

# Politique de la santé: un état des lieux



Faits actuels  
Réformes  
nécessaires

Édition 2023



# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Contexte</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1 Évolution des primes et des coûts   | 6         |
| 1.2 Évolution des coûts dans l'AOS:<br>les principaux groupes de coûts              | 7         |
| 1.3 Évolution actuelle des coûts  | 8         |
| <b>2. Causes de la hausse des coûts</b>   | <b>10</b> |
| 2.1 Offre médicale excessive<br>et inefficace                                       | 10        |
| 2.2 Prix excessifs des médicaments  | 11        |
| 2.3 Coûts croissants des soins  | 13        |
| 2.4 Quelles autres dépenses<br>faut-il redouter?                                    | 14        |
| <b>3. Quelles sont les réformes<br/>    devant être mises en œuvre?</b>             | <b>15</b> |
| 3.1 Prix des médicaments  | 16        |
| 3.2 Analyses de laboratoire   | 17        |
| 3.3 Tarif ambulatoire   | 18        |
| 3.4 Numérisation  | 19        |
| 3.5 Financement uniforme des<br>prestations ambulatoires et<br>stationnaires (EFAS) | 20        |
| 3.6 Planification hospitalière<br>supra-régionale                                   | 21        |
| 3.7 Gestion des admissions des<br>fournisseurs de prestations                       | 22        |
| 3.8 Conclusions: que faut-il faire?   | 23        |



## Mesdames, Messieurs,

La situation est alarmante: les primes 2023 ont fortement augmenté et les assurés paient, en moyenne, 5 pour cent de plus, ce qui correspond à la hausse des coûts depuis la fin de la pandémie. Pour santésuisse et ses membres, cette évolution est extrêmement préoccupante, car elle frappe de nombreux ménages qui sont déjà durement touchés par les hausses de prix dues à l'inflation.

santésuisse a tiré la sonnette d'alarme dès les premiers mois de l'année 2023: les hausses de coûts persistantes sont nettement supérieures à celles observées les années précédentes. En l'absence de contre-mesures conséquentes, de nouvelles et douloureuses hausses de primes sont inévitables.

Dans la présente publication, santésuisse vous propose une analyse approfondie de l'évolution des coûts de la santé, des différents secteurs ainsi que des conséquences sur les primes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les principaux facteurs de l'augmentation des coûts sont examinés en détail. santésuisse explique quelles sont les différentes solutions à mettre en place rapidement au cours de la prochaine législature 2023 à 2027, afin d'alléger substantiellement la charge des payeurs de primes. En effet, la viabilité financière de notre système d'assurance-maladie est essentielle pour continuer à offrir à tous un accès illimité à des prestations de qualité. Il s'agit de préserver et de protéger cet acquis. santésuisse s'engage de toutes ses forces dans ce sens.



**Verena Nold**  
Directrice

# 1. Contexte

Les dépenses de santé représentent une charge importante pour de nombreux Suisses et Suissesses. Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie en 1996, les coûts de l'assurance de base ont plus que doublé. L'augmentation annuelle s'élève à environ 3,5 pour cent par assuré. Les autres indicateurs n'ont pas du tout connu la même évolution au fil du temps: les salaires nominaux et le PIB n'ont augmenté respectivement que d'environ 1 et 1,5 pour cent par personne en moyenne depuis 1996. Ce découplage des taux de croissance a pour effet que les dépenses de santé pèsent toujours plus sur le budget personnel des payeurs de primes.

Renchérisssement

Qu'en serait-il si les produits de la vie quotidienne avaient subi le même renchérissement que les primes d'assurance-maladie:



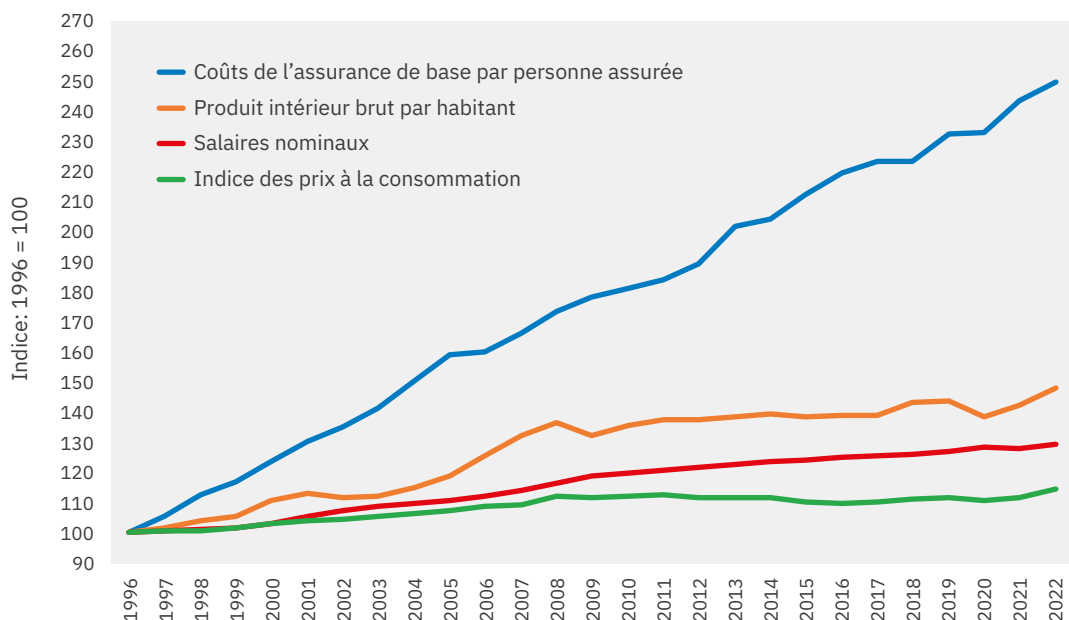
Prime  
standard  
adulte (26+)<sup>1</sup>

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| Renchérisssement réel →       | +197%  |
| 1996 (CHF) →                  | 173.10 |
| 2023 (CHF) →                  | 514.00 |
| Prix (CHF) →<br>hypothétique* |        |

\* Exemple: le prix de l'essence serait de CHF 3.45 si le renchérissement appliqué suivait celui de la prime standard (197%).

# Les coûts de la santé augmentent plus vite que les salaires

1996–2022



Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire / OFS – Indice suisse des prix à la consommation et comptes nationaux.



Litre  
d'essence<sup>2</sup>

**+57%**

1.16

**1.82**

**3.45**



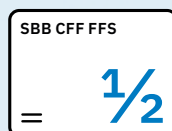
Timbre  
courrier A<sup>3</sup>

**+22%**

0.90

**1.10**

**2.65**



CFF  
abonnement  
demi-tarif<sup>4</sup>

**+23%**

150.00

**185.00**

**445.65**



Vignette  
d'autoroute<sup>5</sup>

**+33%**

30.00

**40.00**

**89.15**

Sources: <sup>1</sup>OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire / <sup>2</sup> [www.avenergy.ch](http://www.avenergy.ch) / <sup>3</sup> [www.post.ch](http://www.post.ch) / <sup>4</sup> Surveillance des prix, Entwicklung der Fahrkosten im Strassen- und Schienenverkehr (en allemand seulement) / <sup>5</sup> [www.swissinfo.ch](http://www.swissinfo.ch).

## 1.1.

### Évolution des primes et des coûts

Après quelques années d'évolution stable des primes entre 2019 et 2022, les primes pour l'année 2023 ont à nouveau fortement augmenté. Pour 2024, il faut également s'attendre une hausse des primes supérieure à la moyenne. En 2022, les coûts de la santé ont augmenté de 2,6 pour cent par assuré. C'est ce qui ressort d'évaluations actuelles et détaillées de santésuisse prenant en compte les coûts basés sur la date de facturation. Les coûts attendus en 2023 et 2024 sont eux aussi décisifs pour le calcul des primes de l'an prochain: santésuisse table sur une croissance des coûts supérieure à la moyenne pour ces deux années.

### Évolution des réserves

Les assureurs-maladie ont considérablement contribué à ce que les primes aient pu être stabilisées de 2019 à 2022. Ils ont réduit une partie de leurs réserves pour répondre à une demande politique et épargner autant que possible les assurés pendant la période difficile de la pandémie. Cet argent a été en partie directement remboursé ou utilisé pour couvrir le déficit résultant de la différence entre les coûts et les primes perçues.

Compte tenu de l'évolution des coûts en 2022 et en 2023, de la réduction des réserves et de la situation actuellement compliquée sur les marchés financiers, les réserves, qui s'élevaient à environ 12 milliards de francs (début 2022), ont baissé à 8,5 milliards de francs (début 2023), selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le risque est que tous les assureurs ne puissent plus présenter un taux de solvabilité de 100 %.



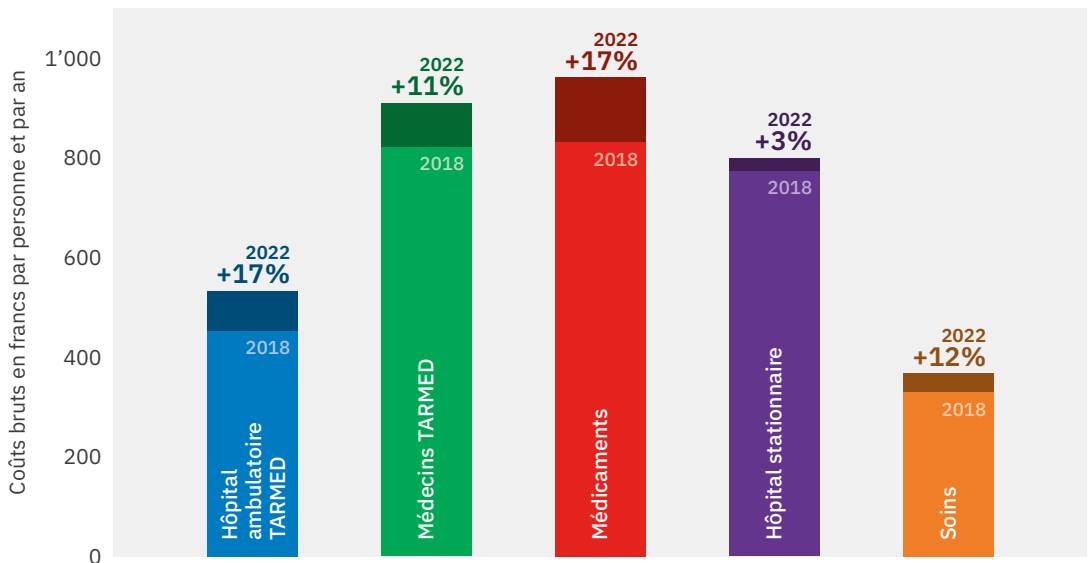
## 1.2.

### Évolution des coûts dans l'AOS: les principaux groupes de coûts

Comme l'illustre le graphique ci-après, ce sont les coûts des médicaments et des prestations ambulatoires (médecins et hôpitaux) qui augmentent le plus fortement depuis quelques années. Ces deux secteurs représentent la majeure partie des dépenses de l'assurance de base. En 2022, les dépenses de soins ont aussi connu une croissance supérieure à la moyenne. Cette tendance se poursuit en 2023.

#### Croissance par groupe de coûts

2018–2022



Source: SASIS - Pool de donnée. Années 2018–2021. D'après date de facturation et canton de domicile.

### 1.3.

#### Évolution actuelle des coûts

En raison également d'effets de rattrapage après la pandémie de coronavirus, la croissance des coûts est passée à 2,6 pour cent par personne assurée en 2022 (exercice comptable). Cette croissance s'accélère encore au cours de l'année 2023. Au cours des six premiers mois, les coûts de l'assurance de base ont augmenté de 6,4 pour cent par personne.

Et les prévisions pour 2024 ne promettent pas non plus d'amélioration. La croissance des coûts devrait continuer à s'accélérer dans les grands groupes de coûts comme les médicaments et les soins de longue durée, mais des secteurs apparemment moins importants continuent également à augmenter fortement: cela concerne notamment la physiothérapie ou la psychothérapie psychologique.

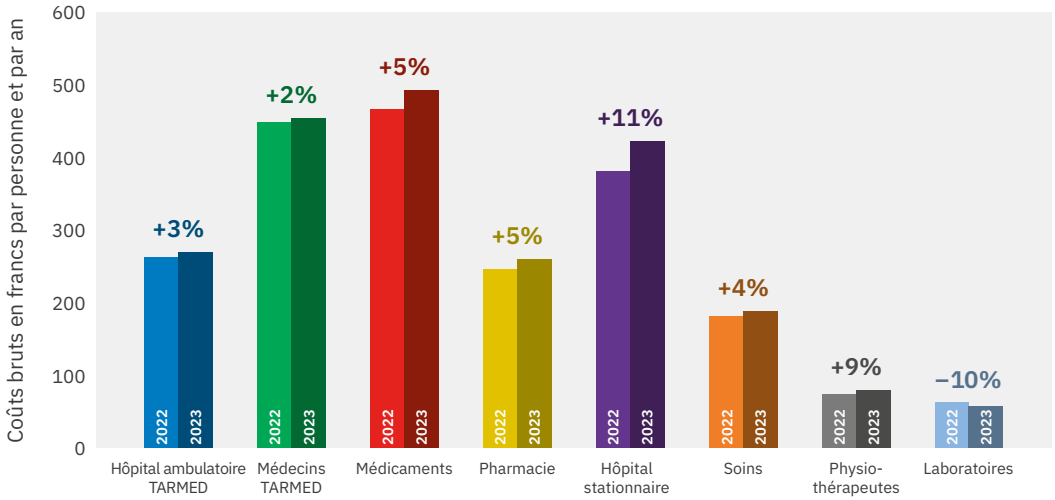


Prévisions



## Croissance par groupe de coûts jusqu'en juin

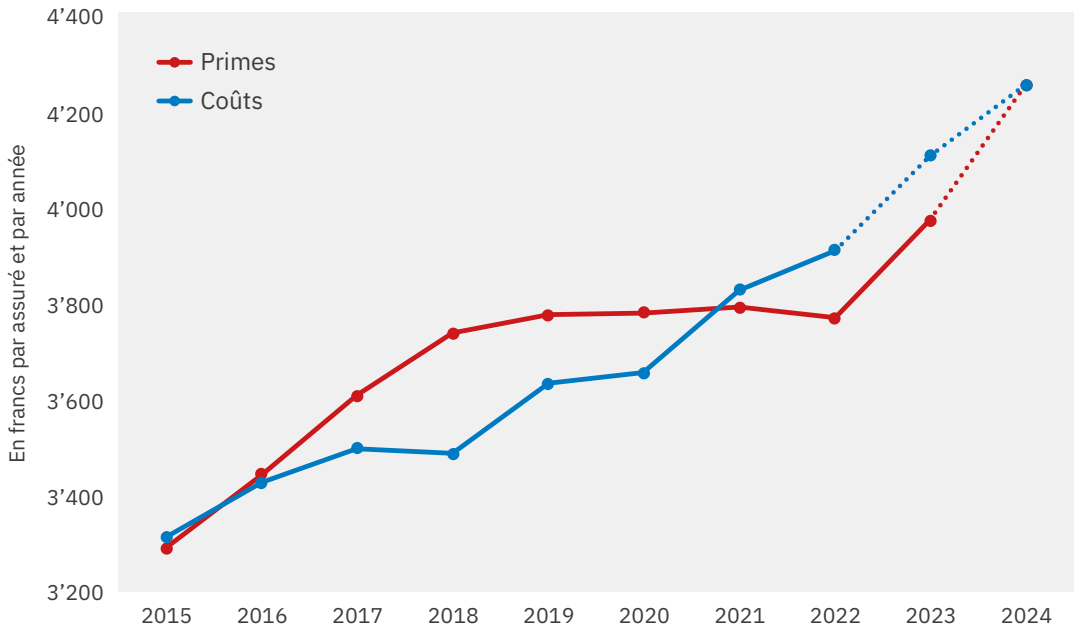
2022 et 2023



Source: SASIS - Pool de données. Année 2022 et 2023 Données semestrielles d'après le canton de domicile et l'année de facturation.

## Besoin de rattrapage sur les primes

2015-2024



Source: OFSP, statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2020, propre estimation.

## 2. Causes de la hausse des coûts

Le progrès médico-technique et les coûts plus élevés durant les dernières années de vie sont souvent invoqués comme des facteurs de coûts dans le système de santé suisse. Le progrès technique permet toutefois aussi d'améliorer l'efficacité des méthodes de traitement, ce qui justifie partiellement les coûts croissants en termes de rapport coût-efficacité. Le facteur de l'âge est souvent surestimé. Les coûts augmentent certes avec l'âge. Toutefois, selon les analyses de santé suisse, l'âge représente environ 20 pour cent de la hausse des coûts, qui est déterminante pour l'évolution des primes. Les 80 pour cent restants sont à mettre sur le compte d'autres facteurs.

### 2.1.

#### **Offre médicale excessive et inefficace**

Selon une étude de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), près de 20 pour cent des prestations médicales fournies ne sont pas utiles. L'offre médicale excessive et inefficace repose en premier lieu sur les incitations négatives du système tarifaire. Le tarif à la prestation, qui représente un volume actuel de près de 12 milliards de francs par année, entraîne une hausse des prestations médicales tarifées et des traitements inutiles. Ce constat est d'autant plus significatif que le tarif à la prestation représente environ un tiers des coûts totaux de l'AOS.

## 2.2.

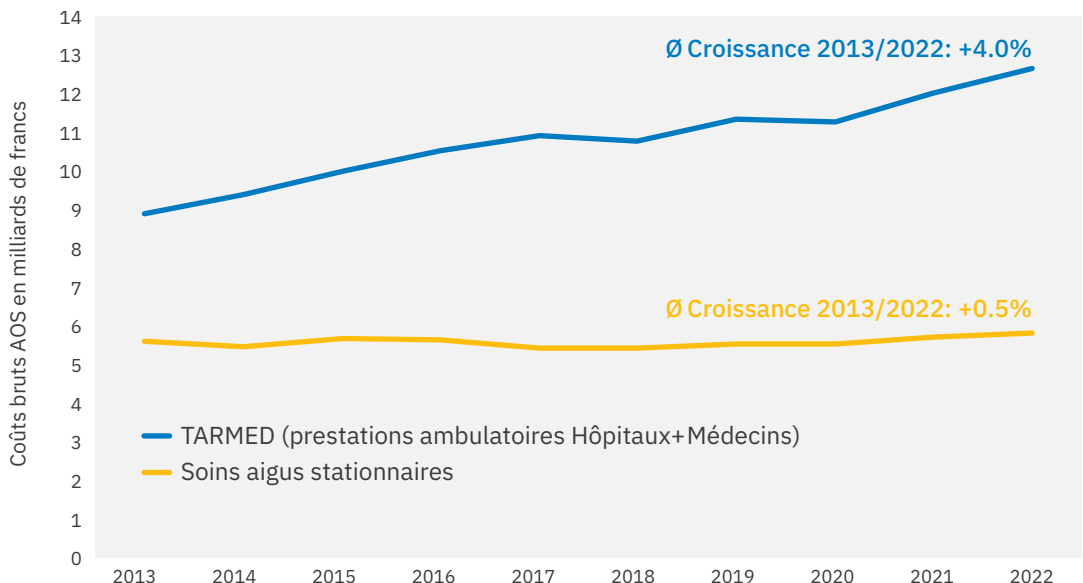
### Prix trop élevés des médicaments

D'année en année, les médicaments sont une charge de plus en plus lourde pour l'AOS.

En 2022, les coûts ont augmenté de près de 6 pour cent pour atteindre 9 milliards de francs. Ils représentent presque un quart des dépenses de l'assurance-maladie de base. Les nouveaux médicaments anticancéreux et les médicaments immunosuppresseurs (défense immunitaire) jouent un rôle important dans l'augmentation des coûts. Malgré les adaptations de prix des préparations originales, les charges financières augmentent plus fortement que la moyenne pour les médicaments par rapport à d'autres groupes de coûts. Cela montre qu'il y a ici encore un potentiel d'économies qui pourrait être exploité rapidement, sans perte de qualité pour les patients.

### Le domaine ambulatoire croît nettement plus vite

2013–2022

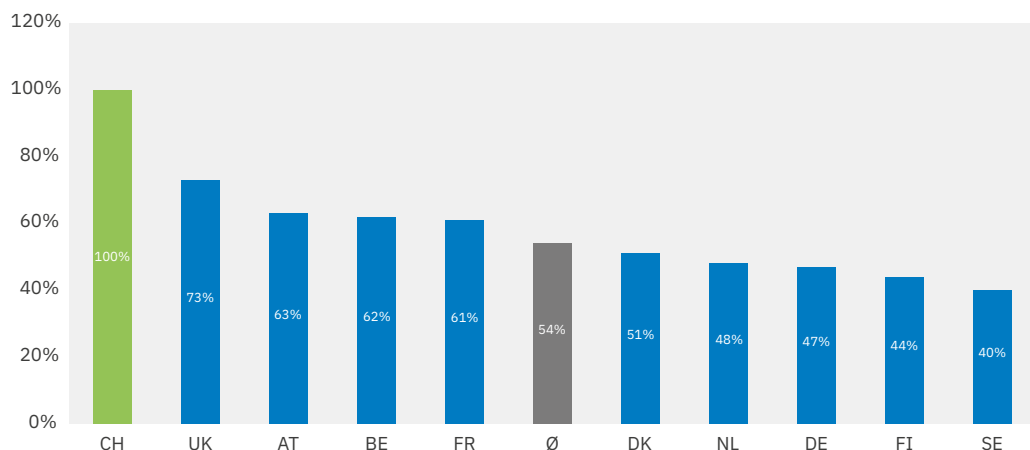


Source: SASIS - Pool de données. Données mensuelles selon les cantons de domicile et la date de facturation.



## Le prix des génériques en Suisse est deux fois plus élevé que dans les pays de référence (2022)

Prix moyen en Suisse = 100 pour cent, prix moyen à l'étranger = 54 pour cent



Source: IQVIA/ comparaison des prix des médicaments 2022.

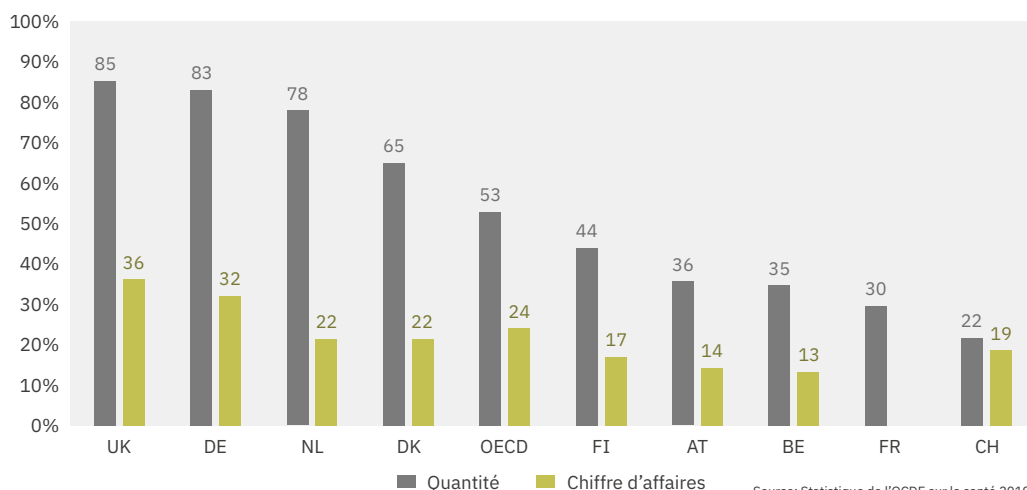
Les médicaments coûtent nettement plus cher en Suisse que dans une sélection de pays européens.

Les médicaments protégés par un brevet coûtent environ 5 pour cent moins cher dans les pays de comparaison qu'en Suisse, voire près de 11 pour cent de moins après l'expira-

tion du brevet. Les génériques coûtent toujours, en moyenne, deux fois moins à l'étranger. Les biosimilaires, quant à eux, jusqu'à un quart de moins.

Concernant les génériques, il faut aussi noter que leur taux de prescription est très faible par rapport à d'autres pays européens.

## Part des génériques en comparaison européenne



Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2019.

## 2.3

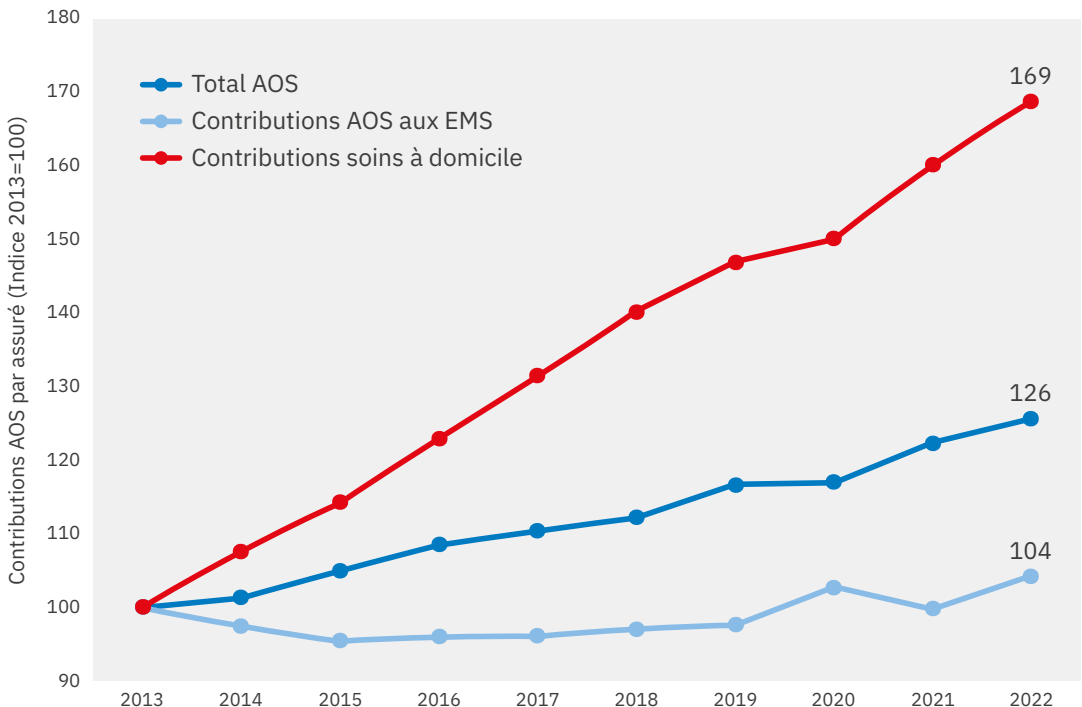
### Les coûts croissants des soins pèsent de plus en plus fortement sur l'AOS

Les coûts des soins pris en charge par l'AOS augmentent fortement depuis des années et n'ont été quelque peu freinés que pendant la crise du COVID-19. Depuis la pandémie, les coûts des soins ambulatoires en particulier ne connaissent qu'une seule tendance: à la hausse.

Cela s'explique, entre autres, par les soins prodigués par les proches, qui doivent être remboursés par les assureurs-maladie suite à un jugement du Tribunal fédéral. Ces derniers connaissent en effet un développement important depuis quelques années.

#### Coûts AOS des soins à domicile

2013–2022



Source: SASIS - Pool de données.

## 2.4

### Quelles autres dépenses faut-il redouter?

Cette année encore, la liste de souhaits concernant l'AOS s'est considérablement allongée. Divers représentants d'intérêts particuliers s'engagent activement pour une extension du catalogue des prestations de l'AOS. Cela se répercute directement sur les primes. Des voix s'élèvent aussi pour demander des tarifs plus élevés dans le domaine ambulatoire et stationnaire ou encore une extension du remboursement des prestations dans le domaine psychothérapeutique. Là aussi les coûts risquent d'augmenter massivement.

Par ailleurs, de nouvelles exigences dans le domaine des médicaments pourraient annuler, du moins en partie, les récentes mesures de réduction des coûts dans ce domaine. En raison de l'évolution démographique, il faut s'attendre à ce que la part des coûts des soins connaisse une croissance supérieure à la moyenne. Une intégration inconditionnelle des soins dans le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) annulerait tout potentiel d'efficacité et provoquerait une croissance considérable des coûts après quelques années. La mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ou les soins dispensés par des proches représentent également des défis financiers de taille pour l'AOS.



### 3. Quelles sont les réformes à mettre en œuvre à court et moyen terme dans le secteur de la santé?

Le Parlement a adopté au cours de la législature qui s'achève le premier des deux volets de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Dans ce contexte, l'introduction de forfaits ambulatoires à grande échelle peut contribuer de manière déterminante à la maîtrise des coûts. En revanche, il est très discutable que le contre-projet indirect à l'initiative sur le frein aux coûts puisse apporter une contribution substantielle. Le deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts risque même de se transformer en un «paquet d'extension des prestations».

L'évolution passée et à venir des coûts dans les différents domaines de la santé montre qu'il faut continuer à faire de gros efforts pour que les primes restent abordables.

### 3.1

## Prix des médicaments

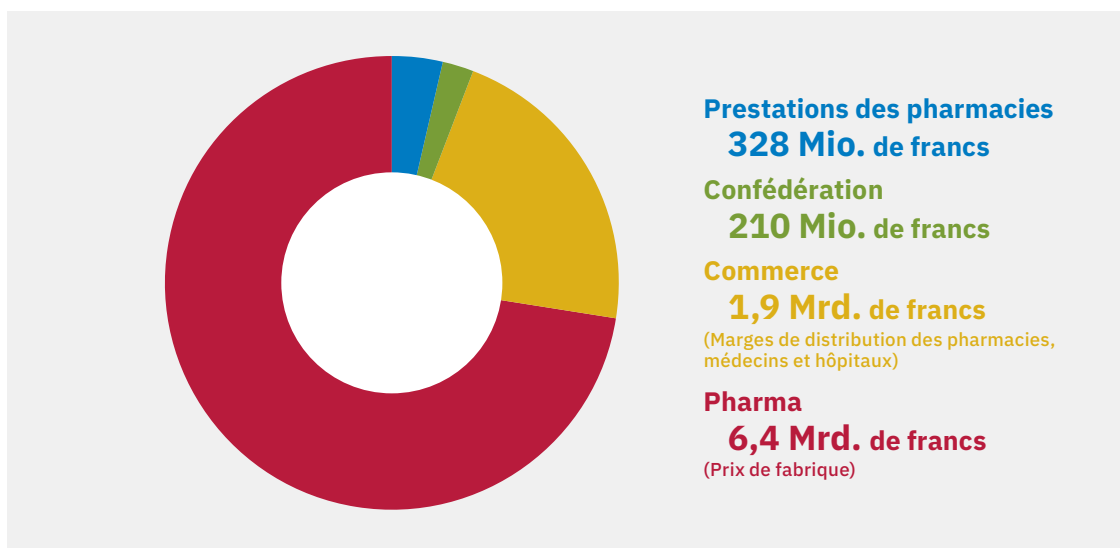
Depuis des années, des génériques meilleur marché contenant le même principe actif sont disponibles, avec la même qualité de traitement, pour de nombreux médicaments tombés dans le domaine public. Ceux-ci ne sont pas assez prescrits en Suisse et sont beaucoup trop chers depuis des années. Afin d'épargner aux payeurs de primes des coûts inutiles, les prix devraient être fixés sur la base d'une comparaison annuelle des prix des génériques avec l'étranger qui remplacerait la règle d'écart de prix actuellement insatisfaisante. Le même procédé doit s'appliquer aux biosimilaires. Lors de la remise de médicaments ayant la même composition en principes actifs, les pharmacies, les hôpitaux et les médecins doivent systématiquement délivrer le médicament le moins cher.

L'utilisation des modèles de prix par l'OFSP a fortement progressé au cours des dernières années. L'assureur-maladie doit demander le remboursement d'un rabais à chaque fois qu'un

médicament est délivré avec ce modèle. C'est pourquoi la charge administrative augmente. Les modèles de prix peuvent tout de même simplifier l'accès à des médicaments très coûteux. Généralement peu transparents, ils devraient toutefois être utilisés de manière aussi prudente que possible. Les règles de transparence, de gouvernance et la loi sur la transparence doivent être renforcées au lieu d'être encore affaiblies.

La rémunération actuelle du commerce (marges de distribution) est génératrice de coûts et n'est pas économique. L'élimination des incitations négatives existantes grâce à des marges de distribution indépendantes du prix et alignées sur celles des pays européens de comparaison serait appropriée. Il en résulterait une réduction considérable des marges de distribution aujourd'hui excessives.

## Les fabricants reçoivent 72,5 pour cent de la rémunération



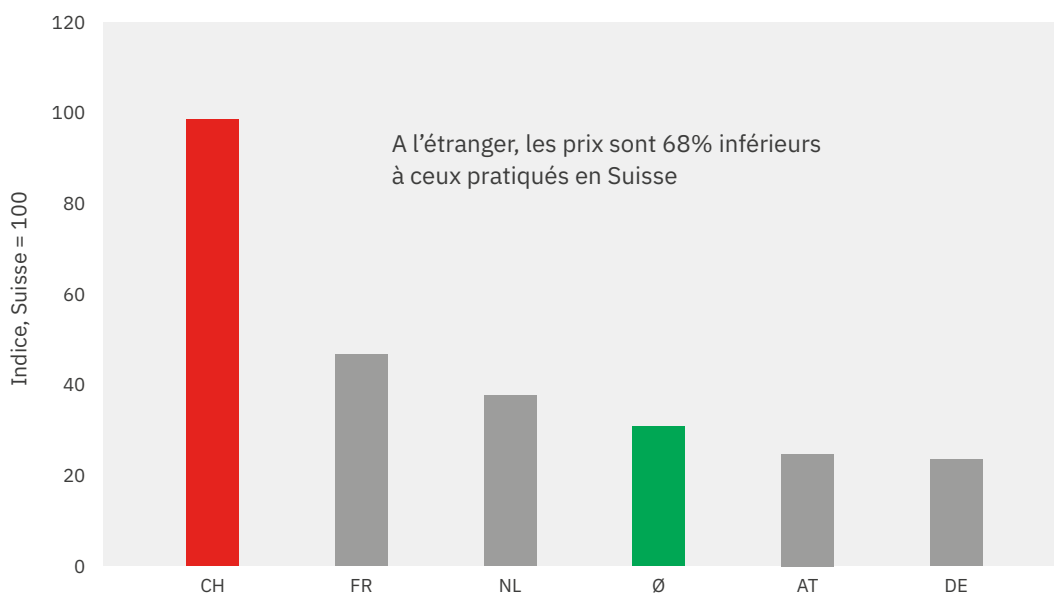
## 3.2

### Analyses de laboratoire

Ces dernières années, les analyses de laboratoire représentaient un poste dont la croissance était nettement supérieure à la moyenne des autres domaines à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Une étude conjointe du Surveillant des prix et de santésuisse avait montré en 2021 que les prix des analyses sont en moyenne trois fois plus chers en Suisse que dans les pays voisins. Rien ne justifie pourtant des tarifs aussi élevés dans un domaine où la forte automatisation permet d'importantes économies d'échelle. La Confédération, qui promettait depuis de nombreuses années d'actualiser les tarifs des analyses, s'est enfin décidée à agir l'an passé.

Le Département fédéral de l'intérieur a ainsi décrété par ordonnance, une baisse de dix pour cent des tarifs des analyses. Pour santésuisse, cette mesure est un pas dans la bonne direction, même si l'on est en droit de s'attendre à des baisses de tarifs plus substantielles dans l'intérêt des payeurs de primes. Les effets de cette mesure ont été directement observables sur les coûts de la santé imputables aux laboratoires, puisque ceux-ci ont diminué de 3 pour cent en 2022. Cela prouve que des mesures ciblées sont efficaces pour limiter la hausse des coûts de la santé, et ce sans devoir rogner sur l'accès aux soins ou leur qualité.

#### Comparaison des coûts des analyses de laboratoire



Source: SASIS - pool tarifaire et pool de données Etat au 2023\_06\_01.






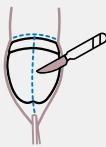
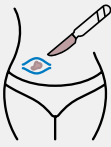

3.3  
Tarif ambulatoire

Avec le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, le Parlement a décidé en 2021 d’ancrer dans la loi l’introduction de tarifs forfaitaires ambulatoires au niveau national. Les forfaits ambulatoires doivent également avoir la priorité sur le tarif à la prestation. Les bases du tarif ambulatoire du futur sont ainsi posées: à l’avenir, les prestations pouvant être standardisées, comme l’opération de la cataracte, seront rémunérées de manière forfaitaire et toujours identique. Cela crée de la transparence pour les patients et contribue à stabiliser l’évolution des coûts grâce à une rémunération des prestations efficaces couvrant les coûts.

C’est ce qu’on observe dans le domaine stationnaire depuis l’introduction des forfaits par cas en 2011. Les tarifs à la prestation sont appropriés pour rémunérer les prestations qui ne peuvent pas être standardisées. Tel est principalement le cas pour les prestations de premier recours ou celles peu courantes dans les services ambulatoires des hôpitaux.

Les partenaires tarifaires ont jusqu’à fin 2023 pour soumettre les forfaits ambulatoires et le tarif à la prestation au Conseil fédéral en vue de leur approbation. Une fois approuvé, le tarif ambulatoire du futur doit être appliqué à partir de 2025.

Ambulatoire vs stationnaire: le potentiel d’économie est énorme

|                         |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Prix (en CHF)           | Cataracte   | Coloscopie  | Opération canal carpien   | Circoncision  | Hernie  | Retrait de vis  |
| Ambulatoire → (nouveau) | 2218.–  | 861.–   | 1278.–  | 2831.–  | 4223.–  | 3204.–  |
| SwissDRG →              | 4012.–  | 2650.–  | 3475.–  | 4166.–  | 5827.–  | 4455.–  |

Source: données de solutions tarifaires suisses SA / SwissDRG SA.

3.4

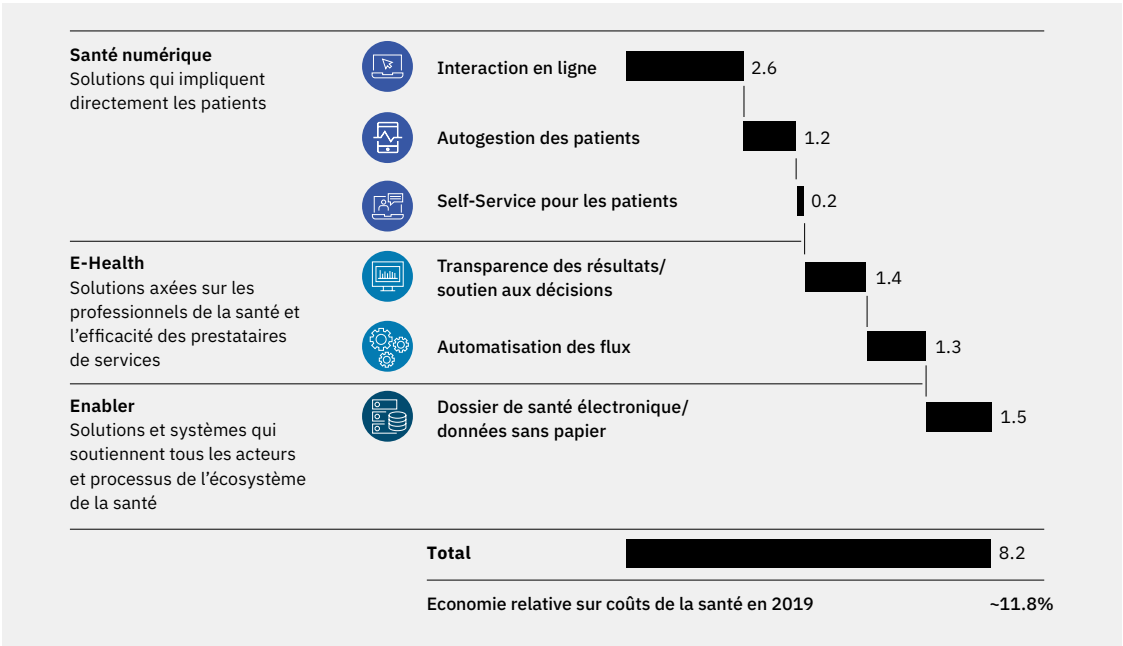
Numérisation

La numérisation dans le système de santé suisse accuse un retard considérable par rapport à d'autres pays et présente donc un grand potentiel d'amélioration (voir graphique ci-dessous). La version actuelle du dossier électronique du patient (DEP) a échoué. Très peu de personnes l'utilisent, car son ouverture est beaucoup trop compliquée et coûteuse. En outre, plusieurs fournisseurs de prestations se sont opposés avec succès à une introduction généralisée. Cela va à l'encontre des intérêts des patients. Les révisions en cours doivent favoriser les développements importants. Il est essentiel que tous les fournisseurs de prestations importants soient tenus d'alimenter le DEP avec les informations pertinentes pour le traitement, afin qu'il soit réellement utile aux patients.

Un droit d'opposition doit être garanti, mais uniquement pour les patients et non pour ceux qui doivent alimenter le système en informations. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra faire le pas important vers des soins complets et coordonnés, et donc vers moins de traitements multiples et plus de sécurité pour les patients.

Avec le développement de SHIP (Swiss Health Information Processing) et l'extension à des domaines de prestations supplémentaires, santésuisse a pris une initiative prometteuse pour accélérer la numérisation dans le domaine de la santé en Suisse. L'objectif est d'instaurer un traitement numérique des processus administratifs aussi vaste que possible, depuis la prescription d'un traitement jusqu'à la clôture du cas avec la facturation, ce qui entraîne des gains d'efficacité au profit des payeurs de primes.

Degré d'utilité de la numérisation, en pour cent



Source: McKinsey & Company / EHT Zürich September 2021.

### 3.5

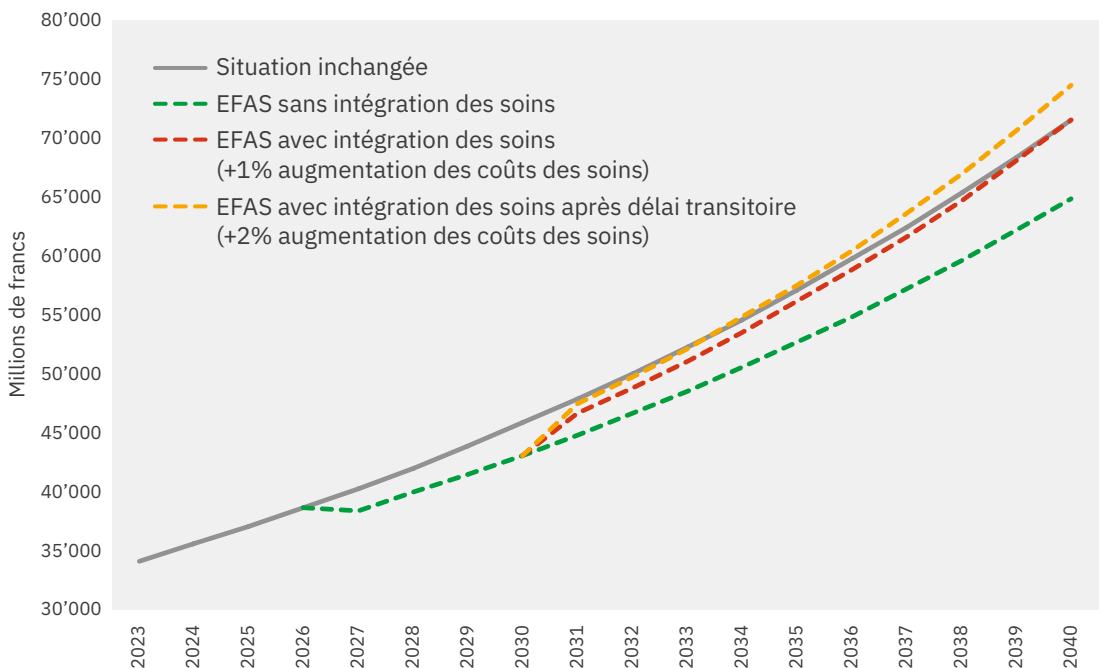
## Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)

Sous réserve d'une mise en œuvre rigoureuse et simplifiée, le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est incontestablement un instrument adéquat pour augmenter l'efficacité du système de santé. On espère que, grâce à EFAS, les soins intégrés, y compris les modèles d'assurance alternatifs se développeront en augmentant la perméabilité des prestations ambulatoires et stationnaires et en éliminant les incitations erronées. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires constitue, par ailleurs, la base d'un financement comparativement plus équitable, dans la mesure où les cantons qui pilotent aussi le domaine ambulatoire participent désormais aussi à son financement. Cela vaut également pour le renforcement du transfert du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire, qui est médicalement et économiquement judicieux.

Pour que le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires puisse réaliser pleinement son potentiel d'efficacité, les assureurs-maladie estiment que deux points sont d'une importance cruciale:

- Les assureurs-maladie rejettent l'intégration des soins.
- Le contrôle des factures est une tâche centrale des assureurs-maladie qu'ils accomplissent selon des critères élevés de qualité et qui fonctionne actuellement parfaitement. Les assureurs-maladie rejettent un transfert vers un service de l'État.

### Estimation des dépenses AOS sans participation aux coûts



Source: OFS - Samed, OFS, statistique SPITEX, SASIS - Pool des données, OFSP - Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, Calculs santésuisse.



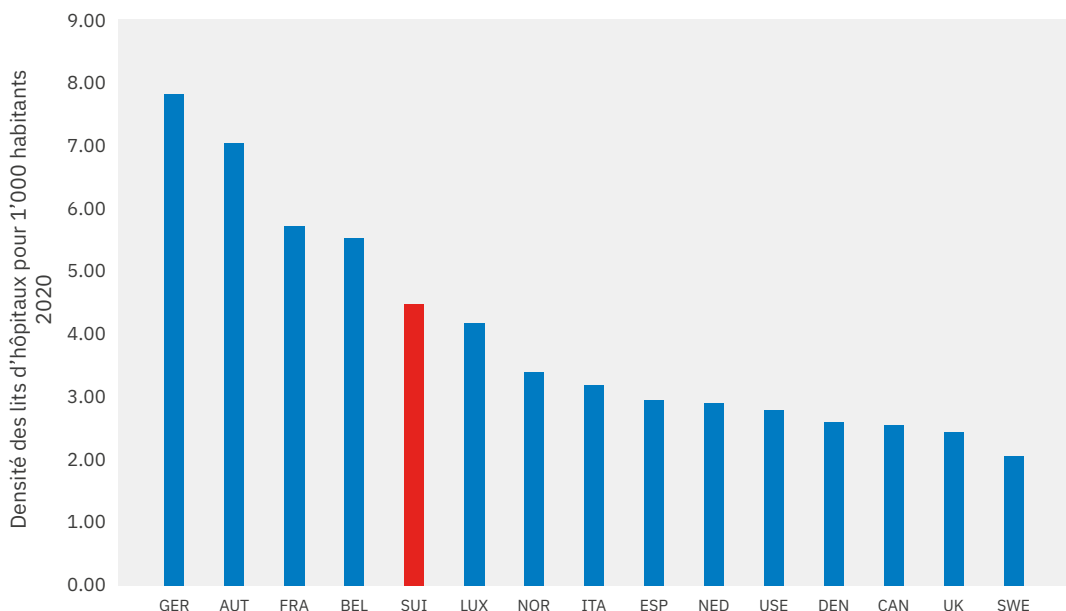
### 3.6

## Planification hospitalière supra-régionale

La Suisse se distingue sur le plan international par un paysage hospitalier particulièrement dense. On compte ainsi 4,5 lits pour 1000 habitants. Dans la plupart des pays de l'OCDE, ce ratio est inférieur (voir graphique). Cette situation est problématique à plusieurs niveaux: dans un domaine comme la santé où l'offre détermine la demande, une surdensité de l'offre de soins se traduit par une demande en prestations accrue, ce qui entraîne des coûts élevés, peu justifiables. C'est pourquoi santésuisse préconise de revoir fondamentalement la planification des soins hospitaliers. Celle-ci devrait idéalement être pilotée à un échelon suprarégional et non plus cantonal.

Les hôpitaux cantonaux doivent mieux collaborer entre eux et se spécialiser. Il faut également que les hôpitaux universitaires se concentrent sur les cas les plus lourds et ne mobilisent pas leurs infrastructures coûteuses pour des cas relativement simples. Ces mesures auraient l'avantage d'éviter les structures parallèles et d'améliorer la sécurité des patients en concentrant les opérations dans des centres d'excellence. En effet, plus une intervention est pratiquée fréquemment dans un établissement, plus la probabilité que la qualité soit élevée est grande. Inversement, la qualité diminue si les opérations ne sont pratiquées qu'occasionnellement. En regroupant certaines spécialisations hospitalières, ces mesures contribueraient également à lutter contre la pénurie de personnel. In fine, elles permettraient aussi d'agir contre les coûts inutiles: moins d'hôpitaux signifie également moins d'incitations à réaliser des prestations inutiles afin de maintenir le budget hospitalier dans les chiffres noirs.

### Comparaison internationale de la densité des lits d'hôpitaux



Source: OECD, Année 2020 ou données les plus actuelles.

### 3.7

## Gestion des admissions des fournisseurs de prestations

Le nombre de médecins en exercice augmente et, avec lui, la charge financière pour les payeurs de primes. Fin 2021, selon les données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Suisse comptait 21'000 médecins en exercice. C'est 19 pour cent de plus qu'en 2013. Et les médecins hospitaliers ne sont pas pris en compte dans ce chiffre. Comme le montre le graphique de la densité médicale, les cantons urbains comme Genève et de Bâle-Ville sont mieux desservis que la moyenne. En Suisse, la densité de médecins est également bien supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE. Or plus il y a de médecins, plus il y a de traitements. Cela s'observe particulièrement dans les villes, où les coûts sont supérieurs à la moyenne en fonction de la densité de médecins. La pénurie de médecins, régulièrement évoquée, est avant tout un problème de répartition auquel les cantons

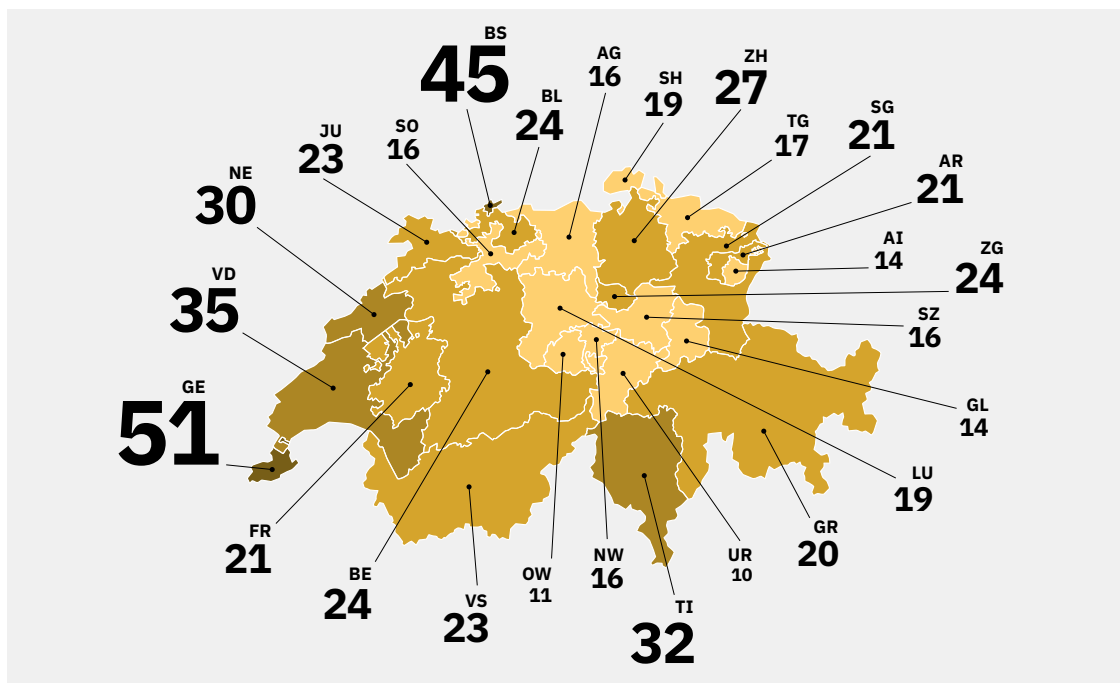
doivent s'attaquer afin de garantir une couverture des soins adéquate y compris dans les régions périphériques.

La nouvelle gestion des admissions des médecins adoptée par le Parlement en 2020 a encore fortement étendu les compétences des cantons. Ces derniers ont été chargés de limiter l'admission en cas d'offre supérieure à la moyenne. Ils sont appelés à tenir compte de l'approvisionnement dans les régions périphériques, mais aussi à planifier l'approvisionnement au niveau inter-cantonal.

Les cantons ont l'obligation d'intervenir avec les instruments à leur disposition en cas d'évolution excessive des coûts. Parallèlement, il leur est demandé de veiller à ce que l'offre soit adéquate dans toutes les régions. Si la nouvelle réglementation se montre inefficace, il faudra sérieusement envisager d'assouplir l'obligation de contracter.

## Densité de médecins en 2020

Médecins pour 10'000 habitants



Source: SASIS-RCC\_Pool de données, OFS statistique de la population.

Remarque: habitants au 31.12. de l'année précédente, les médecins de premier recours incluent la médecine interne générale, les cabinets de groupe, la pédiatrie et les médecins généralistes.

## Conclusions: que faut-il faire?

- Diminuer les prix des médicaments et des analyses de laboratoire.
- Les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations créent ensemble un tarif médical moderne basé sur des forfaits et un tarif à la prestation révisé.
- La numérisation dans le secteur de la santé doit être encouragée sur l'ensemble du territoire. Le dossier électronique du patient doit devenir l'élément central de pilotage du système de santé suisse.
- Les cantons planifient à un échelon suprarégional et appliquent systématiquement le nouveau pilotage des admissions.





Die Schweizer Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie suisses  
Gli assicuratori malattia svizzeri

**santesuisse.ch**