assurance-invalidité pour les mesures individuelles de réadaptation et les subventions aux institutions s'occupant de l'aide aux invalides et enfin l'augmentation de la densité d'assurance auprès des caisses-maladie avec l'entrée en vigueur de la LAMal. En effet, le degré de couverture de la population par l'assurance-maladie se situait en 1960 à 72%, tandis qu'il atteint quasiment 100% depuis plusieurs années. L'entrée en vigueur de la LAMal a par ailleurs vraisemblablement occasionné une hausse ponctuelle des frais administratifs des caisses-maladie en 1996, hausse qui est cependant partiellement corrigée au cours des années suivantes. L'Etat lui-même voit ses tâches augmenter dans l'organisation et la planification hospitalière ainsi que les soins à domicile. Les services de secours d'urgence se sont développés. Les tâches de prévention et de santé publique se sont également multipliées, en particulier dans la lutte contre les maladies transmissibles (SIDA), dans la radioprotection et le contrôle des denrées alimentaires.

1.2 Evolution des dépenses du système de santé selon les prestations

Le graphique **G2** donne une image de l'évolution générale des parts des dépenses pour les quatre grandes catégories de prestations: soins intra-muros et soins semi-hospitaliers, soins ambulatoires et services auxiliaires, vente de biens de santé, prévention et administration.

Sur l'ensemble de la période 1960 à 2000, la part des coûts des soins intra-muros passe de 35,7% en 1960 à 46,8% en 2000 alors que celle de la vente des biens de santé diminue quasiment de moitié en passant de 24,2% en 1960 à 12,6% en 2000. Les soins ambulatoires et les services auxiliaires restent assez stables avec 36,6% en 1960 et 33,1% en 2000. Quant aux dépenses de prévention et d'administration, elles doublent, passant de 3,5% en 1960 à 7,4% en 2000.

En résumé, l'évolution est caractérisée par:

- l'augmentation modérée de la part de dépenses pour les soins intra-muros
- la diminution modérée de la part de dépenses pour les soins ambulatoires
- la nette diminution de la part de dépenses pour les médicaments
- la nette augmentation de la part des dépenses pour la prévention et l'administration.

Les explications concernant l'augmentation des dépenses pour les **soins intra-muros** et la diminution de celles pour les **soins ambulatoires** et les **services auxiliaires** sont les mêmes qui sont avancées dans l'analyse des coûts selon le fournisseur de biens et services de santé (voir chap 1.1). Concernant l'évolution des parts relatives des soins intra-muros d'une part et ambulatoires d'autre part, l'évolution des chiffres est même plus évidente car depuis 1985, les soins ambulatoires des hôpitaux sont estimés séparément. Ces derniers ont doublé durant cette période et leur progression a été particulièrement vive depuis 1994. Globalement, la part des dépenses pour les prestations intra-muros, y compris celles des établissements pour personnes âgées, malades chroniques et personnes handicapées, est en légère diminution depuis 1994.

Globalement, la part des dépenses liées à la **vente de biens de santé** a été divisée par deux entre 1960 et

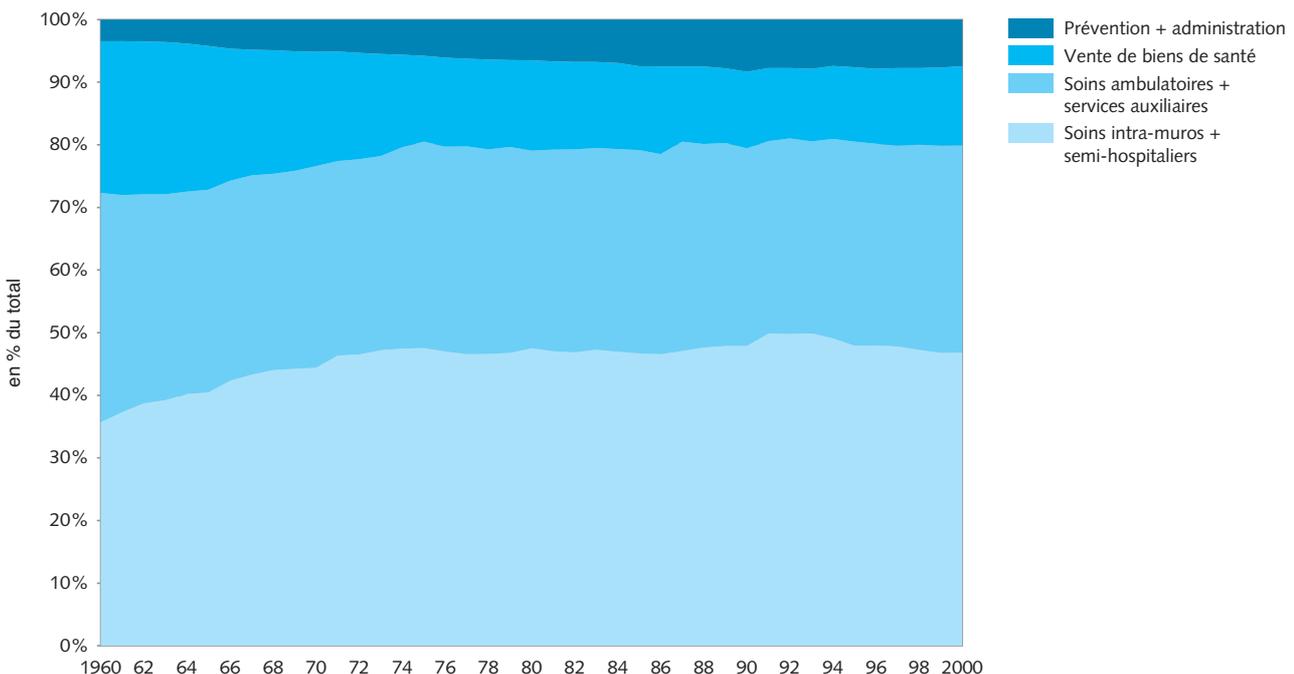
Les dépenses pour les biens de santé ont diminué de 50% entre 1960 et 2000

2000. Cette évolution correspond d'une manière générale à la diminution

tendancielle de la part des produits industriels et à l'augmentation de celle des services dans le développement économique global. Dans le commerce de détail des médicaments (voir tableau T2c dans: Actualités OFS, 2003), on observe cependant depuis 1989 une quasi-stabilisation de la part de dépenses

Coûts du système de santé selon les prestations

G2



(7,7%, contre 7,6% en 2000). Elle s'explique probablement par un effet de compensation d'une diminution de coûts des médicaments traditionnels et d'une augmentation due aux nouvelles thérapies médicamenteuses coûteuses (p. ex. en relation avec le SIDA). Les dépenses pour des médicaments directement délivrés par les médecins présentent une évolution singulière et très irrégulière. Cette part de dépenses, qui avait atteint un niveau plancher de 2,0% en 1987, semblent être en forte augmentation depuis le milieu des années nonante (voir tableau T2c dans: Actualités OFS, 2003).

Les remarques du chapitre 1.1 concernant l'augmentation des tâches de l'Etat et des assurances sociales pour expliquer la progression de leurs parts de coûts respectifs sont également valables pour étayer une progression comparable des parts de dépenses pour la **prévention** et l'**administration**.

1.3 Evolution du financement du système de santé selon l'agent payeur

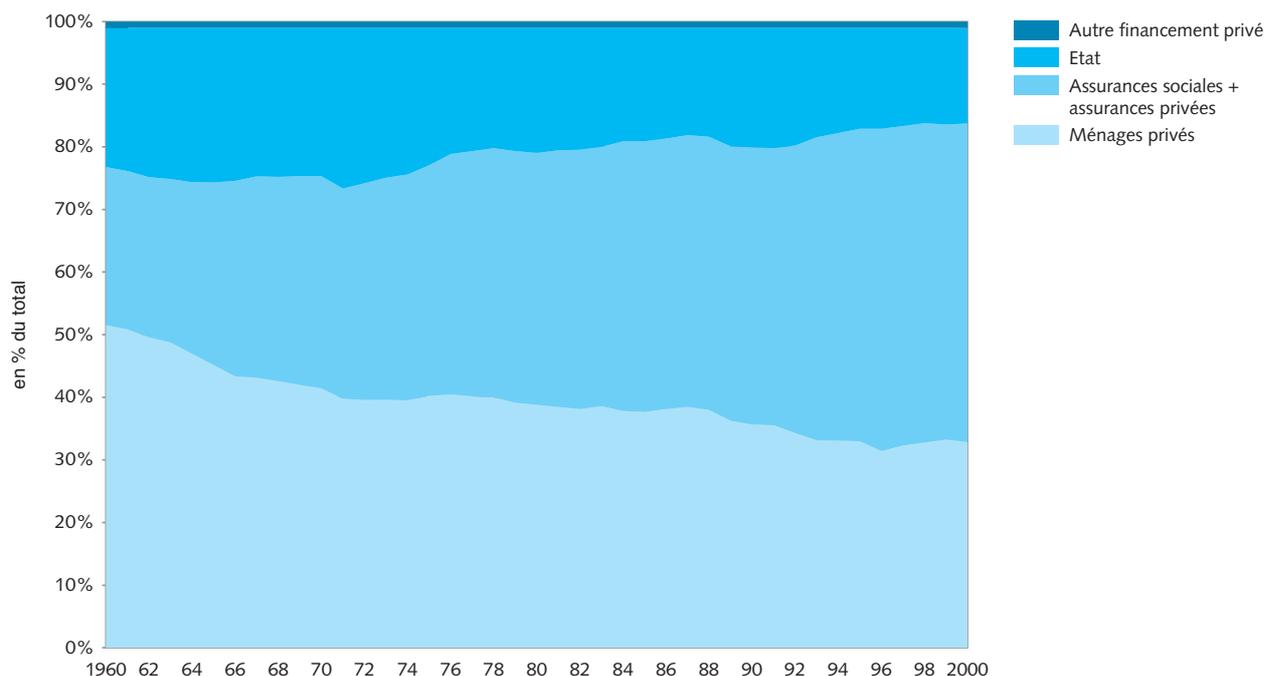
Le graphique **G3** donne une image de l'évolution générale des parts de financement des quatre grandes catégories d'agents payeurs: ménages privés, assurances sociales et assurances privées, Etat, autre financement privé.

Durant la période sous revue, 1960 à 2000, la part de financement de l'Etat a quelque peu diminué, passant de 22,2% en 1960 à 15,2% en 2000. La part «Autre financement privé» est restée stable avec 1% du total des coûts. Des changements marquants sont par contre visibles pour les assurances sociales et privées qui doublent entre 1960 et 2000, passant de 25,2% à 50,9%. Quant à la part des ménages, elle diminue régulièrement depuis 1960, passant de 51,5% à 32,9% en 2000.

L'évolution de la structure du financement durant la période 1960 à 2000 est caractérisée par trois faits correspondant selon toute vraisemblance à des changements structurels: le net accroissement de la prise en charge des prestations par les assurances sociales, le désengagement direct d'une ampleur modérée de l'Etat et la nette diminution de la part du financement des ménages (voir tableau T3a dans: Actualités OFS, 2003).

Coûts du système de santé selon l'agent payeur

G3



L'augmentation du financement par les assurances sociales s'explique essentiellement par l'extension de l'assurance-maladie de base

Cette redistribution partielle du financement – surtout entre les ménages et les assurances sociales – s'explique principalement par le développement des

assurances sociales, plus particulièrement par l'augmentation de la densité d'assurance (pourcentage de la population assurée auprès d'une caisse-maladie). L'extension de l'assurance-maladie à toute la population résidente était presque achevée en 1990. En effet, l'absence de couverture pour le risque maladie pour 28% de la population en 1960 – des personnes âgées pour la plupart – constitue la principale explication aux 47% de financement des ménages de cette époque. Durant la période considérée, l'éventail des prestations payées par les assurances sociales a subi relativement peu de changements significatifs: les prestations des maisons pour personnes âgées, des dentistes et des organisations de soins et de maintien à domicile demeurent en règle générale exclues des couvertures des assurances sociales. L'année 1996 marque toutefois une rupture dans la série chronologique. En effet, l'obligation de s'assurer étendue à toute la population résidente et l'extension du catalogue des prestations² couvertes par les caisses-maladie en vertu de la LAMal explique en grande partie la nette progression observée sur la part des assurances sociales qui passent de 49,9% en 1995 à 51,5% en 1996. L'évolution ultérieure semble être encore incertaine.

L'évolution récente des flux relatifs de financement de l'assurance-maladie et des ménages mérite quelques affinements (voir tableau T3c dans: Actualités OFS, 2003). En effet, il convient d'introduire dans l'analyse des séries la distinction entre **l'assurance-maladie sociale (LAMal)** et **l'assurance-maladie privée**. Alors que l'assurance-maladie sociale est en constante progression, passant de 25,4% en 1985 à 32,4% en 2000, l'assurance-maladie privée ne présente pas de tendance significative jusqu'en 1995. La «privatisation» des assurances complémentaires des assureurs LAMal dès 1996 semble provoquer une diminution dans cette branche en même temps qu'un transfert vers les institutions d'assurance privées. Quant au financement par **les ménages**, il est nécessaire de nuancer la tendance générale à la diminution. Les participations des assurés aux frais ont considérablement augmenté durant les dix dernières années et

ont eu pour effet de ralentir très sensiblement le rythme de baisse de la part de financement des ménages privés.

La part de financement de **l'Etat** est orientée à la baisse durant les quatre décennies observées. Bien qu'elle comprenne également le coût de ses services de prévention et d'administration de la santé publique, il faut considérer que cette part est avant tout influencée par le niveau des subventions au secteur hospitalier. Ainsi, un certain désengagement financier des collectivités publiques dans le système de la santé apparaît durant la période. La part de l'Etat passe de 22,2% en 1960 à 15,2% en 1998. Le phénomène est beaucoup plus net entre 1971 et 1987: 25,6% à 17,1%, soit une diminution de quelque 33%. Il convient aussi de remarquer la quasi-stabilisation depuis 1998 qui pourrait indiquer que la part du financement public a peut-être atteint un seuil plancher dans un système de financement dual³.

1.4 Evolution du financement du système de santé sous l'angle économique

Le graphique **G4** donne une image de l'évolution générale des parts de financement des trois grandes catégories d'agents financeurs sous l'angle économique: ménages privés, entreprises, Etat.

L'évolution de 1960 à 2000 des parts respectives de financement au niveau des trois agents économiques présente les tendances suivantes (voir tableau T4a dans: Actualités OFS, 2003):

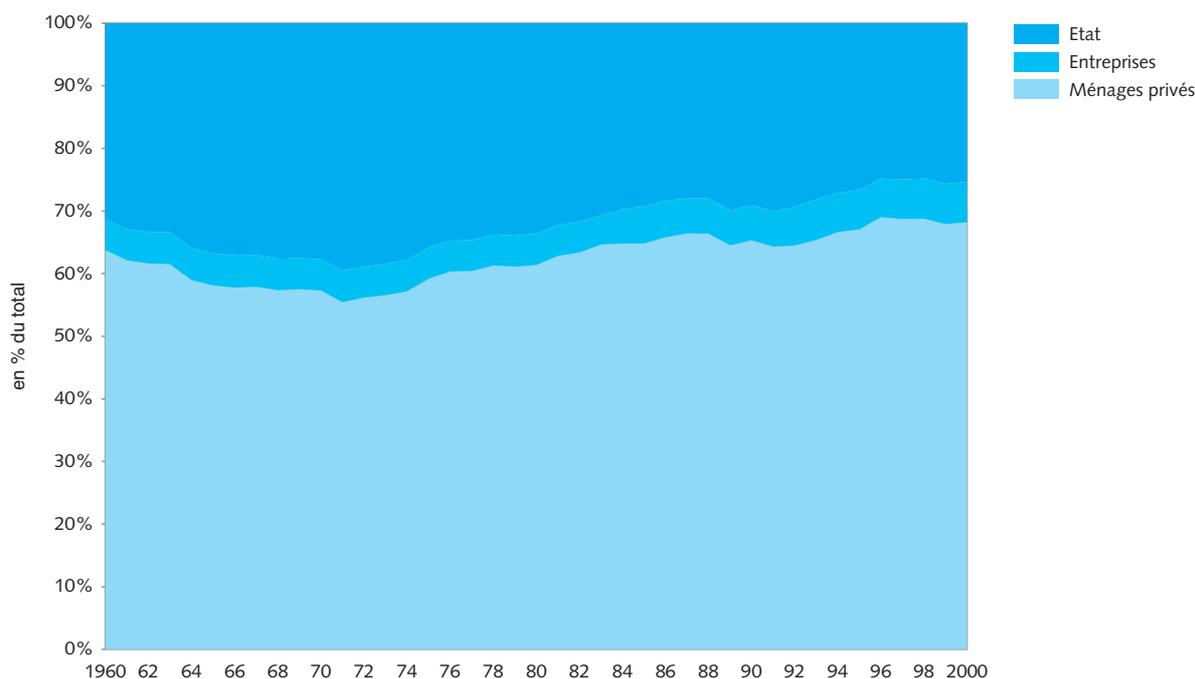
- la part de l'Etat marque une progression régulière de 1960 (31,4%) à 1971 (39,5%) avant de diminuer à nouveau régulièrement pour atteindre 25,3% en 2000;
- la part des ménages privés a régressé de 63,8% en 1960 à 55,4% en 1971 avant d'entamer une progression régulière pour atteindre 68,2% en 2000;
- quant à la part des entreprises, elle est restée relativement stable, avec une lente progression de 4,9% en 1960 à 6,4% en 2000.

² Couverture plus étendue des soins en établissement médico-social ou à domicile

³ Système de tarification des prestations intra-muros prévoyant la participation paritaire. 50% à la charge de l'assurance-maladie et 50% à la charge des pouvoirs publics, sans la prise en compte des charges d'investissement, art. 49 LAMal.

Coûts du système de santé selon l'angle économique

G4



Dans cette approche sous l'angle économique, les régimes de protection sociale disparaissent en tant qu'agent du financement. On s'attache par contre à ventiler la charge de ces régimes selon leur système de financement réparti entre les ménages privés, les entreprises et l'Etat:

- l'assurance-maladie est financée par les primes payées par les ménages privés mais aussi par les subventions aux assurés pour la réduction des primes (Etat);
- l'assurance-invalidité est financée à raison de 50% par des cotisations sur le travail (employeurs et salariés) et de 50% par l'Etat;
- l'assurance-vieillesse⁴ est financée à raison de 80% par des cotisations versées par les entreprises (employeurs et salariés) et de 20% par l'Etat;
- l'assurance-accidents LAA est financée par les entreprises (employeurs et salariés);
- l'assurance militaire, les prestations complémentaires AI et AVS, ainsi que l'aide sociale sont financées par l'Etat;
- l'assurance-maladie privée est financée par les ménages privés.

Contrairement à l'idée généralement admise que l'Etat social s'est développé durant les dernières décennies, l'analyse du financement du système de santé

L'Etat social ne s'est pas développé dans le domaine de la santé

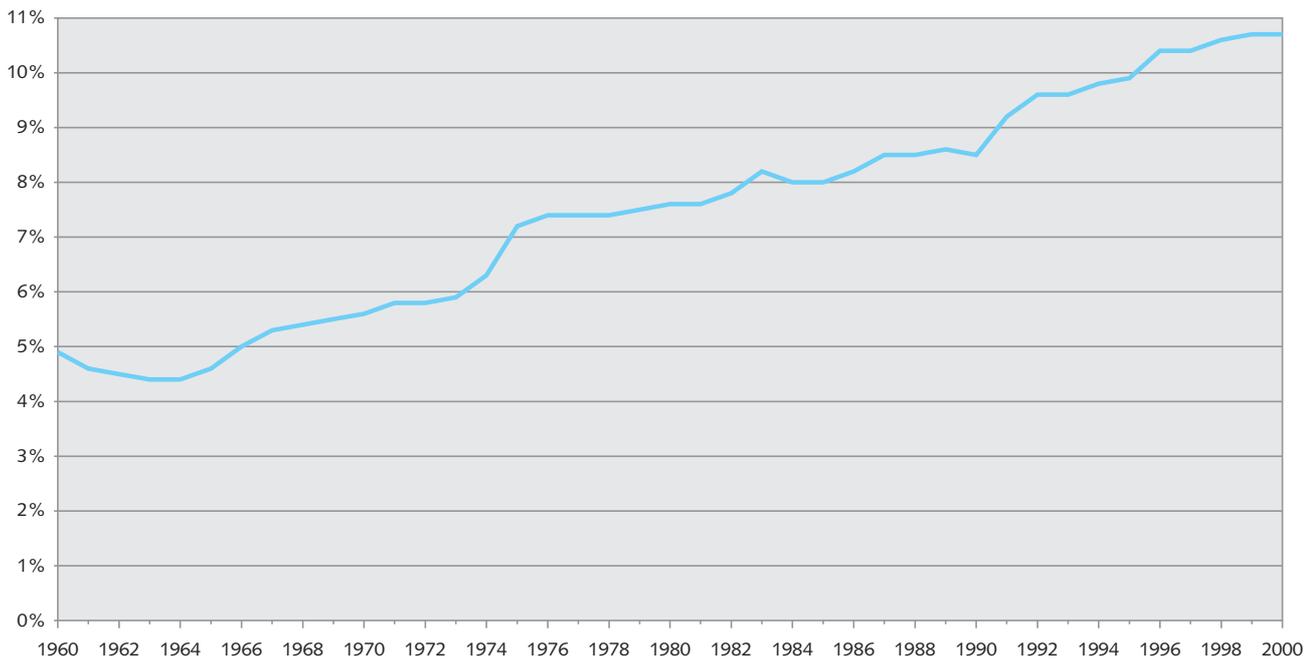
montre que la part de l'Etat se situe à la fin des

années nonante à un minimum «historique» (2000 à 25,3%) et qu'elle a généralement diminué depuis 1971, année record avec une part de 39,5%. Du point de vue de la politique sociale, le rôle redistributif des collectivités publiques a ainsi tendance à diminuer. Inversement, la charge des **ménages** pour la santé a augmenté au cours du temps. Elle se situait autour de 60% avant 1980 et elle a ensuite progressé pour atteindre quelque 69% au cours des années les plus récentes.

⁴ Moyens auxiliaires aux personnes âgées et subventions aux organisations d'aide à la vieillesse pour les soins et l'aide à domicile (LAVS art. 101 bis).

Coûts du système de santé suisse en % du produit intérieur brut (PIB)

G5



1.5 Approche selon le coût réel

1.5.1 Relation avec le produit intérieur brut

Le produit intérieur brut (PIB) mesure le résultat final de l'activité de production d'une économie. La part des dépenses de santé dans le PIB constitue un indicateur pertinent de la charge économique ou de l'utilisation des ressources du système de santé. Ce ratio met en évidence la part des ressources économiques que le pays consacre au système de santé.

Cette part a évolué de façon assez régulière de 4,9% en 1960 à 10,7% en 2000. L'économie du pays consacre ainsi en 2000 10,7% de ses ressources au système de santé et cette allocation de ressources a progressé de 2,0% annuellement entre 1960 et 2000 (voir graphique G5 et tableau T5 dans: Actualités OFS, 2003).

Les facteurs de cette augmentation des coûts du système de santé suisse sont essentiellement l'amélioration de la qualité des soins et la progression de la quantité des prestations, ainsi que le vieillissement démographique.

L'augmentation des coûts de la santé résulte de l'amélioration de la qualité des soins et de la progression de la quantité des prestations

Ces facteurs d'augmentation devraient en principe induire une certaine régularité dans la progression des coûts, dans la mesure où il s'agit

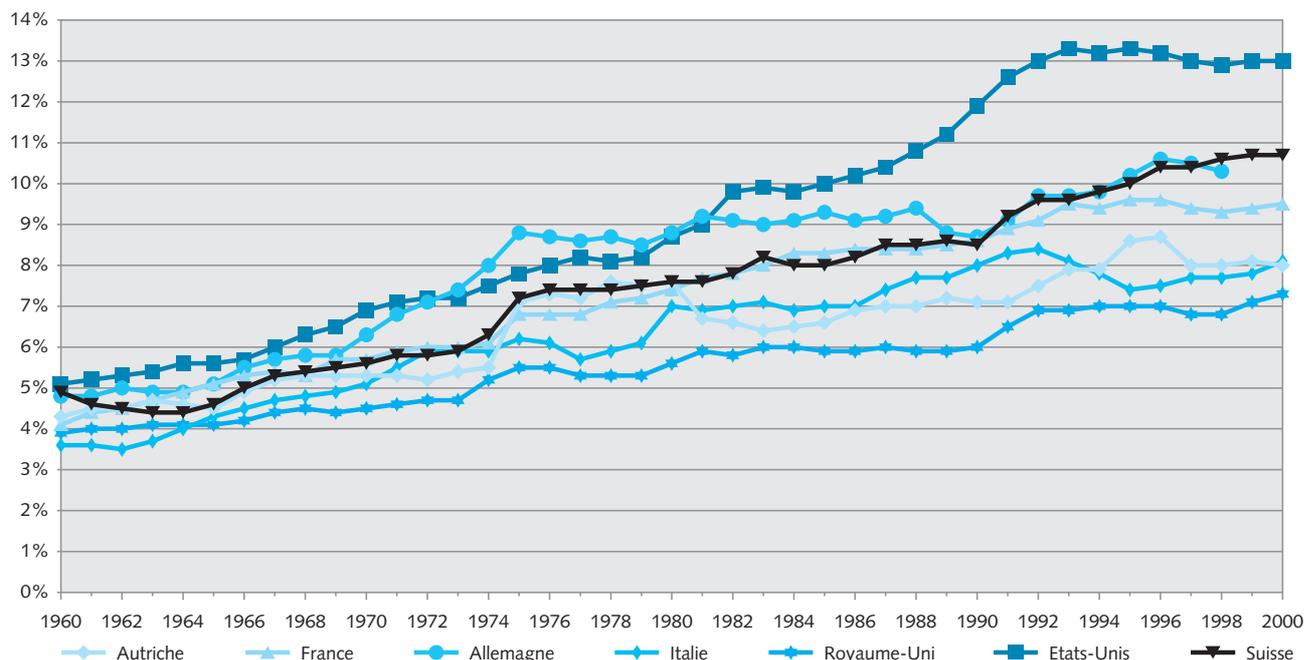
de tendances liées à notre société. On remarque cependant trois périodes d'accélération de ces augmentations: entre 1970 et 1976, 1990 et 1993 et entre 1995 et 1996. Ces années ont été marquées par une croissance économique faible voire même un recul du PIB (1975: -6,7%), ce qui explique la pente accentuée pour l'indicateur.

La progression de la part au PIB mesure les ressources supplémentaires nécessaires au système de santé. Lorsque les augmentations de dépenses de santé ne peuvent plus être financées par la croissance économique, des transferts de charge économique surviennent entre les agents du financement que sont les ménages privés, les assurances sociales et les collectivités publiques. L'acuité du débat public sur les coûts de la santé est certainement largement alimentée par les tensions inévitables qui se manifestent entre les agents financeurs. Ces derniers sont soumis à des contraintes budgétaires et peinent à apporter les ressources supplémentaires au système de santé dont les coûts ne sont pas maîtrisés.

Pour des comparaisons internationales, l'OCDE publie les séries chronologiques pour les pays membres. Dans le graphique G6, l'évolution des coûts du système de santé peut être observée pour quelques grandes nations ou pays voisins de la Suisse (cf. tableau T6 dans: Actualités OFS, 2003).

Evolution des coûts de la santé en % du PIB dans quelques pays de l'OCDE dès 1960

G6



Un principe de prudence nous incite à rappeler quelques limites connues dans la comparabilité de ces chiffres. Malgré les récents efforts de l'OCDE et d'EUROSTAT pour améliorer et préciser sur le plan méthodologique le contenu du concept «système de santé», des divergences importantes entre pays dans l'application des concepts peuvent expliquer des niveaux de coûts assez éloignés, par exemple entre les Etats-Unis (13%) et le Royaume-Uni (7,3%). De même, des ruptures dans les séries (Autriche, Allemagne) pourraient résulter d'adaptations dans les modèles d'estimation, par exemple dans le domaine médico-social des soins aux personnes âgées ou aux handicapées où l'inclusion de ces coûts pose encore quelques problèmes de délimitation.

Les chiffres de l'OCDE permettent cependant de tirer quelques conclusions générales intéressantes. Dans tous les pays, on constate la dépendance de cet indicateur par rapport à la conjoncture économique. Ceci confirme que l'augmentation des coûts de santé résulte plutôt d'une offre et d'une demande en augmentation constante et régulière, indépendante du degré d'activité des autres secteurs de l'économie. S'il en était autrement, le rapport «coûts de santé sur PIB» serait en principe stable.

Dans tous les pays, le rapport «coût de la santé sur PIB» a plus que doublé, sauf en Autriche. Si les niveaux

Les ressources allouées au système de santé ont doublé pratiquement partout

de l'indice peuvent être divergents, l'évolution est par contre très concordante. Dans un ordre dé-

croissant des coûts, on constate que les Etats-Unis, la Suisse et l'Allemagne se trouvaient déjà en 1960 dans les mêmes positions de tête que celles occupées à la fin des années nonante. Inversement, le Royaume-Uni, l'Autriche et l'Italie figurent dans la seconde partie du classement durant toute la période.

1.5.2 Relation avec l'indice des prix

L'indice des prix à la consommation (IPC) constitue une référence pour la mesure de l'inflation. Il est l'indicateur général du niveau des prix dans une économie et sert aussi à l'indexation des rentes et des salaires. Afin de montrer la valeur relative d'une somme monétaire donnée, dans ce cas les dépenses de santé, on retient donc l'indice des prix à la consommation général et non pas le sous-indice des prix à la consommation propre au domaine de la santé.

Il est intéressant de comparer l'évolution de l'indice général des prix à la consommation à celle des coûts du

1 franc en 1960 vaut 3,82 francs en 2000, compte tenu de l'inflation

système de santé. Le graphique **G7a** présente l'évolution de cet indice et met en évidence la perte

de pouvoir d'achat survenue entre 1960 et 2000 suite à l'inflation. Dans le graphique **G7b**, on présente le facteur multiplicatif des prix résultant de l'inflation entre une année donnée et 2000. Ainsi il en résulte que 1 franc de 1960 aurait une valeur de 3,82 francs en 2000.

En appliquant cette échelle de déflation aux coûts du système de santé, on obtient une valeur actualisée de ces coûts, présentée dans le graphique **G7c**: les coûts du système de santé aux prix de 2000. En d'autres termes la valeur des coûts du système de santé pour une année donnée en tenant compte de la perte de valeur de l'argent entre cette année et 2000. Cette information est pertinente pour se faire une idée de la somme consacrée aux coûts du système de santé par rapport à la valeur actuelle de l'argent. Ainsi, la somme de 1,9 milliard de francs consacrée au système de santé en 1960 représenterait en l'an 2000 un montant de 7,4 milliards de francs, soit 3,82 fois plus (voir tableau T7 dans: Actualités OFS, 2003).

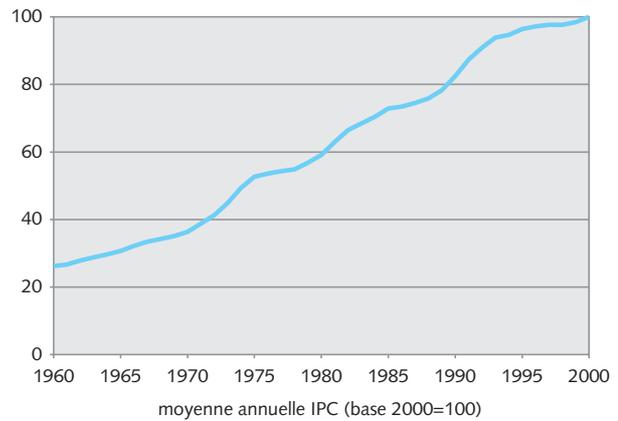
Les coûts réels des prestations pour les soins de santé de l'assurance-maladie de base peuvent être construits avec l'indice des prix à la consommation. Il ne s'agit donc ici plus que des prestations payées par les assureurs et non plus des coûts du système de santé. Les prestations payées par les ménages ou les assurances privées ou complémentaires sont donc exclues, de même que les coûts administratifs et de prévention de l'Etat et des assurances sociales. Il importe ici de calculer un indice par assuré pour neutraliser l'effet de l'augmentation de la densité d'assurance⁵. Ce taux se situait en effet à 72% en 1960 et a régulièrement augmenté pour atteindre 100% lors de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Le graphique **G8** donne une représentation des **coûts des soins par assuré**, en valeur nominale et en valeur réelle.

Les soins couverts par l'assurance-maladie de base sont marqués par une «explosion des coûts», qui correspond aussi à une «explosion» quantitative et qualitative des prestations de santé à la population

Les coûts des soins LAMal par assuré en valeur réelle aux prix de 2000 montrent une progression particulièrement vertigineuse. Si les prix ont été multipliés par un facteur 3,8, les coûts l'ont eux été

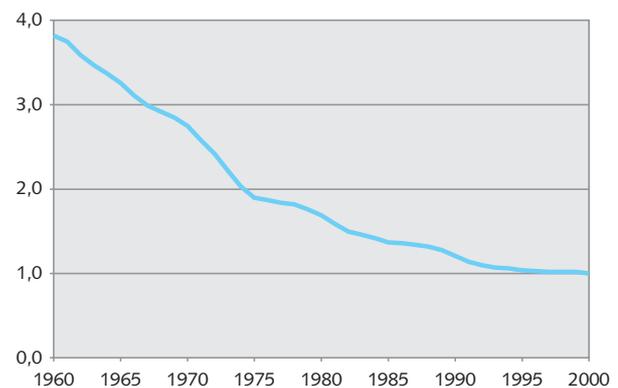
Indice des prix à la consommation (IPC) 1960-2000

G7a



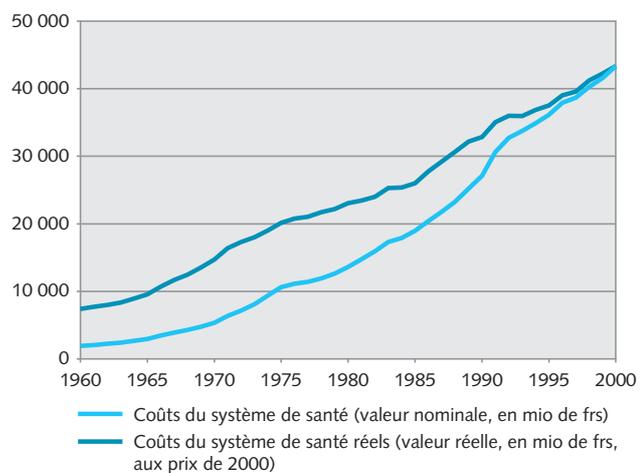
Facteur multiplicatif des prix entre l'année X et 2000 (base IPC)

G7b



Coûts du système de santé, 1960-2000, en mio de frs

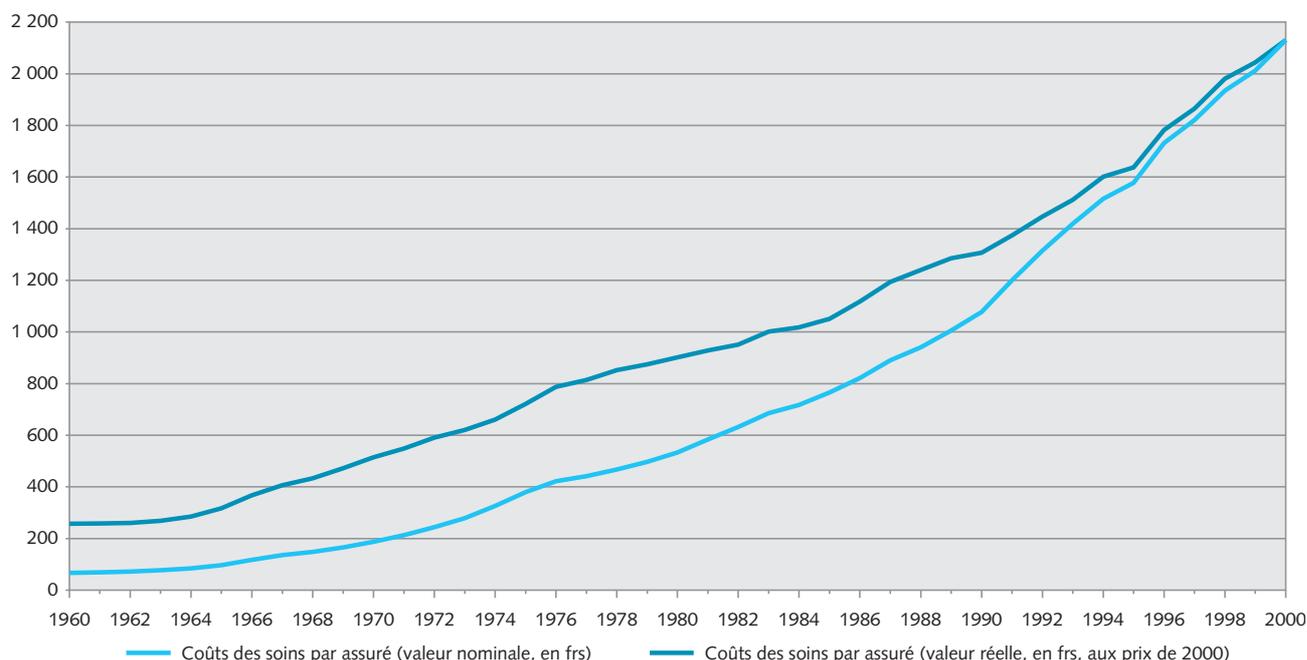
G7c



⁵ Nombre de personnes assurées par rapport à la population résidente moyenne.

Coûts des soins par assuré, 1960-2000, en frs

G8



par un facteur 8,3 (voir tableau T8 dans: Actualités OFS 532-0307, 2003). Cette «explosion» des coûts dans l'assurance-maladie de base s'explique par toutes les raisons invoquées pour l'augmentation des coûts du système de santé mais aussi par des extensions du catalogue des prestations couvertes.

1.5.3 Indice des coûts, des prix et des salaires

En intégrant encore l'indice des salaires en sus de ceux des coûts et des prix, une comparaison de quatre indices est présentée dans le graphique G9a.

Les années nonante sont caractérisées par des hausses des coûts des soins dans l'assurance-maladie de base nettement supérieures à celles des coûts du système de santé

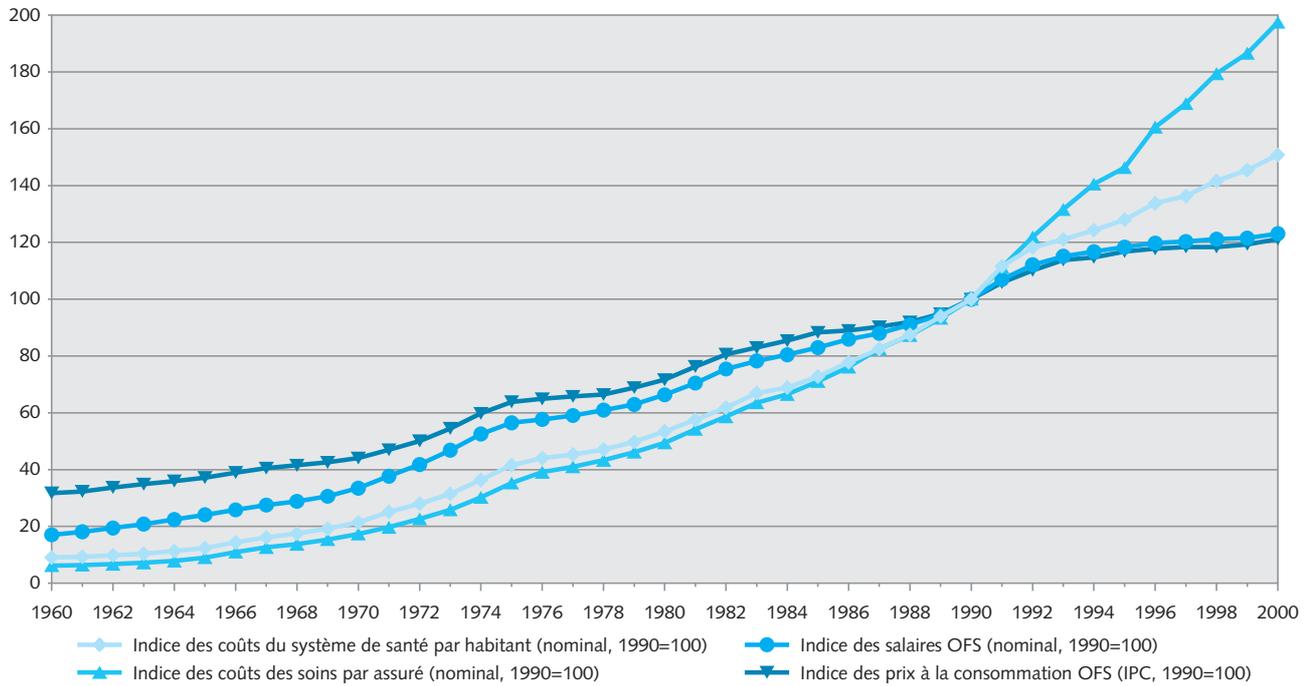
Un regard sur les courbes des indices du graphique G9a suggère une analyse de la période en deux temps.

Premièrement, les années 1960 à 1990 sont caractérisées par des indices des prix et de salaires divergents qui mettent en évidence les augmentations réelles des salaires durant cette période. Les indices des coûts du système de santé par habitant et des coûts des soins par assuré dans l'assurance de base restent par contre très proches l'un de l'autre, sans être très éloignés des indices économiques (prix et des salaires).

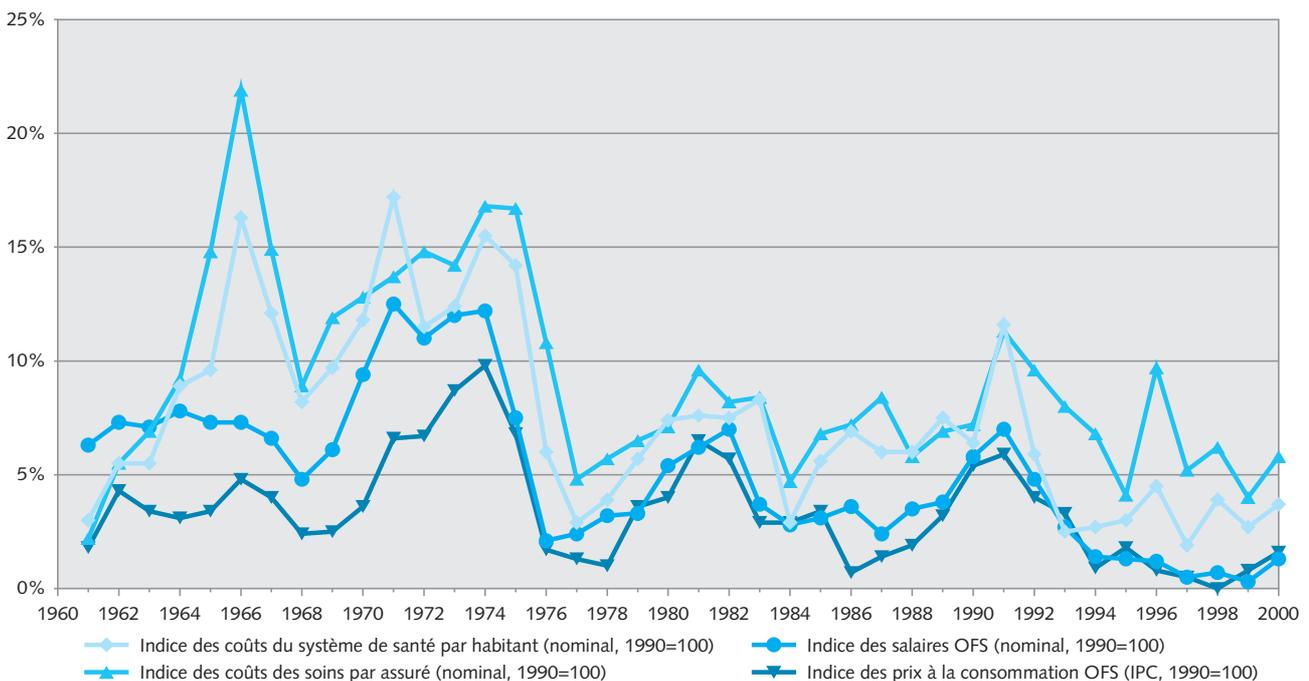
Deuxièmement, les années 1990 à 2000 sont marquées par des indices des salaires et des prix très proches qui reflètent une croissance économique faible. Durant cette décennie, les indices des coûts du système de santé par habitant et des coûts des soins par assuré dans l'assurance de base s'éloignent très sensiblement des indices économiques et mettent en évidence la nécessité des ressources supplémentaires pour le système de santé et dans une mesure plus «explosive» pour l'assurance-maladie de base.

Indices des coûts du système de santé par habitant, des coûts des soins par assuré, des salaires et des prix à la consommation

G9a


Indices des coûts du système de santé par habitant, des coûts des soins par assuré, des salaires et des prix à la consommation: variations par rapport à l'an précédent

G9b



L'évolution des variations annuelles de ces paramètres est également visible dans le graphique **G9b**. D'une manière très générale, on constate que les variations des années 1960 à 1980 sont d'une grande ampleur en comparaison avec la période 1980 à 2000. Les années nonante sont caractérisées par une stabilisation à bas niveau des indices économiques. Les coûts de la santé (système de santé et assurance-maladie de base) montrent par contre des variations et des niveaux relativement élevés.

L'évolution divergente des coûts du système de santé et des coûts des soins dans l'assurance-maladie de base est aussi perceptible dans l'analyse des variations annuelles. Alors que la hausse annuelle moyenne des coûts par habitant du système de santé s'établissait à 7,3%, celle de l'assurance-maladie de base par assuré atteignait 9,0% sur toute la période 1960 à 2000 (cf. tableau T9 dans: Actualités OFS, 2003). Pour la décennie 1990 à 2000, ces augmentations annuelles moyennes étaient de respectivement 4,2% et 7,0%, soit une divergence nettement plus importante.

2 Aspects méthodologiques de la «rétropolation»

L'établissement de séries chronologiques longues implique une adaptation des anciennes séries disponibles à la

Une «rétropolation» permet d'harmoniser les anciens et le nouveau modèle pour établir des longues séries

conception et aux classifications des statistiques actuelles. Il convient donc de développer une méthode de «rétropolation»

qui utilise les résultats du passé pour les harmoniser avec la statistique actuelle des coûts du système de santé. Les schémas présentés dans ce chapitre indiquent de manière synoptique les séries chronologiques disponibles et les classifications utilisées. Ils donnent de plus au moyen de flèches les clés de passage d'une série à l'autre pour les différentes classifications.

Le graphique **G10** ci-contre présente de manière générale les séries chronologiques disponibles et les différentes classifications utilisées dans les statistiques des coûts du système de santé.

Les classifications sont au nombre de quatre et correspondent à chacun des rectangles présentés:

- 1) les fournisseurs de bien et services
- 2) les prestations
- 3) les agents payeurs
- 4) les agents financeurs sous l'angle économique

Il y a trois séries chronologiques à considérer, dans l'ordre d'ancienneté:

- 1) la série selon l'ancien modèle des coûts du système de santé, longue série 1960 à 1998
- 2) la série selon l'ancien modèle des coûts du système de santé de 1985 à 1998
- 3) la série commençant en 1995 du nouveau modèle, selon la conception actuelle de la statistique des coûts du système de santé

Les classifications du nouveau modèle de la statistique des coûts du système de santé sont présentées dans le tableau T10 (dans: Actualités OFS, 2003). Pour des explications plus détaillées, on se référera aux documents sur la conception de la statistique des coûts du système de santé et aux explications concernant la méthodologie dans les publications cités en bibliographie.

2.1 Classification des coûts du système de santé selon les fournisseurs de biens et services

Sous l'angle de la production, les coûts du système de santé sont ventilés selon les fournisseurs de biens et services. Dans la terminologie utilisée dans les années nonnante, on parlait d' «agents de production». Par souci de simplification, on utilise souvent aussi l'expression «fournisseurs de soins», quand bien même tous ne prodiguent pas des soins au sens strict, par exemple les pharmaciens qui vendent des médicaments ou les administrations publiques et les assurances sociales qui fournissent des services administratifs ou de prévention.

Le graphique **G11** ci-contre présente les classifications utilisées dans l'ancien et le nouveau modèle de la statistique des coûts du système de santé. Les deux blocs dans la partie supérieure du schéma présentent de manière synoptique le passage de l'ancienne classification à la nouvelle. Les deux blocs de la partie inférieure montrent les deux classifications adaptées aux séries longues.

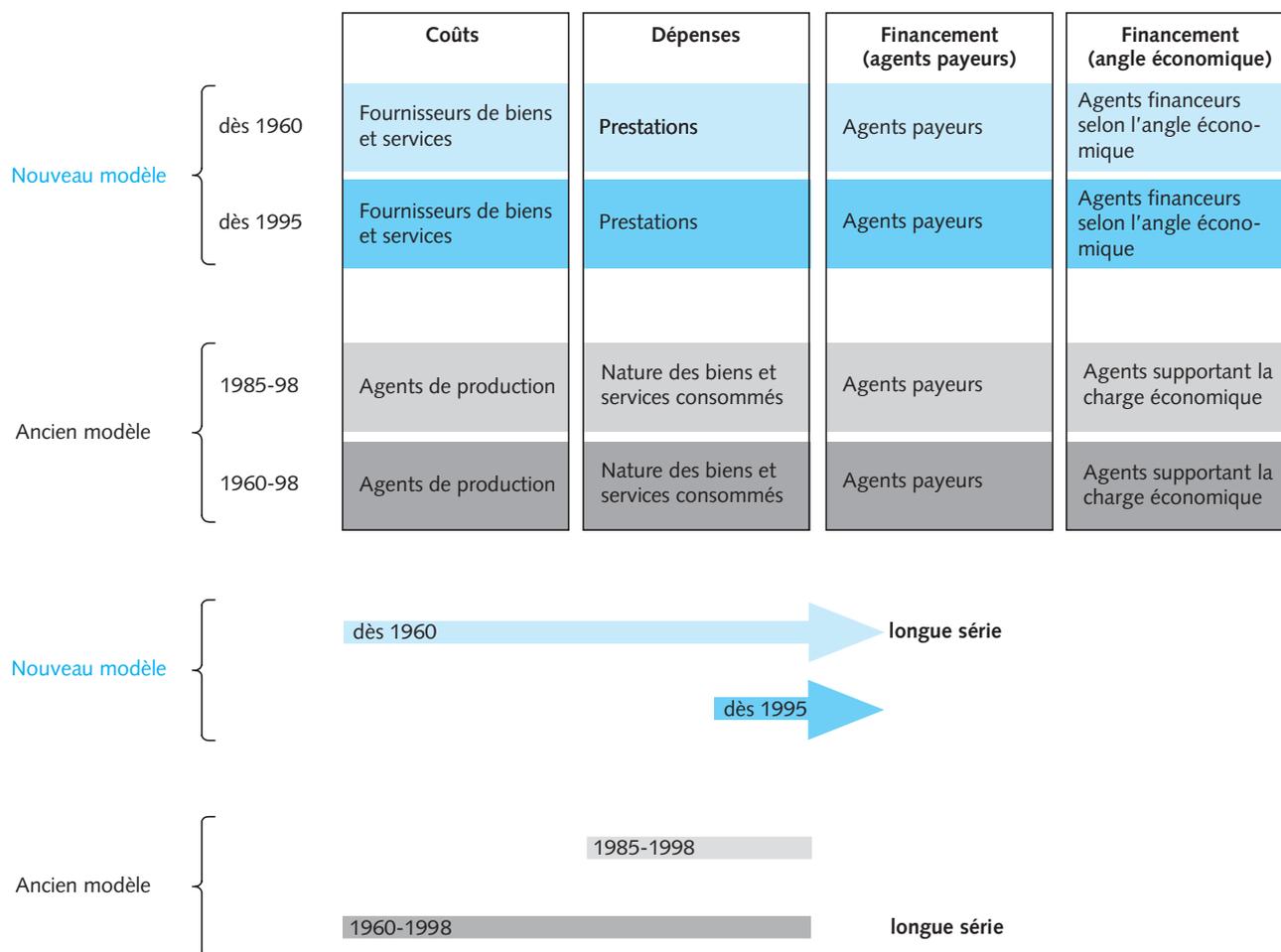
Les principales adaptations rendues nécessaires par le nouveau modèle concernent:

- les établissements de santé: distinction entre hôpitaux et établissements non hospitaliers;
- les services ambulatoires de santé: on distingue dorénavant les services ambulatoires et le commerce de détail et on introduit les appareils thérapeutiques;

Evolution des principaux agrégats de coûts et de financement du système de santé

Modèles, dénominations, séries chronologiques

G10

**Remarque:**

La révision du modèle des «coûts du système de santé» a entraîné au cours du temps une modification de la terminologie ainsi que de l'étendue des dépenses considérées.

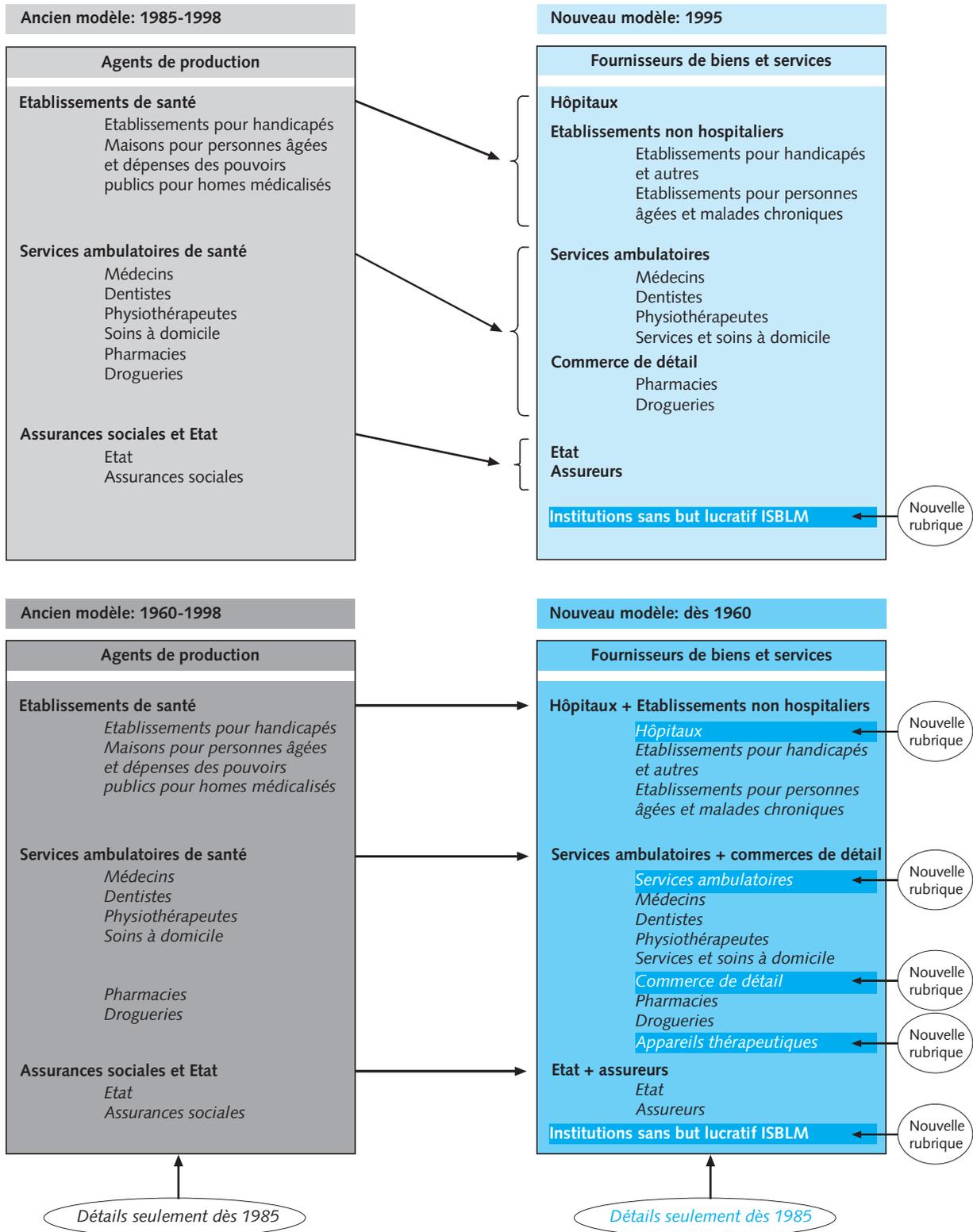
- les «assurances sociales et Etat» deviennent «Etat et assureurs».
- Une nouvelle rubrique «Institutions sans but lucratif» est introduite.

2.2 Classification des dépenses dans le système de santé selon les prestations

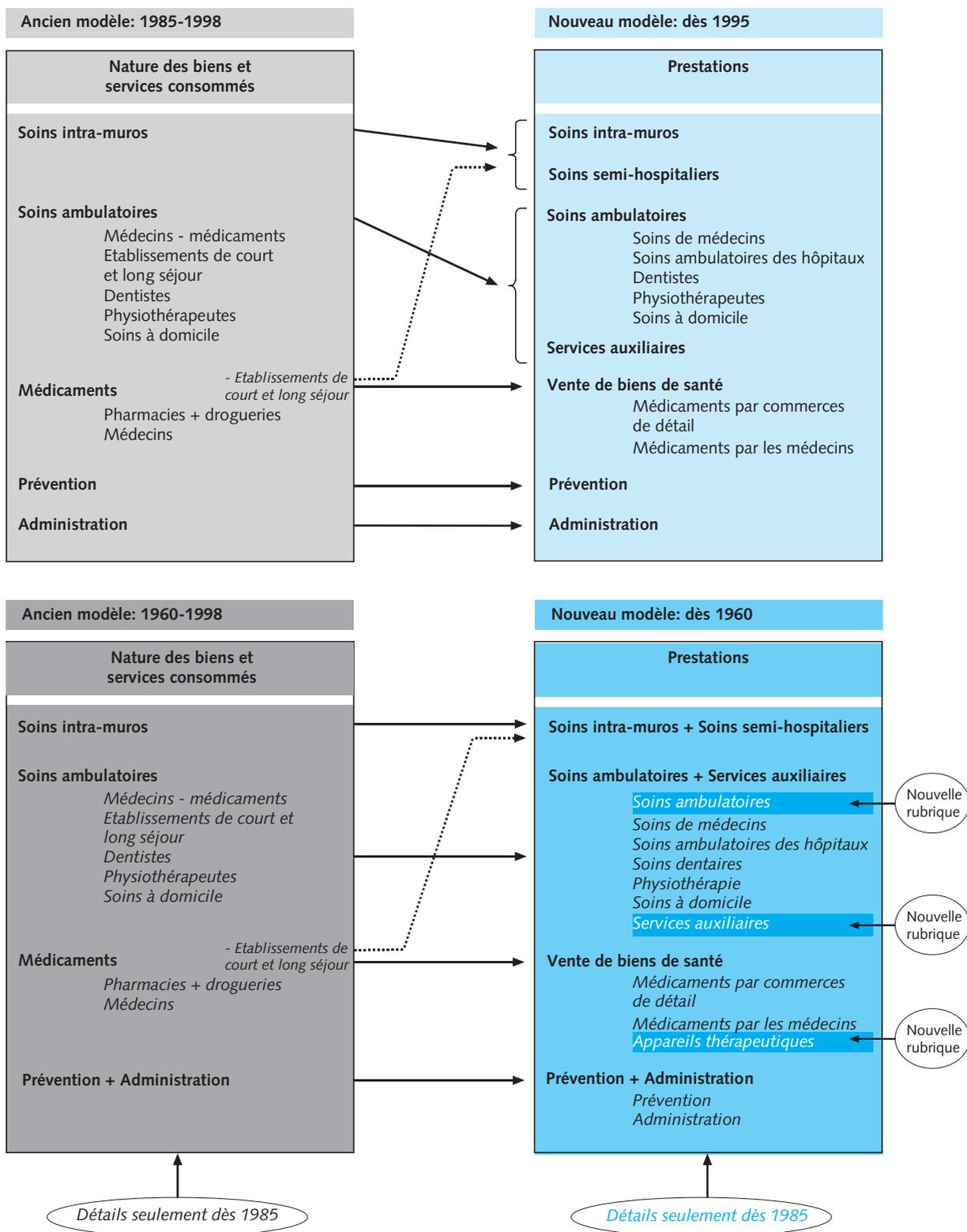
Sous l'angle de la consommation, les dépenses dans le système de santé sont ventilées selon les prestations. Dans la terminologie utilisée dans les années nonante, on parlait de la «nature des biens et services consommés». Par souci de simplification, on utilise dorénavant le terme de «prestations» qui désigne tous les biens et services de santé. Cette classification vise à rassembler les prestations du système de santé selon leur nature: les soins ambulatoires prodigués par les hôpitaux sont classés dans les services ambulatoires; les médicaments vendus par les médecins sont attribués à la rubrique des

Coûts selon les fournisseurs de biens et services

G11



Dépenses selon les prestations



biens de santé; les prestations de l'Etat et des assurances sociales sont ventilées entre «Prévention» d'une part et «Administration» d'autre part.

Le graphique **G12** ci-contre présente les classifications utilisées dans l'ancien et le nouveau modèle de la statistique des coûts du système de santé. Les deux blocs dans la partie supérieure du schéma présentent de manière synoptique le passage de l'ancienne classification à la nouvelle. Les deux blocs de la partie inférieure montrent les deux classifications adaptées aux séries longues.

Les principales adaptations rendues nécessaires par le nouveau modèle concernent:

- les soins intra-muros n'englobent dorénavant plus les médicaments dispensés par les établissements de santé;
- l'apparition d'une rubrique «services auxiliaires» qui étaient auparavant compris dans les soins ambulatoires;
- la rubrique «médicaments» est élargie à la vente de biens de santé avec l'introduction des appareils thérapeutiques. Les médicaments dispensés par les établissements de court et long séjour sont toutefois retirés de la rubrique car ils sont inclus dans les coûts de ces institutions;
- l'apparition d'une rubrique «Soins semi-hospitaliers» qui reste pour le moment vide, faute de données pour une estimation spécifique. Ces prestations restent comprises dans les soins intra-muros.

2.3 Classification du financement du système de santé selon l'agent payeur

Sous l'angle du financement, les coûts du système de santé sont ventilés selon les agents payeurs. Dans la terminologie utilisée dans les années nonante, on parlait aussi de financement direct. Cette classification vise à ventiler les paiements aux fournisseurs de soins sur le critère de la couverture des prestations. Ainsi les frais de soins de santé sont principalement pris en charge par les assurances sociales, indépendamment de leur propre financement, et indépendamment en particulier des systèmes du «tiers garant» ou du «tiers payant»⁶ coexistant

dans l'assurance- maladie. Le financement de l'Etat est constitué avant tout par les subventions au secteur hospitalier. Le financement des ménages est constitué par les prestations non couvertes par les assurances sociales ou privées d'une part, et des participations aux frais dans l'assurance-maladie d'autre part.

Le graphique **G13** ci-contre présente les classifications utilisées dans l'ancien et le nouveau modèle de la statistique des coûts du système de santé. Les deux blocs dans la partie supérieure du schéma présentent de manière synoptique le passage de l'ancienne classification à la nouvelle. Les deux blocs de la partie inférieure montrent les deux classifications adaptées aux séries longues.

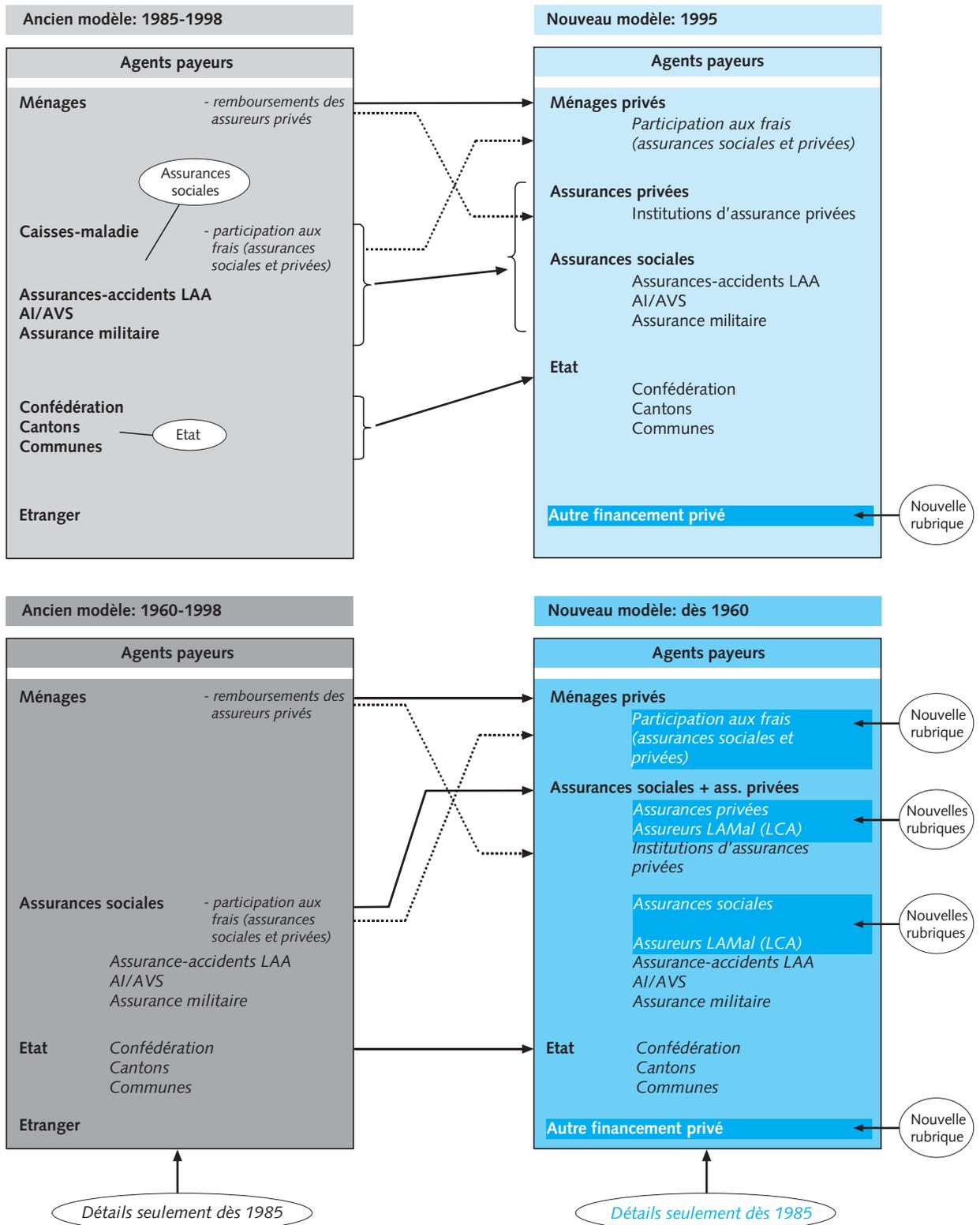
Les principales adaptations rendues nécessaires par le nouveau modèle concernent les points suivants:

- l'apparition d'une rubrique «assurances privées» regroupant les assurances complémentaires des assureurs LAMal et la branche «maladie» des institutions d'assurance privées;
- l'apparition d'une rubrique «Autre financement privé» destiné à mettre en évidence les financements volontaires des ménages privés sous la forme de dons et de legs aux institutions sans but lucratif;
- la disparition de la rubrique «Etranger» qui devient superflue du fait que les prestations du système de santé suisse à des résidents à l'étranger ne sont plus comprises dans les coûts du système de santé;
- la participation aux frais dans l'assurance-maladie est comptée sous «ménages privés» alors qu'elle était auparavant comprise dans les paiements des caisses-maladie;
- l'apparition d'une rubrique «Soins semi-hospitaliers» qui reste pour le moment vide, faute de données pour une estimation spécifique. Ces prestations restent comprises dans soins intra-muros;
- les remboursements des assureurs privés figurent maintenant dans la nouvelle rubrique «Institutions d'assurance privées» alors qu'auparavant les prestations des assurances complémentaires des caisses-maladie étaient noyées dans les paiements de l'assurance-maladie et que les remboursements des institutions d'assurance privées étaient compris dans les ménages privés.

⁶ Dans le domaine de l'assurance-maladie, on rencontre 3 intervenants: le fournisseur de prestations, le patient (assuré) et l'assureur. Avec le système du tiers garant, le patient (assuré) paie directement au fournisseur de prestations et se fait ensuite rembourser par son assureur. Avec le système du tiers payant, l'assureur paie directement au fournisseur de prestations et fait ensuite rembourser à l'assuré (patient) sa participation aux frais (art. 42 LAMal).

Financement selon l'agent payeur

G13



2.4 Classification du financement du système de santé sous l'angle économique

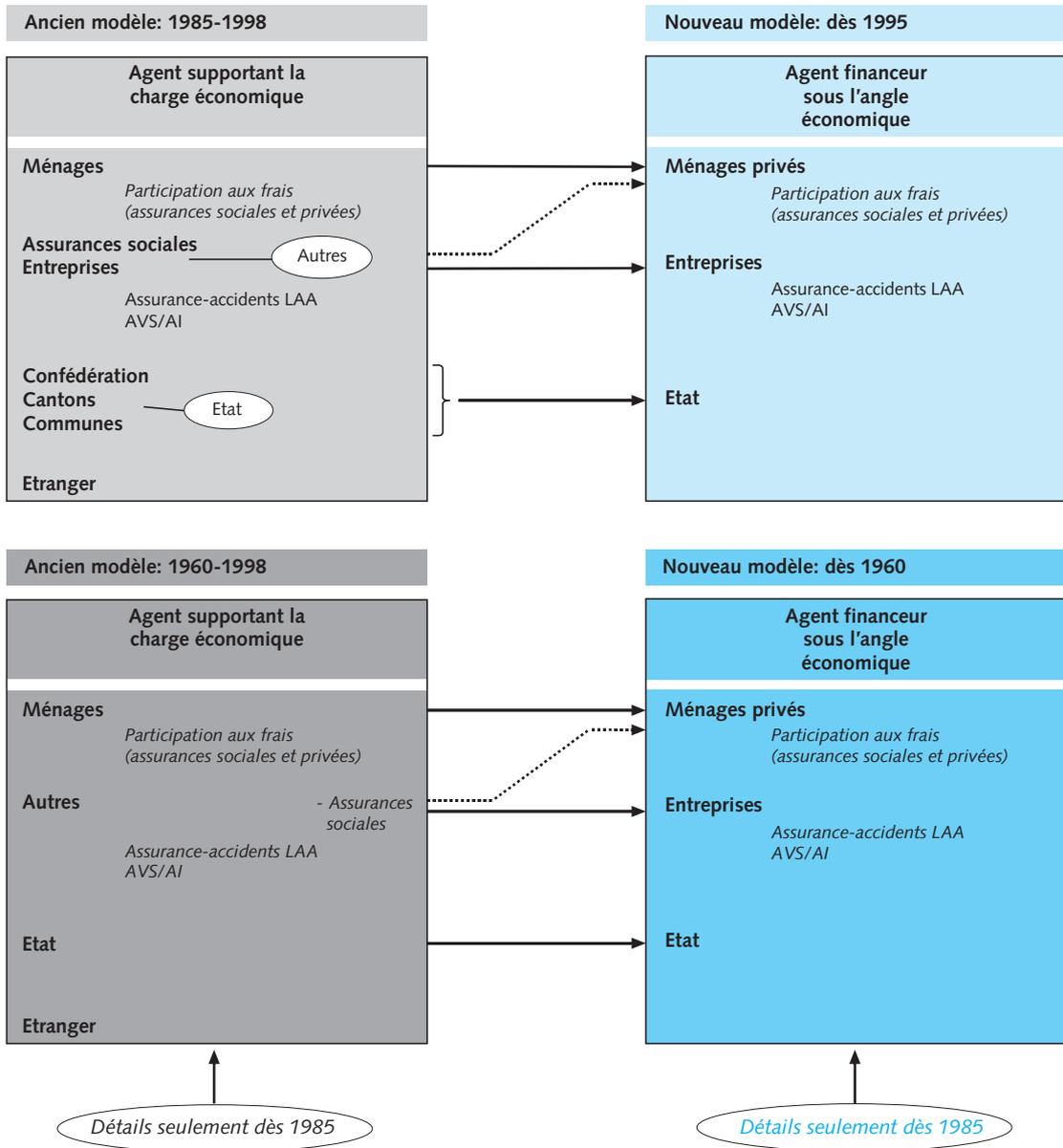
Le financement sous l'angle économique est dit «ultime» parce que cette répartition vise à mettre en évidence les agents qui supportent finalement la charge financière du système de santé. Le financement ultime est ainsi ventilé selon trois groupes d'agents économiques: les ménages privés, les entreprises et l'Etat. Dans la terminologie utilisée dans les années nonante, on parlait aussi du financement selon l'agent supportant la charge économique.

Le financement des ménages est constitué non seulement par les prestations non couvertes par les assurances sociales ou privées et les participations aux frais dans l'assurance-maladie, mais aussi par la charge des primes d'assurances sociales ou privées. En effet, les ménages supportent effectivement le coût de l'assurance-maladie dans le système des «primes par tête». Le financement des entreprises correspond à la charge des cotisations sociales sur les salaires – part de l'employeur et part du salarié – pour les assurances couvrant des soins de santé (assurance accidents LAA, AVS et AI). Le financement de l'Etat est constitué non seulement par les subventions au secteur hospitalier mais aussi par les contributions des collectivités publiques aux assurances sociales payant directement ou indirectement des prestations de santé: assurance militaire, AVS et AI, prestations complémentaires AVS et AI, aide sociale).

Le graphique **G14** ci-contre présente les classifications utilisées dans l'ancien et le nouveau modèle de la statistique des coûts du système de santé. Les deux blocs dans la partie supérieure du schéma présentent de manière synoptique le passage de l'ancienne classification à la nouvelle. Les deux blocs de la partie inférieure montrent les deux classifications adaptées aux séries longues.

Les principales adaptations rendues nécessaires par le nouveau modèle concernent les points suivants:

- la rubrique «Etat» ne peut plus être ventilée selon la Confédération, les cantons et les communes;
- la disparition de la rubrique «Etranger» qui devient superflue du fait que les prestations du système de santé suisse à des résidents à l'étranger ne sont plus comprises dans les coûts du système de santé;
- la rubrique «Assurances sociales» qui représentait le financement propre des caisses-maladie est attribuée aux «ménages privés».



3 Méthode de calcul

L'ancien modèle nous livre des données entre 1960 et 1998, avec des sous-séries détaillées depuis 1985.

Le nouveau modèle intègre de nouveaux éléments qui n'avaient pas été pris en considération jusqu'ici. Il a été calculé pour la période 1995-2000.

L'idée de base utilisée pour obtenir une estimation des valeurs 1960-1994 intégrant les nouveaux éléments introduits dans le nouveau modèle est de déterminer une évolution indicée des valeurs du total des coûts du système de santé de l'ancien modèle en posant la valeur 1.00 pour 1995. On applique ensuite cet indice sur la valeur 1995 du nouveau modèle, qui sert de raccord, pour déterminer les valeurs «rétopolées» du nouveau modèle sur la période 1960-1994.

Le principe est le même pour les séries composant les 4 approches de ventilation de la dépense de santé et dont la somme constitue à chaque fois le total des coûts du système de santé, à ceci près que des corrections s'avèrent nécessaires en raison de lois mathématiques propres au raccordement de séries avec des indices. Pour cela on ventile simplement l'écart entre la somme des sé-

ries et le total au prorata de l'importance relative des séries. Les 2 pages suivantes illustrent par un exemple chiffré fictif en 6 étapes la procédure utilisée pour établir ces corrections (graphique G15).

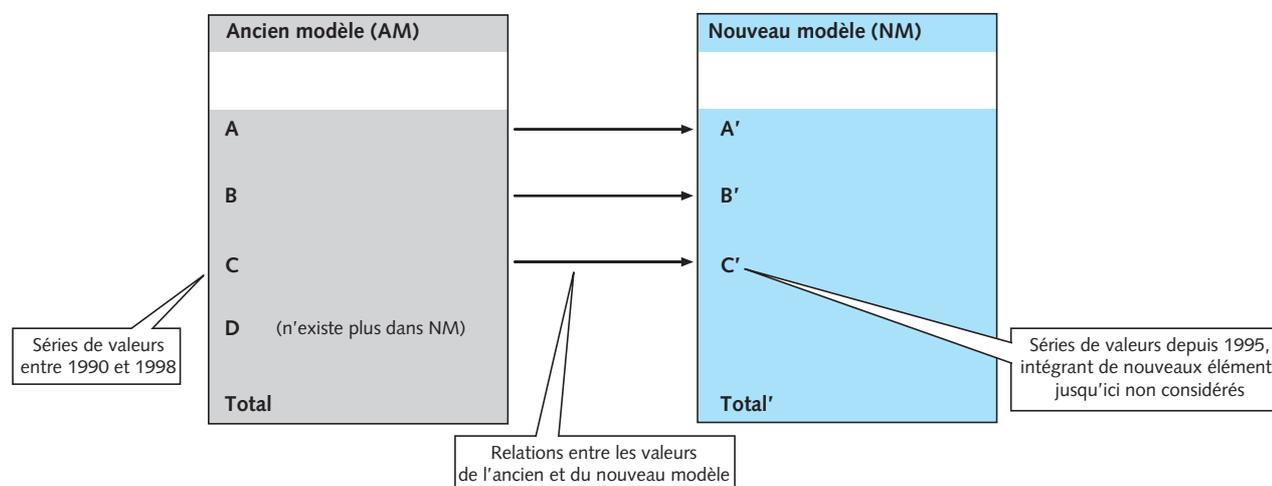
Certaines séries étant communes à différentes ventilations, l'ordre de calcul suivant a été utilisé:

- 1) Prestations
- 2) Fournisseurs de biens et services
- 3) Agent financeur sous l'angle économique
- 4) Agent payeur

Les tableaux pour les principaux agrégats de la dépense de santé ventilée selon les fournisseurs de biens et de services, selon les prestations, les agents payeurs et les agents financeurs sous l'angle économique pour la période 1960-2000 figurent dans «Actualités OFS, 2003». La période 1985 à 2000 est souvent documentée avec des séries plus détaillées.

Illustration de la méthodologie utilisée à l'aide d'un exemple

G15



Objectif: estimer les valeurs du nouveau modèle pour la période 1990-1994

Etape 1: données de base de AM et NM

Années	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM
1990	16,88		1,57		7,21		0,62		26,28	
1991	18,78		1,82		8,40		0,69		29,69	
1992	20,12		2,10		8,79		0,72		31,72	
1993	21,13		2,28		8,73		0,57		32,71	
1994	22,26		2,28		8,67		0,61		33,82	
1995	23,20	24,26	2,35	2,26	8,84	9,64	0,66		35,05	36,16
1996	24,65	26,16	2,47	2,35	9,20	9,40	0,64		36,96	37,91
1997	25,20	26,58	2,57	2,44	9,46	9,65	0,82		38,04	38,67
1998	26,58	27,71	2,75	2,59	9,60	9,98	0,83		39,76	40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

Etape 2: indices pour AM (1995=1,0000)

Années	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM	AM	NM
1990	0,7276		0,6684		0,8153				0,7498	
1991	0,8097		0,7747		0,9494				0,8472	
1992	0,8672		0,8913		0,9942				0,9050	
1993	0,9110		0,9690		0,9877				0,9333	
1994	0,9595		0,9692		0,9802				0,9648	
1995	1,0000	24,26	1,0000	2,26	1,0000	9,64			1,0000	36,16
1996		26,16		2,35		9,40				37,91
1997		26,58		2,44		9,65				38,67
1998		27,71		2,59		9,98				40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

Etape 3: valeurs NMp (provisoires) basées sur les indices, valeurs NM pour total

Années	A	A'	B	B'	C	C'	D	D' -	Total	Total'
	AM	NMp	AM	NMp	AM	NMp	AM	NMp	AM	NM
1990	0,7276	17,65	0,6684	1,51	0,8153	7,86			0,7498	27,11
1991	0,8097	19,64	0,7747	1,75	0,9494	9,15			0,8472	30,63
1992	0,8672	21,04	0,8913	2,02	0,9942	9,58			0,9050	32,72
1993	0,9110	22,10	0,9690	2,19	0,9877	9,52			0,9333	33,75
1994	0,9595	23,28	0,9692	2,19	0,9802	9,45			0,9648	34,89
1995	1,0000	24,26	1,0000	2,26	1,0000	9,64			1,0000	36,16
1996		26,16		2,35		9,40				37,91
1997		26,58		2,44		9,65				38,67
1998		27,71		2,59		9,98				40,29
1999		28,23		2,69		10,66				41,59

Etape 4: Ecart entre Total' (NM) et somme des valeurs NMp (provisoires), proportions P de Nmp dans somme

Années	P	A'	P	B'	P	C'	somme NMp	Ecart Total' - Somme NMp	Total'
		NMp		NMp		NMp	NMp		
1990	65,3%	17,65	5,6%	1,51	29,1%	7,86	27,02	0,09	27,11
1991	64,3%	19,64	5,7%	1,75	30,0%	9,15	30,55	0,09	30,63
1992	64,5%	21,04	6,2%	2,02	29,4%	9,58	32,64	0,09	32,72
1993	65,4%	22,10	6,5%	2,19	28,2%	9,52	33,81	-0,07	33,75
1994	66,7%	23,28	6,3%	2,19	27,1%	9,45	34,92	-0,03	34,89
1995	67,1%	24,26	6,3%	2,26	26,7%	9,64	36,16	0,00	36,16
1996		26,16		2,35		9,40	37,91		37,91
1997		26,58		2,44		9,65	38,67		38,67
1998		27,71		2,59		9,98	40,29		40,29
1999		28,23		2,69		10,66	41,59		41,59

Etape 5: Calcul des valeurs NM' par ventilation de l'écart selon proportions de Nmp dans somme Nmp (écarts E)

Années	E	A'	E	B'	E	C'	somme NMp	Ecart Total' – Somme NMp	Total'
		NMp		NMp		NMp	NMp		NM
1990	0,06	17,71	0,01	1,52	0,03	7,89	27,11	0,00	27,11
1991	0,06	19,70	0,01	1,76	0,03	9,18	30,63	0,00	30,63
1992	0,06	21,09	0,01	2,02	0,03	9,61	32,72	0,00	32,72
1993	-0,04	22,06	0,00	2,19	-0,02	9,50	33,75	0,00	33,75
1994	-0,02	23,26	0,00	2,19	-0,01	9,44	34,89	0,00	34,89
1995	0,00	24,26	0,00	2,26	0,00	9,64	36,16	0,00	36,16
1996		26,16		2,35		9,40	37,91		37,91
1997		26,58		2,44		9,65	38,67		38,67
1998		27,71		2,59		9,98	40,29		40,29
1999		28,23		2,69		10,66	41,59		41,59

Etape 6: Valeurs NM recalculées entre 1990 et 1994

Années	A'	B'	C'	Total'
	NM	NM	NM	NM
1990	17,71	1,52	7,89	27,11
1991	19,70	1,76	9,18	30,63
1992	21,09	2,02	9,61	32,72
1993	22,06	2,19	9,50	33,75
1994	23,26	2,19	9,44	34,89
1995	24,26	2,26	9,64	36,16
1996	26,16	2,35	9,40	37,91
1997	26,58	2,44	9,65	38,67
1998	27,71	2,59	9,98	40,29
1999	28,23	2,69	10,66	41,59

On vérifie que la somme de A'+B'+C' donne bien la valeur Total'

4 Sources de données – Bibliographie

ACTUALITÉS OFS, Tableaux des statistiques de santé, Coûts de la santé en Suisse – Evolution de 1960-2000, Tableaux des séries chronologiques révisées, Neuchâtel, juin 2003, numéro de commande 532-0307.

FREI Andreas, HILL Stephan, Le système suisse de santé, Editions Krebs SA, Bâle, 1992.

GREPPI S., ROSSEL R., STRUWE W., *Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, rapport de recherche no 15/98 établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal*, Office fédéral des assurances sociales, Berne, 1998.

GREPPI S., RITZMANN H., ROSSEL R., SIFFERT N., *Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de la protection sociale, rapport de recherche no 5/00 établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal*, Office fédéral des assurances sociales, Berne, 2000.

HUBER Hugo, *Zeitreihenanalyse und Entwicklung von Schätzmodellen der Kosten des Gesundheitswesens*, Schlussbericht, BFS, Bern, 1994.

Office fédéral de la statistique, *Coûts du système de la santé, Conception et résultats*, Berne, 1993.

Office fédéral de la statistique, *Coûts du système de santé, Résultats détaillés et évolution depuis 1960*, Berne, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998.

Office fédéral de la statistique, *Statistique des coûts du système de santé, conception générale révisée, document non publié*, Neuchâtel, 1999.

Office fédéral de la statistique, *Statistique des coûts du système de santé, conception détaillée. Document non publié*, Neuchâtel, 2000.

Office fédéral de la statistique, *Coûts du système de santé, méthodologie, résultats détaillés et évolution de 1995 à 1999*, Neuchâtel, 2002.

Office fédéral de la statistique, *Coûts du système de santé, résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995*, Neuchâtel, 2002.

Liste des tableaux et graphiques (disponibles sur Internet et dans une brochure séparée)

Les tableaux et les graphiques sousmentionnés se trouvent dans une brochure séparée: Actualités OFS, Tableaux des statistiques de santé, Coûts de la santé en Suisse – Evolution de 1960-2000, Tableaux des séries chronologiques révisées. Neuchâtel, juin 2003, No de commande 532-0307. Il est également possible de télécharger la publication présente comme l'annexe depuis le site internet de l'OFS à l'adresse www.health-stat.admin.ch.

1	T 1a T 1b T 1c G 1a	Fournisseurs de biens et services Catégories principales 1960-2000 en mio frs et en % du total Catégories détaillées 1985-2000 en mio frs Catégories détaillées 1985-2000 en % du total Catégories principales 1960-2000
2	T 2a T 2b T 2c G 2a	Prestations Catégories principales 1960-2000 en mio frs et en % du total Catégories détaillées 1985-2000 en mio frs Catégories détaillées 1985-2000 en % du total Catégories principales 1960-2000
3	T 3a T 3b T 3c G 3a	Agent payeur Catégories principales 1960-2000 en mio frs et en % du total Catégories détaillées 1985-2000 en mio frs Catégories détaillées 1985-2000 en % du total Catégories principales 1960-2000
4	T 4a T 4b T 4c G 4a	Agent financeur sous l'angle économique Catégories principales 1960-2000 en mio frs et en % du total Catégories détaillées 1985-2000 en mio frs Catégories détaillées 1985-2000 en % du total Catégories principales 1960-2000
5	T 5	Coûts du système de santé de la Suisse en % du produit intérieur brut
6	T 6	Evolution des coûts de la santé en % du PIB dans quelques pays de l'OCDE
7	T 7	Coûts réels du système suisse de santé avec l'indice des prix à la consommation
8	T 8	Coûts réels des soins dans l'assurance de base avec l'indice des prix
9	T 9	Indices des coûts du système de santé par habitant, des coûts des soins par assuré, des salaires et des prix à la consommation
10	T 10	Classifications de la statistique des coûts du système de santé

Programme des publications de l'OFS

En sa qualité de service central de statistique de la Confédération, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a pour tâche de rendre les informations statistiques accessibles à un large public.

L'information statistique est diffusée par domaine (cf. verso de la première page de couverture); elle emprunte diverses voies:

<i>Moyen de diffusion</i>	<i>N° à composer</i>
Service de renseignements individuels	032 713 60 11 info@bfs.admin.ch
L'OFS sur Internet	www.statistique.admin.ch
Communiqués de presse: information rapide concernant les résultats les plus récents	www.news-stat.admin.ch
Publications: information approfondie (certaines sont disponibles sur disquette/CD-Rom)	032 713 60 60 order@bfs.admin.ch
Banque de données (accessible en ligne)	032 713 60 86 www.statweb.admin.ch

La Liste des publications mise à jour régulièrement, donne davantage de détails sur les divers moyens de diffusion. Elle se trouve sur Internet à l'adresse www.statistique.admin.ch>>Actualités>>Nouvelles publications.

Santé

La série des publications consacrées à la santé (domaine 14) comprend les fascicules suivants:

- Coûts du système de santé. Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995 (No de commande 026/0000)
- Enquête suisse sur la santé: Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997 (No de commande 213-9702)
- Enquête sur les dépenses de l'enseignement et la recherche universitaires dans les hôpitaux 2001 (No de commande 443-0100)
- Coûts du système de santé. Méthodologie, Résultats détaillés et évolution de 1995 à 1999 (No de commande 026-9900)
- Statistique des causes de décès tableaux 1995/1996 (No de commande 69/9600)
- Emplois dans le domaine de la santé. Résultats du recensement des entreprises de 1995 (No de commande 46/9500)

Si les coûts de la santé sont analysés sur une longue période, il devient évident que l'importance et la perception individuelle et collective de la santé subit une évolution que les statistiques doivent intégrer. Ce que l'on comprenait sous l'appellation «système de santé» en 1960 ne correspond plus au contenu généralement accepté en 2000. L'examen des coûts du système suisse de santé implique donc une «rétopolation», c'est-à-dire une harmonisation avec les définitions actuelles des acteurs du système de santé. Les coûts présentés dans plusieurs statistiques antérieures doivent être corrigés pour correspondre au contenu du système de santé actuel.

L'OFS a commencé la publication des statistiques des coûts de la santé en 1985. La conception de cette statistique a été révisée en 2000 afin de remplir les exigences méthodologiques des comptes de la santé de l'OCDE. Des séries chronologiques détaillées sont disponibles pour cette période. Pour les années antérieures, jusqu'en 1960, seuls les grands agrégats des coûts et des financements ont pu être recalculés.

La santé est devenue un domaine économique et une préoccupation sociale de première importance. Les coûts du système de santé ne représentaient que 4,9% du produit intérieur brut en 1960. Ils en constituent en l'an 2000 10,7%. Si durant une longue période, on assistait à une augmentation régulière de l'importance du secteur des soins intra-muros (hôpitaux, et établissements médico-sociaux), la nouvelle loi sur l'assurance-maladie semble ouvrir la voie dès 1996 à des adaptations structurelles permettant une meilleure utilisation des possibilités des soins ambulatoires. Sous l'angle du financement, le développement des assurances sociales est perceptible mais la participation directe de l'Etat (confédération, cantons et communes) marque le pas. Les ménages privés continuent à supporter une part importante des coûts du système de santé.

Numéro de commande:
515-0301

Commandes:
Tél. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61

Prix: gratuit

ISBN 3-303-14071-5

