

# Position

Novembre 2019

DU GROUPE MUTUEL

## Coûts de l'assurance obligatoire des soins

### En bref

Pour tous les secteurs de l'économie, l'augmentation des volumes est un motif de réjouissance. Toutefois, il n'en va pas de même pour le système de santé en raison du financement solidaire des services «consommés».

Depuis plusieurs décennies, les dépenses de santé en Suisse, dont un tiers est financé par l'assurance obligatoire des soins (AOS), augmentent régulièrement. En 2018, les coûts des soins de santé financés par l'AOS s'élevaient à 34 milliards de francs.

Dans ce papier, vous trouverez l'évolution des coûts ainsi que leur répartition.



### Votre contact auprès du Groupe Mutuel

**Miriam Gurtner**

Tél. 058 758 81 58

[migurtner@groupemutuel.ch](mailto:migurtner@groupemutuel.ch)

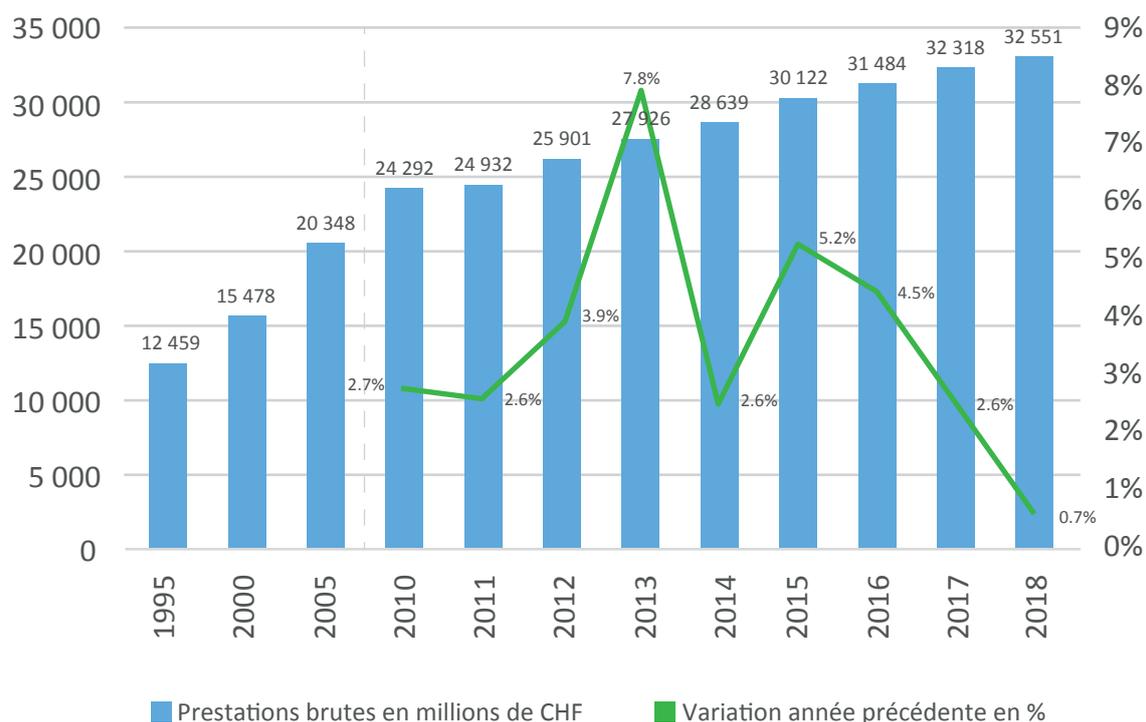
[www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® Entreprise®

**Groupe Mutuel**  
Assurances  
Versicherungen  
Assicurazioni

## Evolution des prestations brutes AOS<sup>1</sup>



Bien que l'augmentation des prestations brutes en 2018 soit moins importante que l'année précédente en raison de circonstances exceptionnelles<sup>2</sup>, la tendance demeure malgré tout à la hausse, en particulier lorsqu'on observe les chiffres au fil des ans.

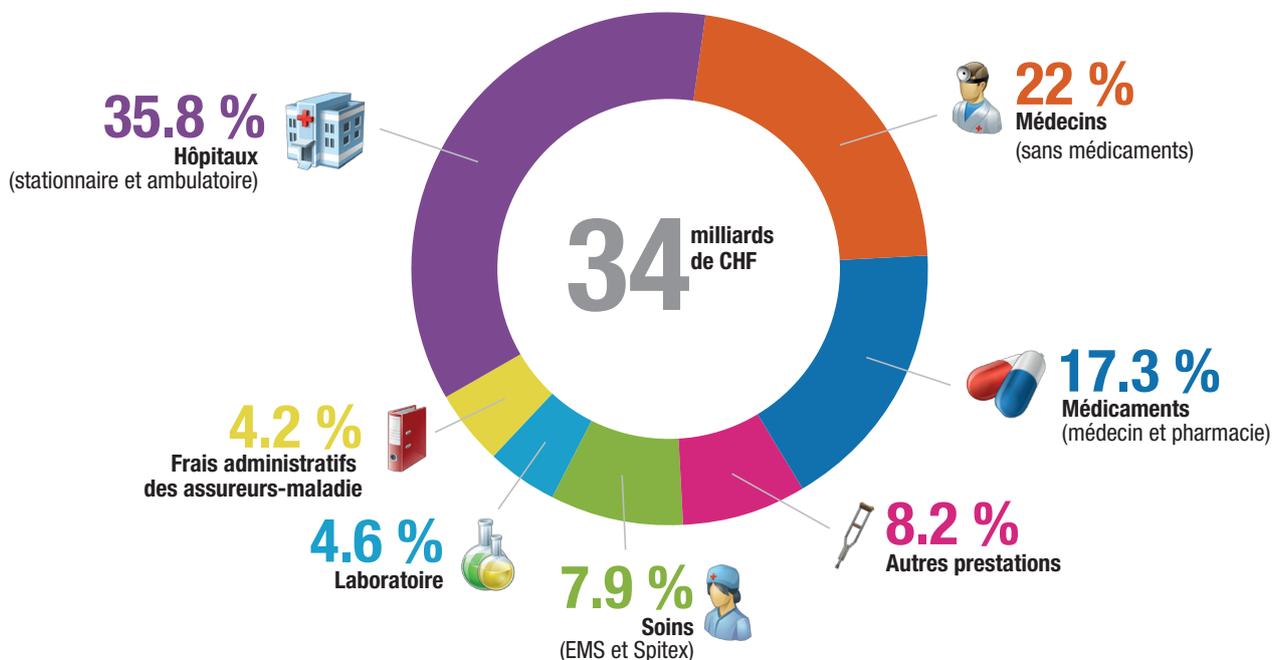
Le coût des prestations brutes de l'AOS a augmenté de 8,3 milliards de francs depuis 2010, de 12,5 milliards de francs depuis 2005, et de 20,1 milliards de francs depuis 1996.

La croissance annuelle du coût des prestations AOS la plus forte jusqu'à aujourd'hui a été de plus de 2 milliards de francs en 2013 (+7,8%) et peut être notamment attribuée à l'introduction du nouveau financement des hôpitaux.

<sup>1</sup> Source: T 1.01, «Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2018, Office fédéral de la santé publique».

<sup>2</sup> Les interventions du Conseil fédéral dans le cadre de TARMED ont eu une influence sur cette augmentation modérée des coûts, mais il s'agit d'un effet isolé. En l'absence de contre-mesures, les progrès de la médecine, tels que les coûteuses thérapies géniques, l'évolution démographique, ainsi que les différentes mesures déjà prises ou envisagées, notamment dans le domaine de la structure tarifaire des médecins ou en faveur de l'amélioration des soins, vont engendrer de nouveaux coûts supplémentaires dans les années à venir et faire peser une charge additionnelle sur les payeurs de primes.

## Coûts bruts AOS selon les groupes de coûts en 2018



### Hôpitaux

Les hôpitaux suisses (ambulatoire et stationnaire) représentent 35,8% des dépenses de l'AOS. Sur 12,2 milliards de francs, 6,6 milliards de francs concernent le domaine stationnaire et 5,8 milliards de francs le domaine ambulatoire.<sup>3</sup> **Entre 2008 et 2018, les prestations brutes de l'AOS dans le secteur ambulatoire-hospitalier ont augmenté davantage que dans le secteur stationnaire (+71,2% vs. +25,5%).** Avec le transfert des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire (cf., par exemple, les listes cantonales et nationale de prestations qui doivent être effectuées en ambulatoire), les coûts du secteur ambulatoire vont encore augmenter. Cette évolution est problématique pour les assureurs-maladie et les payeurs de primes, puisque les coûts dans le secteur ambulatoire sont financés à 100% par les primes, contrairement aux coûts stationnaires, auxquels les cantons contribuent à hauteur de 55%. Pour éviter que le développement de l'ambulatoire alourdisse davantage la charge des primes,

il convient d'introduire le plus rapidement possible le **financement uniforme** de toutes les prestations ambulatoires et stationnaires, ainsi qu'une tarification économique sous la forme de forfaits ambulatoires.

### Médecins

Les médecins (sans médicaments) représentent 22% des dépenses de l'AOS. Depuis l'introduction de l'AOS en 1996, le coût des prestations médicales dispensées en cabinets médicaux (médicaments inclus) a pratiquement triplé, passant de 3,2 à 9,5 milliards de francs en 2018, à l'instar du nombre de médecins qui a également plus que triplé au cours de la même période (de 12 711 à 37 525<sup>4</sup>).<sup>5</sup> Cela montre que la conception actuelle du gel des admissions n'a pas l'effet attendu et qu'il devrait être remplacé par un pilotage obligatoire du domaine ambulatoire par les cantons. Ces derniers devraient cofinancer ce domaine. Pour la période 2008-2018, les prestations brutes dans le domaine de la médecine ambulatoire en cabinet ont augmenté de +46,5%. L'un

<sup>3</sup> Source des prestations brutes par groupes de coûts: T 2.16 et T 2.17, «Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2018», Office fédéral de la santé publique

<sup>4</sup> Source: Statistiques FMH 2018 concernant les médecins.

<sup>5</sup> Sur la même période, la population a augmenté de 20%.

des problèmes à cet égard est le tarif individuel Tarmed qui crée des incitations inopportunes à augmenter les volumes. Il convient donc de le remplacer par des tarifs forfaitaires économiques et appropriés dans le plus de spécialités médicales possibles.

## Médicaments

Les médicaments en pharmacie représentent 17,3% des dépenses de l'AOS. De 2008 à 2018, le coût total de tous les médicaments vendus dans les pharmacies suisses ou par les médecins est passé de 4,6 milliards de francs à 5,9 milliards de francs. Grâce à diverses mesures<sup>6</sup> prises ces dernières années, il a donc été possible d'éviter que le prix des médicaments soit le principal facteur de coût. Néanmoins, il est nécessaire d'agir sur le prix des médicaments chers, des génériques et de la distribution des médicaments.

## Soins (EMS et Spitex)

Les établissements médico-sociaux (EMS) et les soins à domicile (Spitex) représentent 7,9% des dépenses de l'AOS. En 2018, 1,75 milliard de francs sur un total de 2,7 milliards de francs a été engagé dans les EMS et 940 millions de francs dans les soins à domicile (Spitex). Dans ce domaine, la tendance est également à l'augmentation des services ambulatoires (augmentation des soins à domicile), ce qui occasionne des coûts supplémentaires à la charge des payeurs de primes et un allègement des finances cantonales (en ce qui concerne les prestations de l'AOS) en raison du système de financement des soins actuel. Par ailleurs, si la facturation autonome était introduite pour les soignants par l'initiative de soins ou le contre-projet associé, les prestations de soins ambulatoires augmenteraient encore plus. Compte tenu de l'évolution démographique et du fait que l'âge de dépendance aux soins de la génération du baby-boom sera bientôt atteint, des mesures pour le financement des soins de longue durée sont indispensables<sup>7</sup>. Le transfert de tous les coûts liés aux soins sur les payeurs de primes n'est pas une solution envisageable<sup>8</sup>.

## Autres prestations (physiothérapie, laboratoire, moyens et appareils)

Les autres prestations ambulatoires (physiothérapie, frais de laboratoire, moyens et appareils, médecine alternative, chiropraxie), représentent 12,8% des dépenses de l'AOS. Sur les 4,3 milliards de francs, 1,6 milliard de francs a été alloué aux laboratoires (300 millions de francs en 1996) et 1,1 milliard de francs à la physiothérapie (400 millions de francs en 1996).

## Assureurs-maladie AOS

Les frais administratifs des assureurs-maladie (assurance de base) représentent 4,2% des dépenses. Les frais administratifs s'élèvent désormais à 1,4 milliard de francs, contre 900 millions de francs en 1996. Il convient de noter que, durant cette période, le nombre d'assurés a également augmenté. Les frais administratifs par personne assurée s'élèvent aujourd'hui à 168 francs, contre 133 francs en 1996.

Et ce, malgré le fait qu'en 1996, notamment, «seulement» environ 70 millions de factures ont dû être vérifiées, contre 110 millions de factures en 2016 – ce qui représente près de 15 factures par assuré et par an.

Ces contrôles de factures permettent à eux seuls d'économiser environ 10% des dépenses, ce qui correspond à près de 3 milliards de francs par an, soit le double des frais administratifs totaux des assureurs (qui englobent également les frais d'autres tâches administratives telles que la négociation des prix, la gestion des contrats, le service à la clientèle, etc.).

<sup>6</sup> Comparaisons de prix dans 9 pays; contrôle régulier de la liste des spécialités (1/3 des produits par an), 20% de franchise si aucun générique n'est utilisé; application d'un cours de change de l'euro conforme au marché).

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral table sur 5,8 milliards de francs de dépenses de l'AOS pour les soins de longue durée d'ici 2045. (dépenses totales pour les soins de longue durée pour l'ensemble des financeurs: 19,5 milliards de francs). Voir le rapport «Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée du 25 mai 2016», <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html/etat-des-lieux-perspectives-soins-longue-duree.pdf>

<sup>8</sup> La CDS l'exige dans le cadre de la proposition de loi relative au financement uniforme.

## Conclusion

Les chiffres relatifs aux frais de santé montrent clairement que les frais administratifs des assureurs-maladie ne représentent qu'une très faible proportion des coûts des primes. En outre, le système concurrentiel incite fortement les assureurs-maladie à contrôler consciencieusement les factures, s'ils ne veulent pas devoir augmenter leurs primes plus que leurs concurrents. Par exemple, le contrôle des factures à lui seul permet d'économiser plus de 3 milliards de francs, soit plus du double des coûts administratifs des assureurs AOS.

Afin d'éviter que les évolutions susmentionnées (augmentation des traitements ambulatoires, incitations inopportunes par les tarifs individuels et augmentation massive des dépenses de soins de longue durée) ne frappent de plein fouet les payeurs de primes, l'introduction d'un financement uniforme, de tarifs forfaitaires dans le secteur ambulatoire et de nouveaux modèles de financement pour les soins de longue durée est indispensable.