

## Projections sur l’évolution des dépenses de santé jusqu’en 2060 : vieillissement de la population et réformes

Carsten Colombier

Benjamin Lerch

Thomas Brändle



Les Working Papers de l'Administration fédérale des finances ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'office, du département ou du Conseil fédéral. Les auteurs assument eux-mêmes la responsabilité des thèses défendues dans ces travaux ainsi que des erreurs éventuelles.

## Impressum

Rédaction	Administration fédérale des finances, Politique économique et monétaire E+M Carsten Colombier, Benjamin Lerch et Thomas Brändle Bundesgasse 3 CH-3003 Berne, Suisse
E-Mail	<a href="mailto:carsten.colombier@efv.admin.ch">carsten.colombier@efv.admin.ch</a> , <a href="mailto:benjamin.lerch@efv.admin.ch">benjamin.lerch@efv.admin.ch</a> , <a href="mailto:thomas.braendle@efv.admin.ch">thomas.braendle@efv.admin.ch</a>
Internet	<a href="http://www.efv.admin.ch">www.efv.admin.ch</a> <a href="#">Travaux de base sur la politique économique</a>
Mise en page	Webteam AFF, SPK
ISSN	1660-8240
Versions de langues	Français, Allemand, Anglais

# Table des matières

RÉSUMÉ	4
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2 BASES DES PROJECTIONS</b>	<b>10</b>
2.1 Dépenses de santé	10
2.2 Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé	12
2.3 Scénarios	15
2.4 Hypothèses concernant l'évolution démographique et économique	19
2.5 Profils de dépenses pour le système de santé	20
2.6 Prise en compte d'EFAS et des contributions minimales cantonales à la RIP	22
<b>3 RÉSULTATS DES PROJECTIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE SANTÉ</b>	<b>25</b>
3.1 Dépenses globales du système de santé jusqu'en 2060	25
3.2 Dépenses liées aux prestations de la LAMal	31
3.3 Primes de l'assurance obligatoire des soins	34
3.4 Dépenses publiques de santé	34
<b>4 COMPARAISON AVEC D'AUTRES ÉTUDES</b>	<b>42</b>
4.1 Projections de 2022 relatives à l'évolution des dépenses du système de santé	42
4.2 Comparaison internationale	42
<b>5 CONCLUSIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUE BUDGÉTAIRE</b>	<b>44</b>
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXE	53

# Résumé

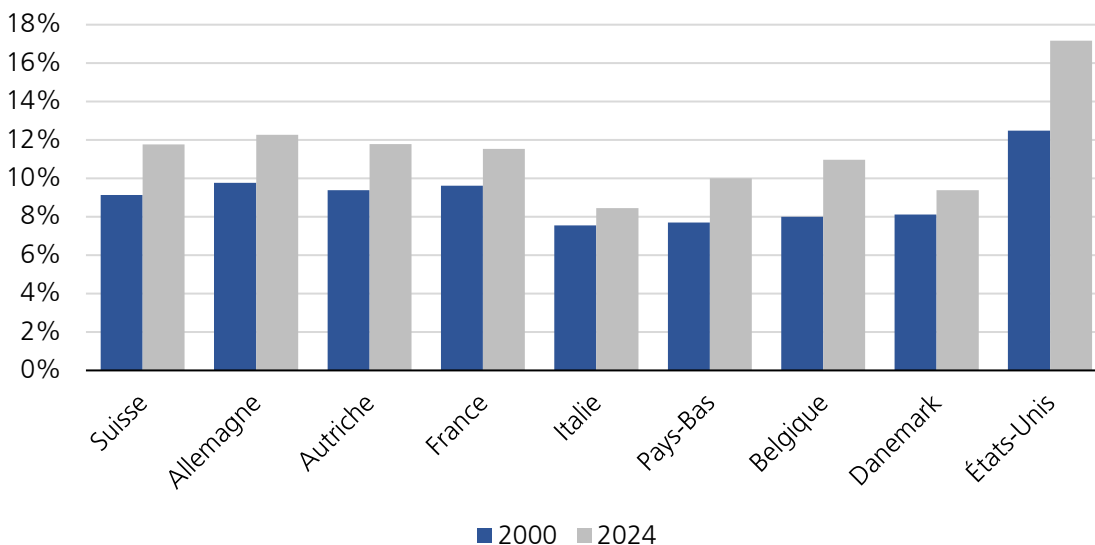
- La charge toujours plus lourde des dépenses de santé pesant sur les assurés et les contribuables fait l'objet de débats sur les réformes à entreprendre en matière de politique sociale et budgétaire. Pour mieux cerner le besoin effectif de réformes dans le secteur de la santé, de nouvelles projections concernant l'évolution des dépenses pour la Suisse ont été dressées jusqu'en 2060.
- Basées sur les scénarios démographiques de l'année 2025, ces projections constituent une indication de la dynamique des dépenses du système de santé à long terme. Elles prennent également en compte les réformes du secteur de la santé adoptées récemment, c'est-à-dire le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des soins (EFAS) et l'obligation pour les cantons de verser une contribution minimale au financement de la réduction des primes de l'assurance-maladie.
- Les projections montrent premièrement que les facteurs de coûts d'origine structurelle, c'est-à-dire le vieillissement, la hausse des revenus et progrès de la médecine ainsi que la maladie des coûts de Baumol exercent une pression constante sur le système de santé. Selon les hypothèses retenues, le total des dépenses de santé passera de 11,2 % du PIB en 2023 à 15,3 % en 2060. Le vieillissement progressif de la population se traduira par des charges supplémentaires, avant tout dans le domaine des soins de longue durée. La hausse à prévoir des coûts de la santé tient toutefois surtout à des facteurs non démographiques.
- Deuxièmement, il apparaît clairement que les récentes réformes entraîneront des transferts en matière de financement entre l'assurance-maladie obligatoire et les collectivités publiques. Ces dernières seront probablement davantage mises à contribution dans le domaine de la santé, et un peu déchargées dans le domaine des soins de longue durée. Après la mise en œuvre de ces réformes financières au début des années 2030, la dynamique des coûts devrait évoluer parallèlement pour les payeurs de primes et les contribuables.
- Troisièmement, une analyse plus différenciée des dépenses de santé devrait permettre d'appréhender, pour la première fois, la tendance au transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Cette tendance atténue la hausse des dépenses du système de santé étant donné que les traitements ambulatoires sont en moyenne moins coûteux.
- Différents scénarios ont été utilisés, en réponse à l'incertitude entourant les facteurs de coûts : ils montrent l'ampleur des répercussions que les changements d'hypothèses concernant le vieillissement et la morbidité, la migration, les revenus et les progrès médico-techniques ainsi que la maladie des coûts de Baumol peuvent avoir sur la croissance des dépenses.
- Du point de vue de la politique de la santé, une croissance marquée et constante des dépenses menace l'accès général de la population au système de santé. Du point de vue de la politique budgétaire, cela signifie que les dépenses de santé pèsent de plus en plus lourd dans le budget de la Confédération, des cantons et des communes au détriment d'autres secteurs. En outre, il faut s'attendre à davantage de créances à la suite d'un financement plus important du système de santé par l'impôt, qui peut aussi avoir une incidence sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. La durabilité des finances publiques est ainsi globalement mise sous pression.
- Dans ce contexte, la fixation de mesures supplémentaires visant à accroître l'efficacité et à freiner l'augmentation des dépenses est indiquée. À cet égard, on pourrait notamment définir des objectifs de coûts contraignants en vue d'accroître la responsabilité des acteurs du système de santé en la matière et améliorer la planification hospitalière pour éviter les surcapacités. Il s'agit aussi de promouvoir les mesures permettant de renforcer les forfaits ambulatoires, la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation efficace des technologies de la santé, la coordination et l'intégration des soins de santé (par ex. coûts de coordination plus bas grâce à la numérisation) ainsi qu'une politique du personnel prévoyante.

# 1 Introduction

Même après la pandémie de COVID-19, le système de santé helvétique reste confronté à des défis majeurs. Tout le monde doit avoir accès à des soins de qualité, le système de santé est censé fournir ses prestations de manière efficiente et surtout être résilient aux crises sanitaires. En même temps, le système de santé doit être financièrement viable dans la durée.

La charge toujours plus lourde que les dépenses de santé font peser sur les assurés et les contribuables constitue l'une des principales préoccupations de la population suisse (UBS, 2025). L'augmentation des dépenses de santé fait par conséquent l'objet de débats sur les réformes à entreprendre en matière de politique sociale et budgétaire. On observe par ailleurs une tendance similaire au niveau international (OCDE, 2025). Il faut dire que, ces dernières décennies, les dépenses de santé ont fortement augmenté dans de nombreux pays développés (voir graphique 1). En Suisse, elles sont passées d'un peu plus de 9 % du produit intérieur brut (PIB) en 2000 à plus de 11 % en 2024. En 2025, les dépenses de santé devraient avoir franchi la barre des 100 milliards de francs (Anderes et Gersbach, 2025).

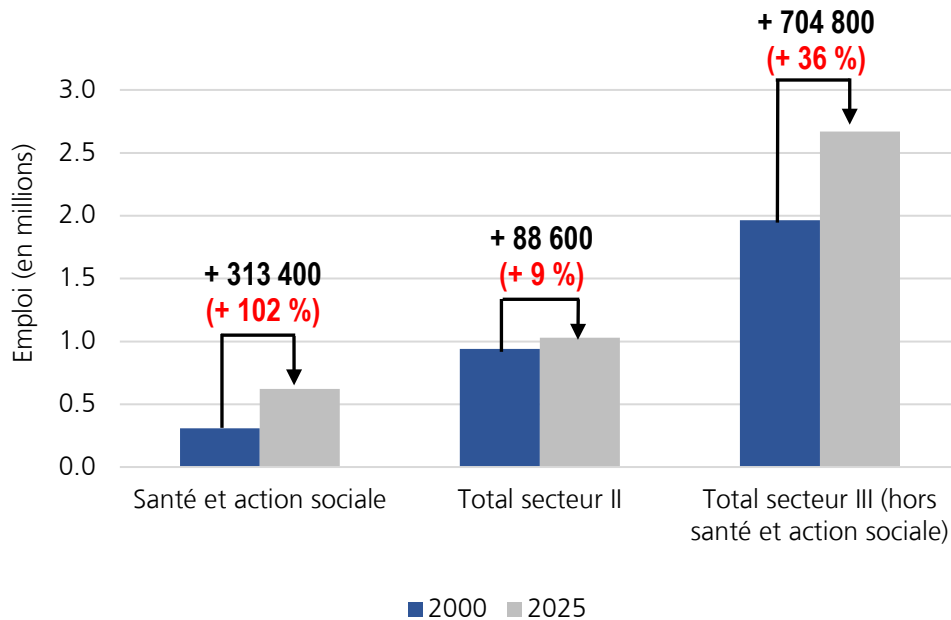
**Graphique 1 : comparaison internationale des dépenses de santé** (en % du PIB)



Remarques : données provisoires de l'OCDE pour l'année 2024.

Source : OCDE

La forte dynamique des dépenses du secteur de la santé a également d'autres implications macro-économiques. Au-delà de la création de valeur générée en Suisse, le domaine de la santé et de l'action sociale est à l'origine d'une croissance de l'emploi significativement élevée pour l'économie nationale. En 25 ans, l'emploi a largement doublé et plus de 300 000 équivalents temps plein (ETP) supplémentaires ont vu le jour dans le secteur de la santé et de l'action sociale. Durant la même période, la croissance de l'emploi dans les secteurs secondaire et tertiaire (hors santé et action sociale) n'a atteint que 9 % et 36 %. Les scénarios par branche actuels laissent encore présager pour l'avenir un essor continu du secteur de la santé (Chancellerie fédérale, 2025).

**Graphique 2 : emploi par secteur en 2000 et 2025**

Remarques : évolution de l'emploi en valeur absolue (en milliers) et relative (en %) entre le premier trimestre 2000 et le troisième trimestre 2025. Le secteur II comprend les branches économiques 5 à 43 selon la Nomenclature générale des activités économiques (NOGA). Le secteur III comprend les branches 45 à 96. Le secteur de la santé et de l'action sociale comprend les branches 86 à 88.

Source : OFS

La question de la soutenabilité financière du système de santé constitue un élément important d'une politique tournée vers l'avenir. Les projections de dépenses présentées ici pour la Suisse jusqu'en 2060 apportent à cet égard une contribution essentielle. Les projections donnent des repères sur la dynamique des dépenses à moyen et long terme dans le secteur de la santé, améliorent la compréhension des facteurs de coûts sous-jacents et soulignent la nécessité de poursuivre les réformes.

Du point de vue de la politique budgétaire, la priorité est de savoir comment freiner la croissance des dépenses, afin que les dépenses publiques de santé ne deviennent pas une part croissante des budgets des cantons et de la Confédération. Au niveau fédéral, par exemple, les dépenses de prévoyance sociale en augmentation (retraites, réduction des primes, etc.), qui sont pour la plupart fortement liées, ont tendance à évincer, dans le processus budgétaire régi par des règles, les dépenses moins liées et plus faciles à réduire (Conseil fédéral, 2024). La question étroitement liée à cela, du point de vue de la politique sociale et de la politique de santé publique, consiste à savoir comment freiner la forte croissance des dépenses sans que l'accès général de la population aux soins de santé soit menacé et en continuant de fournir des prestations de qualité. En cas d'augmentation constante des dépenses, il faut en outre s'attendre à des créances à la suite d'un financement plus important du système de santé par l'impôt, qui peut aussi avoir une incidence sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

Les projections concernant l'évolution des dépenses reposent sur les scénarios démographiques de l'OFS (2025a) et appliquent un modèle en macrocohortes. Cette approche s'inspire des travaux de l'OCDE (Lorenzoni et al., 2024 ; OCDE, 2025) et de la Commission européenne (Ageing Working

Group, 2024). Les projections tiennent compte des effets prévisibles des réformes décidées en 2024 en matière de financement de la santé. Ces réformes comprennent le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des soins (EFAS) et l'obligation faite aux cantons d'apporter une contribution minimale au financement de la réduction des primes dès 2026.

Les facteurs structurels influençant les coûts sont d'une part le vieillissement : une population plus âgée consomme davantage de prestations de santé et a des besoins accrus en matière de soins. Outre les effets directs du vieillissement, l'évolution de l'état de santé (morbidité) joue un rôle significatif, alors que la durée de vie tend à s'allonger. D'autre part, les facteurs non démographiques s'avèrent importants. La relation entre l'évolution du revenu national et la croissance des dépenses de santé est prise en considération. Les causes de cette évolution sont à rechercher aussi bien du côté de l'offre (par ex. progrès médico-techniques) que de la demande (par ex. augmentation des exigences de la population). Il faut en outre observer que l'évolution des prix dans le secteur de la santé est supérieure à celle du reste de l'économie, ce qui peut être imputé à des inefficiences du système de santé, à la pénurie de personnel qualifié ou à la maladie des coûts de Baumol. Cette dernière décrit le fait que, en raison du caractère intensif en main-d'œuvre du secteur de la santé, les gains de productivité y sont plus faibles que dans le reste de l'économie, ce qui contribue à une progression plus marquée des salaires et donc des coûts.

D'autres éléments contribuent également à l'augmentation des dépenses de santé. 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 (aléa moral ou comportement à risque) et que les patients et les médecins ne disposent pas des mêmes informations (asymétrie de l'information). Compte tenu du meilleur niveau d'information et de connaissances des médecins en matière de traitement, cette dernière peut entraîner une demande induite par l'offre (*supplier-induced demand*), de sorte que les traitements dépassent ce qui est médicalement nécessaire. Ces divers facteurs, associés à un nombre considérable d'acteurs aux intérêts parfois divergents, contribuent à la complexité du système de santé.

Les projections montrent premièrement qu'à l'avenir, le vieillissement, la hausse des revenus et les progrès médico-techniques ainsi que la maladie des coûts de Baumol exerceront une pression constante sur la santé et les soins de longue durée. Ainsi les dépenses totales consacrées au secteur de la santé passeront, dans le scénario de référence, de 11,2 % du PIB durant l'année de référence (2023) à 15,3 % en 2060. Autrement dit, leur croissance s'annonce bien supérieure à celle de l'économie.

Si, dans le domaine de la santé, les facteurs non démographiques sont principalement en cause, les charges supplémentaires dans celui des soins de longue durée tiennent au vieillissement progressif de la population et à ses besoins grandissants en soins (« morbidité »). Dans une optique de financement, les principales charges supplémentaires sont assumées par les administrations publiques et l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le scénario de référence prévoit que les dépenses publiques dédiées au système de santé, dont plus de deux tiers doivent être supportés par les cantons, passeront de 3,5 % à 5,0 % du PIB.

Deuxièmement, il apparaît clairement que les récentes réformes entraîneront des transferts en matière de financement entre l'assurance-maladie obligatoire et les collectivités publiques. Dans le domaine de la santé, ces dernières, à commencer par les cantons, seront probablement davantage mises à contribution à partir de 2028 avec EFAS, puisqu'il leur faudra participer au financement des prestations ambulatoires. À partir de 2032, les cantons et les communes seront quelque peu déchargés grâce à l'intégration des soins de longue durée dans l'EFAS. Une fois que ces réformes du financement auront abouti, soit au début des années 2030, les dépenses pour les prestations de santé financées par les assurés et par les contribuables dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) évolueront de manière proportionnelle.

Les charges des cantons s'alourdiront encore, sous l'effet de la contribution minimale au financement de la réduction individuelle des primes (RIP) dont ils doivent désormais s'acquitter. Le budget de la Confédération est surtout concerné ici par sa contribution au financement de la RIP, fixée à 7,5 % des coûts de l'assurance obligatoire des soins.

Troisièmement, une analyse plus différenciée de la dynamique des dépenses par catégorie de prestations de santé permet d'appréhender pour la première fois la tendance au transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire (« ambulantisant »). Selon les hypothèses retenues, les dépenses liées aux prestations de santé ambulatoires enregistreront entre 2023 et 2060 une augmentation plus forte par rapport au PIB que celles dues aux prestations stationnaires (+ 2,1 % contre + 0,7 % du PIB). Cette tendance à l'« ambulantisant » atténue la hausse des dépenses du système de santé étant donné que les traitements ambulatoires sont en moyenne moins coûteux.

De plus, les différents scénarios élaborés illustrent les répercussions d'un changement d'hypothèses concernant le vieillissement et la morbidité, la migration, les revenus et les progrès médico-techniques ainsi que de la maladie des coûts de Baumol. Dans le scénario mettant l'accent sur la maladie des coûts de Baumol et dans le scénario basé sur l'élasticité du revenu élevée, les dépenses de santé augmenteront d'ici 2060 à 16,7 % ou 16,3 % du PIB. Alors que dans le scénario comportant une moindre élasticité du revenu, les dépenses de santé devraient se monter en 2060 à 14,5 % du PIB.

Ces projections ne doivent pas être interprétées comme des prévisions. Elles constituent au contraire une extrapolation des tendances à long terme et montrent les conséquences de ces tendances sur les dépenses de santé. De telles projections ne sauraient donc indiquer le montant précis des dépenses de santé à un moment donné. Il s'agit plutôt de savoir comment les dépenses de santé vont évoluer selon les hypothèses retenues, à condition qu'aucune nouvelle mesure ne soit prise en dehors des réformes déjà décidées.

Les projections donnent une idée de la dynamique des dépenses à long terme dans le secteur de la santé et font ressortir au passage l'urgence de nouvelles réformes. Elles approfondissent les perspectives à long terme des finances publiques (DFF, 2024), en indiquant la charge supplémentaire grevant les assurés et les contribuables, dans le contexte des récentes réformes du financement du système de santé.

La fixation de mesures supplémentaires visant à accroître l'efficacité et à freiner l'augmentation des dépenses est indiquée. À cet égard, on pourrait notamment définir des objectifs de coûts contraignants en vue d'accroître la responsabilité des acteurs du système de santé en la matière et améliorer la planification hospitalière pour éviter les surcapacités. Il s'agit aussi de promouvoir les mesures permettant de renforcer les forfaits ambulatoires, la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation efficace des technologies de la santé, la coordination et l'intégration des soins de santé (par ex. coûts de coordination plus bas grâce à la numérisation) ainsi qu'une politique du personnel prévoyante.

Au-delà des considérations de coûts, il convient de souligner qu'un système de santé performant présente de grands avantages, car il permet de préserver et d'améliorer l'état de santé de la population et donc généralement de renforcer la croissance économique (Ridhwan et al., 2022 ; Fumagalli et al., 2024). Le potentiel de la main-d'œuvre est ainsi susceptible d'être mieux utilisé, grâce à une diminution des absences pour cause de maladie et aux incitations à investir davantage dans la formation, ce qui a pour effet d'accroître la productivité et la capacité d'innovation.

Le chapitre 2 présente les bases des projections. Le chapitre 3 expose les résultats des projections réalisées pour le système de santé dans son ensemble, pour les prestations LAMal, pour les payeurs de primes et pour les collectivités publiques. Le chapitre 4 établit une comparaison avec la précédente étude et avec les projections concernant l'évolution des dépenses d'autres pays. Enfin, le chapitre 5 analyse les implications en matière de politique budgétaire des résultats obtenus.

## 2 Bases des projections

Ce chapitre aborde les principaux éléments de la méthode utilisée pour les projections dans le cadre de l'approche des macro-cohortes. Il traite tout d'abord des dépenses de santé et de leur répartition par domaine et par agent financeur (chap. 2.1), puis des facteurs de coût du système de santé (chap. 2.2). Les principaux facteurs de coûts sont ensuite intégrés dans une série de scénarios abordés au chapitre 2.3. Le chapitre 2.4 approfondit quant à lui les hypothèses relatives à l'évolution démographique et économique, tandis que les profils de dépenses pour le système de santé sont décrits au chapitre 2.5. Finalement, le chapitre 2.6 décrit l'intégration des dernières réformes du financement (EFAS et contribution cantonale minimale à la RIP).

### 2.1 Dépenses de santé

Les chiffres relatifs aux dépenses de santé proviennent de la statistique de l'OFS « Coûts et financement du système de santé ». Pour les pouvoirs publics, les données utilisées sont celles de la statistique financière publique (AFF, 2025). Au moment de l'établissement des présentes projections concernant l'évolution des dépenses, les données étaient disponibles jusqu'aux années 2023 et 2024 pour la Confédération, AVS/AI comprises, et jusqu'en 2023 pour les cantons et les communes. Les données relatives à l'AOS s'appuient sur la statistique de l'assurance obligatoire des soins de l'OFSP.

L'année 2023 sert de base pour les projections concernant l'évolution des dépenses. En raison des réformes récentes prises en compte et par souci d'utiliser des données aussi actuelles que possible, à l'instar des estimations des dépenses de santé pour les années 2024 à 2026, les projections à long terme établies au moyen de l'approche des macro-cohortes ne s'appliquent qu'à partir de 2027<sup>1</sup>.

Les dépenses liées au système de santé sont subdivisées entre le domaine de la santé et le domaine des soins de longue durée. Les dépenses par domaine sont calculées sur cette base, et ventilées entre prestations ambulatoires et stationnaires.

Les dépenses portant sur les prestations de santé selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (prestations LAMal) sont ensuite délimitées des autres, EFAS leur conférant une importance accrue. En outre, il s'agit de déterminer dans les dépenses de santé les parts respectives de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et des pouvoirs publics, en tenant compte des transferts étatiques tels que la réduction individuelle des primes (RIP).

Considérées par domaine, les dépenses globales du système de santé de l'année de référence 2023 se présentent de la manière suivante (voir graphique 3, panel A) :

- 79 % des dépenses concernent le domaine de la santé et 21 % les soins de longue durée.
- Dans le domaine de la santé, 54 % des dépenses proviennent des traitements ambulatoires suivis dans les cabinets médicaux, dans les hôpitaux et chez les thérapeutes, et 29 % de traitements hospitaliers stationnaires. Les 17 % restants correspondent aux dépenses liées à l'administration, à l'enseignement et à la recherche, à la prévention et aux soins dentaires.

<sup>1</sup> Le tableau A1 de l'annexe donne un aperçu des sources et des hypothèses émises en matière de croissance des dépenses par domaine et par agent financeur durant les années 2023 à 2026.

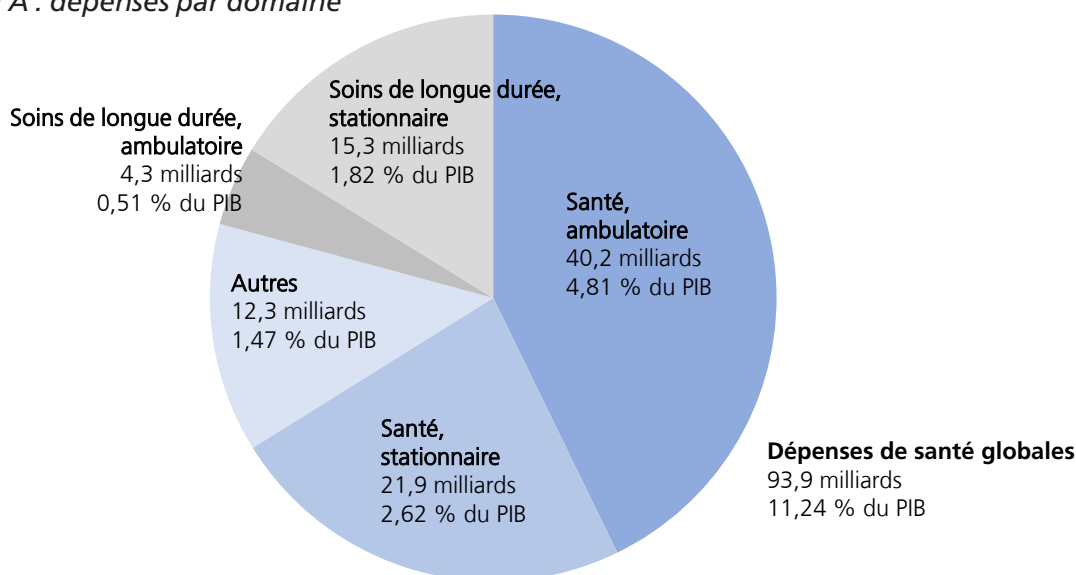
- Les soins de longue durée comprennent les dépenses liées aux prestations stationnaires dans les établissements médico-sociaux (EMS) (78 %) et aux services ambulatoires d'aide et de soins à domicile (22 %).

Considérées par agent financeur, les dépenses globales du système de santé de l'année de référence 2023 se répartissent de la manière suivante (voir graphique 3, panel B) :

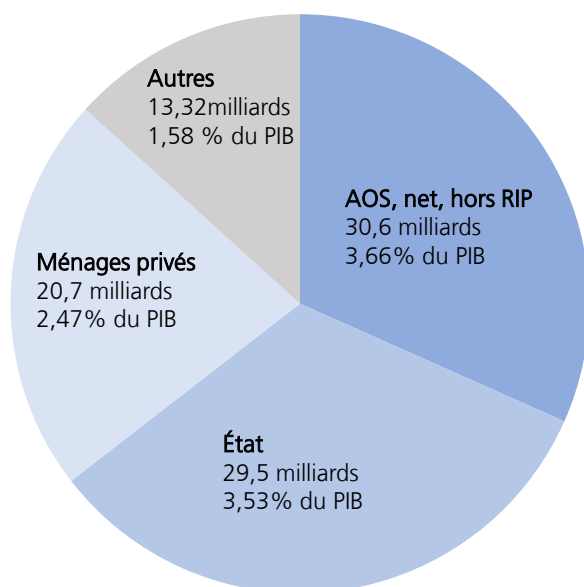
- Les dépenses nettes de l'AOS (soit les dépenses brutes y c. les dépenses administratives moins la participation aux coûts des ménages privés et moins la réduction individuelle des primes) s'élèvent à 33 % du total.
- Les pouvoirs publics financent 31 % des dépenses liées au système de santé. La plus grande partie des dépenses publiques de santé est supportée par les cantons (67 %), suivis de la Confédération (12 %), des communes (11 %) et des contributions de l'AVS et de l'AI (10 %) au titre des allocations pour impotent, des prestations médicales et des appareils thérapeutiques.
- 22 % des dépenses sont financées par les ménages privés. Il s'agit notamment de participations aux coûts de l'AOS, de paiements directs sans passer par l'assurance et d'assurances complémentaires.
- Les 14 % restants correspondent par exemple aux dépenses de l'assurance-accidents obligatoire, d'assurances complémentaires privées et de fondations privées.

**Graphique 3 : dépenses de santé par domaine et par agent financeur durant l'année de référence 2023** (en milliards de francs et en % du PIB)

*Panel A : dépenses par domaine*



Panel B : dépenses par agent financeur



Remarques : les dépenses nettes de l’AOS correspondent aux dépenses brutes, déduction faite de la participation aux coûts des ménages privés ainsi que de la RIP. La RIP est imputée au secteur public, soit aux dépenses publiques.

Sources : OFS, AFF, OFSP

## 2.2 Facteurs ayant une incidence sur les coûts de la santé

La littérature spécialisée évoque plusieurs facteurs structurels déterminants pour les dépenses de santé dans les économies développées. Il convient notamment de citer le vieillissement de la population et son état de santé (morbidité), l’évolution du revenu, les progrès de la médecine, l’évolution des prix des prestations médicales par rapport au reste de l’économie ainsi que les conditions-cadres institutionnelles pertinentes, comme l’étendue de la couverture d’assurance. Le lien entre le changement climatique et les dépenses de santé fait lui aussi l’objet de discussions depuis quelques années (voir encadré 1). Or la relation entre ces différents déterminants et les dépenses de santé est souvent floue. Les facteurs structurels influençant les coûts sont expliqués plus en détail ci-après.

### 2.2.1 Vieillesse et état de santé

Le vieillissement de la population a une incidence sur les dépenses de santé, car les personnes âgées ont en moyenne une consommation accrue de prestations dans ce secteur. À partir du moment où la proportion de personnes âgées dans la population augmente, la demande de prestations de santé croît également, avec pour corollaire une hausse des dépenses de santé<sup>2</sup>.

2 Certaines études suggèrent que la hausse des dépenses de santé s’explique moins par le vieillissement que par la proximité de la mort (thèse du *red herring*). 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 (Zweifel et al., 1999 ; Seshamani et Gray, 2004 ; Werblow et al., 2007 ; Costa-Font et Vilaplana-Prieto, 2020). Or cette thèse controversée est toujours plus remise en question (Colombier et Weber, 2011 ; Panczak et al., 2017 ; Breyer et Lorenz, 2021 ; Milkovska et al., 2024). Aussi les présentes projections concernant l’évolution des dépenses n’en tiennent-elles pas compte.

Outre les effets directs du vieillissement sur les dépenses de santé, l'état de santé de la population (morbidité) s'avère également déterminant. La question est ici de savoir comment l'état de santé évolue au regard de l'augmentation de l'espérance de vie. Trois hypothèses différentes sont retenues à ce sujet dans la littérature scientifique.

Premièrement, une augmentation de l'espérance de vie pourrait se traduire par une simple hausse de la morbidité (*pure ageing*). Selon cette thèse, les années de vie supplémentaires ne sont pas vécues en bonne santé (Gruenberg, 1977). L'état de santé de la population se péjore. La deuxième thèse repose sur une diminution au prorata de la morbidité (*healthy ageing*). La durée de vie en situation de maladie ou de dépendance reste inchangée, tandis que les mois et années de vie gagnés sont vécus en bonne santé (Manton, 1982). La troisième thèse postule une diminution de la morbidité, en parallèle à l'augmentation de l'espérance de vie (Fries, 1980 ; 1989). Grâce aux progrès de la technologie et à une meilleure prévention, les individus sont malades ou dépendants moins longtemps. Par conséquent, la durée de vie en bonne santé progresse plus vite que l'espérance de vie.

En raison de la difficulté de démontrer de manière empirique les interactions entre la hausse de l'espérance de vie et l'évolution de l'état de santé, les projections prennent en compte des scénarios comportant différentes hypothèses sur l'évolution de la morbidité.

### 2.2.2 Évolution du revenu et progrès médico-techniques

Le premier facteur d'influence indépendant de la démographie à être pris en compte est le lien empiriquement prouvé entre l'évolution globale des revenus et la croissance des dépenses de santé. De nombreuses études montrent que la croissance des revenus est un moteur essentiel des dépenses de santé (Nghiem et Connelly, 2017). Lorsque les revenus augmentent, les dépenses de santé le font généralement aussi. En Suisse comme au niveau international, l'élasticité des dépenses de santé par rapport au revenu est estimée à un ou voire moins (De la Maisonneuve et Martins, 2014 ; Hartwig et Sturm, 2014 ; Baltagi et al., 2017 ; Colombier, 2018 ; AWG, 2024 ; Lerch et al., 2025). Cette corrélation reflète à la fois les effets liés à la demande et à l'offre, tels que l'amélioration de l'accès aux prestations de santé, les exigences croissantes de la population en matière de soins de qualité et les progrès de la médecine. Faute de pouvoir cerner empiriquement l'influence des progrès de la médecine (Marino et Lorenzoni, 2019 ; Lorenzoni et al., 2024), les présentes projections en reflètent indirectement l'effet sur les dépenses, à travers l'évolution du revenu dans l'ensemble de l'économie (Smith et al., 2009).

### 2.2.3 Maladie des coûts de Baumol et pression sur les salaires

Le second facteur d'influence non lié à la démographie concerne l'évolution des prix relatifs des prestations de santé par rapport au reste de l'économie.

En économie de la santé, la maladie des coûts de Baumol est considérée comme un important facteur explicatif, du côté de l'offre, de l'augmentation des dépenses de santé (Baumol, 1967 ; Bates et Santerre, 2013 ; Hartwig, 2008 ; Hartwig et Sturm, 2014 ; Colombier, 2017). L'idée de base est que la pression sur les coûts est plus élevée qu'ailleurs dans les secteurs à haut coefficient de main-d'œuvre, étant donné qu'ils profitent moins des progrès techniques. Par conséquent, la

croissance de la productivité du secteur de la santé reste inférieure à celle de l'économie nationale. Mais comme la demande de prestations de santé est assez inélastique aux prix, les salaires du personnel de santé doivent augmenter tout autant que ceux du reste de l'économie, afin de préserver l'attrait des emplois dans ce secteur. D'où l'apparition de pressions sur les salaires et les coûts dans le secteur de la santé. Les effets de la maladie des coûts de Baumol se font surtout sentir dans les soins de longue durée, gourmands en main-d'œuvre (Celebi et al., 2025). Des gains de productivité sont par contre à prévoir dans le secteur hospitalier, plus axé sur le capital et la technologie.

D'autres facteurs ne font qu'accentuer cette tendance, à commencer par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans une société vieillissante. Ses effets se font sentir sur l'offre, avec la baisse progressive de la population active, alors même que le besoin en personnel soignant augmente, évolution démographique oblige (Obsan, 2025b). En outre, l'offre du secteur de la santé n'est pas toujours gérée de manière efficiente, entre le manque de coordination des fournisseurs de prestations ou les incitations tarifaires inappropriées, qui exacerbent encore les pressions sur les coûts.

Pour simplifier, il est question ci-après de « maladie des coûts de Baumol » pour tous les facteurs liés à l'offre ayant une influence sur l'évolution des prix (effet de prix relatif), sans que les données à disposition permettent d'en dire plus à leur sujet.

### 2.2.4 Facteurs non pris en compte

L'évolution des dépenses de santé tient également au cadre institutionnel et réglementaire. À titre d'exemple, les systèmes de rémunération et de tarification varient d'un prestataire à l'autre, tandis que les modèles d'assurance fondés sur le recours au médecin de famille ou l'introduction d'une participation différenciée aux coûts peuvent jouer un rôle. Or il est souvent difficile d'en prédire empiriquement l'effet sur les coûts car ces éléments n'ont généralement été analysés que dans le cadre d'une comparaison entre pays (De la Maisonneuve et al., 2016). Au reste, les analyses comparatives entre pays sont plus susceptibles de révéler des différences institutionnelles majeures que des projections internes, basées sur l'hypothèse du statu quo (*no policy change*).

De plus, certaines tendances telles que le transfert des soins prodigués aux personnes âgées par les proches – en raison notamment de la participation accrue des femmes au marché du travail – vers les soins institutionnels (soins à domicile et EMS) ne sont pas prises en compte. Il en va de même des variations à venir dans les prix et tarifs des traitements et des médicaments. Il faut bien dire que les hypothèses en matière de tendances comportent beaucoup trop d'incertitudes pour la période allant jusqu'en 2060.

### Encadré 1 : conséquences du changement climatique sur la santé

Les conséquences du changement climatique sur la santé font l'objet d'études toujours plus nombreuses. Des études épidémiologiques ont déjà montré que les vagues de chaleur ont de graves répercussions sur la mortalité et la morbidité (Gasparrini et al., 2015 ; Haines et Ebi, 2019). Or la fréquence et l'intensité des vagues de chaleur devraient aller croissant, sous l'effet du changement climatique, et mettre à rude épreuve le système de santé. D'autant plus que la population vieillissante est plus vulnérable à la chaleur, à la pollution atmosphérique et aux maladies infectieuses liées au climat (AWG, 2024). Il est vrai qu'à ce jour, seules de rares études ont porté sur le lien entre le changement climatique et les dépenses de santé.

Aux États-Unis, selon une étude actuelle de l'École polytechnique fédérale de Zurich, un réchauffement climatique de 2,5 °C par rapport au niveau préindustriel pourrait faire grimper les dépenses de santé publique d'environ trois points de pourcentage (par rapport au PIB) d'ici 2050 (Barrage, 2024). Des résultats similaires ont été obtenus pour l'Union européenne (Socol et al., 2023). En outre, sous l'effet conjugué des hausses de température et du vieillissement démographique, le nombre de personnes souffrant de problèmes de santé liés au climat est susceptible de doubler d'ici 2050 (Falchetta et al., 2024 ; Holzhausen et al., 2024).

Le GIEC, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Agence européenne pour l'environnement rappellent que l'Europe fait partie des régions du monde où les risques sanitaires liés au climat sont les plus élevés (GIEC, 2022 ; OMS, 2022 ; Kazmierczak et al., 2022). En Suisse aussi, les effets du changement climatique sur la santé se font toujours plus sentir. Le réseau de la Confédération dédié aux services climatiques (National Centre for Climate Services [NCCS]) s'est notamment intéressé à l'impact d'une augmentation future des fortes chaleurs sur les coûts de la santé (NCCS, 2025). Une étude réalisée en 2019 avait déjà montré que le changement climatique devrait se traduire aussi bien par une surmortalité due aux maladies cardio-vasculaires et respiratoires, que par des pertes de productivité de la main-d'œuvre (Vöhringer et al., 2019). Une autre étude juge qu'en Suisse, la mortalité liée à la chaleur pourrait passer d'environ 300 décès par an à l'heure actuelle à près de 1900 d'ici 2060 (de Schrijver et al., 2023).

### 2.3 Scénarios

Les projections concernant l'évolution des dépenses sont basées sur des hypothèses reposant sur des relations de cause à effet. Elles ne constituent pas des prévisions quant à l'évolution des dépenses de santé pour les prochaines décennies. À la place, elles modélisent les dépenses de santé à venir, à l'aide de différents scénarios basés sur les facteurs structurels influençant les coûts.

Ces scénarios sont calculés séparément pour la santé et les soins de longue durée, deux domaines soumis à des facteurs d'influence différents. Une distinction supplémentaire est encore faite entre les soins ambulatoires et stationnaires.

Le domaine de la santé englobe les dépenses liées aux traitements ambulatoires (cabinets médicaux et hôpitaux, cabinets de physiothérapie ou de psychothérapie, médicaments, appareils thérapeutiques, services auxiliaires par ex. de laboratoire), aux traitements stationnaires (hôpitaux et cliniques psychiatriques, médicaments, appareils thérapeutiques, services auxiliaires par ex. de transport et de sauvetage), aux dépenses dédiées à l'administration, à l'enseignement et à la recherche, à la prévention ainsi qu'aux soins dentaires. 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.

Les présentes projections concernant l'évolution des dépenses prennent explicitement en compte, pour la première fois, la tendance au transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire (« ambulantisantisation »). On peut citer à titre d'exemple la multiplication des interventions micro-invasives et d'autres traitements qui, grâce aux progrès de la médecine, n'exigent plus une prise en charge stationnaire (Obsan, 2025a). En Suisse, cette évolution devrait se renforcer encore avec l'introduction d'EFAS (Polynomics, 2022).

Les projections se caractérisent par les incertitudes liées au développement économique, à l'ampleur des effets sur les coûts et à la modélisation de facteurs autres que démographiques influençant le secteur de la santé. Ce dernier point vaut en particulier pour les progrès médico-techniques. C'est pourquoi, outre un scénario de référence, des scénarios alternatifs sont également présentés. Le tableau 1 donne un aperçu des hypothèses retenues dans les différents scénarios décrits aux points suivants.

### 2.3.1 Scénario de référence

Dans le scénario de référence, la population évoluera jusqu'en 2060 conformément au scénario démographique moyen de l'OFS (voir A-00-2025). En même temps que l'espérance de vie progresse, l'état de santé de la population s'améliore. Dans le modèle des macro-cohortes, l'amélioration de la morbidité est représentée par un décalage d'âge. Cela signifie notamment qu'une personne qui aura 50 ans sera en meilleure santé à l'avenir qu'une personne qui était âgée de 50 ans en 2023 (année de référence). Dans le cadre du scénario de référence, on part du principe que, d'un point de vue médical, les personnes « rajeunissent » de six mois en fonction de leur année de naissance et sont donc en meilleure santé qu'en 2023 (année de référence) pour chaque année de vie gagnée.

Dans le secteur de la santé, on part du principe que les dépenses progressent plus vite que les revenus dans le secteur ambulatoire (facteur de 1,2), tout en affichant une croissance proportionnelle (facteur de 1) dans le secteur stationnaire. L'élasticité du revenu reflète non seulement les attentes croissantes de la population en matière de santé et les progrès de la médecine, mais aussi l'augmentation des volumes de prestations sans indication médicale pertinente. Elle est légèrement inférieure dans le secteur stationnaire, qui est plus intensif en capital et qui peut tirer parti de gains d'efficacité grâce aux progrès de la médecine. Dans le secteur ambulatoire, la plus forte élasticité du revenu reflète la tendance à l'« ambulantisantisation », qui se renforce au fur et à mesure que les revenus augmentent.

En ce qui concerne l'évolution des prix dans le secteur de la santé, on part de l'idée qu'elle se situe 50 % au-dessus du renchérissement général pour les traitements ambulatoires, contre 25 % dans le cas des traitements stationnaires. Ce renchérissement supérieur à la moyenne tient notamment à la maladie des coûts de Baumol. Là encore, l'écart de renchérissement entre les traitements ambulatoires et stationnaires s'explique par l'intensité capitalistique accrue du secteur stationnaire.

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 relatifs à la santé. À cela près que la maladie des coûts de Baumol se fait davantage sentir dans les soins de longue durée (Celebi et al., 2025). C'est pourquoi un renchérissement supérieur de 75 % au

renchérissement général est attendu dans ce domaine. Celui-ci correspond à la part des coûts de personnel dans les EMS (voir Credit Suisse, 2015).

**Tableau 1 : scénarios retenus pour les projections concernant les dépenses**

Scénario	Santé				Soins de longue durée	Morbidité	Scénario OFS
	Élasticité du revenu		Pression sur les salaires		Pression sur les salaires		
	Ambulatoire	Stationnaire	Ambulatoire	Stationnaire	Ambulatoire / stationnaire		
Référence	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	A-00-2025
<i>Healthy ageing</i>	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	<b>1,0</b>	A-00-2025
<i>Pure ageing</i>	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	<b>0,0</b>	A-00-2025
Pression sur les salaires	1,2	1,0	<b>0,75</b>	<b>0,50</b>	<b>1,00</b>	0,5	A-00-2025
Pression sur les coûts	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	0,50	0,25	–	0,5	A-00-2025
Maîtrise des coûts	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	0,50	0,25	–	0,5	A-00-2025
Migration élevée	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	<b>A-05-2025</b>
Migration faible	1,2	1,0	0,50	0,25	0,75	0,5	<b>A-06-2025</b>

Remarque : les valeurs marquées en gras reflètent l'hypothèse qui distingue l'autre scénario possible du scénario de référence. Pour simplifier, on part du principe que le besoin de soins, et donc les dépenses de soins, ne dépendent pas du revenu. Le facteur de coûts lié à la pression sur les salaires indique dans quelle mesure une augmentation de salaire dans le secteur de la santé a pour effet d'accroître les dépenses par habitant. Une valeur de 0,5 signifie par exemple qu'une augmentation salariale de 1 % entraîne une augmentation des dépenses par habitant de 0,5 point de pourcentage. Le facteur de morbidité indique comment une augmentation de l'espérance de vie de la population, en fonction de l'âge et du sexe, se traduit par une modification de l'état de santé ou du besoin de soins. Une valeur de 1,0 signifie par ex. que l'augmentation de la durée de vie en bonne santé, et donc sans dépendance aux soins, est proportionnelle à celle de l'espérance de vie.

### 2.3.2 Autres scénarios

#### *Viellissement et état de santé*

Afin de tenir compte de l'incertitude entourant l'évolution de l'état de santé dans le contexte de l'augmentation de l'espérance de vie, deux autres scénarios ont été élaborés, dans lesquels l'état de santé évolue mieux ou moins favorablement que dans le scénario de référence. Dans *healthy ageing*, la population passe en bonne santé les années de vie gagnées (facteur de 1 au lieu de 0,5 comme dans le scénario de référence). À la différence du scénario de référence, le scénario *pure ageing* part de l'idée que la population vivra les années supplémentaires en mauvaise santé (facteur 0).

#### *Augmentation de la pression sur les salaires*

L'incertitude est également bien présente en ce qui concerne l'évolution des salaires dans le secteur de la santé par rapport au reste de l'économie, notamment dans le contexte de la maladie des coûts de Baumol, de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et des inefficiences connues du secteur de la santé. Le scénario relatif à la pression sur les salaires en tient compte en prévoyant, pour les secteurs ambulatoire et stationnaire, un effet de renchérissement 25 % plus marqué que dans le scénario de référence. Ce renchérissement relatif atteint même 100 % dans les soins de longue durée. En d'autres termes, les gains de productivité sont moindres dans le secteur de la santé, et même inexistantes pour les soins de longue durée dans ce scénario.

### *Augmentation de l'élasticité du revenu*

L'impact qu'aura la croissance à venir des revenus sur les dépenses de santé est également entouré d'incertitude. Dans le scénario de pression sur les coûts, les facteurs de coûts non démographiques liés au revenu, à l'instar des progrès de la médecine ou des exigences croissantes de la population envers le système de santé, entraînent une croissance plus vigoureuse des coûts. Les facteurs retenus pour l'élasticité du revenu dans le domaine de la santé sont ici de 1,5 dans le secteur ambulatoire et de 1,3 dans le secteur stationnaire.

### *Diminution de l'élasticité du revenu*

À l'inverse, l'élasticité du revenu a connu en Suisse depuis les années 1990 une évolution en baisse (estimation empirique), avec des valeurs parfois inférieures à 1 (Lerch et al., 2025). Cette situation pourrait s'expliquer par les gains d'efficacité dus aux progrès de la médecine, qui devraient se poursuivre à l'avenir, notamment grâce à la numérisation et à l'utilisation de l'intelligence artificielle dans le secteur de la santé (Prognos, 2025). Le fait qu'à partir d'un certain niveau de développement et de revenu, les exigences de la population envers le système de santé n'augmentent plus autant pourrait avoir renforcé cette tendance (Baltagi et al., 2017).

Une moindre élasticité du revenu s'annonce également à l'avenir, à la suite de diverses réformes récemment adoptées dont l'effet ne se fera sentir que ces prochaines années. Il convient de citer ici l'adaptation régulière des tarifs médicaux (TARDOC dès le 1<sup>er</sup> janvier), la fixation (et les ajustements éventuels à venir) d'objectifs en matière de coûts et de qualité (voir le complément apporté à l'art. 54 LAMal, RS 832.10)<sup>3</sup> et les autres mesures susceptibles de contribuer à des gains d'efficacité et à une meilleure maîtrise des coûts (par ex. 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts).

De même, le transfert croissant des prestations de santé dans le secteur ambulatoire (« ambulanti-sation ») pourrait aider à la maîtrise des coûts, les traitements stationnaires onéreux étant remplacés par des solutions ambulatoires plus avantageuses (Polynomics, 2022). Cette évolution s'explique tant par les progrès techniques que par l'élimination, avec EFAS, des incitations inopportunes liées au régime actuel de financement différencié des prestations ambulatoires ou stationnaires. Il est toutefois difficile d'estimer pendant combien de temps les effets de cette tendance se feront encore sentir et quel est le potentiel d'économies.

Un nouveau scénario stylisé de maîtrise des coûts a été élaboré, avec une élasticité du revenu de 0,9 dans le secteur ambulatoire et de 0,7 dans le secteur stationnaire, pour mieux cerner dans les projections concernant l'évolution des dépenses l'influence des développements à venir ou des mesures qui sont susceptibles d'être prises pour maîtriser la croissance des coûts.

---

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral a fixé en fin d'année 2026, pour la toute première fois, des objectifs en matière de croissance des coûts pour la période allant de 2028 à 2031, en se basant sur les besoins médicaux et en tenant compte des gains d'efficacité et de la qualité des soins. Il a encore mis en place la Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'AOS, qui surveille l'évolution des coûts dans les domaines de prestations et émet des recommandations concernant les mesures à prendre afin de respecter les objectifs fixés.

Pour des raisons de simplification, on part du principe que les besoins en soins ne sont pas tributaires du revenu dans le domaine des soins de longue durée. D'où l'absence de scénario de pression sur les coûts ou de maîtrise des coûts pour les soins de longue durée.

### *Scénarios de migration*

L'immigration est un autre facteur essentiel pour l'évolution démographique d'une petite économie ouverte comme celle de la Suisse, même si son ampleur exacte est difficile à estimer. En raison des incertitudes en la matière, deux scénarios démographiques de l'OFS sont utilisés ici : le premier repose sur un solde migratoire élevé et le second sur un solde migratoire faible (A-05-2025 et A-06-2025). Étant donné que l'immigration concerne principalement le marché du travail et que la population active étrangère est en moyenne plus jeune que la population active indigène, une immigration nette plus élevée ralentit le processus de vieillissement de la population. À l'inverse, une immigration plus faible accélère ce processus. L'immigration a donc également une incidence sur l'évolution des dépenses de santé.

Par souci de simplification, les projections ne font pas la différence, au niveau du recours aux prestations de santé, entre les personnes indigènes et étrangères. Or les données disponibles montrent que les ressortissants étrangers tendent à consommer moins de prestations de santé que les indigènes (Giuntella et Mazzonna, 2015 ; Kennedy et al., 2015 ; OFS, 2025b). L'impact qu'une immigration plus ou moins forte a sur l'offre de main-d'œuvre et donc sur la pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé n'est pas non plus pris en compte (Obsan, 2025b).

### **2.4 Hypothèses concernant l'évolution démographique et économique**

Dans le cas de l'évolution démographique, le scénario de référence de l'OFS (A-00-2025) est pris en compte pour la période de projection 2025–2060. Le choix de cette période permet de considérer de manière adéquate les coûts liés au vieillissement, en particulier ceux liés à la génération des *baby-boomers* qui partiront à la retraite dans les années à venir.

L'OFS prévoit que la population suisse passera de 9 millions d'habitants en 2023 à 10,6 millions en 2060, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 0,45 %. L'essor démographique ralentit durant la période considérée. Alors qu'il table sur un accroissement cumulé de la population de 11,2 % jusqu'en 2040, le scénario n'indique plus qu'une hausse de 5,8 % pour la période 2040–2060.

Dans l'ensemble, le vieillissement de la population se poursuit, sous l'effet conjugué d'un taux de fécondité attendu faible d'environ 1,4 enfant par femme et d'une augmentation de l'espérance de vie. Entre 2023 et 2060, elle passera de 82,2 à 85,9 ans pour les hommes et de 85,9 à 88,9 ans pour les femmes. En raison de cette évolution démographique, le rapport de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le rapport entre l'effectif de la population de plus de 65 ans et l'effectif de la population en âge de travailler (20 à 64 ans), passera d'environ 32 % en 2023 à plus de 46 % en 2060.

Dans les scénarios migratoires (A-05-2025 et A-06-2025), la population atteindra en 2060 11,4 ou 9,8 millions de personnes, soit 800 000 personnes de plus ou de moins que dans le scénario de

référence. Ces différences s'expliquent par l'hypothèse d'une immigration nette plus ou moins forte. Selon les mêmes scénarios, le rapport de dépendance des personnes âgées est susceptible d'atteindre 43 % ou 50 % en 2060.

Les projections concernant l'évolution des dépenses nécessitent en outre des hypothèses sur l'évolution économique. Il convient de distinguer ici entre les prévisions à court terme et les projections à long terme. L'évolution effective du PIB est prise en compte jusqu'en 2024. Les chiffres donnés pour les années 2025 à 2027 reposent sur les prévisions du groupe d'experts de la Confédération et sur une extrapolation du PIB selon les scénarios de l'évolution de celui-ci (Secrétariat d'État à l'économie [SECO] ; état : décembre 2025). Selon ces hypothèses, le PIB agrégé en valeur réelle progressera de 1,35 % en moyenne annuelle entre 2023 et 2027. À partir de 2030, le taux de croissance du PIB calculé par le SECO est exprimé en tant que produit des gains de productivité supposés de l'économie nationale (1,15 % par an) et de l'évolution de la population active en équivalents plein temps estimée dans les scénarios démographiques de l'OFS. Il en résulte un taux de croissance annuel du PIB réel de 1,3 % entre 2030 et 2060. Le tableau A2 de l'annexe donne un aperçu des principales hypothèses retenues à propos de la démographie et de l'évolution économique.

### 2.5 Profils de dépenses pour le système de santé

Dans le cadre de l'approche des macro-cohortes, les profils de dépenses pour la santé et les soins de longue durée constituent un élément important tout comme les scénarios concernant l'évolution de la population. Les profils de dépenses représentent les dépenses par habitant pour la santé et les soins de longue durée en fonction de l'âge et du sexe pour l'année de référence 2023.

L'OFS subdivise de tels profils en cohortes d'âge quinquennales. Il faut cependant considérer les dépenses de santé sur la base d'une année afin d'intégrer de manière adéquate les variations de l'état de santé (morbidité) dans les projections. On part à cet effet du principe que les dépenses moyennes d'une cohorte d'âge correspondent aux dépenses des personnes nées au milieu de la période considérée dans cette cohorte<sup>4,5</sup>.

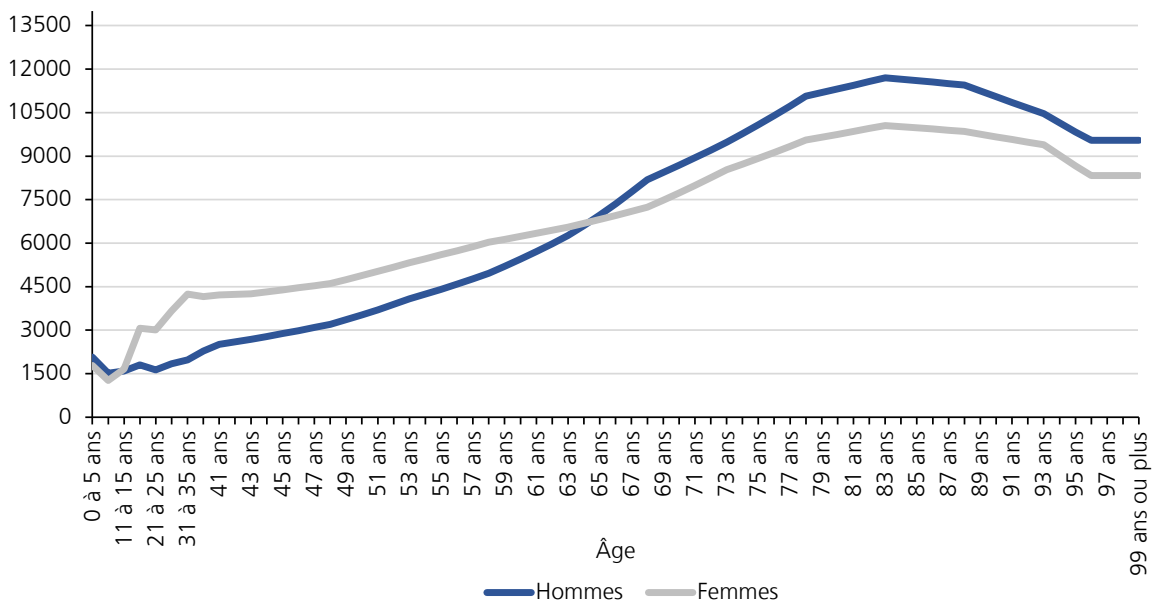
En raison des grandes différences en matière d'espérance de vie et de morbidité entre les femmes et les hommes ainsi qu'en matière de soins ambulatoires et stationnaires, les profils de dépenses sont différenciés à la fois par sexe et par secteur. Le graphique 4 montre à titre d'exemple les dépenses de santé moyennes pour les soins ambulatoires par âge, pour les hommes et les femmes, au cours de l'année de référence 2023. On y voit l'évolution moyenne des dépenses de santé au fur et à mesure que les personnes avancent en âge.

---

4 Pour analyser plus précisément les effets de la morbidité, il faudrait encore connaître la probabilité de tomber malade ou d'avoir besoin de soins en fonction de son année de naissance. Comme de telles informations sont incomplètes, la variation des dépenses de santé par habitant ne reflète qu'approximativement la variation effective de la morbidité.

5 Comme les dépenses de santé par habitant des moins de 41 ans et celles liées aux soins de longue durée jusqu'à 61 ans ne changent guère en fonction de l'âge, les variations de la morbidité ne sont prises en compte qu'à partir de 41 ans dans le domaine de la santé, et de 61 ans pour les soins de longue durée. On suppose encore que les dépenses demeurent constantes pour les personnes de 96 ans et plus.

**Graphique 4 : dépenses pour les soins ambulatoires par homme et par femme en 2023**  
(en francs)



Sources : OFS, AFF

En multipliant les dépenses que chaque membre d'une cohorte d'âge a générées durant l'année de référence 2023 par l'évolution démographique prévue dans les différentes cohortes d'âge, 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 être ventilées entre le prix des prestations par patient et la quantité des prestations consommées par habitant. Cette méthode suppose que l'évolution démographique n'influe ni sur les coûts ni sur l'étendue des prestations par habitant. En revanche, de tels chiffres sont influencés aussi bien par les différentes hypothèses émises quant à l'évolution de la morbidité que par les facteurs de coûts non démographiques, comme les progrès de la médecine ou la maladie des coûts de Baumol.

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 A1 dans l'annexe). On suppose dans ce cas que la probabilité de tomber malade ou d'avoir besoin de soins recule. L'étendue des prestations consommées diminue par conséquent. La pression sur les coûts due aux progrès de la médecine se traduit en revanche par une augmentation des dépenses par membre d'une cohorte d'âge. Partant du principe qu'un effet similaire des facteurs de coûts autres que démographiques affecte toutes les cohortes d'âge, le profil de dépenses se déplace vers le haut (voir graphique 1). Une telle augmentation des dépenses est due soit à des coûts plus élevés par prestation, soit à une consommation accrue de prestations par patient (ou aux deux)<sup>6,7</sup>.

6 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. Il faudrait pouvoir prendre en compte les progrès en la matière dans le calcul de l'effet de prix afin de mesurer la hausse effective des prix. 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.

7 Une description détaillée de la méthode utilisée pour les projections figure dans Colombier (2012) et dans Brändle & Colombier (2022).

### 2.6 Prise en compte d'EFAS et des contributions minimales cantonales à la RIP

Les projections reposent sur un cadre politique inchangé dans le domaine de la santé (no policy change). Elles tiennent déjà compte des réformes adoptées en 2024 à propos du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des soins (EFAS), mais aussi du financement cantonal de la RIP, qui ne déploieront leurs effets qu'au cours des années à venir<sup>8</sup>.

#### *Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des soins*

Le 24 novembre 2024, le peuple a accepté la réforme EFAS, adoptée par le Parlement en décembre 2023, sous forme de modification de la LAMal. EFAS porte sur les prestations stationnaires et ambulatoires de la LAMal dans les domaines de la santé et des soins de longue durée, dont le financement incombe d'une part à l'AOS et, d'autre part, aux cantons et aux communes (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2024a).

Les prestations LAMal sont financées aussi bien par l'AOS (payeurs de primes) que par les cantons et les communes (contribuables) ainsi que par la participation aux coûts de l'AOS à la charge des ménages. Il s'agit des *prestations LAMal brutes* selon EFAS, qui avoisinaient 52 milliards de francs en 2023. Ce montant représente 6,2 % du PIB et 55 % des dépenses du système de santé.

Les prestations dont le financement incombe uniquement aux payeurs de primes et aux contribuables sont appelées *prestations LAMal nettes*. En 2023, année de référence, elles ont atteint 46,5 milliards de francs, soit 5,6 % du PIB et 49 % du montant total des dépenses du système de santé.

EFAS doit contribuer à favoriser le transfert des traitements stationnaires onéreux au profit du traitement ambulatoire moins coûteux, à faciliter la collaboration entre les prestataires de services, par exemple entre les médecins établis et les hôpitaux ainsi qu'entre les médecins de famille et les médecins spécialistes (soins coordonnés), de même qu'à garantir le financement des prestations de soins (OFSP, 2024b). Cependant, les coûts du passage du stationnaire à l'ambulatoire dans le domaine de la santé ne doivent plus être entièrement supportés par les payeurs de primes (AOS). Les contribuables des cantons devront également les cofinancer à l'avenir (OFSP, 2024c).

Dans le système actuel, l'AOS finance la totalité des prestations LAMal dans le domaine des soins ambulatoires, tandis que les forfaits par cas dans les hôpitaux (Swiss DRG) sont assumés par les cantons à hauteur d'au moins 55 % et par l'AOS jusqu'à 45 % au maximum. Selon l'OFSP, le financement des dépenses LAMal liées aux soins de longue durée était pris en charge en 2022 à 46 % par les cantons et les communes, et à 54 % par l'AOS. Les données de la période 2016 à 2019 concernant les parts de financement des cantons et des communes, d'une part, et de l'AOS, d'autre part, ont servi à fixer la clé de financement d'EFAS entre les cantons et les communes, autrement dit entre les contribuables et l'AOS (payeurs de primes). Cette clé de financement est dès lors neutre en termes de coûts par rapport aux parts de financement respectives des payeurs de primes et des contribuables au cours des années 2016 à 2019 (Infras, 2021; OFSP, 2024c).

<sup>8</sup> Le scénario de maîtrise des coûts, qui suppose une élasticité du revenu plus faible, déroge toutefois à l'hypothèse du statu quo (*no policy change*). Il vise à tenir compte des gains d'efficacité potentiels résultant aussi bien des progrès futurs de la médecine que de la tendance croissante à l'« ambulantisantisation » ou d'autres réformes encore.

L'introduction d'EFAS se fera en deux étapes (OFSP, 2024a). Dans un premier temps, le financement des prestations LAMal ambulatoires et stationnaires dans le domaine de la santé sera harmonisé en 2028. Les contribuables couvriront au moins 24,5 % et les payeurs de primes 75,5 % des dépenses. Les prestations LAMal liées aux soins de longue durée seront intégrées à leur tour dans EFAS en 2032. À partir de ce moment, les contribuables financeront minimum 26,9 % et les payeurs de primes maximum 73,1 % des prestations nettes LAMal.

Les projections reposent sur la clé de financement des prestations nettes LAMal décrite ci-dessus<sup>9</sup>. Autrement dit, EFAS y est pris en compte dès 2028. À cet effet, les dépenses des cantons et des communes sont désormais ventilées entre les prestations LAMal, d'une part, et les autres prestations ainsi que les transferts comme la RIP ou les prestations complémentaires de l'AVS pour les soins, d'autre part.

### ***Contribution minimale des cantons au financement de la réduction des primes de l'assurance-maladie***

Le refus aux urnes, le 9 juin 2024, de l'initiative d'allègement des primes du Parti socialiste (Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie) a débouché sur l'adoption du contre-projet indirect du Conseil fédéral visant à réformer la RIP cantonale. Les projections concernant l'évolution des dépenses tiennent aussi compte de la RIP introduite par le Conseil fédéral le 1<sup>er</sup> janvier 2026<sup>10</sup>.

Cette réforme prévoit que les cantons financent une part minimale, comprise entre 3,5 et 7,5 %, des coûts bruts cantonaux de l'AOS (OFSP, 2024e ; art. 65, al. 1 ter à 1 octies, LAMal). La contribution minimale est calculée en fonction de la charge que représentent les primes de l'AOS pour les 40 % des ménages aux revenus les plus faibles résidant dans le canton. Si la charge financière de ce groupe de ménages dans un canton est inférieure à 11 %, le canton concerné est tenu de consacrer à la RIP une contribution minimale s'élevant à 3,5 % des coûts bruts cantonaux de l'AOS. Le pourcentage minimal augmente de 3,5 à 7,5 % au fur et à mesure que s'alourdit la charge des primes supportée par les 40 % des ménages aux revenus les plus faibles. Les cantons sont légalement tenus de verser la contribution minimale la plus haute correspondant à 7,5 % des coûts bruts cantonaux de l'AOS, si la charge due aux primes est égale ou supérieure à 18,5 % du revenu imposable. Les revenus ayant augmenté jusqu'ici plus lentement que les dépenses relevant de l'AOS, tout indique que chaque canton atteindra un jour le taux maximal de 7,5 %.

L'OFSP calcule les contributions minimales des cantons sur la base de l'ordonnance sur les contributions des cantons et les subsides de la Confédération à la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPM), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026. À l'heure actuelle, certains cantons versent déjà plus que la contribution minimale la plus haute, fixée à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS. Toutefois, la contribution d'un autre plus petit groupe de cantons est inférieure à la contribution minimale la plus basse prévue par la loi (3,5 %). Il est vrai que la majorité des cantons versent actuellement une contribution comprise entre 3,5 et 7,5 % des coûts bruts cantonaux de l'AOS.

9 La clé de financement des prestations brutes LAMal ayant donné lieu à un calcul équivalent, la répartition des parts de financement est par conséquent la même entre les payeurs de primes et les contribuables (Infras, 2021).

10 L'ORPM (RS 832.112.4) a subi une révision totale et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) a été complétée dans ce sens.

Cette répartition cantonale sert de base aux projections portant sur les contributions cantonales à la RIP. Comme les coûts de l'AOS augmentent plus vite que le revenu des 40 % des ménages les plus modestes, la charge des primes subie par ce groupe de revenus ne cesse de s'alourdir. On suppose donc que tous les cantons atteindront la part minimale de 7,5 % d'ici 2033. En outre, on part du principe que les cantons dont la contribution à la RIP dépasse déjà 7,5 % des coûts bruts de l'AOS continueront à verser une telle contribution à l'avenir. Il s'ensuit qu'à moyen terme, la contribution des cantons à la RIP devrait se situer en moyenne autour de 8,5 % des coûts bruts de l'AOS.

# 3 Résultats des projections relatives aux dépenses de santé

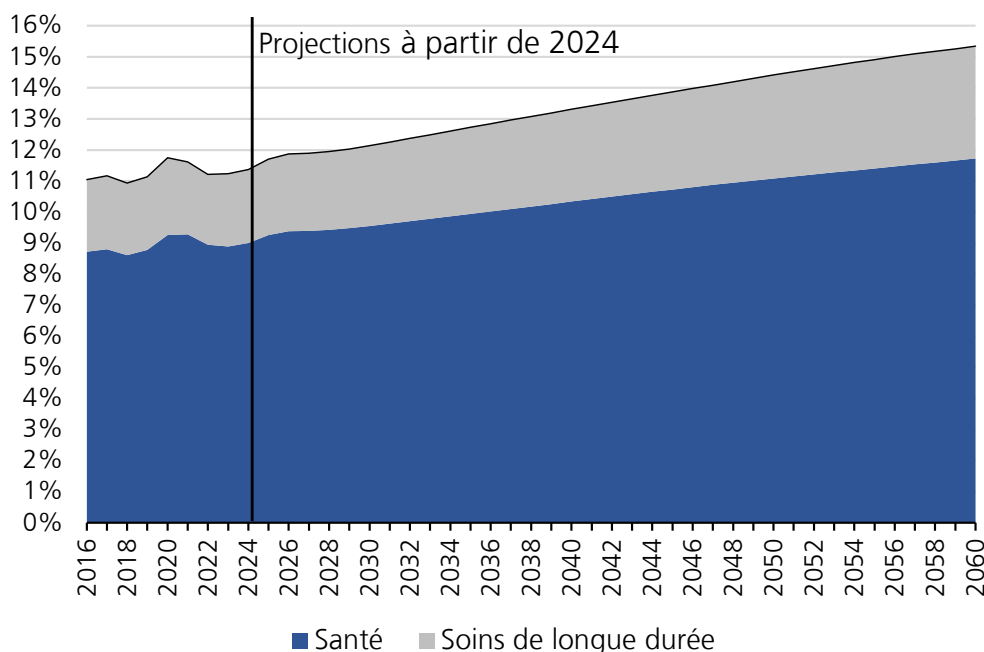
Ce chapitre décrit les résultats des projections sous différents angles. Le chapitre 3.1 offre une perspective globale du système de santé et traite de l'évolution des dépenses globales de santé jusqu'en 2060 dans le scénario de référence ainsi que dans les autres scénarios possibles. Le chapitre 3.2 est axé sur l'évolution des dépenses liées aux prestations de la LAMal, qui gagneront en importance compte tenu de la réforme EFAS, et les distingue selon qu'elles sont financées par les primes ou par l'impôt. Le chapitre 3.3 analyse l'évolution des primes de l'assurance obligatoire des soins. Le chapitre 3.4 aborde l'évolution des dépenses publiques de santé, en particulier au niveau des différents échelons de l'État. Le tableau A3 en annexe donne un aperçu global des résultats des projections.

## 3.1 Dépenses globales du système de santé jusqu'en 2060

### 3.1.1 Dépenses de santé dans le scénario de référence

Il ressort du graphique 5 que les dépenses de santé sont restées relativement stables entre 2016 et 2019, à hauteur de 11,0 % du PIB. Lors de la pandémie de coronavirus, elles ont ensuite temporairement augmenté à 11,8 % du PIB. Durant l'année de référence 2023, elles ont atteint, comme en 2022, environ 11,2 % du PIB (93,9 milliards de francs). Sur l'ensemble de la période de projection, elles augmentent cependant nettement et devraient atteindre, en l'absence d'autres réformes, environ 15,3 % du PIB en 2060. Cette augmentation résulte du fait que les dépenses de santé présentent un taux de croissance annuel moyen (valeur nominale) de 3,2 %, alors que celui du PIB est d'environ 2,3 % (cf. tableau A2).

**Graphique 5 : évolution des dépenses globales du système de santé par domaine de 2016 à 2023 et dans le scénario de référence (en % du PIB)**



Remarque : pour les années 2024 à 2026, les calculs reposent sur des estimations.

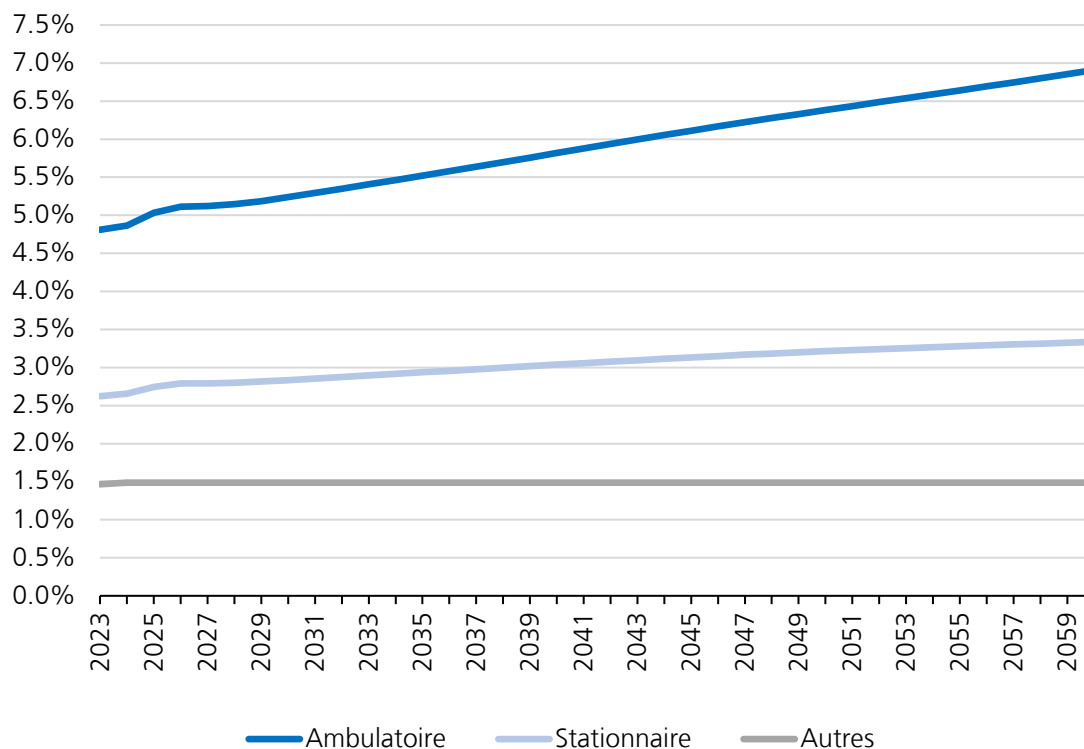
Sources : OFS, OFSP, AFF, SECO

Les dépenses de santé passent de 8,9 % du PIB durant l'année de référence (2023) à 11,7 % en 2060<sup>11</sup>. Les dépenses pour les soins de longue durée passent quant à elles de 2,3 % à 3,6 % du PIB et présentent donc une croissance plus dynamique. Leur part aux dépenses globales du système de santé augmente d'environ 21 % à plus de 23 %.

Les projections présentées au graphique 6 montrent comment les dépenses liées aux prestations ambulatoires et stationnaires évoluent dans le domaine de la santé et dans celui des soins de longue durée. En 2023, les dépenses liées aux prestations ambulatoires et stationnaires se sont élevées à respectivement environ 4,8 % et 2,6 % du PIB. En 2060, elles atteindront 6,9 % et 3,3 % du PIB. La croissance des dépenses liées aux prestations ambulatoires est donc plus dynamique : elle est de 2,1 points de pourcentage par rapport au PIB, contre 0,7 point de pourcentage pour les dépenses liées aux prestations stationnaires. Cette situation reflète la tendance à privilégier les soins ambulatoires, qui se traduit par un transfert des traitements du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire. Cette « ambulantisantion » atténue la hausse des dépenses du système de santé étant donné que les traitements ambulatoires sont en moyenne moins coûteux.

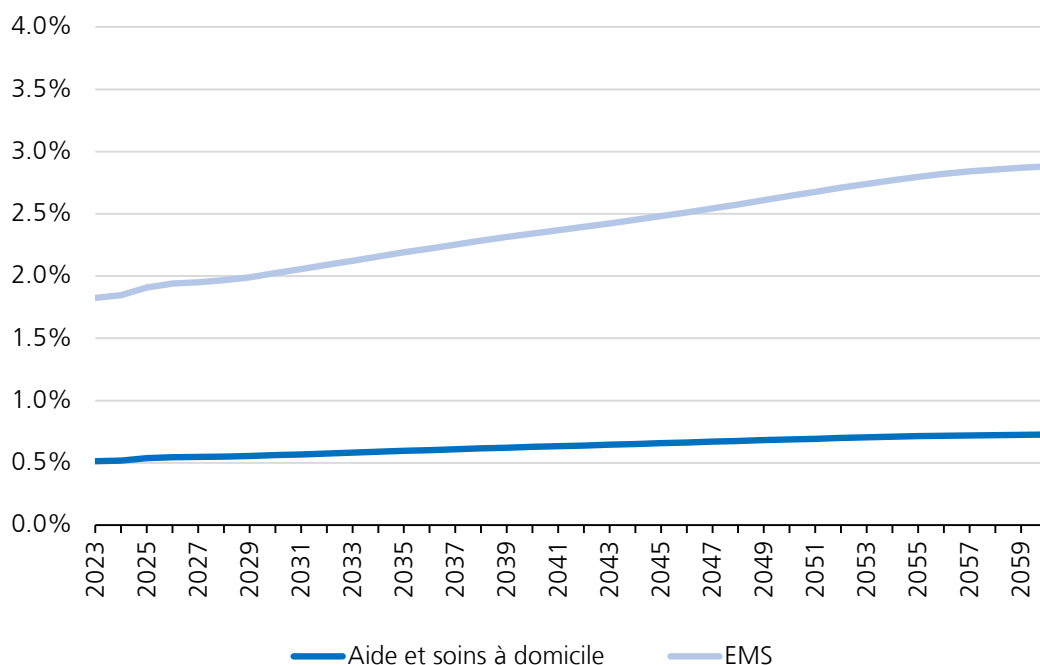
**Graphique 6 : évolution des dépenses du système de santé par domaine et par type de prestations** (en % du PIB)

*Panel A : dépenses de santé*



11 À noter que les dépenses liées à l'administration, à l'enseignement et à la recherche, à la prévention et aux soins dentaires sont ajustées en fonction du PIB, car elles ne sont pas soumises aux mêmes facteurs de coûts que les autres domaines de la santé.

**Panel B : dépenses liées aux soins de longue durée**



Remarque : la catégorie « Autres » regroupe notamment les dépenses liées à l'administration, à l'enseignement et à la recherche, à la prévention et aux soins dentaires.

Source : AFF

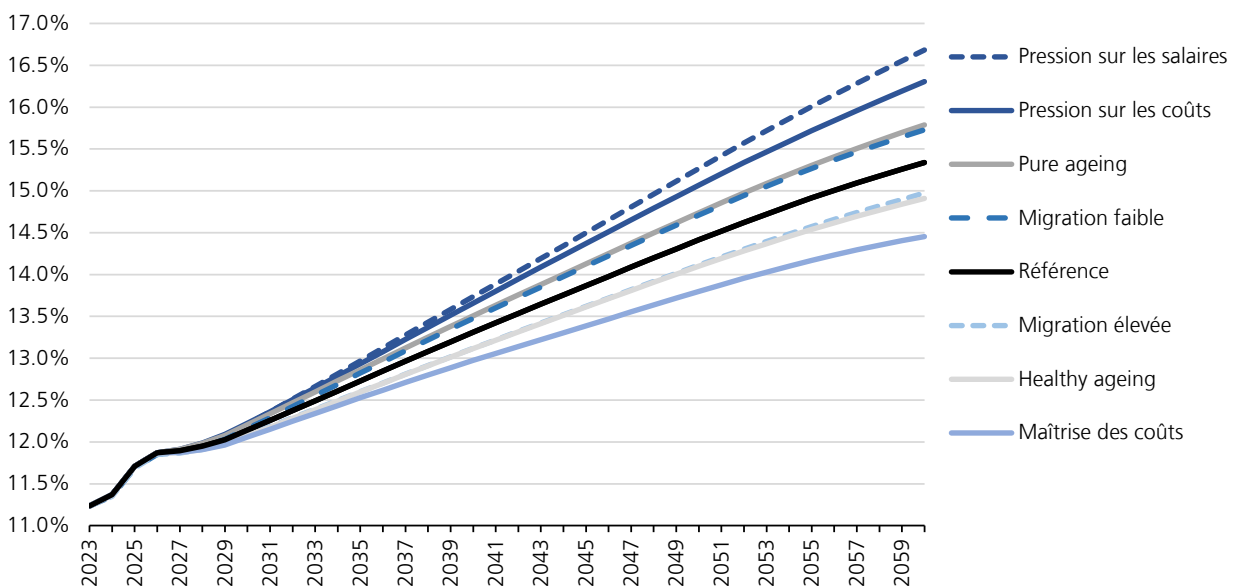
Dans le domaine des soins de longue durée, les dépenses liées aux soins ambulatoires (services d'aide et de soins à domicile) passent de 0,5 % du PIB en 2023 à 0,7 % en 2060. Celles liées aux soins stationnaires (EMS) passent, durant la même période, de 1,8 % à 2,9 % du PIB. S'agissant des soins de longue durée, les dépenses liées aux prestations stationnaires augmentent donc davantage que celles liées aux prestations ambulatoires. La différence par rapport à la tendance au transfert vers l'ambulatoire observée dans le domaine de la santé s'explique notamment par le fait que pour les soins de longue durée, aucun effet du revenu n'est pris pour hypothèse. Certes, les progrès techniques de la médecine peuvent aussi être à l'origine d'une augmentation des prestations ambulatoires. Toutefois, en raison des grands besoins en personnel dans le domaine des soins, cet effet est moins prononcé que dans celui de la santé. Ainsi, l'effet de la maladie des coûts de Baumol est plus marqué dans les soins de longue durée que dans la santé.

#### 3.1.2 Dépenses de santé dans les autres scénarios

Le graphique 7 illustre les projections de dépenses établies pour divers autres scénarios possibles. Les dépenses de santé réagissent fortement aux modifications des facteurs de coûts non démographiques, en particulier des hypothèses relatives à la pression sur les salaires et à l'élasticité du revenu. Une pression accrue sur les salaires peut être due notamment à la maladie des coûts de Baumol, à la pénurie de personnel spécialisé et à l'inefficacité du système de santé. Une augmentation de l'élasticité du revenu peut résulter quant à elle d'une hausse de la demande induite par l'offre ou de l'autorisation de nouvelles thérapies particulièrement coûteuses. Dans les scénarios de la pression sur les salaires et de la pression sur les coûts, les dépenses de santé à l'horizon 2060 atteignent respectivement 16,7 % et 16,3 % du PIB.

Dans le scénario de la maîtrise des coûts, la croissance des dépenses de santé jusqu'en 2060 reste nettement supérieure à celle de l'économie, mais se limite à 14,5 % du PIB. Cette évolution pourrait être favorisée par les progrès techniques de la médecine, la numérisation et l'utilisation de l'intelligence artificielle, ou encore par de nouvelles réformes susceptibles de freiner l'augmentation des dépenses et de partiellement dissocier les dépenses de santé de la hausse des revenus.

**Graphique 7 : évolution des dépenses globales du système de santé dans les divers scénarios (en % du PIB)**



Source : AFF

Les scénarios montrent en outre que l'évolution des dépenses de santé est également influencée par les hypothèses démographiques. Si la longévité augmente, mais que les années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé (*pure ageing*), les dépenses de santé augmentent à 15,8 % du PIB jusqu'en 2060. Si les années supplémentaires sont au contraire vécues en bonne santé (*healthy ageing*), il en résulte un allègement des dépenses, qui se situent alors à 14,9 % du PIB en 2060.

L'immigration joue également un rôle. Une immigration nette élevée peut atténuer la hausse des dépenses du système de santé par rapport au PIB étant donné que les immigrants sont en moyenne plus jeunes et ralentissent ainsi le vieillissement de la population tout en contribuant à la performance économique. Dans le scénario avec une immigration faible, les dépenses de santé augmentent à 15,7 % du PIB en 2060, tandis que dans le scénario avec une immigration forte, elles augmentent plus modérément pour atteindre 15,0 % du PIB à l'horizon 2060.

### 3.1.3 Contributions des facteurs de coûts à la croissance des dépenses de santé

Les contributions relatives des facteurs de coûts à la croissance des dépenses de santé diffèrent aussi bien par domaine que par scénario (cf. graphique 8). Dans le scénario de référence, le vieillissement de la population contribue à hauteur d'environ 35 % à cette croissance (cf. panel A). Étant donné cependant que la moitié des années supplémentaires d'espérance de vie sont vécues en

bonne santé (morbidité), l'effet du vieillissement est légèrement atténué (- 3 %). Au final, le vieillissement de la population est à l'origine d'environ un tiers de l'augmentation des dépenses ressortant des projections.

La hausse constante des revenus renforce les exigences de la population envers le système de santé et contribue ainsi aux progrès techniques de la médecine. Elle contribue ainsi à hauteur d'environ 46 % à la hausse des dépenses et constitue donc le principal facteur de coût dans le domaine de la santé. La maladie des coûts de Baumol est responsable d'un peu plus d'un cinquième de l'augmentation des dépenses de santé.

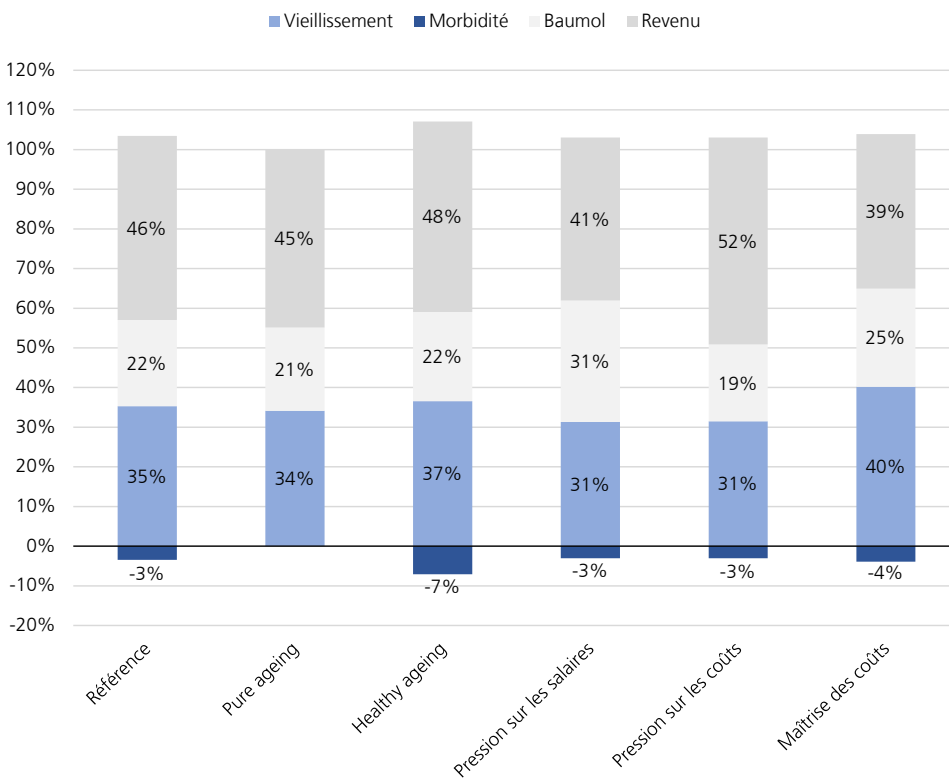
Dans les autres scénarios possibles, l'importance des facteurs de coûts varie en fonction des hypothèses retenues (cf. tableau 1). Dans le scénario *pure ageing*, l'effet du vieillissement de la population est plus important que dans le scénario de référence. Dans le scénario *healthy ageing*, en revanche, l'amélioration de l'état de santé atténue davantage l'effet du vieillissement que dans le scénario de référence. Toujours par rapport au scénario de référence, la maladie des coûts de Baumol pèse plus lourd dans le scénario de la pression sur les salaires, tandis que l'effet du revenu dans le scénario de la pression sur les coûts joue un rôle plus important. Dans le scénario de la maîtrise des coûts, l'effet du revenu est au contraire moins important que dans le scénario de référence.

Dans les soins de longue durée, c'est le vieillissement de la population qui domine (cf. panel B). La moitié des années supplémentaires d'espérance de vie vécues en bonne santé (morbidité) atténuent cependant cet effet du vieillissement (- 9 %), si bien que l'évolution démographique est à l'origine d'environ deux tiers de l'augmentation des dépenses pour les soins de longue durée. Le dernier tiers est dû à la pression sur les salaires résultant de la maladie des coûts de Baumol. Comme il a été admis que la demande de prestations de soins est indépendante du revenu, la hausse des revenus ne contribue pas à l'augmentation des dépenses pour les soins de longue durée.

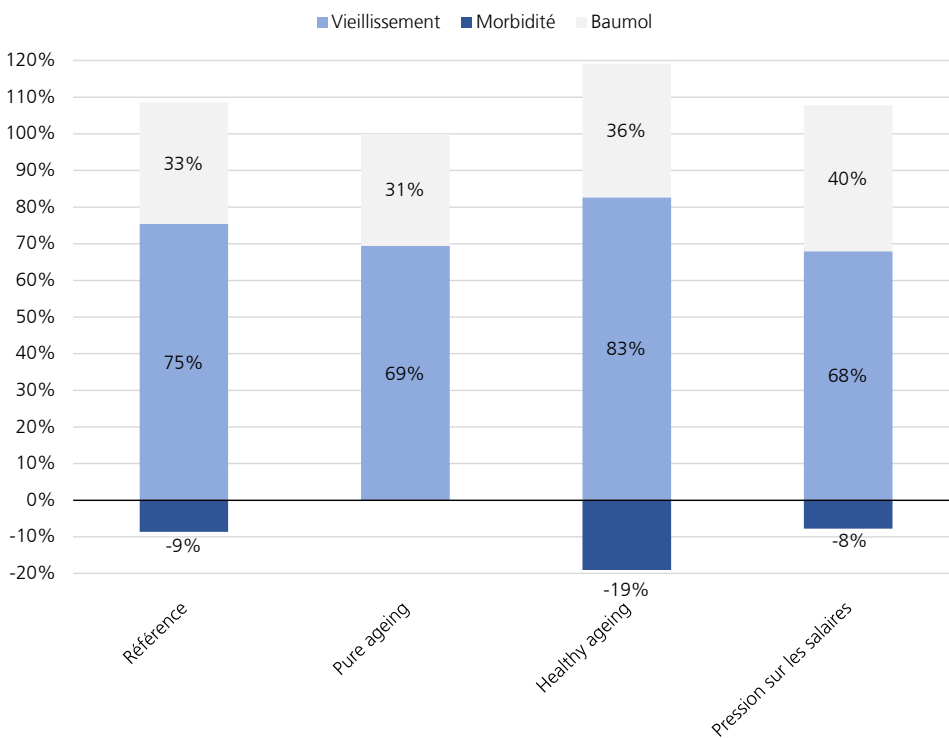
Dans les soins de longue durée, les contributions relatives des divers facteurs de coûts à la croissance des dépenses diffèrent également selon le scénario, mais le vieillissement de la population reste le facteur dominant dans tous les scénarios. Comme pour les dépenses de santé, l'importance relative des facteurs de coûts varie dans les scénarios *pure ageing*, *healthy ageing* et de la pression sur les salaires. Dans ce contexte, le facteur de la morbidité dans les soins de longue durée se réfère au rapport entre l'allongement de l'espérance de vie et le degré de besoins de soins de la population.

**Graphique 8 : contributions des facteurs de coûts à l'augmentation des dépenses de santé (2023–2060, parts en %)**

*Panel A : contributions à l'augmentation des dépenses de santé*



*Panel B : contributions à l'augmentation des dépenses liées aux soins de longue durée*



Remarques : l'effet de Baumol inclut des facteurs liés à l'offre qui influencent l'évolution des prix, tels que la maladie des coûts de Baumol, la pénurie de personnel spécialisé ou l'inefficacité du système de santé. Par ailleurs, les scénarios migratoires reposent sur d'autres hypothèses en matière d'évolution démographique et ne peuvent pas être directement comparés aux autres scénarios possibles en ce qui concerne les contributions aux coûts.

Source : AFF

## 3.2 Dépenses liées aux prestations de la LAMal

Avec EFAS, l'analyse porte non plus sur le point de vue des primes, mais sur les prestations financées conjointement par l'AOS et les cantons dans le cadre de la LAMal.

### 3.2.1 Dépenses liées aux prestations de la LAMal par agent financeur et par domaine dans le scénario de référence

Durant l'année de référence 2023, les dépenses liées aux prestations nettes de la LAMal, c'est-à-dire sous déduction de la participation des ménages privés aux coûts, se sont élevées à 46,5 milliards de francs, soit 5,6 % du PIB (cf. panel A), ce qui correspond à environ la moitié des dépenses globales de santé (11,2 % du PIB). Les trois quarts environ des dépenses liées aux prestations de la LAMal sont financées par les primes (4,1 % du PIB) et le dernier quart par l'impôt (1,4 % du PIB)<sup>12</sup>. Le graphique 9 montre comment la répartition du financement des prestations nettes de la LAMal entre les payeurs de primes (AOS) et les contribuables (cantons et communes) évoluera à long terme dans le scénario de référence, compte tenu de la mise en œuvre progressive d'EFAS entre 2028 et 2032<sup>13</sup>.

Avec la mise en œuvre d'EFAS à partir de 2028, la charge pesant sur les payeurs de primes diminuera légèrement, tandis que les contribuables seront ponctionnés (cf. graphique 9, panel B), du fait que les cantons participeront également au financement des prestations ambulatoires. Selon les projections, les dépenses de santé liées aux prestations LAMal à la charge des payeurs de primes reculeront de 4,17 % du PIB en 2027 à 4,07 % en 2028. Pour les contribuables, elles s'inscriront au contraire à la hausse, passant de 1,20 % à 1,32 % du PIB.

Avec l'intégration des soins de longue durée dans EFAS, c'est au contraire la charge pesant sur les payeurs de primes au titre de ces soins qui augmentera, tandis que celle grevant les contribuables diminuera légèrement (cf. panel C). C'est ainsi que les dépenses liées à la LAMal relevant des soins de longue durée à la charge des payeurs de primes passeront de 0,48 % du PIB en 2031 à 0,64 % en 2032, ce qui correspond à une hausse d'un tiers. Pour les contribuables, elles s'inscriront au contraire à la baisse, passant de 0,39 % à 0,24 % du PIB.

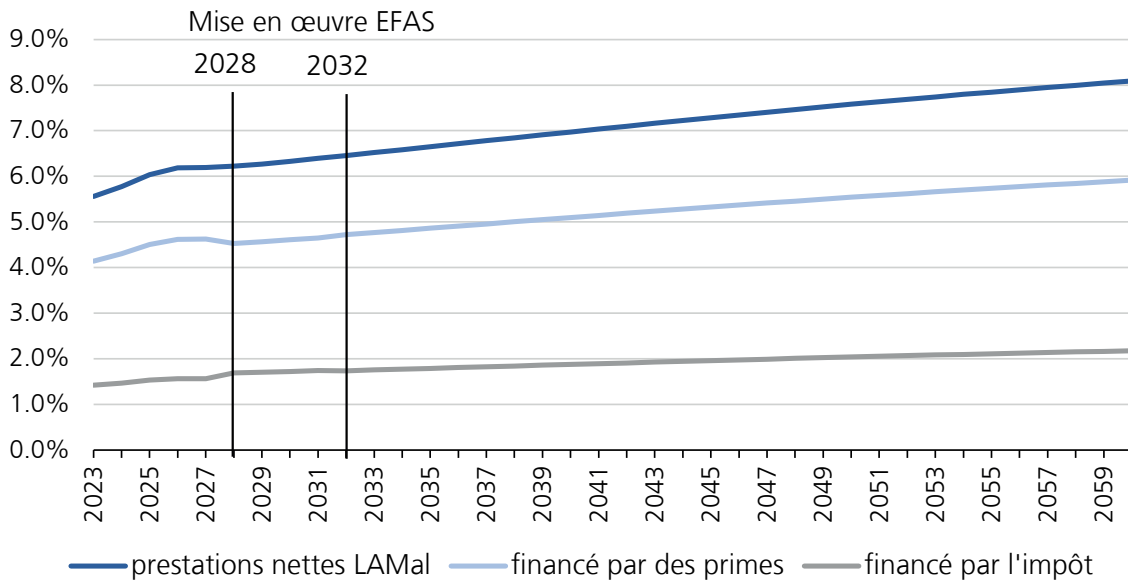
À partir de 2032, à la suite de la fixation de la clé de financement EFAS, la participation des payeurs de primes et des contribuables aux dépenses liées à la LAMal évoluera parallèlement et s'élèvera à respectivement 73,1 % et 26,9 %. Selon les projections, les dépenses liées aux prestations nettes de la LAMal augmenteront à environ 8,1 % du PIB en 2060 (cf. panel A). La part financée par les primes atteindra environ 5,9 % du PIB et celle financée par l'impôt 2,2 %.

12 Conformément à EFAS, cette analyse est axée sur le financement direct des prestations de santé. Les dépenses liées à la RIP, qui sont financées par l'impôt, ne sont pas prises en compte, car il s'agit d'un transfert.

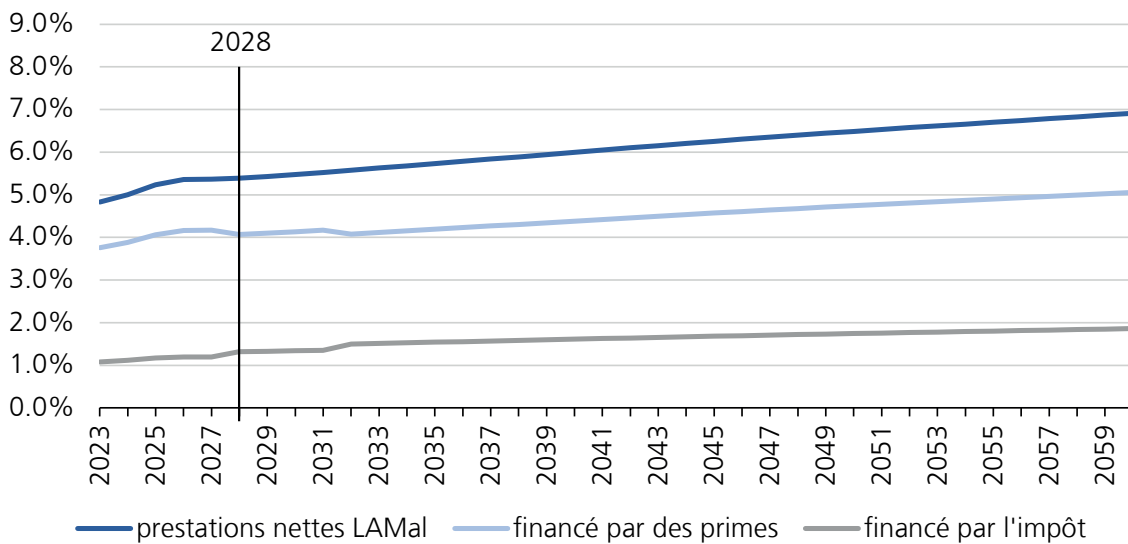
13 La part de financement à la charge des payeurs de primes ressortant des projections correspond aux dépenses liées aux prestations nettes de l'AOS. La part de financement à la charge des contribuables inclut les dépenses des cantons et des communes liées aux prestations de santé et aux prestations de soins, conformément à la LAMal (OFSP, 2024d).

**Graphique 9 : évolution des dépenses liées aux prestations nettes de la LAMal par agent financeur et par domaine (en % du PIB)<sup>14</sup>**

*Panel A : total des prestations nettes de la LAMal*

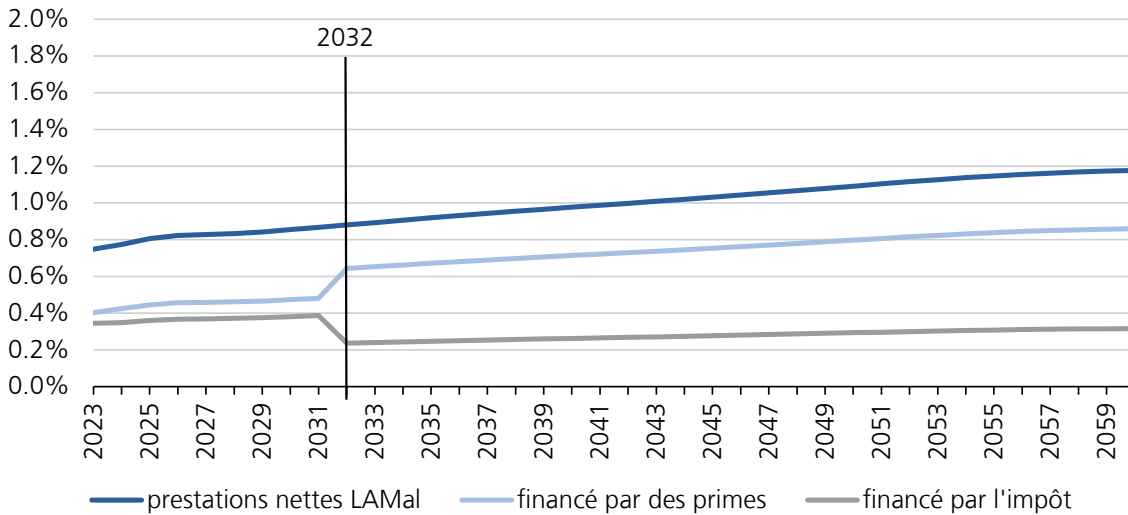


*Panel B : prestations nettes de la LAMal dans le domaine de la santé*



<sup>14</sup> Pour les années de transition 2028 à 2031 durant lesquelles EFAS sera progressivement mis en œuvre, les projections ont été établies en admettant que la part des dépenses nettes liées à la LAMal financées par les cantons et les communes, autrement dit par l'impôt, sera de 24,5 % (OFSP, 2024c).

Panel C : prestations nettes de la LAMal dans le domaine des soins de longue durée

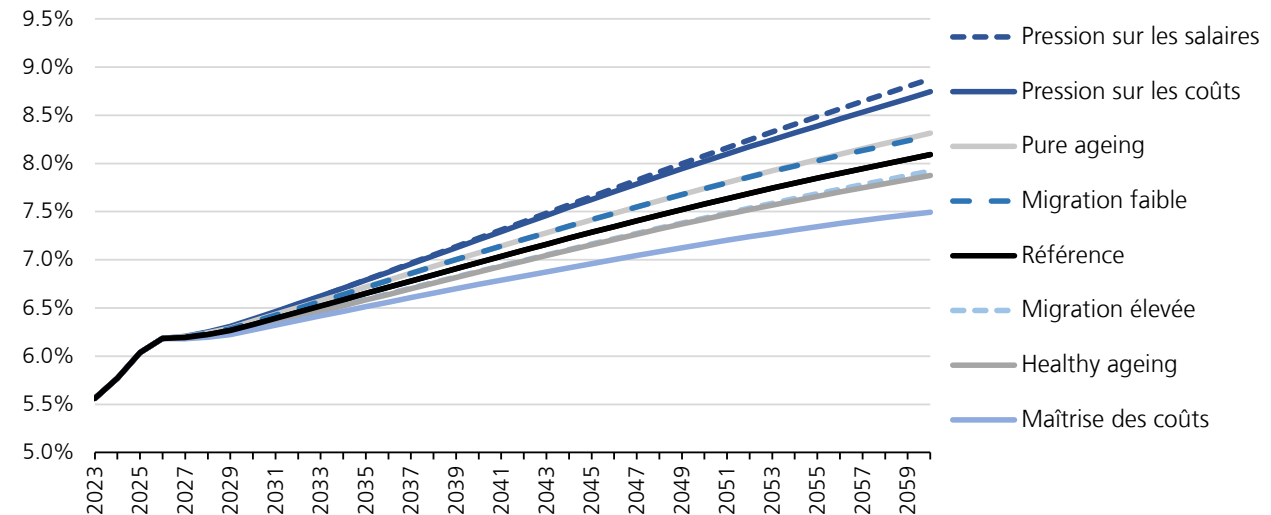


Sources : OFSP, AFF

### 3.2.2 Dépenses liées aux prestations de la LAMal dans les autres scénarios

Le graphique 10 présente l'évolution des dépenses nettes liées aux prestations de la LAMal dans les autres scénarios possibles. Comme les dépenses globales de santé, les dépenses liées à la LAMal réagissent fortement aux modifications des facteurs de coûts non démographiques, en particulier des hypothèses relatives à la pression sur les salaires et à l'élasticité du revenu. Dans les scénarios de la pression sur les salaires et de la pression sur les coûts, les dépenses de santé à l'horizon 2060 atteignent respectivement 8,9 % et 8,7 % du PIB. Dans le scénario de la maîtrise des coûts, elles augmentent jusqu'à seulement 7,5 % du PIB et sont donc inférieures à celles calculées dans le scénario de référence (8,1 % du PIB).

Graphique 10 : évolution des dépenses nettes liées à la LAMal dans les divers scénarios (en % du PIB)



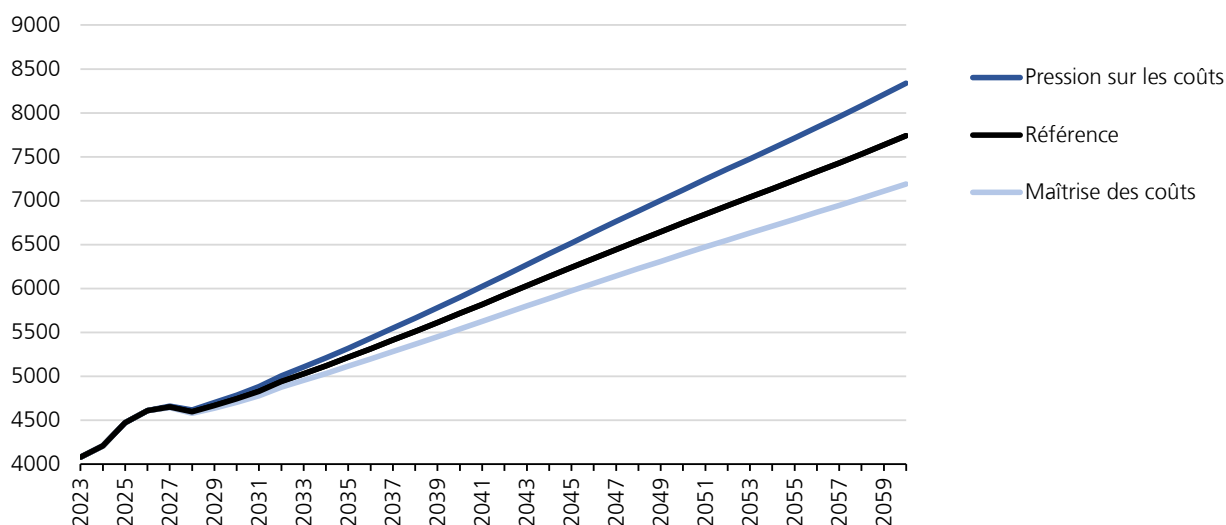
Source : AFF

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

Le graphique 11 montre l'évolution des dépenses nettes liées à l'AOS par habitant entre 2023 et 2060 en francs (aux prix de 2023). À long terme, les dépenses nettes liées à l'AOS par habitant correspondent à la prime moyenne. L'OFSP calcule la prime moyenne en tant que valeur moyenne des primes de tous les assurés (OFSP, 2024f).

En 2023, les dépenses nettes annuelles liées à l'AOS se sont élevées à 4080 francs par habitant en moyenne (4,4 % du PIB par habitant). Dans le scénario de référence, elles atteignent – corrigées de l'inflation – 7740 francs (6,2 % du PIB par habitant) à l'horizon 2060, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen des dépenses réelles de 1,75 %. Deux des autres scénarios possibles sont également présentés à titre d'exemples. Dans le scénario de la pression sur les coûts, les dépenses augmentent encore de 599 francs pour atteindre 8339 francs (6,6 % du PIB par habitant) en 2060, soit presque le double qu'en 2023, l'année de référence. Dans le scénario de la maîtrise des coûts, elles présentent également une nette augmentation, un peu moins marquée toutefois que dans les autres scénarios, et s'élèvent à 7191 francs (5,7 % du PIB par habitant) en 2060.

**Graphique 11 : dépenses nettes liées à l'AOS par personne dans les divers scénarios**  
(en francs, aux prix de 2023)



Remarque : les dépenses nettes liées à l'AOS représentées ici correspondent aux dépenses pour les prestations brutes de l'AOS sous déduction de la participation des ménages privés aux coûts.

Source : AFF

### 3.4 Dépenses publiques de santé

Les dépenses publiques liées au système de santé couvrent un domaine plus large que les prestations de la LAMal financées par l'impôt. Elles comprennent toutes les contributions de la Confédération, des cantons, des communes et des assurances sociales au financement du système de santé. Du point de vue de la statistique financière, sont prises en compte les dépenses classées dans la fonction « Santé » ainsi que les contributions classées dans la fonction « Sécurité sociale » destinées à financer des prestations de santé, notamment la RIP et les frais de soins, de maladie et de handicap pris en charge par les prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI (AFF, 2025).

Trois quarts environ de ces dépenses publiques sont affectées au domaine de la santé, en particulier aux hôpitaux, à la RIP et à d'autres dépenses telles que la prévention, les prestations complémentaires de l'AVS pour les soins, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile<sup>15</sup>.

#### 3.4.1 Dépenses publiques de santé par échelon étatique dans le scénario de référence

En 2023, les dépenses publiques de santé s'étaient élevées à 29,5 milliards de francs au total, soit 3,5 % du PIB (cf. graphique 12, panel A). Parmi celles-ci, les dépenses pour les prestations nettes LAMal soumises à EFAS ont représenté 1,4 % du PIB. S'y étaient ajoutées les dépenses pour la RIP à hauteur de 0,7 % du PIB ainsi que d'autres dépenses à hauteur de 1,4 % du PIB. Ces dernières comprennent les dépenses pour la recherche et l'enseignement, pour la prévention en matière de santé et pour les prestations d'intérêt général des cantons pour les hôpitaux, ainsi que les dépenses de l'AVS et de l'AI pour l'allocation pour impotent et les contributions aux prestations médicales et aux appareils thérapeutiques (cf. également tableau A3 en annexe).

Dans le scénario de référence, les dépenses publiques de santé augmentent à 5,0 % du PIB à l'horizon 2060 (cf. graphique 12, panel A). En 2028, avec l'entrée en vigueur d'EFAS pour la santé, les dépenses publiques augmentent de manière ponctuelle d'environ 6,2 % (+ 0,13 % du PIB).

Avec environ deux tiers des dépenses publiques de santé à leur charge, les cantons sont les acteurs les plus impliqués dans le financement du système de santé. Leurs dépenses dans ce domaine passent de 2,4 % du PIB en 2023 à 3,6 % en 2060 (cf. graphique 12, panel B). Cette hausse s'explique à la fois par des facteurs de coûts structurels, par EFAS et par la contribution cantonale minimale au financement de la RIP. Avec l'entrée en vigueur d'EFAS, les dépenses des cantons ont affiché une augmentation ponctuelle de 8,1 % entre 2027 et 2028<sup>16</sup>.

En 2023, les dépenses de santé de la Confédération, des communes et des assurances sociales avaient atteint respectivement 0,44 %, 0,38 % et 0,33 % du PIB. Leur participation au financement du système de santé était donc nettement moins importante que celle des cantons. Il apparaît cependant que ces trois échelons étatiques verront aussi leurs dépenses de santé augmenter dans les décennies à venir. Cette augmentation est particulièrement marquée pour la Confédération, dont les dépenses de santé devraient atteindre 0,58 % du PIB, soit une augmentation relative d'environ un tiers. La raison en est que sa contribution à la RIP est directement liée aux coûts de l'AOS (7,5 %) et augmente donc proportionnellement.

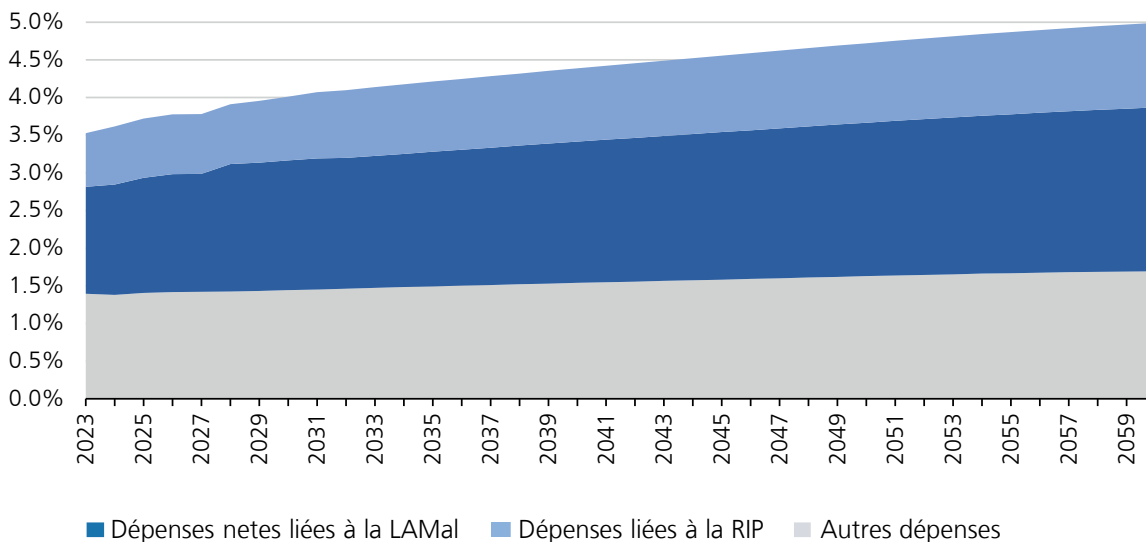
En ce qui concerne les communes, qui contribuent entre autres aux soins de longue durée, aux prestations stationnaires pour la santé et à la RIP, leurs dépenses augmentent plus modérément et s'élèveront à environ 0,43 % du PIB en 2060. L'intégration des soins de longue durée dans EFAS en 2032 se traduira en outre par un recul ponctuel d'environ - 19 % de ces dépenses entre 2031 et 2032. Une évolution similaire se dessine à l'horizon 2060 pour les assurances sociales, qui contribuent au financement des prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI : leurs dépenses atteindront environ 0,38 % du PIB en 2060.

15 Pour une présentation détaillée, voir le graphique 5 dans Brändle et Colombier (2022).

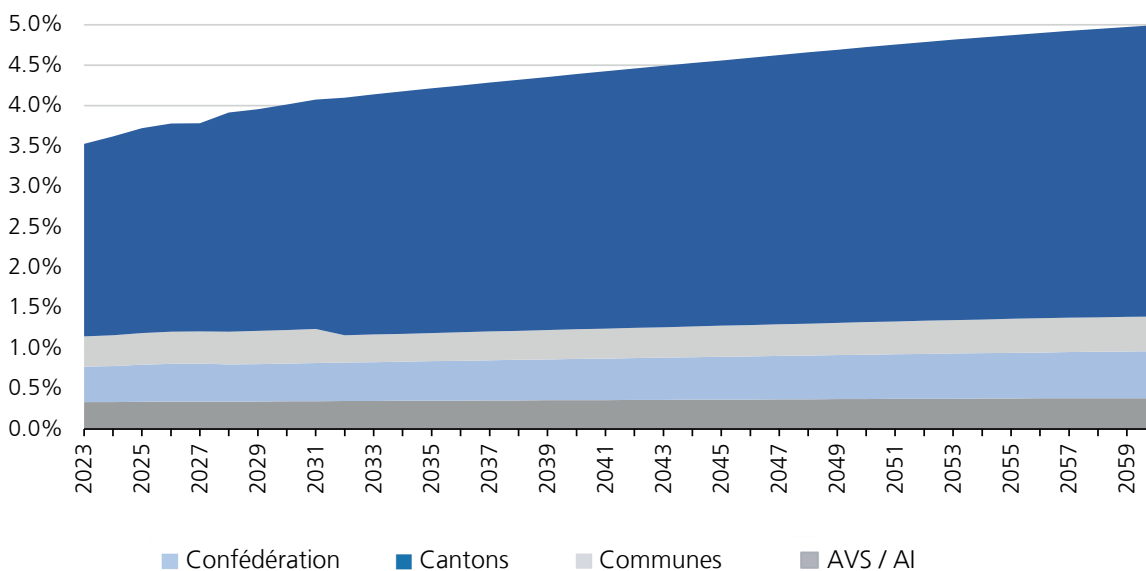
16 En réponse au postulat 20.4257 Würth, les effets du vieillissement sur les dépenses publiques dans les domaines de la santé et de la formation ont été mis en évidence pour les cantons particulièrement touchés par l'évolution démographique à l'aide de la méthodologie existante (Conseil fédéral, 2023).

**Graphique 12 : évolution des dépenses publiques par prestation LAMal et par échelon étatique (en % du PIB)**

*Panel A : dépenses publiques de santé ventilées en dépenses nettes liées aux prestations de la LAMal, dépenses liées à la RIP et autres dépenses*



*Panel B : dépenses publiques de santé par échelon étatique*



Source : AFF

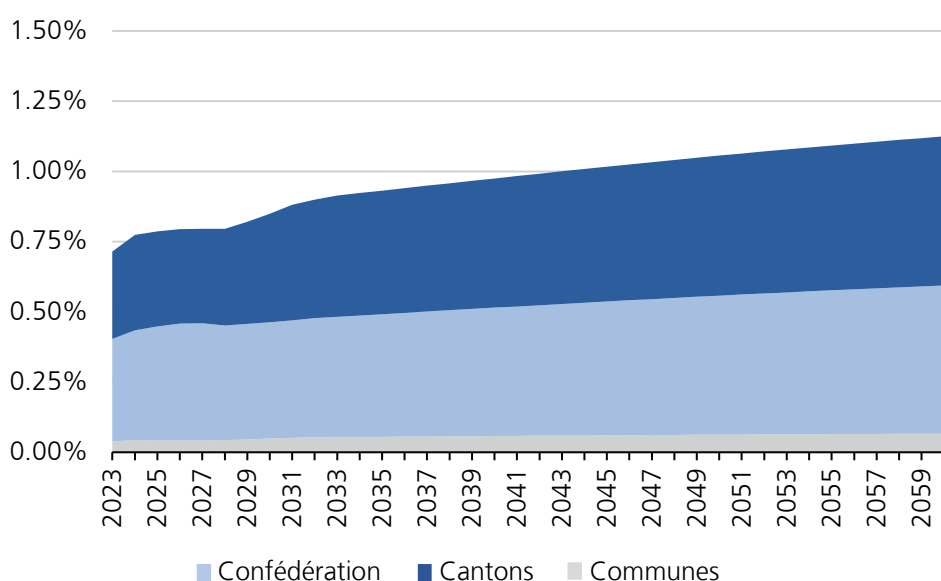
Le graphique 13 présente les dépenses liées à la RIP, qui passent de 0,7 % du PIB en 2023 à 1,1 % en 2060. Il distingue en outre les dépenses liées à la RIP de la Confédération, des cantons et des communes.

Comme indiqué plus haut, les dépenses de la Confédération liées à la RIP augmentent de 0,36 % du PIB en 2023 à 0,53 % en 2060. En raison d'EFAS, les dépenses liées à l'AOS présentent une légère augmentation en 2028, qui se reflète dans l'évolution des dépenses liées à la RIP. À partir de 2032, quand les soins de longue durée commenceront aussi à être en partie financés par l'AOS, les dépenses liées à cette dernière augmentent à nouveau plus fortement, ce qui se répercute sur les dépenses de la Confédération liées à la RIP. Les dépenses des cantons présentent une évolution similaire.

Dans le même temps, on observe l'effet de l'entrée en vigueur de la contribution cantonale minimale à la RIP, qui prévoit une participation plus importante des cantons aux dépenses brutes liées à l'AOS. L'hypothèse selon laquelle ces dépenses brutes augmenteront plus fortement que les revenus des 40 % des ménages aux revenus les plus faibles amène à conclure qu'à moyen terme, tous les cantons devraient supporter des dépenses liées à la RIP correspondant à au moins 7,5 % des coûts bruts de l'AOS. À partir de 2033, les dépenses des cantons liées à la RIP augmentent également proportionnellement aux dépenses liées à l'AOS. Alors qu'elles étaient de 0,31 % du PIB en 2023, elles atteindront 0,53 % à l'horizon 2060.

Quelques communes participent aussi au financement des dépenses cantonales liées à la RIP. Cette participation est cependant minimale et passe, selon les projections, de 0,04 % du PIB en 2023 à un peu plus de 0,07 % en 2060.

**Graphique 13 : évolution des dépenses liées à la RIP par échelon étatique (en % du PIB)**



Source : AFF

### 3.4.2 Dépenses publiques de santé et pour les soins de longue durée

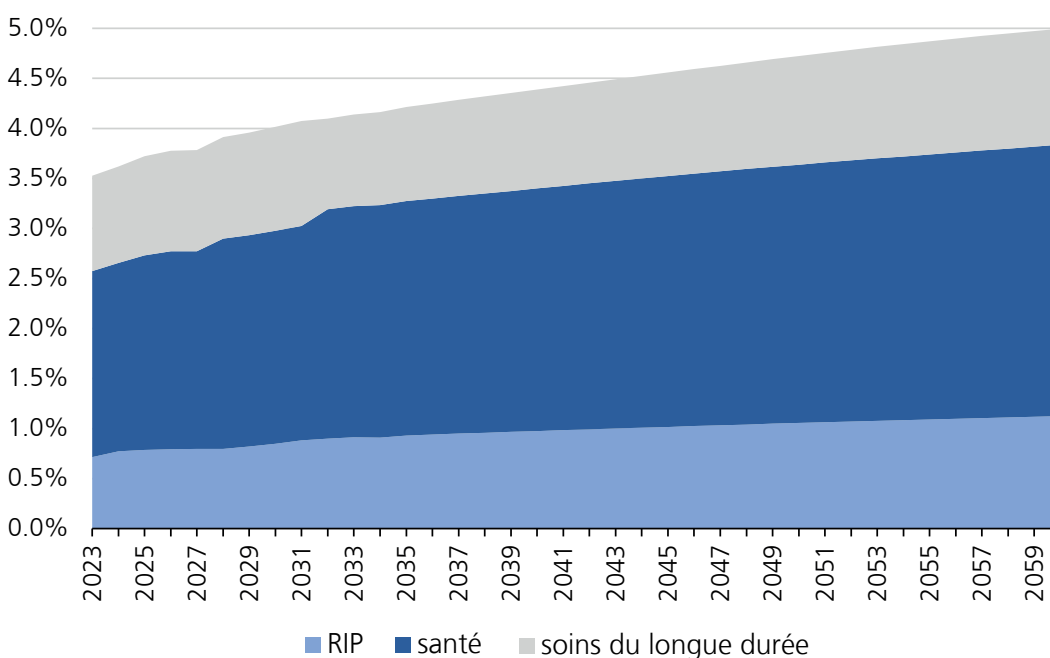
Le graphique 14 illustre les projections relatives aux dépenses publiques différenciées par domaine et par échelon étatique. Le panel A présente, en les distinguant, les dépenses publiques de santé, celles pour les soins de longue durée et celles liées à la RIP<sup>17</sup>. Les panels B et C montrent les projections relatives aux dépenses publiques par échelon étatique dans chaque domaine pour les domaines de la santé et des soins de longue durée.

En 2023, les dépenses publiques de santé et celles pour les soins de longue durée s'étaient élevées à respectivement 1,9 % et 1,0 % du PIB. En 2060, elles atteindront 2,7 % et 1,2 % du PIB. L'augmentation nettement plus marquée des dépenses publiques de santé s'explique par le fait qu'après l'entrée en vigueur d'EFAS, les cantons participeront au financement des prestations ambulatoires, dont la croissance dans le domaine de la santé est plus forte (cf. graphique 14, panel B). Leur participation financière dans le domaine des soins de longue durée devrait en revanche légèrement diminuer. Cela vaut aussi pour les communes (cf. graphique 14, panel C).

Abstraction faite des dépenses liées à la RIP, la Confédération ne participe que dans une faible mesure au financement du système de santé. Les assurances sociales participent non seulement à le domaine de la santé mais aussi à les soins de longue durée, notamment sous la forme de contributions et de prestations en nature relevant de l'AVS et de l'AI ainsi que de dépenses liées à l'allocation pour impotent.

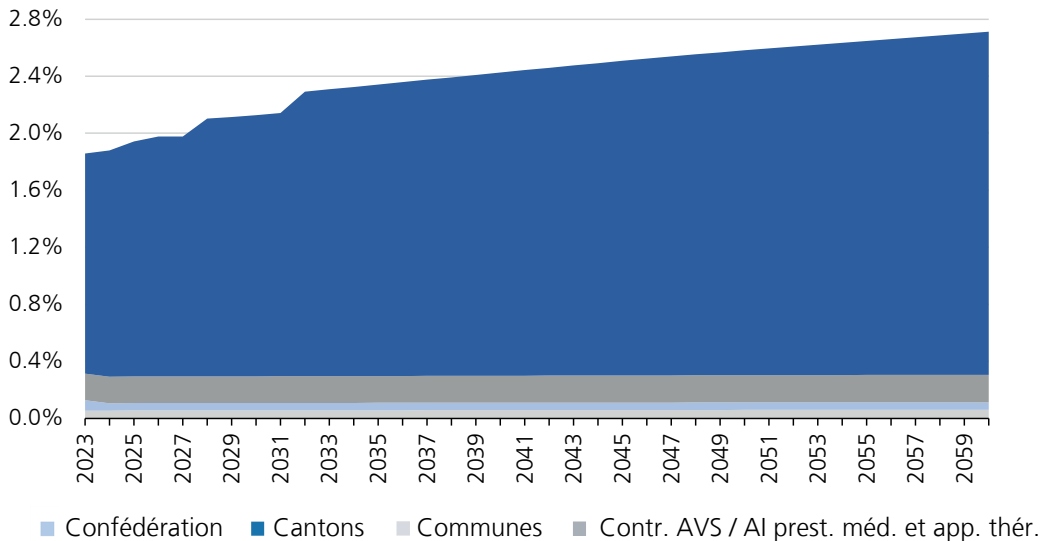
**Graphique 14 : évolution des dépenses publiques de santé par domaine et par échelon étatique** (en % du PIB)

*Panel A: dépenses publiques par domaine*

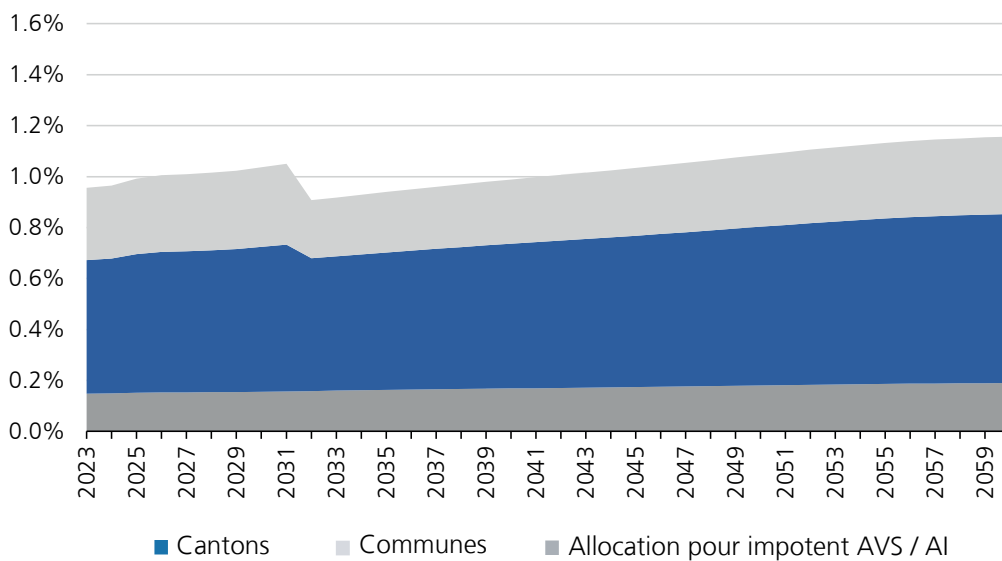


<sup>17</sup> Les dépenses publiques liées à la RIP sont des transferts opérés par les pouvoirs publics et ne peuvent pas être attribuées plus précisément au domaine de la santé ou à celui des soins de longue durée.

**Panel B : dépenses publiques de santé par échelon étatique**



**Panel C : dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée par échelon étatique**



Source : AFF

### 3.4.3 Dépenses publiques de santé dans les autres scénarios

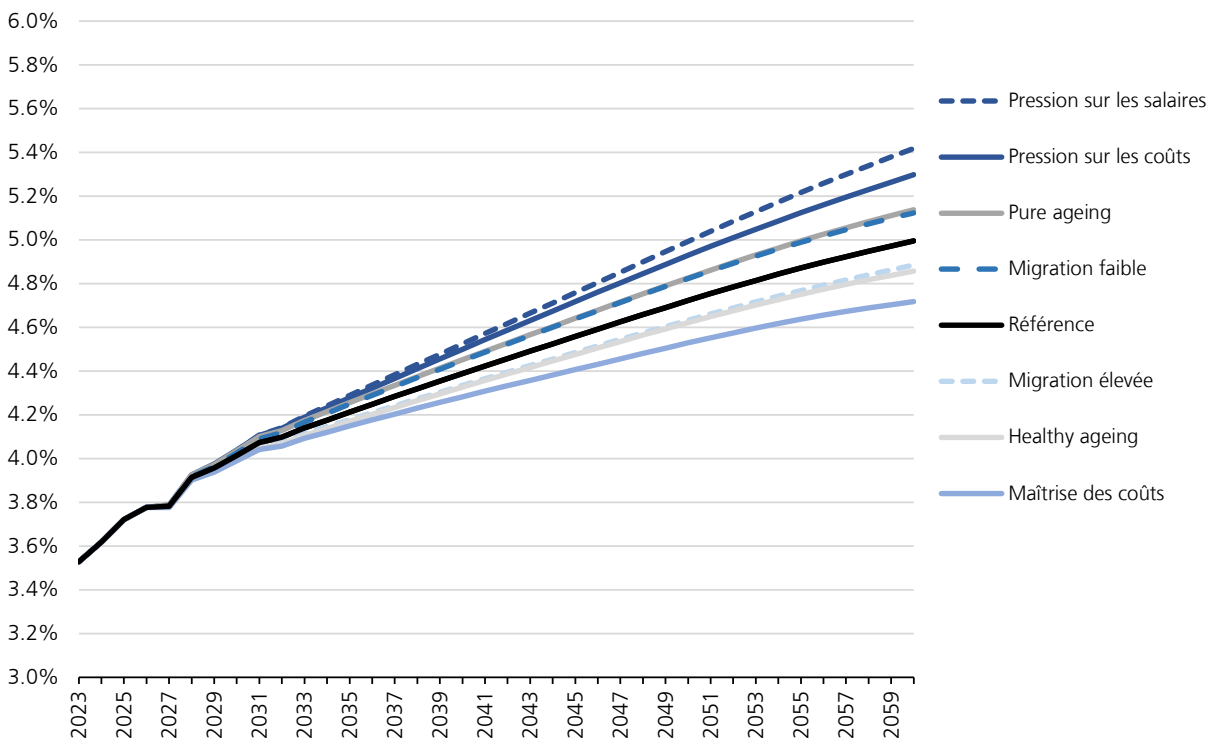
Le graphique 15 montre que les dépenses publiques de santé réagissent fortement aux facteurs de coûts non démographiques (cf. graphique 15, panel A). Les effets du scénario de la pression sur les salaires sont particulièrement marqués dans le domaine des soins de longue durée (cf. graphique 15, panel C) ; dans le domaine de la santé, ce sont à la fois ce même scénario et celui de la pression sur les coûts qui ont les répercussions les plus importantes (cf. graphique 15, panel B).

Dans les scénarios de la pression sur les salaires et de la pression sur les coûts, les dépenses publiques augmentent à respectivement 5,4 % et 5,3 % du PIB à l'horizon 2060 (scénario de référence : 5,0 %). Suivent le scénario *pure ageing* et celui de la migration faible, avec des dépenses atteignant environ 5,1 % du PIB. Cela s'explique par le fait que dans ces deux scénarios, les années supplémentaires d'espérance de vie vécues en mauvaise santé et l'accélération du vieillissement de la population découlant d'une faible immigration favorisent la croissance des dépenses par rapport au PIB.

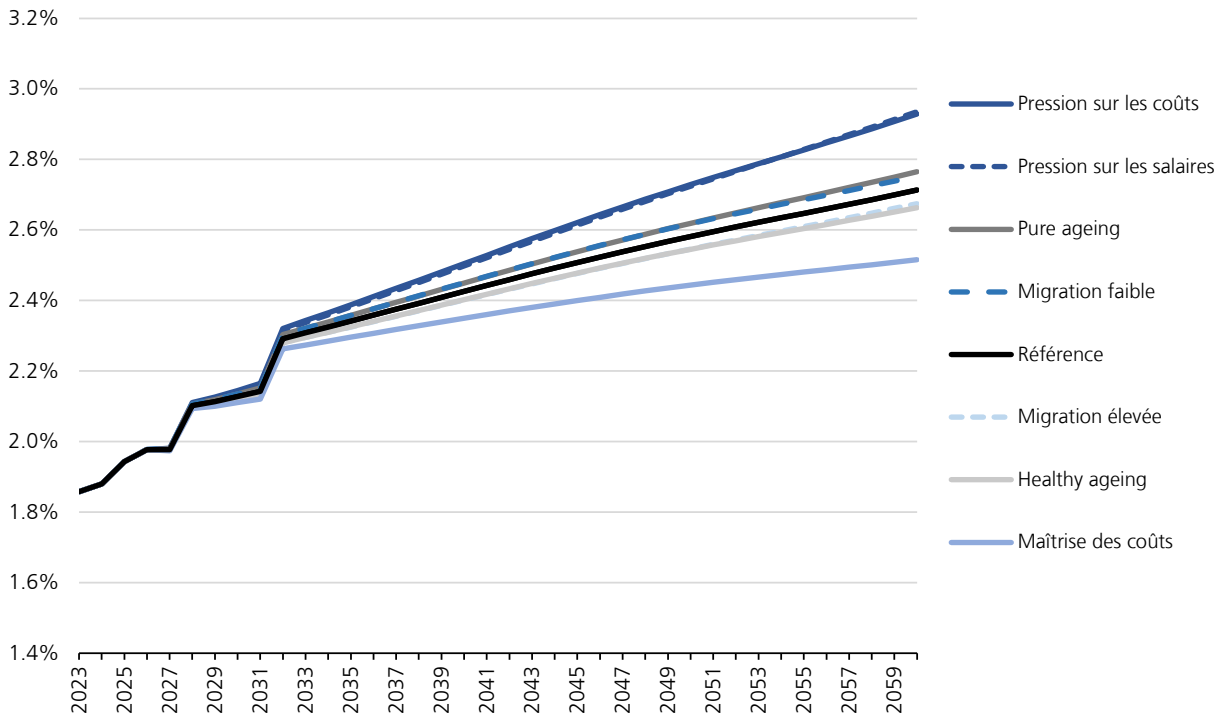
Le scénario dans lequel la croissance des dépenses publiques de santé est la plus faible est celui de la maîtrise des coûts : les dépenses y atteignent environ 4,7 % du PIB en 2060. Le scénario *healthy ageing* et celui de la migration élevée obtiennent également des résultats légèrement meilleurs que le scénario de référence, avec 4,9 % du PIB en 2060. Cela s'explique comme suit : un meilleur état de santé malgré l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que l'immigration marquée qui ralentissent légèrement le vieillissement de la population et qui contribuent à la croissance économique freinent la croissance des dépenses par rapport au PIB.

**Graphique 15 : évolution des dépenses publiques par domaine et par scénario**  
(en % du PIB)

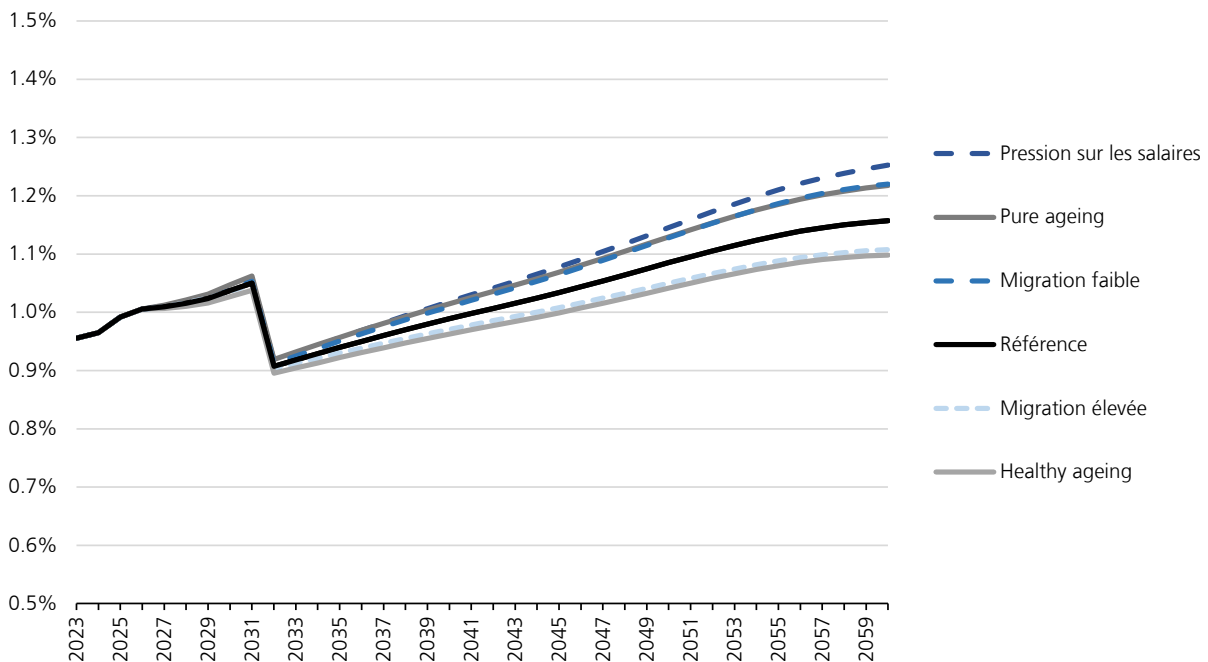
*Panel A : total des dépenses publiques du système de santé*



Panel B : dépenses publiques dans le domaine de santé



Panel C : dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée



Source : AFF

## 4 Comparaison avec d'autres études

Ce chapitre compare les présentes projections des dépenses avec celles réalisées en 2022 et analyse les résultats à la lumière de projections établies sur la scène internationale.

### 4.1 Projections de 2022 relatives à l'évolution des dépenses du système de santé

Les précédentes projections concernant les dépenses du système de santé étaient marquées par les effets de la pandémie de coronavirus (Brändle et Colombier, 2022). Les présentes projections s'appuient quant à elles sur les derniers scénarios démographiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui tablent sur une plus faible dynamique de vieillissement de la population par rapport aux scénarios de 2020. Cela s'explique par une augmentation moins importante de l'espérance de vie et par une immigration nette plus élevée. Les nouvelles projections tiennent compte en outre de la dernière révision des comptes nationaux de septembre 2025, des dernières réformes du financement du système de santé (EFAS et contribution cantonale minimale au financement de la RIP) ainsi que de la tendance au transfert des soins vers le domaine ambulatoire. Cette dernière se reflète dans les projections en ceci que, pour la première fois, on a retenu l'hypothèse d'une élasticité du revenu plus élevée dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire (cf. tableau 1). Il en va de même pour la maladie des coûts de Baumol, qui, dans le domaine de la santé, est prise en compte de manière différenciée selon les prestations. Dans l'édition de 2022, l'hypothèse dans le domaine de la santé était celle d'une élasticité du revenu uniforme de 1,1, la maladie des coûts de Baumol se situant, dans le scénario de référence, à hauteur de 50 % pour la santé et de 75 % pour les soins de longue durée.

Dans l'ensemble, les présentes projections et celles de 2022 mettent en évidence, sur la base de l'approche des macro-cohortes et pour la période se prêtant à la comparaison, soit de 2027 à 2050, une dynamique similaire des dépenses du système de santé. S'élevant à 2,5 % du PIB, l'augmentation des dépenses est cependant moindre dans les présentes projections que dans celles de 2022, où elle atteignait 3,0 % du PIB. Cette différence s'explique principalement par deux facteurs : premièrement, les derniers scénarios démographiques tablent sur un vieillissement moins marqué de la population au cours des prochaines décennies. Deuxièmement, les projections disponibles tiennent compte pour la première fois de la tendance à l'« ambulantisantisation ». Ces deux hypothèses ont un effet modérateur sur la croissance des dépenses. Quant aux réformes du financement, elles se traduisent essentiellement par un transfert de la charge financière entre les payeurs de primes et les contribuables.

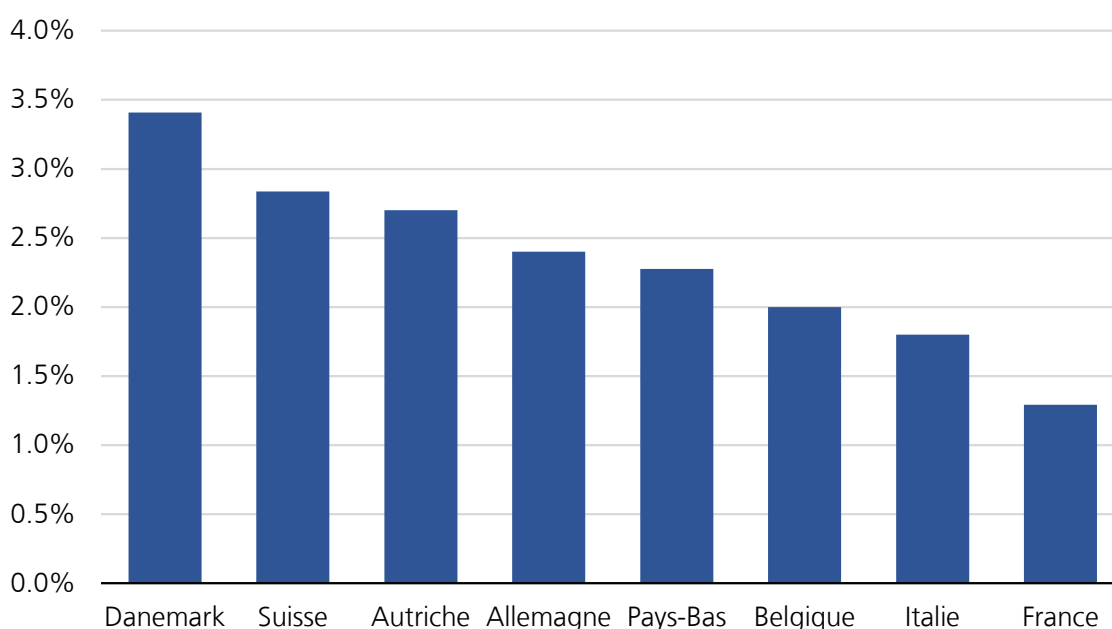
### 4.2 Comparaison internationale

L'augmentation des dépenses de santé représente un défi de politique économique dans la plupart des pays industrialisés (OCDE, 2025). C'est pourquoi plusieurs ministères des finances et la Commission européenne établissent régulièrement des projections concernant l'évolution des dépenses afin de souligner la nécessité de poursuivre les réformes.

Le graphique 16 compare l'augmentation des dépenses de santé en pourcentage du PIB entre le milieu des années 2020 et l'année 2060 pour une sélection de pays. Il a été établi sur la base de projections tirées de publications des ministères des finances des pays concernés ainsi que des rapports du Working Group on Ageing Populations and Sustainability (AWG) du Comité de politique économique de la Commission européenne (AWG, 2024).

Selon les projections disponibles, les dépenses publiques de santé en Suisse (y compris l'AOS) augmenteront de 2,8 points de pourcentage par rapport au PIB entre 2023 et 2060. La Suisse affiche ainsi la deuxième plus forte augmentation des dépenses de santé parmi les pays comparés, derrière le Danemark et légèrement devant l'Autriche (+ 2,7 points de pourcentage). Suivent l'Allemagne (+ 2,4 points de pourcentage) et les Pays-Bas (+ 2,3 points de pourcentage). En Belgique, en Italie et en France, l'augmentation des dépenses publiques de santé par rapport au PIB est inférieure à 2,0 points de pourcentage. Les dépenses de santé y augmentent cependant aussi plus rapidement que la performance économique.

**Graphique 16 : augmentation des dépenses publiques liées au système de santé en comparaison internationale, 2023–2060 (en % du PIB)**



Remarques : pour une meilleure comparabilité internationale, les dépenses de la Suisse incluent les dépenses de santé des collectivités publiques ainsi que celles liées à l'AOS. L'année du début de la période de projections varie entre 2023 et 2025 selon le pays. Lors de cette année, les dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires, exprimées en pourcentage du PIB, ont été les suivantes : Danemark 10,1 %, Suisse 7,2 %, Autriche 9,4 %, Allemagne 9,1 %, Pays-Bas 9,6 %, Belgique 8,0 %, Italie 7,9 % et France 10,2 %. Pour l'Allemagne, les projections pour 2060 correspondent à la moyenne des scénarios respectivement optimiste et pessimiste. Pour la Belgique, elles correspondent à la valeur interpolée entre les années 2050 et 2070.

Source : propre diagramme basé sur les données des ministères des finances d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie et de Belgique (BMF, 2024 ; BMF/ÖBR, 2025 ; MEF, 2024 ; CSF, 2024), ainsi que sur celles de l'AWG (2024) pour le Danemark, les Pays-Bas et la France.

La comparaison internationale fournit des indications intéressantes sur la charge financière prévisible du système de santé dans les différents pays. Toutefois, sa pertinence est limitée pour une comparaison précise, car les projections reposent sur des évolutions démographiques et économiques qui diffèrent d'un pays à l'autre. La situation institutionnelle dans le domaine de la santé varie également d'un pays à l'autre. Pour la Suisse, il convient toutefois de noter que les dépenses liées au système de santé par rapport au PIB sont déjà très élevées en comparaison internationale et que les projections suggèrent une dynamique des dépenses relativement forte si aucune mesure n'est prise.

# 5 Conclusions en matière de politique budgétaire

## *Pourquoi les projections des dépenses sont-elles importantes ?*

La question de la capacité à financer durablement le système de santé est un élément essentiel d'une politique prévoyante. Les projections des dépenses pour la Suisse jusqu'en 2060 apportent une contribution importante à cet égard. Elles donnent une idée de la dynamique des dépenses du système de santé à moyen et à long terme, améliorent la compréhension des facteurs de coûts sous-jacents et soulignent l'urgence de réformes visant à accroître l'efficacité du système et à freiner la croissance des dépenses.

## *Quels sont les principaux résultats ?*

Premièrement, les projections montrent que les facteurs de coûts structurels, tels que le vieillissement de la population, la hausse des revenus, les progrès médico-techniques et la maladie des coûts de Baumol, continueront à exercer une pression constante sur le système de santé. Selon les hypothèses retenues dans le scénario de référence, les dépenses totales du système de santé passent de 11,2 % du PIB en 2023, l'année de référence, à 15,3 % en 2060. Dans le domaine de la santé, ce sont principalement des facteurs non démographiques, tels que la hausse des revenus, les progrès médico-techniques et la maladie des coûts de Baumol, qui déterminent la dynamique des coûts, alors que dans le domaine des soins de longue durée, l'augmentation des charges est due pour l'essentiel au vieillissement de la population et à l'augmentation des besoins de soins. Dans une optique de financement, les principales charges supplémentaires sont assumées par l'AOS et les administrations publiques.

Deuxièmement, il apparaît que les récentes réformes du système de santé (EFAS, contribution cantonale minimale à la RIP) entraîneront des transferts de responsabilité financière entre l'AOS et les finances publiques. EFAS devrait davantage grever ces dernières dans le domaine de la santé qu'il ne les allégera dans celui des soins de longue durée. De plus, l'entrée en vigueur de la contribution cantonale minimale à la RIP devrait alourdir la charge pesant sur les cantons. Les assurés bénéficieront d'un allègement correspondant. Après la mise en œuvre de ces réformes financières au début des années 2030, la dynamique des coûts devrait évoluer parallèlement pour les payeurs de primes et les contribuables.

Troisièmement, les projections tiennent compte pour la première fois de la tendance au transfert des soins vers le domaine ambulatoire, moyennant une analyse de la dynamique des dépenses davantage différenciée par domaine de la santé. Selon les hypothèses retenues, les dépenses pour les prestations ambulatoires augmentent plus rapidement que celles pour les soins stationnaires. Cette « ambulantisantisation » peut atténuer la hausse des dépenses du système de santé étant donné que les traitements ambulatoires sont en moyenne moins coûteux. L'obligation de fournir certaines prestations en ambulatoire est en vigueur depuis 2019 déjà. La mise en œuvre d'EFAS pourrait renforcer la tendance au transfert vers l'ambulatoire, car elle supprimera les incitations inopportunes à opter pour des prestations stationnaires plutôt qu'ambulatoires. L'ambulatoire continuera en outre à gagner en importance grâce aux progrès médico-techniques.

### *Quelles sont les implications pour la politique budgétaire ?*

Du point de vue de la politique budgétaire, une dynamique des dépenses toujours soutenue signifie que le système de santé pèse de plus en plus lourd dans le budget de la Confédération, des cantons et des communes au détriment d'autres secteurs. En outre, il faut s'attendre à davantage de créances à la suite d'un financement plus important du système de santé par l'impôt, qui peut aussi avoir une incidence sur la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Les projections concernant l'évolution des dépenses montrent clairement que la durabilité des finances publiques sera mise sous pression et que la hausse des primes se poursuivra. La fixation de mesures complémentaires visant à accroître l'efficacité et à freiner l'augmentation des dépenses est nécessaire dans ce contexte.

Une mesure concrète à promouvoir permettant de garantir que les prestations de santé sont efficaces, appropriées et économiques comme l'exige l'art. 32 LAMal est l'évaluation des technologies de la santé (ETS). Une telle évaluation consiste en une analyse approfondie des prestations remboursées par l'AOS. Un récent rapport donnant suite à deux postulats montre que le programme ETS de la Confédération permet de réaliser des économies tout en augmentant la qualité des prestations (Conseil fédéral, 2026a). Toutefois, d'autres possibilités d'amélioration ont été identifiées, par exemple dans le choix des thèmes et l'étendue de l'évaluation, ainsi que dans la mise en œuvre.

La numérisation du système de santé peut réduire les coûts de coordination, limiter la multiplicité des examens et analyses ainsi qu'améliorer la qualité des traitements et des cycles de développement des innovations médicales grâce à un flux d'informations meilleur et plus sûr. Cela peut se faire, par exemple, par le recours à l'intelligence artificielle (IA) et à la télémédecine. « DigiSanté », le programme pour la transformation numérique du système de santé, va dans cette direction (OFSP, 2023).

Outre les mesures encourageant l'efficacité, les mesures de prévention – telles que la promotion d'un comportement sain en matière d'alimentation et d'activité physique et le renforcement des compétences de la population en matière de santé – contribuent à la prévention des maladies chroniques et de celles de l'appareil locomoteur. Des mesures ciblées peuvent améliorer l'état de santé de la population en parallèle de l'augmentation de l'espérance de vie, ce qui a un effet modérateur sur la dynamique des dépenses tant dans le domaine de la santé que dans celui des soins de longue durée.

Compte tenu du départ à la retraite de la génération des « baby boomers » et des taux élevés d'abandon des professions de la santé, en particulier dans le domaine des soins, ainsi que du besoin croissant en personnel et de la longue durée des formations, une politique anticipatrice du personnel de santé est indispensable. Elle permettra de prévenir les pénuries de personnel à moyen terme et, partant, les risques d'une couverture insuffisante et d'une forte hausse des coûts salariaux (Obsan, 2025b). Dans ce contexte, les mesures visant à améliorer les conditions de travail du personnel de santé et de soins, telles qu'elles sont actuellement discutées dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, sont pertinentes (OFSP, 2024g).

Outre ces efforts en cours, les objectifs de coûts et de qualité adoptés par le peuple en 2024 constituent un point de départ important, car ils renforcent la transparence et incitent à une plus grande responsabilité en matière de coûts. Cet instrument devrait être rendu plus contraignant au fil du temps afin de favoriser un comportement plus attentif aux coûts de la part de tous les acteurs du système de santé. Une plus grande responsabilité en matière de coûts grâce à des objectifs de coûts généraux peut également renforcer l'attractivité des modèles de gestion intégrée des soins avec responsabilité budgétaire. Cela pourrait également favoriser l'intégration et la coordination des processus de traitement. Enfin, le nouveau système tarifaire global TARDOC et ses forfaits ambulatoires en vigueur depuis début 2026 peuvent contribuer à freiner l'augmentation du volume des prestations non indispensables du point de vue médical (OFSP, 2025).

L'amélioration de la planification hospitalière constitue une autre approche importante. Un récent rapport rédigé en réponse à un postulat montre qu'il existe toujours des surcapacités importantes dans le secteur stationnaire. Bien que des efforts aient été entrepris pour harmoniser la mise en œuvre de la planification hospitalière cantonale et pour remédier au problème du rôle multiple des cantons en tant qu'organes de régulation, propriétaires partiels et payeurs, il existe encore un potentiel d'amélioration. Cela comprend, par exemple, une coordination intercantonale approfondie au moyen de régions de soins intercantionales et de listes d'hôpitaux communes (Conseil fédéral, 2026b).

# Bibliographie

Administration fédérale des finances, AFF (2025). Finances Publiques Suisses 2023–2024, tome 18. Administration et finances publiques, Administration fédérale des finances, Berne.

Ageing Working Group on Ageing, Population and Sustainability, AWG (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070). Institutional Paper Series, no 279, Commission européenne, avril 2024, Bruxelles.

Anderes, M. et H. Gersbach (2025). KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben : Herbst 2025 (no 185). Études KOF, 11/2025.

Baltagi, B. H., R. Lagravinese, F. Moscone et E. Tosetti (2017). Health Care Expenditure and Income : A Global Perspective. *Health Economics*, 26(7), 863–874.

Barrage, L. (2024). The Fiscal Costs of Climate Change in the United States. CER-ETH WP 23/380.

Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth : The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review*, 57(3), 415-26.

Brändle, T. et C. Colombier (2022). Projections Concernant l'Évolution des Dépenses de Santé Jusqu'en 2050 : Vieillesse de la Population et Crise du Coronavirus. Working Paper no 25 de l'Administration fédérale des finances, Berne.

Breyer, F. et N. Lorenz (2021). The « Red Herring » after 20 Years : Ageing and Health Care Expenditures. *The European Journal of Health Economics*, 22, 661–667.

Bundesministerium der Finanzen, BMF (2024). Tragfähigkeitsbericht 2024 – Sechster Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Bundesministerium der Finanzen, Berlin.

Bundesministerium für Finanzen / Österreichische Bundesregierung, BMF/ÖBR (2025). Langfristige Budgetprognose 2025 : Bericht der Bundesregierung gemäß § 15 Abs. 2 BHG 2013, Beilage III-272 XXVIII. GP, Vienne.

Celebi, K., J. Hartwig, et A. P. Sandqvist (2025). Baumol's Cost Disease in Acute versus Long-term Care : Do The Differences Loom Large ?. *International Journal of Health Economics and Management*, 1-33.

Chancellerie fédérale, ChF (2025). Scénarios par Branche et leur Régionalisation – Actualisation 2025, Sur Mandat de l'Office fédéral du Développement Territorial ARE et de l'Office fédéral de l'énergie BFE. ChF, septembre 2025, Berne.

Colombier, C. et W. Weber (2011). Projecting Health-Care Expenditure for Switzerland : Further Evidence Against the « Red-Herring » Hypothesis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), 246–263.

Colombier, C. (2012). Projections Concernant l'Évolution des Dépenses de Santé jusqu'en 2060, Working Paper no 19 de l'Administration fédérale des finances (en allemand), Berne.

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

Comité d'Étude sur le Vieillissement ; Hoge Raad van Financiën / Conseil Supérieur des Finances, CSF (2025). Rapport annuel 2025 : Comité d'Étude sur le Vieillissement (version révisée, 26 septembre 2025), Bruxelles.

Conseil fédéral (2023). Évolution Démographique et Cohésion Nationale. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 20.4257 Würth du 25 septembre 2020, Berne.

Conseil fédéral (2024). Maîtrise à Terme et Assouplissement des Dépenses Fortement Liées. Rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 21.4337 de la CdF-N du 22 octobre 2021 et 23.3605 Ettlín Erich du 1<sup>er</sup> juin 2023, mai 2024, Berne.

Conseil fédéral (2026a). Extension du Catalogue des Prestations de l'Assurance Obligatoire des Soins et Bilan du Programme d'Évaluation des Technologies de la Santé de la Confédération. Rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 22.4394 Herzog Verena du 14 décembre 2022 et 23.4341 CdG-E du 14 novembre 2023, janvier 2026, Berne.

Conseil fédéral (2026b). Investissements des Hôpitaux Suisses et Planification Hospitalière Cantonale. Rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats 15.3464 Cassis du 6 mai 2015, 17.4160 Carobbio Guscetti du 14 décembre 2017, 19.3423 CSSS-E du 3 mai 2019, 23.4275 de Montmollin du 29 septembre 2023 et 24.3029 Wyss du 26 février 2024, janvier 2026, Berne.

Costa-Font, J. et C. Vilaplana-Prieto (2020). More Than One Red Herring ? Heterogeneous Effects of Ageing on Health Care Utilisation. *Health Economics*, 29, 8–29.

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.

De la Maisonneuve, C. et J. Oliveira Martins (2014). The Future of Health and Long-Term Care Spending. *OECD Journal : Economic Studies*, 2014(1) : 61–96.

De la Maisonneuve, C., R. Moreno-Sera, F. Murtin, et J. Oliveira Martins (2016). The Role of Policy and Institutions on Health Spending. *Health Economics*, 26(7), 834–843.

de Schrijver, E., S. Sivaraj, C. C. Raible, O. H. Franco, K. Chen, et A. M. Vicedo-Cabrera (2023). Nationwide Projections of Heat-and Cold-Related Mortality Impacts Under Various Climate Change and Population Development Scenarios in Switzerland. *Environmental Research Letters*, 18(9), 094010.

Département fédéral des finances, DFF (2024). Perspectives à Long Terme des Finances Publiques en Suisse, 2024 – Vieillissement et Neutralité Climatique. Avril 2024, Berne.

Falchetta, G., E. De Cian, I. Sue Wing, et D. Carr (2024). Global Projections of Heat Exposure of Older Adults. *Nature Communications*, 15(1), 3678.

- 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.
- Fumagalli, E., M. Pinna brPintor, et M. Suhrcke (2024). The Impact of Health on Economic Growth : A Narrative Literature Review. *Health Policy*, 143(C) :105039.
- Gasparrini, A., Y. Guo, M. Hashizume, E. Lavigne, A. Zanobetti, J. Schwartz, et B. Armstrong (2015). Mortality Risk Attributable To High And Low Ambient Temperature: A Multicountry Observational Study. *The Lancet*, 386(9991), 369–375.
- Giuntella, O. et F. Mazzonna (2015). Do Immigrants Improve the Health of Natives ?. *Journal of Health Economics*, 43, 140–153.
- Gregersen, F. A. (2014). The Impact of Ageing on Health Care Expenditures : A Study of Steepening. *The European Journal of Health Economics*, 15(9), 979–989.
- Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, GIEC (2022). Climate Change 2022 : Impacts, Adaptation and Vulnerability – Contribution du Groupe de travail I au sixième rapport d'évaluation du GIEC. Avril 2022, Genève.
- Gruenberg, E. M. (1977). The Failure of Success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1), 3–24.
- Haines, A. et K. Ebi (2019). The Imperative For Climate Action To Protect Health. *New England Journal of Medicine*, 380(3), 263–273.
- 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 J. E. Sturm (2014). Robust Determinants of Health Care Expenditure Growth. *Applied Economics*, 46(36), 4455–4474.
- Holzhausen, A., M. Grimm, et M. Zimmer (2024). Climate Change and The Double Impact of Aging. Allianz SE Report, Munich, 13 juin 2024.
- Kazmierczak, A., R. Lowe, K. R. van Daalen, K. Johnson, S. Dasgupta, et E. Robinson (2022). Climate Change As A Threat To Health And Well-being in Europe : Focus On Heat And Infectious Diseases. Rapport de l'Agence européenne pour l'environnement, no 07/2022.
- Kennedy, S., M. P. Kidd, J. T. McDonald, et N. Biddle (2015). The Healthy Immigrant Effect : Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16, 317–332.

Lerch, B., C. Colombier, et T. Brändle (2025). Determinants of Healthcare Expenditure : Evidence from Switzerland between 1960–2022. Working Paper no 27 de l'Administration fédérale des finances, juin 2025, Berne.

[Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie \(LAMal\)](#), état le 1<sup>er</sup> janvier 2026. (19.01.2026)

Lorenzoni, L., P. de Biase, et S. Dougherty (2024). [Long-term Projections : Different Paths To Fiscal Sustainability of Health Systems, in OCDE, Fiscal Sustainability of Health Systems : How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight ?](#). Publications OCDE, Paris.

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 : A Literature Review. Publications OCDE, Paris.

Milkovska, E., P. van Baal, et B. Wouterse (2024). Slicing the Red Herring Two Ways : Changes in Costs in the Last Years of Life by Disease and Over Time. Mimeo.

National Centre for Climate Services, NCCS (2025). Coûts des effets du changement climatique en Suisse. Projet NCCS-Impacts, 2022–2025, Berne.

Nghiem, S. H. et L. B. Connelly (2017). Convergence and Determinants of Health Expenditures in OECD Countries. *Health Economics Review*, 7, 1–11.

Observatoire suisse de la santé, Obsan (2025a). L'Ambulatoire avant le Stationnaire – Actualisation 2023 du Monitoring de la Limitation de la Prise en Charge Stationnaire (selon art. 3c et annexe 1a OPAS). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Rapport Obsan 01/2025, Neuchâtel.

Observatoire suisse de la santé, Obsan (2025b). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz – Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050 (en allemand). Rapport Obsan 09/2025, Neuchâtel.

OCDE (2025). [Panorama de la Santé 2025 – Les Indicateurs de l'OCDE](#). Publications OCDE, Paris.

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2023). [Fiche d'Information DigiSanté – Objectifs et Avantages de DigiSanté](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024a). [Financement Uniforme LAMal : Présentation des Éléments Principaux](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024b). [Fiches d'Information 1 à 3 sur le Financement Uniforme des Prestations de Santé \(EFAS\)](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024c). [Fiche d'Information 6 sur le Financement Uniforme des Prestations de Santé \(EFAS\)](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024d). [Fiche d'Information 8 sur le Financement Uniforme des Prestations de Santé \(EFAS\)](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024e). [Fiche d'Information – Contre-projet Indirect à l'Initiative d'Allègement des Primes](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP, (2024f). [Fiche d'Information – Primes](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2024g). [Fiche d'Information – Mesures Pour Renforcer les Soins Infirmiers](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la santé publique, OFSP (2025). [Fiche d'Information – Aperçu des Mesures visant à Maîtriser les Coûts](#), OFSP, Berne. (19.01.2026)

Office fédéral de la statistique, OFS (2025a). Scénarios de l'Évolution Démographique de la Suisse 2025–2055. 15.04.2025, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique, OFS (2025b). Coûts à la Charge de l'Assurance Obligatoire des Soins Selon la Nationalité des Assurés – Rapport établi sur Mandat du Département Fédéral de l'Intérieur. OFS, 30.06.2025, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique, OFS (2025c). Recul de la Fécondité en Suisse 10.11.2025, Neuchâtel.

[Ordonnance du 12 septembre 2025 sur les contributions des cantons et les subsides de la Confédération à la réduction des primes dans l'assurance-maladie \(ORPM\)](#), état le 1<sup>er</sup> janvier 2026. (19.01.2026)

Organisation mondiale de la santé, OMS (2022). Review of IPCC Evidence 2022 : Climate Change, Health, and Well-being. Papier de position OMS, 02.11.2022.

Panczak, R., X. Luta, M. Maessen, A. E. Stuck, C. Berlin, K. Schmidlin et K. M. Clough-Gorr (2017). Regional Variation of Cost of Care in the Last 12 Months of Life in Switzerland: Small-Area Analysis Using Insurance Claims Data. *Medical Care*, 55(2), 155–163.

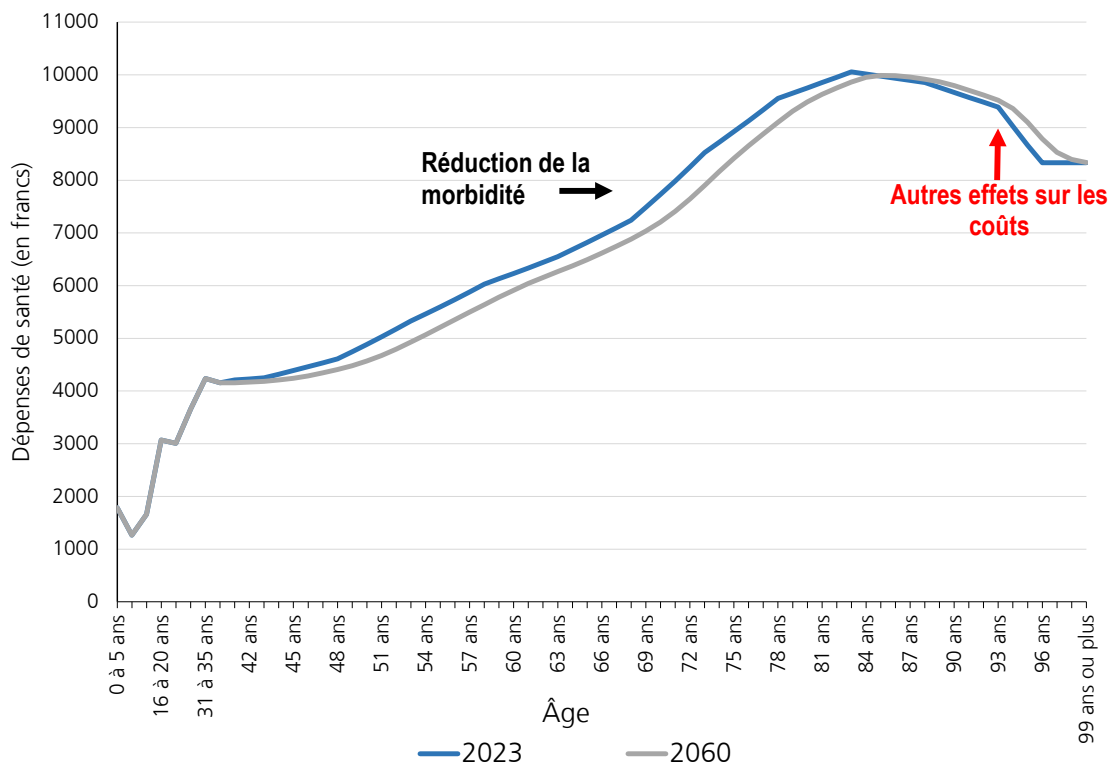
Polynomics (2022). Sparpotenzial einheitliche Finanzierung. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (en allemand), OFSP, juillet 2022.

Prognos (2025). Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen. Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) (en allemand), novembre 2025.

- Ragioneria Generale dello Stato / Ministero dell'Economia e delle Finanze, MEF (2024). Mid/long-Term Trends for the Pension, Health and Long-Term Care Systems: Projections Updated to June 2024 (Report no. 25), Rome.
- Ridhwan, M. M., P. Nijkamp, A. Ismail, et L. M. Irsyad (2022). The Effect of Health on Economic Growth: A Meta-regression Analysis. *Empirical Economics*, 63(6), 3211–3251.
- Seshamani, M. et A. M. Gray (2004). A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs. *Journal of Health Economics*, 23(2), 217–235.
- Smith, S. D., J. P. Newhouse, et M. S. Freeland (2009). Income, Insurance, and Technology : Why Does Health Spending Outpace Economic Growth ? . *Health Affairs*, 28(5), 1276–1284.
- Socol, A., H. Iuga, D. Socol, et I. C. Iuga (2023). Does Climate Change Drive Up Government Healthcare Costs in the European Union ? . *Frontiers in Environmental Science*, 11, 1286099.
- UBS (2025). Baromètre des préoccupations UBS 2025 – Conflits géopolitiques et hausse des coûts : la Suisse face à la pression internationale. Media Releases Switzerland, décembre 2025, Zurich.
- Vöhringer, F., M. Vielle, P. Thalmann, A. Frehner, W. Knoke, D. Stocker, et B. Thurm (2019). Costs and Benefits of Climate Change in Switzerland. *Climate Change Economics*, 10(02), 1950005.
- Werblow, A., S. Felder, et P. Zweifel (2007). Population Ageing and Health Care Expenditure : A School of « Red Herrings » ? . *Health Economics*, 16(10), 1109–1126.
- Zweifel, P., S. Felder, et M. Meiers (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure : A Red Herring ? . *Health Economics*, 8(6), 485–496.

# Annexe

**Grafique A1 : dépenses pour les soins ambulatoires par femme pour 2023 et 2060 dans le cadre du scénario *healthy ageing* (en francs)**



Source : AFF

**Tableau A1 : sources de données et hypothèses relatives aux dépenses par agent financier et par domaine pour les années 2023 à 2026**

Agent financeur et domaine	2023	2024	2025	2026
Confédération : dépenses de santé sans la RIP	Statistique financière		Projections avec le PIB	
Confédération : dépenses pour la RIP	Statistique financière		Compte d'État 2025	Valeurs budgétées par l'AFF (automne 2025)
Cantons et communes : dépenses pour les prestations LAMal	Statistique financière et dépenses LAMal selon l'estimation de l'OFSP pour 2022	Actualisation des dépenses stationnaires pour la santé avec les dépenses de l'AOS ; actualisation des autres dépenses LAMal avec les dépenses liées au système de santé		
Cantons et communes : dépenses hors LAMal	Statistique financière	Mise à jour sur la base des dépenses du système de santé		Projections selon l'approche des macro-cohortes
Cantons : dépenses pour la RIP	Statistique financière	Calcul de l'OFSP compte tenu de la RIP (LAMal, ORPM)	Mise à jour sur la base des dépenses brutes AOS et adaptation de la contribution cantonale minimale à la RIP (ORPM)	
AOS	Statistique AOS		OFSP et compte d'État 2025	Estimation de l'OFSP selon les dépenses brutes AOS (ORPM) et les valeurs budgétées par l'AFF pour la RIP

Remarques : le tableau présente les sources et les hypothèses pour les années 2023 à 2026. À partir de 2027, c'est l'approche des macro-cohortes qui s'applique. L'état des données est celui de décembre 2025.

**Tableau A2 : indicateurs de l'évolution démographique et économique**

<b>Évolution démographique (scénario OFS A-00-2025)</b>	<b>2023</b>	<b>2040</b>	<b>2060</b>
Population résidante permanente (en millions)	8,96	9,97	10,59
Solde migratoire <sup>1</sup>	89 200	45 000	45 000
Nombre moyen d'enfants par femme	1,33	1,41	1,42
Espérance de vie à la naissance (en années)			
Hommes	82,2	84,5	85,9
Femmes	85,8	87,7	88,9
Rapport de dépendance des personnes âgées (en %) <sup>2</sup>	31,8	40,9	46,4
Rapport de dépendance effectif des personnes âgées (en %)	39,6	48,6	54,7
Rapport de dépendance des jeunes (0 à 19 ans, en %) <sup>4</sup>	32,9	31,5	31,8
Taux d'activité en équivalents plein temps (> 15 à 64 ans, en %)	84,6	86,2	86,1
Population active en équivalents plein temps (en millions)	4,37	4,87	5,04
<b>Évolution économique (moyenne annuelle, en %)<sup>5</sup></b>	<b>2030–2060</b>		
PIB nominal	2,3 %		
PIB réel	1,3 %		
Productivité du travail	1,15 %		
Salaires réels	1,15 %		
Population active	0,3 %		
Renchérissement	1,0 %		

Remarques :

- 1 Le solde migratoire de 2023 ne tient pas compte des personnes bénéficiant du statut de protection S en provenance d'Ukraine.
- 2 Rapport de dépendance des personnes âgées : rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et le nombre de personnes en âge de travailler (20 à 64 ans)
- 3 Rapport de dépendance effectif des personnes âgées : rapport entre le nombre de personnes de 65 ans ou plus et la population active (en EPT)
- 4 Rapport de dépendance des jeunes : rapport entre le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans et le nombre de personnes en âge de travailler (20 à 64 ans)
- 5 Pour les années 2025 à 2027, les chiffres reposent sur les prévisions du groupe d'experts de la Confédération. Jusqu'en 2029, sont également prises en considération les valeurs de référence du plan financier 2024-2029. Pour l'évolution du PIB à long terme, on s'est fondé sur les scénarios du SECO publiés le 12 décembre 2025, notamment en ce qui concerne les hypothèses relatives à la productivité du travail et à l'évolution du nombre d'heures ouvrées en ETP ainsi qu'à la population active selon les projections de l'OFS.

Sources : AFF, SECO, OFS

**Tableau A3 : dépenses du système de santé dans le scénario de référence par domaine, par prestation LAMal et par agent financeur (en % du PIB)**

Échelon	2023	2032		2060	
	Niveau	Niveau	Variation 2023–2032	Niveau	Variation 2032–2060
<b>Ensemble du système de santé par domaine</b>	11.2	12.4	+1.14	15.3	+2.97
Santé	8.9	9.7	+0.81	11.7	+2.02
Soins de longue durée	2.3	2.7	+0.33	3.6	+0.94
<b>Présentation par prestation de la LAMal</b>					
<b>Dépenses brutes liées à la LAMal<sup>1</sup></b>	6.2	7.2	+0.96	9.0	+1.81
<i>Dépenses nettes liées à la LAMal<sup>2</sup></i>	5.6	6.5	+0.90	8.1	+1.64
Financement par les primes (AOS)	4.1	4.7	+0.58	5.9	+1.20
Financement par l'impôt	1.4	1.7	+0.32	2.2	+0.44
Cantons	1.2	1.6	+0.38	2.0	+0.39
Communes	0.2	0.1	-0.07	0.2	+0.05
<i>Santé</i>	4.8	5.6	+0.74	6.9	+1.34
Financement par les primes (AOS)	3.8	4.1	+0.32	5.1	+0.98
Financement par l'impôt	1.1	1.5	+0.42	1.9	+0.36
<i>Soins de longue durée</i>	0.7	0.9	+0.13	1.2	+0.30
Financement par les primes (AOS)	0.4	0.6	+0.24	0.9	+0.22
Financement par l'impôt	0.3	0.2	-0.11	0.3	+0.08
<i>Participation des ménages privés aux coûts de l'AOS</i>	0.6	0.7	+0.06	0.9	+0.18
<b>Présentation par agent financeur<sup>3</sup></b>					
<b>État (y c. assurances sociales)<sup>4</sup></b>	3.5	4.1	+0.57	5.0	+0.90
Confédération	0.4	0.5	+0.04	0.6	+0.10
Cantons	2.4	2.9	+0.56	3.6	+0.66
Communes	0.4	0.3	-0.04	0.4	+0.09
AVS / AI <sup>5</sup>	0.3	0.3	+0.01	0.4	+0.04
<i>Santé</i>	1.4	1.8	+0.45	2.3	+0.42
Cantons	1.4	1.8	+0.45	2.2	+0.41
Communes	0.0	0.0	+0.00	0.0	+0.00
<i>Soins de longue durée</i>	0.5	0.4	-0.09	0.5	+0.13
Cantons	0.2	0.2	-0.03	0.2	+0.06
Communes	0.3	0.2	-0.06	0.3	+0.08
<i>Transferts<sup>6</sup></i>	1.4	1.6	+0.23	1.9	+0.35
Réduction individuelle des primes (RIP)	0.7	0.9	+0.18	1.1	+0.23
Confédération	0.4	0.4	+0.06	0.5	+0.10
Cantons	0.3	0.4	+0.11	0.5	+0.11
Communes	0.0	0.1	+0.01	0.1	+0.01
PC cantonales EMS, frais maladie et handicap	0.3	0.3	+0.03	0.4	+0.09
PC AVS	0.2	0.2	+0.03	0.3	+0.09
PC AI	0.1	0.1	+0.00	0.1	+0.00
Allocation pour impotent de l'AVS (API) et contributions	0.1	0.1	+0.01	0.1	+0.03
<b>Assurance obligatoire des soins (dépenses nettes moins la RIP)<sup>7</sup></b>	3.7	4.1	+0.40	5.0	+0.97
<b>Ménages privés<sup>8</sup></b>	2.5	2.6	+0.17	3.7	+1.10
<b>Autres dépenses<sup>9</sup></b>	1.6	1.6	+0.00	1.6	+0.00

Remarques : la subdivision temporelle des résultats se fonde sur l'introduction d'EFAS. Les valeurs peuvent contenir des écarts d'arrondi.

1 Les dépenses brutes liées à la LAMal financent les prestations relevant des domaines de la santé et des soins de longue durée conformément à EFAS.

2 Les prestations nettes liées à la LAMal correspondent aux prestations brutes sous déduction de la participation des ménages privés aux coûts de l'AOS.

3 La somme des dépenses des agents financeurs étatiques (y c. les assurances sociales), de l'AOS (dépenses nettes sous déduction de la RIP), des ménages privés et des autres dépenses correspond aux dépenses de l'ensemble du système de santé.

4 Cette rubrique inclut toutes les dépenses publiques du système de santé, y compris les dépenses de l'AVS et de l'AI afférentes à la santé ainsi que les autres dépenses publiques de santé non explicitement mentionnées, liées par exemple à la prévention, aux services de sauvetage, à la recherche et au développement ou aux soins dentaires.

5 Allocation pour impotent ainsi que contributions à des prestations médicales et à des appareils thérapeutiques de l'AVS et de l'AI.

6 Cette rubrique contient les contributions de l'AI non indiquées à des prestations médicales et à des appareils thérapeutiques ainsi que l'allocation pour impotent de l'AI, qui s'élèvent à 0,2 % du PIB.

7 Les dépenses nettes liées à l'AOS correspondent aux dépenses brutes, dépenses administratives comprises, sous déduction de la participation des ménages privés aux coûts ainsi que de la participation des pouvoirs publics sous la forme de la RIP, qui est imputée au secteur public.

8 Participation aux coûts de l'AOS, paiements directs (out of pocket [OOP]) et participation aux coûts des assurances complémentaires privées.

9 La rubrique « Autres dépenses » inclut les dépenses de l'assurance-accidents obligatoire (AA), des assurances complémentaires (AC) privées et des fondations privées.

Source : AFF