

A photograph of a man with a beard and short brown hair, wearing a light blue denim shirt, holding a young child with blonde hair. The child is wearing a dark blue t-shirt with white stars and dark pants. They are standing in a room with a dark blue wall and a window with white curtains in the background. The lighting is soft and natural, coming from the right side.

Nos propositions
pour limiter
les coûts dans
l'AOS

Table des matières

Planification hospitalière	6
Médicaments	9
Médecins et accès au système de santé	11
VBHC et tarification	13
Optimisation du catalogue des prestations	15
Adaptation des franchises à l'évolution des coûts	16
Evaluation de l'économicité et contrôle des factures	17
Digitalisation	18
Prévention	22



Nos propositions pour limiter les coûts dans l'AOS

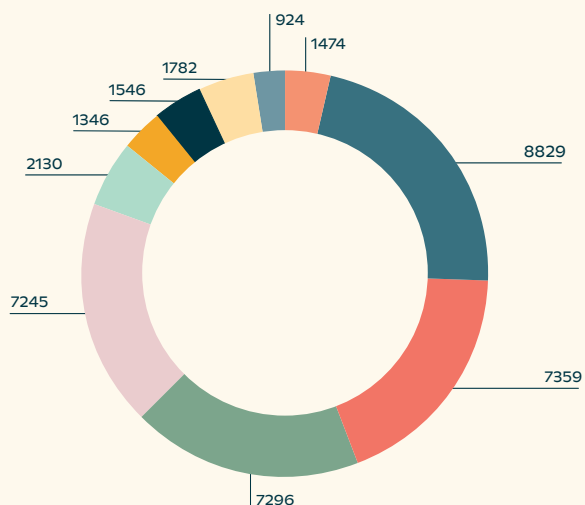
Après une certaine période d'accalmie, les coûts de la santé à la charge de l'AOS ont repris leur progression depuis 2022.

Pour cette raison, les primes ont aussi augmenté (+8,7% de 2023 à 2024 et +6% de 2024 à 2025).

Cette évolution devrait se poursuivre ces prochaines années, surtout qu'aucune mesure vraiment efficace n'est prise.

Afin de pouvoir freiner autant que possible cette hausse, le Groupe Mutuel propose différentes mesures, qui pourraient être discutées dans le cadre d'une « task force » avec les acteurs du système de santé. Seule une collaboration entre les différents acteurs du secteur de la santé pourra en effet permettre de limiter la progression des coûts.

Selon les statistiques de l'OFSP pour 2023, voici la répartition des coûts bruts à la charge de l'AOS entre les différents secteurs (en million de francs):



- Médecin ambulatoire
- Hôpital stationnaire
- Hôpital ambulatoire
- Médicaments
- EMS
- Spitex
- Physiothérapie
- Laboratoires
- Moyens et appareils
- Autres prestations ambulatoires

Pour les groupes de coûts les plus importants, l'évolution suivante a été observée entre 2013 et 2023 (coûts bruts par assuré selon le bloc de coûts):

- Médicaments: +39%
- Médecin ambulatoire: +28%
- Hôpital ambulatoire: +37%
- Hôpital stationnaire: -3%

Malgré des montants globaux de moindre importance, ces blocs de coûts ont augmenté fortement durant cette même période :

- Physiothérapie: +100%
- Moyens et appareils : +90%
- Laboratoires: +90%

Le Groupe Mutuel recommande que les mesures suivantes soient mises en œuvre dès que possible pour permettre de limiter la progression des coûts à la charge de l'AOS et donc des primes de l'assurance-maladie sociale.

Planification hospitalière

Le secteur des soins stationnaires représente une part importante des coûts à la charge de l'AOS (plus de 7,3 milliards de francs en 2023). À cela s'ajoute la part des coûts des cantons, qui s'élève à environ 9 milliards de francs. Les cantons sont actuellement chargés d'établir la liste des établissements reconnus (au bénéfice d'un mandat de prestations). Les structures reconnues ne devraient pas excéder les besoins. Par ailleurs, la sélection des établissements devrait aussi se baser sur des critères de qualité notamment en assurant que les hôpitaux aient un nombre minimum de cas suffisant pour garantir l'expérience et l'expertise de leur équipe de soins (et également fournir des soins de manière efficiente). Selon une étude réalisée pour le compte du Groupe Mutuel, 46% des hôpitaux n'ont pas atteint en 2018 le nombre minimum de cas requis (recommandation de la CDS – Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé). Par exemple pour le traitement du cancer du sein, le nombre minimum de cas n'est respecté que par 30 hôpitaux sur 83, ce qui revient à dire que 63,9% des hôpitaux n'atteignent pas le nombre minimum de cas requis. 1675 patientes sur 7270 (23%) sont concernées.

Toutefois, **les cantons jouent de nombreux rôles** (planificateur des prestations, prestataire de soins, financeur ou encore juge en cas de litige tarifaire entre les hôpitaux et les assureurs ainsi que celui de pilote du secteur ambulatoire). Ces multiples responsabilités empêchent les cantons de réaliser correctement leur tâche de planification de l'approvisionnement en soins. En 2023, une collaboration des cantons de Suisse orientale a même échoué en raison de l'esprit de clocher des cantons. **Ainsi, selon les données de l'OFS (données pour 2022), la Suisse compte 275 établissements hospitaliers, pour 596 sites.**



Ce chiffre est très important pour un pays comme la Suisse. Selon les données de l'OCDE (pour 2019), le nombre de lits en Suisse se monte à 4,6 pour 1000 habitants. Ce chiffre est de 7,9 en Allemagne, 7,2 en Autriche et 5,8 en France. Par contre, il se monte à 2,6 au Danemark et à 2,1 en Suède. La Suisse a de plus une des densités hospitalières les plus élevée en Europe. 99,8% de la population helvétique peut se rendre dans un hôpital en moins de 30 minutes. Ce luxe coûte trop cher et a un impact négatif sur la qualité des soins.

Ainsi, dans ce domaine, le Groupe Mutuel propose :

- que **les planifications hospitalières soient édictées au niveau de régions** (en se basant sur les flux de patients). Une possibilité serait de développer 5 à 7 régions. Ainsi, plusieurs cantons devraient se mettre ensemble pour définir la planification au niveau d'une région,
- qu'une étude analyse la **faisabilité d'une concentration de la médecine spécialisée sur certains sites**,
- que cette centralisation de la médecine spécialisée s'accompagne d'un **renforcement des soins de proximité**.

Le modèle développé par le Danemark pourrait être utilisé comme référence (chaque région dispose d'un centre hospitalier universitaire, avec des urgences spécialisées, et le nombre d'hôpitaux généraux a été réduit – de 40 à 21).



A noter qu'une systématisation des traitements ambulatoires permettrait, selon une étude de PwC de 2016, de réaliser **un milliard de francs** d'économie par an.

Dans le cadre d'une réorientation de la planification hospitalière, les prestations d'intérêt général (PIG) doivent également être repensées. Les PIG au sens envisagé comprennent notamment les contributions des cantons au maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que pour la recherche et l'enseignement universitaire. Or, en raison de formulations législatives vagues, certains cantons utilisent aujourd'hui les PIG de manière opaque pour subventionner indirectement des hôpitaux inefficaces. Une transparence accrue, par exemple grâce à des définitions claires et à des appels d'offres, allégerait la charge des contribuables et favoriserait la concurrence intra- et intercantonale.



Médicaments

Les médicaments représentent également un important facteur de coûts à la charge de l'AOS (plus de 7,2 milliards de francs en 2023). Dans ce domaine, on constate:

- une **sous-utilisation des génériques** (en volume, deux fois moins élevée que dans les pays de l'OCDE),
- une **hausse conséquente des prix des nouvelles thérapies** mises sur le marché,
- une **progression des coûts** malgré les adaptations de prix édictées par le DFI (coûts des médicaments: 3,2 milliards de francs en 2000, 4,7 milliards de francs en 2010 et 6,5 milliards de francs en 2021 – soit plus d'un doublement des coûts en 20 ans),
- une augmentation croissante de l'utilisation et de la consommation de médicaments : selon l'Enquête suisse sur la santé 2022, plus de la moitié de la population (55 %) a pris un médicament au cours d'une période de sept jours. La consommation augmente continuellement depuis 30 ans (38 % en 1992),
- une **utilisation des possibilités offertes par le cadre légal** par les firmes pharmaceutiques.

Selon l'analyse de comparaison des prix des médicaments pratiqués en Suisse et à l'étranger, les prix des médicaments protégés par un brevet sont en moyenne 5,4% plus bas dans plusieurs pays européens, et ceux tombés dans le domaine public coûtent 10,8% de moins à l'étranger.

Les écarts de prix sont surtout frappants en ce qui concerne les génériques et les biosimilaires: à l'étranger, les génériques sont environ deux fois moins chers (45,5%), les biosimilaires coûtent 27,5% de moins.

Dès lors, plusieurs mesures devraient être étudiées :

- **Compétences du Parlement (délai de mise en œuvre plus long**
 - adaptation de lois)
 - introduire le **système des prix de référence**, notamment afin de renforcer l'utilisation des génériques. Ce système a été proposé par le Conseil fédéral dans le cadre du 1er paquet de mesures pour limiter les coûts AOS,
 - **changer la tarification** (voir VBHC),
 - permettre un **remboursement des médicaments achetés à l'étranger**, sous condition qu'ils soient prescrits en Suisse et que les prix à l'étranger soient inférieurs aux tarifs suisses (environ 40 millions de francs par année).

- **Compétences du Conseil fédéral (délai de mise en œuvre plus court – adaptation d'ordonnances).** Le Conseil fédéral a déjà pris des mesures pour 2024, mais le Groupe Mutuel estime qu'elles pourraient aller plus loin.
 - augmenter les **écarts de prix pour les biosimilaires et les génériques**,
 - augmenter la **quote-part** lorsqu'une préparation originale est délivrée alors qu'un générique pourrait être utilisé,
 - diminuer la **marge de distribution** pour les préparations originales (marge identique pour les produits à principe actif identique)

Il convient également d'analyser plus en détail les éléments visant à renforcer davantage la responsabilité individuelle, par exemple le système de co-paiement en France, où les assurés prennent en charge une partie des coûts des médicaments sur ordonnance, en dehors des autres participations aux coûts, en fonction de l'efficacité médicale et de la nécessité du médicament concerné (échelonnement de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie : 100 %, 65 %, 30 % ou 15 %).



Le Conseil fédéral estime qu'avec l'introduction du système des prix de référence des médicaments, les dépenses au titre de l'AOS pourraient diminuer de plusieurs centaines de millions de francs par an.

Médecins et accès au système de santé

En 2023, les médecins ambulatoires représentaient le plus important groupe de coûts (plus de 8,8 milliards de francs). Globalement, la répartition des médecins entre les praticiens de premier recours et les spécialistes devrait être optimisée. Selon la statistique médicale de la FMH, en 2022, 39% sont des médecins de premier recours (sans spécialité, internistes, praticiens ou généralistes). Ce taux était encore de 45% en 2010. Selon les études de l'OCDE, la répartition devrait être exactement inversée pour un fonctionnement optimal du système de santé. À cela s'ajoute le problème que, selon la FMH, l'âge moyen des médecins est de 50 ans. Un quart des médecins ont même déjà plus de 60 ans. Un défi majeur se profile donc pour les années à venir, en particulier dans le domaine des soins de base.

Par ailleurs, l'évolution du nombre de médecins (aussi selon les équivalents plein temps) suit la progression des coûts



à la charge de l'AOS, avec un aplanissement en 2020.

Afin de favoriser l'établissement de nouveaux médecins de premier recours, les mesures suivantes pourraient être mises en œuvre :

- les **critères d'entrée et de sélection pour la formation** devraient être revus et adaptés,
- ils devraient jouer un rôle central **comme acteur principal des réseaux de soins intégrés** (création de centres médicaux interdisciplinaires, ...),
- le rôle des médecins de premier recours devrait être consolidé, ils pourraient ainsi notamment renforcer le **gate-keeping**, qui permet une meilleure orientation des patients en fonction de leurs symptômes,
- Il faut également discuter de leur rémunération nettement inférieure à celle des spécialistes.

Il s'agit aussi de prendre des mesures pour **renforcer l'accès au système de santé** (comme par exemple une meilleure utilisation des compétences des pharmaciens, le développement des plateformes de télémédecine, le renforcement du rôle des nurse practitioner, etc.). L'objectif est d'éviter un engorgement des urgences et de permettre au patient d'utiliser la porte d'entrée adéquate en fonction de ses besoins (maux). Les soins médicaux de base doivent être modernisés en conséquence et faire davantage l'objet d'une approche globale, par exemple grâce au recours accru aux centres ambulatoires.

VBHC et tarification

L'objectif visé par le VBHC est de fournir les meilleurs soins possibles à chaque patient, dans la limite des ressources disponibles. Il s'agit ainsi d'une **approche de prestations de soins de santé centrée sur le patient**. Elle vise à améliorer les résultats de santé qui comptent le plus pour les patients tout au long de leurs parcours de soins, tout en optimisant les ressources de santé et le coût pour la société.

Concrètement, il s'agit de comprendre le parcours santé de nos clients afin d'identifier les leviers d'action pour optimiser l'expérience client et les outcomes cliniques et de renforcer la concurrence sur la qualité.

Un axe important se rapporte à la tarification. En effet, les systèmes actuels de rémunération engendrent de mauvais incitatifs. **Selon les estimations d'experts tels que le Surveillant des prix, 20% des prestations fournies seraient inutiles.**

La **rémunération**, qui **se base actuellement sur la quantité** des prestations fournies, joue un rôle déterminant. Les prestataires de soins ne sont pas incités à pratiquer de manière optimale (utilisation efficiente des ressources en prenant en compte la valeur pour les patients), mais maximale (fourniture de toutes les prestations possibles). De plus, le prestataire qui travaille de manière inefficace est mieux rémunéré (rétribution supplémentaire pour chaque prestation, même si elle est inutile ou superflue, et ceci est également le cas pour les prestations liées à une mauvaise qualité, comme les réhospitalisations).

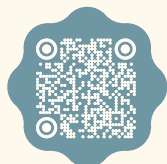
Pour le Groupe Mutuel, les systèmes actuels de rémunération devraient par conséquent être remplacés par une approche **«Pay for Quality» (P4Q)**. Il s'agit d'un instrument prometteur pour un système de santé performant, durable et finançable, dans lequel la qualité figurerait au centre des préoccupations et la valeur serait créée pour les patients. L'objectif est de **promouvoir la qualité**

de l'indication et des résultats et de les lier à la rémunération. Si la rémunération est liée à des objectifs de qualité clairs et plus stricts, non seulement les coûts seraient réduits, mais la qualité serait également améliorée dans l'intérêt des patients.

De plus, ces modèles de rémunération innovants peuvent également avoir pour objectif de favoriser la coordination des soins. Une situation gagnant-gagnant pour tous. Cette philosophie peut être appliquée de manière généralisée, pour les interventions chirurgicales, les soins ambulatoires, les médicaments, etc. Afin d'étendre le P4Q également dans le domaine ambulatoire, les médecins devraient obligatoirement saisir des données de qualité (outcome et valeur pour le patient) et les publier de manière transparente. Si cette obligation n'était pas remplie, une sanction possible serait la perte de leur habilitation à pratiquer à la charge de l'AOS.

Comme ces démarches prendront un certain temps à se développer, **l'utilisation des forfaits devrait se généraliser durant cette phase de transition.** Cette période devrait aussi être utilisée pour rendre obligatoire la mesure uniforme de certains paramètres comme les PROMs (Patient-reported outcome measures), les PREMs (Patient-reported experience measures) et les CROMs (Clinician-reported outcome measures).

Le Groupe Mutuel a publié une brochure séparée sur le thème VBHC, dans laquelle il présente son point de vue et ses projets. Elle peut être téléchargée à l'aide du code QR ci-dessous.



<http://www.groupemutuel.ch/brochures>

Optimisation du catalogue des prestations: renforcer la liberté de choix

Actuellement le catalogue des prestations est très vaste. Les assureurs pourraient être autorisés d'offrir un nouveau modèle qui ne couvrirait qu'une partie des prestations prises en charge actuellement, tout en garantissant bien sûr les soins vitaux. Cela serait également réalisable grâce à l'introduction de franchises par cas (avec cette solution, il faut précisément définir ce que représente un cas). Une autre option serait d'indiquer explicitement quelles prestations ne seraient pas prises en charge par l'AOS, mais directement financées par le patient / l'assuré.

Pour identifier les prestations qui ne seraient plus prises en charge, les recommandations des différentes sociétés médicales émises dans le cadre de l'initiative smarter medicine pourraient être retenues. Il s'agirait aussi des prestations qui ne respecteraient plus les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité fixés dans la LAMal et qui auraient fait l'objet d'une évaluation HTA. Afin de préserver le principe de solidarité, il conviendrait dans ce cas d'examiner un affinement de la compensation des risques afin de conserver un équilibre adéquat entre les différents modèles.



Adaptation des franchises à l'évolution des coûts

La dernière modification des montants des franchises date de plusieurs années, mais elle fait actuellement l'objet de discussions au Parlement. Afin de prendre en compte la progression des coûts depuis lors, la participation des assurés devrait aussi être adaptée. Il conviendrait en effet de maintenir le même rapport entre la franchise ordinaire et les coûts bruts par personne que lors de l'introduction de la LAMal. La franchise joue en effet un rôle modérateur dans la consommation des soins.



Selon une étude réalisée par Helsana, **une augmentation de la franchise minimale à 500 francs permettrait déjà de réaliser des économies pouvant atteindre 1,2 milliard de francs.** Il ne s'agit toutefois pas en premier lieu d'une réduction des coûts, mais plutôt d'un transfert de ceux-ci. On peut toutefois supposer que l'adaptation des habitudes de consommation entraînera une réduction des coûts.



Evaluation de l'économicité et contrôle des factures

L'évaluation de l'économicité a pour objectif d'identifier les médecins dont les coûts sont injustifiés et nettement supérieurs à la moyenne. À cette fin, tarifsuisse sa effectue, pour le compte des assureurs-maladie, des contrôles de l'économicité auprès des fournisseurs de prestations. Ces contrôles ont notamment un effet préventif important, ce qui en fait un instrument essentiel dans la lutte contre les coûts excessifs. Afin de déterminer de manière aussi efficace et efficiente que possible les coûts moyens statistiquement trop élevés des prestataires de soins, il est nécessaire de **continuer à développer la méthodologie et d'étendre les contrôles de l'économicité à d'autres prestataires**, par exemple aux prestations ambulatoires dans les hôpitaux. Le **contrôle des factures**, qui incombe aux assureurs-maladie, permet quant à lui de réaliser chaque année des économies considérables, qui pourraient être encore plus importantes par des contrôles **plus intensifs et plus spécifiques**.

Digitalisation

Jusqu'à aujourd'hui, une demande accrue de soins était couverte par une extension de l'offre. Toutefois, nous atteignons désormais les limites de la viabilité financière pour de nombreux ménages. Ainsi, il est maintenant nécessaire de mieux utiliser les ressources disponibles et donc de travailler sur l'optimisation et l'efficacité de notre fourniture des soins.

Dans ce cadre, la digitalisation joue un rôle important. **Le dossier électronique du patient «standard» pour tous devrait enfin être introduit** (système plus simple et plus performant que celui en cours de développement). Ce système devrait permettre d'éviter la multiplication d'actes médicaux identiques. Par ailleurs, il devrait aussi réduire les effets indésirables dus à la prise de nombreux médicaments. Le dossier électronique du patient devrait être rendu obligatoire. De plus, la conception devrait être uniforme pour garantir une interopérabilité.

L'objectif visé est que les différentes solutions disponibles soient interopérables et puissent échanger des informations entre elles.





Actuellement, le Conseil fédéral élabore une révision complète de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient. Il proposera que les personnes soumises à l'AOS soient automatiquement affiliées à un dossier électronique du patient par les cantons. Les fournisseurs de prestations autorisés à facturer à charge de la LAMal seraient, pour leur part, obligés de s'affilier à une communauté de référence ou à une communauté, sous peine de sanction. En outre, l'infrastructure technique du DEP serait désormais centralisée et mise à disposition par la Confédération, ce que le Groupe Mutuel soutient.

Concernant la répartition des compétences, la Confédération serait en charge des composants techniques et donc du développement du dossier électronique, alors que les cantons assumeraient des tâches opérationnelles (vérification de l'existence d'une communauté de référence sur le canton, surveillance de l'affiliation des fournisseurs de prestations à une communauté de référence, assurer la procédure d'affiliation automatique, etc.)

Sur le plan du contenu, une standardisation des données dans des formats structurés est actuellement envisagée.

L'utilisation ciblée de données pour identifier certains groupes d'assurés ou de patients, comme le prévoit le deuxième volet des mesures pour limiter les coûts, pourrait aussi permettre de renforcer les mesures de prévention et de sensibilisation aux coûts (promotion des génériques, programmes de gestion de certaines maladies [Disease Management], etc.)

Les nouvelles technologies permettent également de faciliter l'anamnèse des patients et la recherche de la maladie dont souffre le patient. **L'intelligence artificielle** pourrait, par exemple, accompagner la prise de décision par le médecin (le cadre légal doit encore être précisé quant à l'utilisation et au développement possible de cette technologie).

En plus de la digitalisation, **les processus devraient aussi être améliorés et optimisés**. L'utilisation de la télémédecine et des applications (par exemple des applications de service pour soutenir la détection précoce de risques pour la santé ou la prise ponctuelle de médicaments, ainsi que des applications médicales qui sont en mesure d'atténuer les symptômes de maladies ou de soutenir le suivi de valeurs pour des maladies telles que le diabète ou les troubles du rythme cardiaque) pourrait aussi être développée.



Selon l'OFSP, le déploiement généralisé du dossier électronique du patient pourrait générer **200 millions de francs** d'économie par année.

Selon une autre étude de PwC, la mise en œuvre de solutions e-health, une optimisation des processus et une meilleure coordination des prestataires de soins peuvent permettre de générer des économies de **1,2 milliard de francs**.



10:15

Voir plus

Factures et demandes

Santé

Actualités

Recommandez-nous et gagnez jusqu'à CHF 200.-

Vous êtes prêt(e) des recommander à vos proches MyAOS? Accédez à nos offres à mi-prix gratuitement!

Documents

ScayPDF

Demands

Factures

Prévention

Le système de santé suisse se focalise principalement sur le traitement des maladies, soit sur les prestations visant à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Des moyens plus importants devraient toutefois être investis dans la prévention. La prévention primaire permet d'éviter ou de réduire la survenance des maladies. La prévention secondaire cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans la population.

Des programmes de lutte contre la sédentarisation, en faveur d'une alimentation plus saine ou d'une utilisation de remèdes naturels, d'une promotion de la santé en entreprise, d'une bonne santé psychique seraient, par exemple, envisageables.

A cette fin, la Suisse devrait s'inspirer de ce qui est fait à l'étranger. On peut citer par exemple les programmes pour favoriser une alimentation équilibrée, pour la prévention dans le monde du travail et pour la détection précoce des maladies. Il s'agit également des programmes de Disease Management en faveur des malades chroniques. Ces programmes visent à ce que les patients gèrent au mieux leur maladie et adaptent leur mode de vie (alimentation, activité physique) pour éviter que leur maladie s'aggrave. L'introduction du « Bundled Payment » permettrait d'encourager la coordination des soins et une meilleure prise en charge de ces patients chroniques.

De manière générale, l'objectif de la prévention devrait être de lutter contre les maladies chroniques. Parmi celles-ci, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires, le diabète et les maladies musculosquelettiques représentent chaque année près de 40% des coûts directs de la santé en Suisse. Il s'agit donc de travailler sur les facteurs de risques principaux (mode de vie ainsi que facteurs sociaux et économiques) afin de rester en relative bonne santé.

L'introduction dans l'AOS de contrats d'assurance portant sur plusieurs années permettrait de travailler plus étroitement avec l'assuré, autant dans le domaine de la prévention que dans celui des coûts (programmes de Disease Management).





Scannez et découvrez notre
structure juridique
www.groupemutuel.ch/structure

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding AG
Rue des Cèdres 5 - CH-1919 Martigny
0848 803 111 / groupemutuel.ch