

Assurance de base



Contexte

Obligatoire

Toutes les personnes résidant en Suisse doivent avoir une assurance maladie (assurance obligatoire des soins, AOS = assurance de base).

Les prestations

La loi prescrit les prestations payées par l'assurance, par exemple les consultations médicales, les physiothérapies, les médicaments et les frais de soins.

Les primes

Les primes sont la contribution que les assurés versent à leur caisse d'assurance maladie. Les primes augmentent depuis des années. Elles varient d'un canton à l'autre (en moyenne 3 766 francs par an/par personne).

Solidarité et aide

L'assurance de base fonctionne selon le principe de la solidarité des risques : les personnes en bonne santé aident les malades. Les personnes à faible revenu doivent toutefois consacrer une plus grande part de leur argent aux primes que les personnes à revenu plus élevé. Il existe une aide financière pour les ménages disposant de peu de moyens (réduction individuelle des primes). Cette aide varie selon les cantons.

Assureurs maladie

Il existe actuellement 39 assureurs maladie en Suisse. Ils sont en concurrence.

Modèles et changements

Il existe différents modèles d'assurance et de franchise. La franchise est le montant que les adultes de plus de 18 ans doivent payer eux-mêmes par an pour leurs coûts de santé. Les assurés fixent eux-mêmes le montant de la franchise – il est au choix de 300 à 2 500 francs. De nombreuses personnes ne savent pas quelle assurance et quel modèle leur conviennent le mieux. La caisse-maladie et la franchise peuvent être respectivement changées et adaptées chaque année. En 2022, 4,5 pour cent des assurés ont changé de caisse maladie.



Pourquoi les coûts de la santé augmentent-ils ?

Manque de connaissances

De nombreuses personnes ne connaissent pas assez le système et dépensent donc plus d'argent que nécessaire. Ils choisissent une assurance maladie chère, une franchise trop basse ou un modèle plus cher avec libre choix du médecin.

Assurance en général

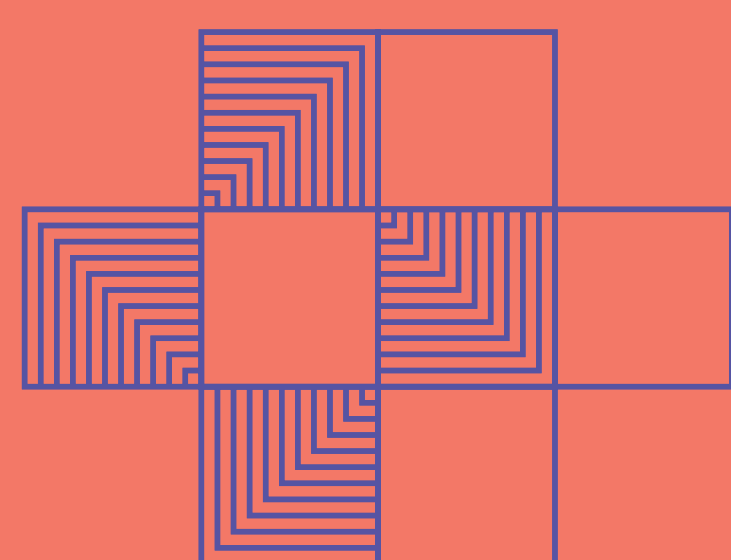
Toutes les personnes en Suisse sont assurées (assurance de base) et les coûts sont supportés solidairement. Cela peut conduire à ce que les gens fassent moins attention à leur santé (pas de mode de vie sain ou d'activités à risque, par exemple) et se fassent soigner à des prix plus élevés que s'ils devaient les payer eux-mêmes.

Contrats avec tous les médecins

Les assurances doivent conclure des contrats avec tous les médecins autorisés (obligation de contracter) – même si ceux-ci ne travaillent pas bien. Cela augmente les coûts et il y a peu de concurrence.

Frais administratifs

95 pour cent des primes sont utilisées pour payer les prestations médicales. 5 pour cent pour les frais administratifs des caisses maladie. Les frais administratifs couvrent les frais de personnel ainsi que d'autres frais liés, par exemple, au changement de caisse maladie des assurés et à la publicité faite par les caisses maladie.



Assurance de base



Questions directrices :

- **Qui doit financer quoi ?**
- **Quel degré de liberté de choix souhaitons-nous ?**

Sélection de **propositions de réforme** possibles

Soulager les ménages pauvres

L'introduction de **primes liées au revenu** ou d'un **impôt sur la santé** permettrait d'alléger la charge des ménages les plus pauvres. La réduction individuelle des primes serait ainsi supprimée. Parallèlement, les coûts de la santé pourraient augmenter globalement, car les individus font moins attention à leurs dépenses de santé. De plus, il est difficile de contrôler le revenu de tout le monde (impôt sur la santé).

Augmenter la participation aux frais

L'**augmentation de la franchise minimale** ou l'**introduction d'un compte épargne santé** permettrait d'augmenter la participation aux frais. Cela pourrait avoir pour effet de réduire le nombre de consultations médicales „inutiles“. D'un autre côté, il serait possible que certaines personnes renoncent à des traitements nécessaires par peur des coûts.

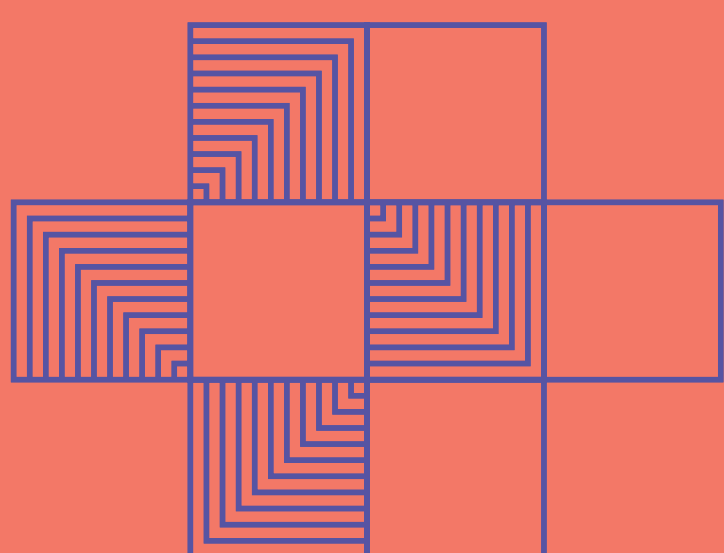
Améliorer les compétences en matière de santé

Les offres éducatives et **les campagnes d'information** sur le système de santé peuvent aider les gens à prendre de meilleures décisions et à réduire le nombre de traitements inutiles. D'un autre côté, il se peut qu'elles ne touchent pas tout le monde. De plus, ces campagnes d'information coûtent cher.

Plus ou moins de concurrence

Pour permettre une plus grande concurrence, l'**obligation de contracter entre les assureurs** et les médecins pourrait être **assouplie**. Les assureurs ne travailleraient ainsi qu'avec les meilleurs médecins. Toutefois, cela limiterait les possibilités de choix des assurés. De plus, il serait difficile d'évaluer les prestations des médecins.

Une autre possibilité consiste à limiter la concurrence. L'introduction d'une **caisse unique** pourrait réduire la complexité et diminuer les frais administratifs. Parallèlement, l'absence de concurrence pourrait entraîner une hausse des primes. Et les assurés ne pourraient plus changer de caisse maladie s'ils ne sont pas satisfaits.



Hôpitaux



Contexte

Planification

Les cantons sont responsables de la planification hospitalière et décident dans quels hôpitaux les traitements seront payés.

Coûts

Les séjours hospitaliers stationnaires sont coûteux et représentent plus d'un tiers des coûts de santé.

Type de traitement

Depuis 2019, la règle est „l'ambulatoire avant le stationnaire“. Cela signifie que certaines opérations planifiables doivent être effectuées, dans la mesure du possible, sans passer une nuit à l'hôpital.

Financement

Pour les traitements stationnaires, le canton (via les impôts) paie au moins 55 pour cent des coûts, la caisse maladie (via les primes) paie au maximum 45 pour cent. Pour les traitements ambulatoires, la caisse maladie (ou les personnes payant les primes) paie tout.

Nombre d'hôpitaux

La Suisse compte 278 hôpitaux, dont beaucoup sont de petite taille. Chaque canton décide lui-même du nombre d'hôpitaux dont il a besoin pour assurer les soins à la population.

Votation du 24 novembre 2024

Financement uniforme des prestations de santé. Toutes les prestations de l'assurance de base (ambulatoires, stationnaires et soins) devraient à l'avenir être financées selon la même clé. Les cantons prendraient alors en charge 26,9 pour cent des coûts et les caisses maladie 73,1 pour cent. A partir de 2028, cette mesure serait introduite pour les prestations ambulatoires et stationnaires. A partir de 2032, il en sera de même pour les prestations de soins.



Pourquoi les coûts de la santé augmentent-ils ?

De nombreux (petits) hôpitaux

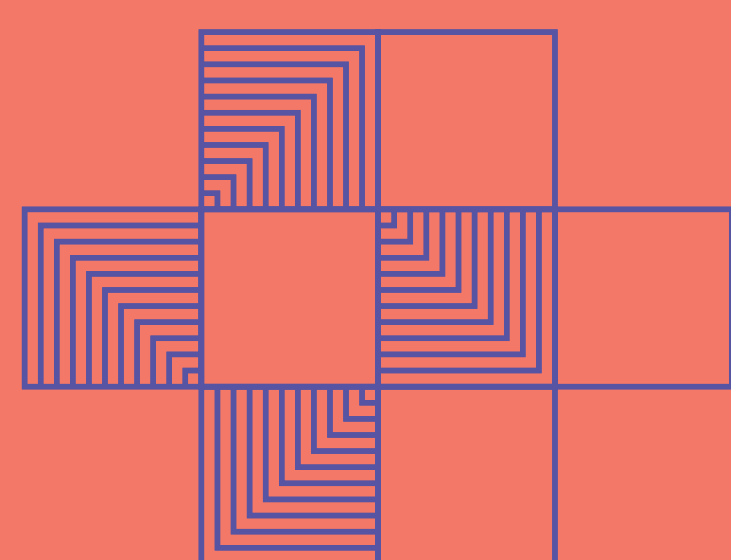
Il y a souvent plusieurs hôpitaux dans une région qui offrent les mêmes prestations. Cela a l'avantage de réduire les distances d'accès et de créer des emplois locaux. Cependant, les petits hôpitaux ne peuvent pas travailler avec la même efficacité que les hôpitaux plus grands. De plus, la qualité peut être plus faible dans les petits hôpitaux, car certaines interventions ne sont que rarement pratiquées.

Rôle multiple des cantons

Les cantons planifient les soins, possèdent des hôpitaux et ont leur mot à dire sur les tarifs. Cela peut conduire à ce que les cantons aient (trop) d'hôpitaux et que les prix restent élevés.

Trop de traitements stationnaires

Bien que de nombreux traitements puissent être effectués de manière ambulatoire (sans passer la nuit à l'hôpital), les patients restent souvent plus long-temps à l'hôpital que nécessaire. Cela rapporte plus d'argent aux hôpitaux, mais coûte plus cher aux payeurs de primes et aux contribuables.



Hôpitaux



Questions directrices :

- **De combien d'hôpitaux la Suisse a-t-elle besoin ?**
- **Qui décide ?**

Sélection de **propositions de réforme** possibles

Créer des zones d'approvisionnement régionales

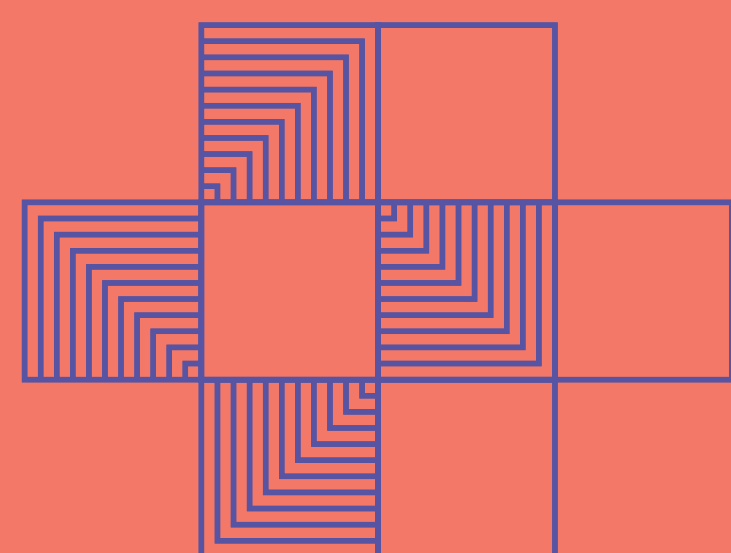
Une collaboration accrue entre les cantons ou une planification centralisée des hôpitaux par la Confédération permettrait de **créer** davantage de **zones de soins** régionales. Cela signifierait que les cantons perdraient des droits de décision.

Séparer les rôles des cantons

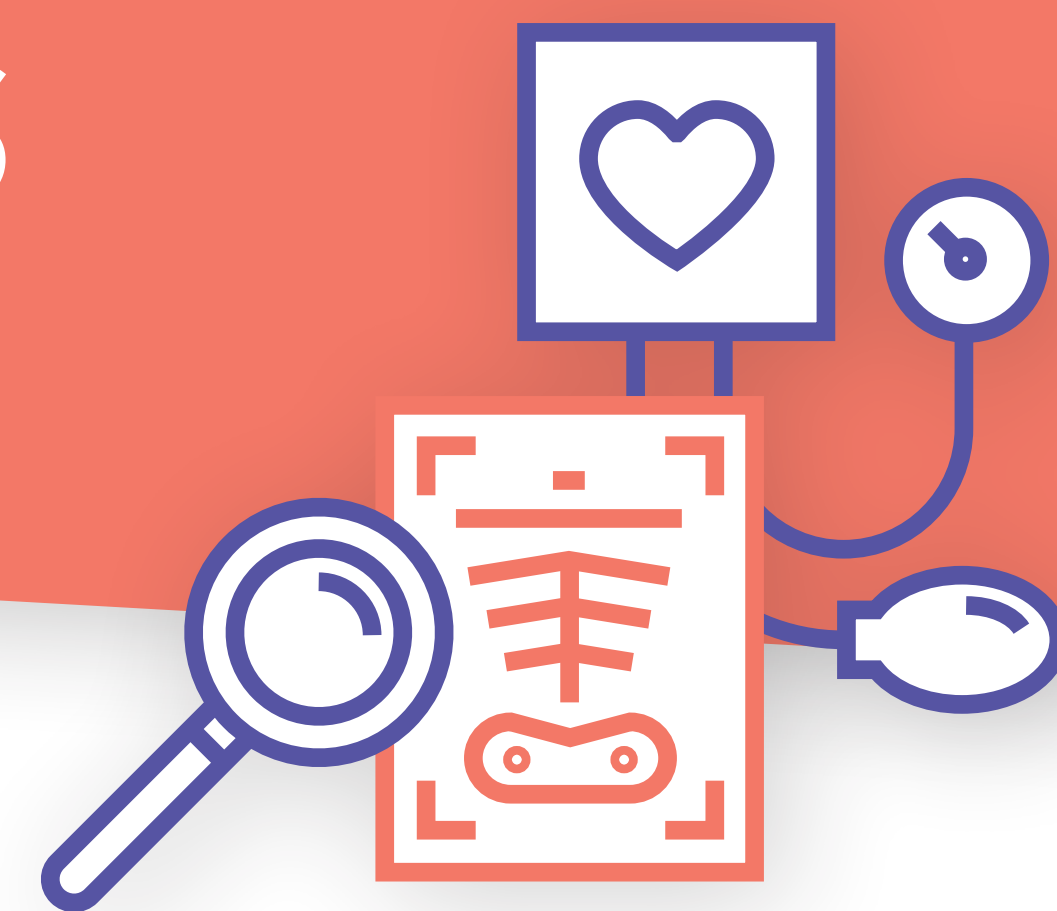
Les cantons possèdent des hôpitaux, les financent et les régulent. Afin d'éviter les conflits d'intérêts et de réduire les coûts, ces **tâches** pourraient être **séparées**. Cela signifierait que les cantons perdraient des droits de décision.

Fermer les hôpitaux

La **fermeture de petits hôpitaux** et la mise en place de grands centres (de santé) spécialisés permettraient d'améliorer la qualité des traitements et de réduire les coûts. D'un autre côté, les trajets seraient plus longs pour les patients et les personnes sur place pourraient perdre leur emploi.



Extension des volumes



Contexte

Davantage de prestations de santé

Les assurés bénéficient de plus en plus de prestations de santé. Ils vont plus souvent chez le médecin, les interventions sont plus nombreuses et plus coûteuses et les analyses sont plus nombreuses. En 2012, une personne a reçu en moyenne des prestations d'une valeur de 3 257 francs. En 2022, ce montant est passé à 4'294 francs. Selon les estimations, environ deux tiers de l'augmentation des coûts sont dus au fait que les assurés recourent à davantage de prestations.



Pourquoi les coûts de la santé augmentent-ils ?

Offre de services de santé

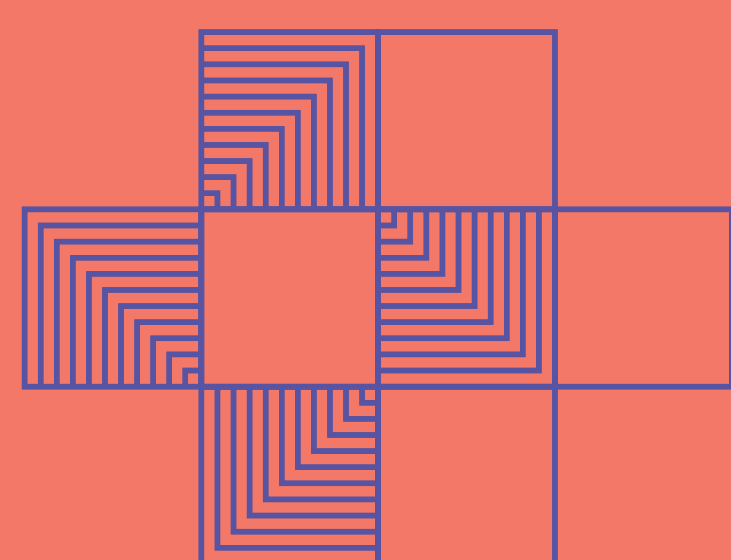
- **Païement par prestation**
En Suisse, dans de nombreux domaines, les caisses d'assurance maladie paient pour chaque prestation individuelle (rémunération des prestations individuelles). Cela peut conduire les médecins à fournir plus de prestations que nécessaire afin de gagner plus.
- **Remise de médicaments**
Dans certains cantons, les médecins peuvent remettre des médicaments directement aux patients. Cela peut conduire les médecins à prescrire des médicaments plus chers ou supplémentaires afin de gagner plus.
- **La „médecine défensive“**
Lorsque des médecins pratiquent des traitements inutiles pour qu'aucun patient ou avocat ne puisse dire plus tard qu'il n'a pas fait tout ce qui était nécessaire.

Demande de soins de santé

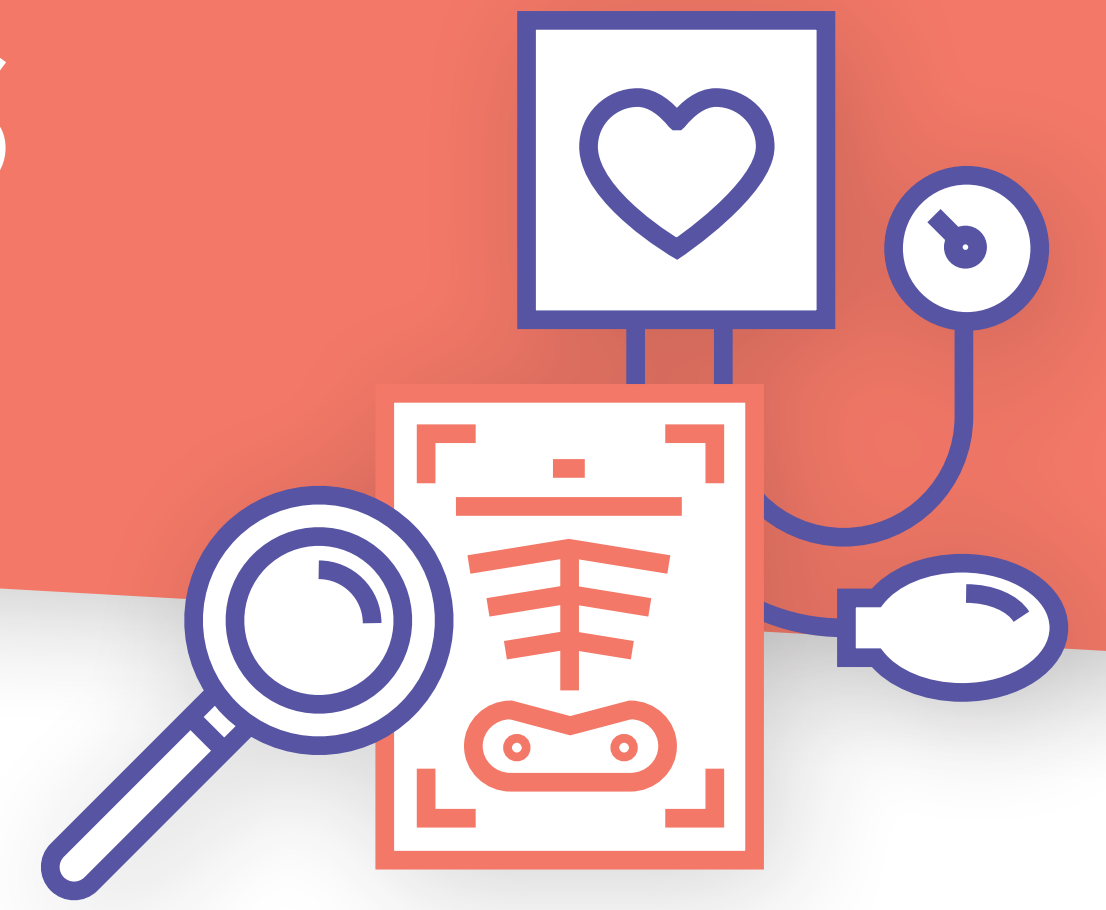
- **Assurance**
En Suisse, tout le monde est couvert par l'assurance de base. Cela peut amener les gens à demander plus de prestations parce qu'ils savent que leur caisse maladie prendra en charge les coûts.
- **La franchise**
Lorsque les assurés ont atteint leur franchise, ils paient encore 10 pour cent de tous les autres coûts de santé. Cela peut conduire les assurés à recourir à plus de traitements que nécessaire.
- **Population vieillissante**
La part des personnes âgées dans la population augmente. Par conséquent, certaines maladies qui touchent principalement ou plus fréquemment les personnes âgées (p. ex. la démence, certaines maladies oculaires) augmentent également. Le traitement de ces maladies entraîne également une augmentation des coûts.

Extension du catalogue de prestations (prestations couvertes par l'assurance de base)

- **Les nouvelles technologies**
Dans le domaine de la santé, il y a constamment de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques qui peuvent certes être meilleurs, mais qui entraînent aussi des coûts plus élevés.
- **Prestations supplémentaires dans l'assurance de base**
Si de nouvelles prestations sont incluses dans l'assurance de base sans remplacer les prestations existantes, les coûts de santé augmentent.



Extension des volumes



Question directrice :

- **Comment réduire les prestations (inutiles) ?**

Sélection de **propositions de réforme** possibles

Introduire des forfaits

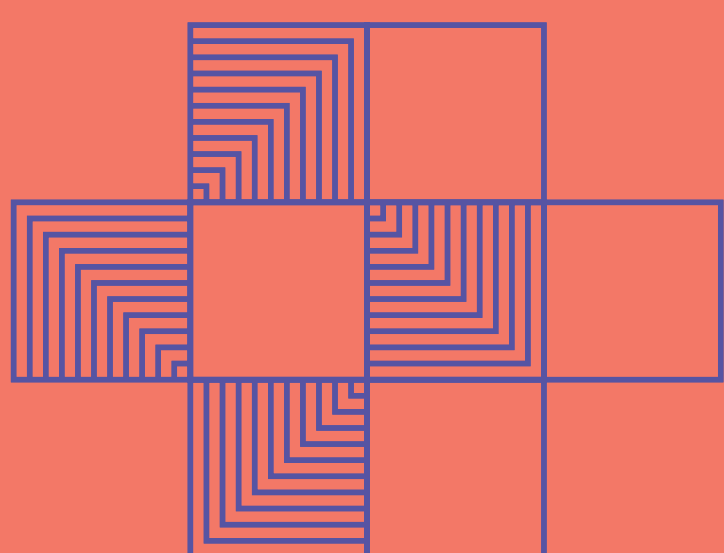
Des **forfaits** pourraient être introduits pour chaque prestation de santé (= prix fixe pour tous les traitements d'une maladie donnée). Cela pourrait permettre de réduire le nombre de prestations „inutiles“. Les forfaits pourraient également améliorer la collaboration entre les médecins. En revanche, les forfaits pourraient aussi inciter les médecins à ne pas traiter les patients souffrant de maladies complexes.

Réduire le catalogue des prestations

Le **catalogue** des **prestations** couvertes par l'assurance de base pourrait être **réduit**. Cela signifie que moins de prestations pourraient être facturées par l'assurance de base. Pour les prestations qui ne sont pas couvertes par l'assurance de base, les assurés devraient souscrire une assurance complémentaire ou payer eux-mêmes ces frais.

Augmenter la participation aux frais

Si les assurés devaient **payer eux-mêmes** une **plus grande partie de leurs frais de traitement**, cela pourrait réduire la demande de traitements (inutiles). Des quotes-parts ou des franchises plus élevées pourraient inciter les assurés à ne demander que les traitements nécessaires. D'un autre côté, cela pourrait également conduire à ce que les traitements nécessaires soient reportés pour des raisons financières.



Coordination des soins



Contexte

Définition

Les soins coordonnés signifient que les traitements sont coordonnés entre différents professionnels de la santé (p. ex. médecins généralistes, spécialistes, physiothérapeutes). Cela améliore la qualité et est particulièrement important pour les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques, pour lesquelles de nombreux professionnels de santé différents sont souvent impliqués.

Pas d'obligation de coordination

En Suisse, il n'y a pas de règles sur l'obligation de coordonner les traitements. Et il n'existe aucune obligation d'échange de données électroniques entre les professionnels de santé (par exemple pour les résultats de laboratoire, les radiographies).

Rôle des médecins généralistes

En Suisse, les médecins généralistes sont les principaux coordinateurs et les premiers points de contact („gatekeeper“). Cependant, un nombre croissant de personnes n'ont pas de médecin généraliste. Cette situation pourrait encore s'aggraver en raison de la pénurie de médecins généralistes.

Conséquences

Sans médecin généraliste, de nombreux patients se rendent inutilement aux urgences ou chez des spécialistes. Cela entraîne des coûts supplémentaires, car les traitements aux urgences et chez les spécialistes sont plus chers que les visites chez le médecin de famille.



Pourquoi les coûts de la santé augmentent-ils ?

Plus de spécialistes, mais moins de médecins généralistes

Le nombre de médecins augmente. Mais il y a beaucoup plus de spécialistes que de médecins généralistes. Cela signifie que davantage de traitements sont proposés et demandés par les spécialistes. Cela fait grimper les coûts.

Manque de coordination

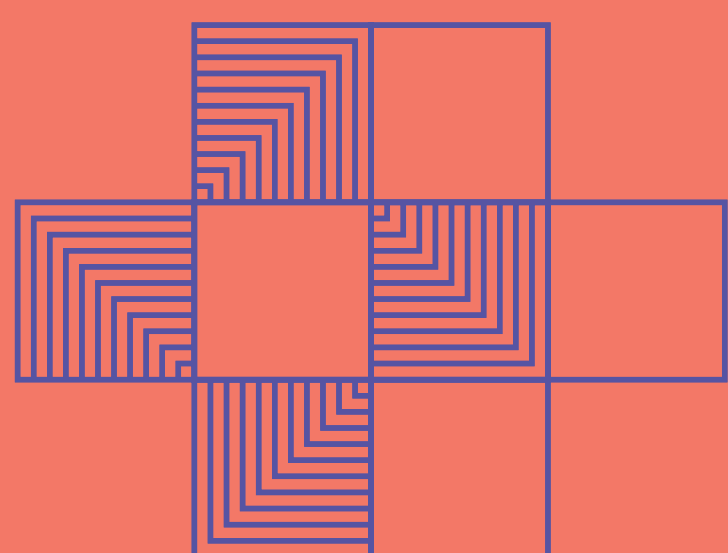
Dans le système actuel, il n'y a pas de coordination pour le traitement. Les patients peuvent se rendre directement chez des spécialistes, même si un médecin généraliste pourrait résoudre le problème. Dans les modèles d'assurance alternatifs (par exemple le modèle du médecin de famille), les médecins généralistes se chargent de la coordination du traitement.

Un système fragmenté

Le système de santé n'est pas coordonné. Les médecins ne travaillent souvent pas bien ensemble et il n'y a pas d'échange électronique obligatoire de données, ce qui peut entraîner des examens effectués à double et une baisse de la qualité des traitements.

Possibilités limitées pour les infirmières et infirmiers

D'autres professionnels de santé pourraient assumer une partie des tâches des médecins généralistes. Les infirmières et infirmiers formés à cet effet pourraient par exemple se charger de la coordination ou du suivi des personnes souffrant de maladies chroniques. Mais pour l'instant, les infirmières et infirmiers ne peuvent pas le faire. Ce sont donc les médecins généralistes qui doivent s'en charger, ce qui entraîne une augmentation des coûts.



Coordination des soins



Questions directrices :

- **Comment renforcer la coordination des soins de santé ?**
- **Qui doit décider des traitements médicaux ?**

Sélection de **propositions de réforme** possibles

Renforcer les points de contact pour la coordination

Dans le modèle standard actuel, les personnes assurées peuvent choisir librement leur médecin. Cela entraîne souvent des coûts inutiles. Avec la **suppression du modèle standard** et l'utilisation de modèles tels que le médecin généraliste ou le modèle HMO, les assurés auraient un premier point de contact. Dans le modèle HMO en particulier, les soins ultérieurs des patients seraient davantage coordonnés. Toutefois, cela limiterait la liberté de choix des patients.

En période de pénurie de médecins généralistes, des infirmières et infirmiers formés à cet effet pourraient par exemple se charger de la coordination des soins. Cela permettrait de réduire les coûts. Toutefois, les **infirmières et infirmiers** sont également touchés par la pénurie de personnel qualifié. En outre, cela pourrait conduire à proposer davantage de prestations, car le catalogue de prestations est élargi.

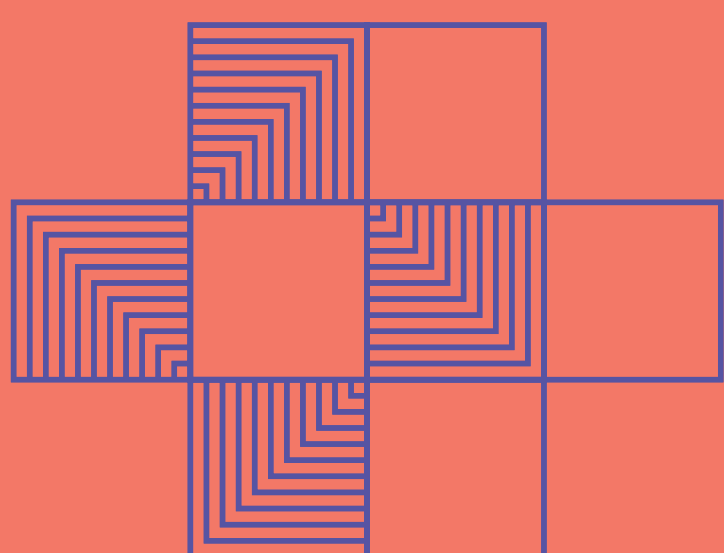
Dossier électronique du patient pour tous

L'introduction d'un **dossier électronique du patient** obligatoire en Suisse pourrait faciliter l'échange d'informations entre les médecins et améliorer la collaboration. Cependant, il existe un risque d'augmentation de la bureaucratie et des risques pour la sécurité lors du stockage de données sensibles.

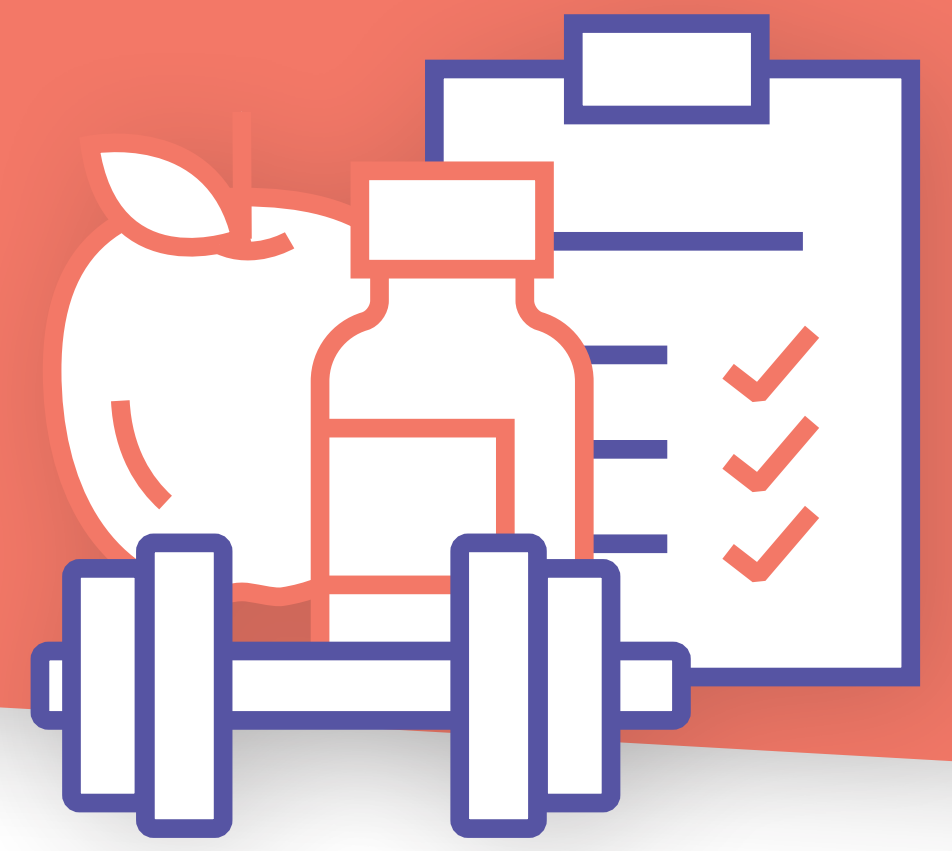
Renforcer les incitations financières

Afin d'améliorer la coopération entre les médecins et les autres professionnels de santé, les **échanges** pourraient être **rémunérés**. Cela permettrait d'éviter les examens réalisés à double et d'améliorer la qualité des soins. Cela pourrait permettre de réaliser des économies. Parallèlement, l'échange engendrerait également de nouveaux coûts.

Avec l'introduction d'un **forfait pour les traitements ambulatoires**, toutes les prestations pour un cas de maladie seraient facturées ensemble. Si un forfait était introduit pour tous les professionnels de santé concernés, la collaboration entre les professionnels de santé de différents groupes professionnels pourrait être renforcée, car tous les participants seraient intéressés par un traitement efficace afin de ne pas dépasser le forfait. Mais cela pourrait aussi conduire à ce que les professionnels de santé ne souhaitent pas traiter les patients souffrant de maladies complexes ou à ce que les besoins des patients soient négligés.



Promotion de la santé et prévention



Contexte

Promotion de la santé et prévention

- Promotion de la santé = renforcement de la santé individuelle.
- Prévention = réduction des facteurs de risque et prévention des maladies.

Fréquence des maladies

Un tiers des plus de 15 ans en Suisse souffre de maladies non transmissibles comme le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Environ 80 pour cent des coûts de santé sont causés par ces maladies non transmissibles.

Système de santé

Le système de santé suisse se concentre sur le traitement des maladies. Seuls 4 pour cent des coûts de santé sont consacrés à la prévention. Les investissements varient fortement d'un canton à l'autre.

Financement

Les mesures de prévention sont financées par la Confédération, les cantons, les communes, les organisations privées et par les impôts.

- L'assurance de base prend en charge certaines mesures de prévention (p. ex. vaccins, certains examens préventifs).
- En outre, tous les assurés versent chaque année 4,80 francs pour la promotion de la santé générale et la prévention. Ces fonds sont gérés par la fondation Promotion de la santé Suisse. Ils servent à financer différentes activités et projets.



Quel est l'impact des mesures de promotion de la santé et de prévention ?

Impact

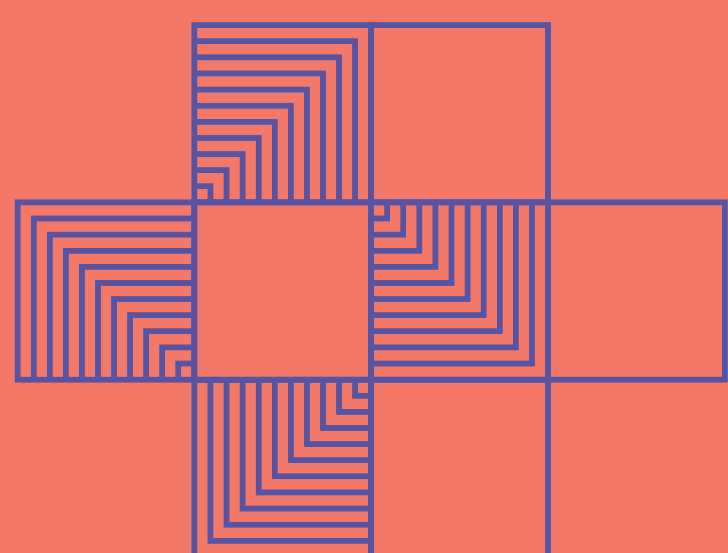
Selon l'Office fédéral de la santé publique, plus de 50 pour cent des maladies non transmissibles pourraient être évitées, atténuées ou retardées par une promotion de la santé et une prévention ciblées.

Le rapport coût-bénéfice

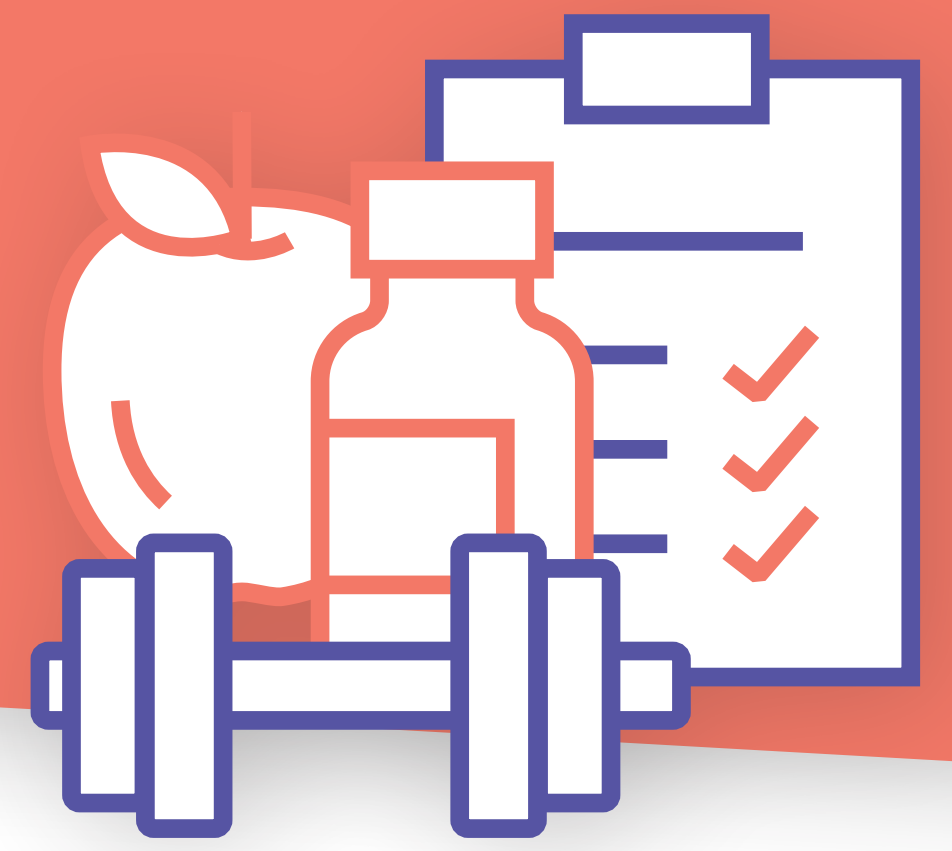
Des mesures de prévention efficaces peuvent coûter de l'argent dans un premier temps, mais elles permettent souvent de réduire les coûts de la santé à long terme. Les mesures de prévention vont toutefois beaucoup plus loin que la politique de santé. C'est dans des domaines tels que, entre autres, la sécurité des transports, la protection de l'environnement, la promotion du sport, les aliments sains, que se trouvent les plus grands leviers de la prévention.

Motivation des patients

Les patients sont souvent peu incités à investir dans la promotion de leur santé, car ils sont bien couverts en cas de maladie.



Promotion de la santé et prévention



Question directrice :

- **Comment renforcer la promotion de la santé et la prévention ?**

Sélection de **propositions de réforme** possibles

Renforcer la promotion de la santé et la prévention au niveau national

Le financement d'autres mesures de promotion de la santé et de prévention pourrait être réglé par la loi. Par exemple, par une **loi nationale sur la santé**. Cela permettrait d'ancrer l'importance de la prévention au niveau national et de créer les conditions cadres nécessaires. Parallèlement, les cantons perdraient des droits de décision. Une possibilité supplémentaire serait d'inclure **d'autres mesures préventives** dans l'assurance de base (AOS). Cela entraînerait des coûts plus élevés à court terme, mais permettrait de réaliser des économies à long terme dans le système de santé.

Renforcer les interdictions et les taxes

La Suisse réglemente moins fortement que d'autres pays la consommation et la vente de tabac et d'alcool. Des **mesures plus strictes** pourraient être introduites dans ce domaine (p. ex. prix plus élevés, moins de publicité) afin de rendre plus difficile tout comportement nuisible à la santé. Ces mesures pourraient toutefois restreindre les libertés individuelles et avoir un impact économique sur les entreprises concernées.

Renforcer les incitations à la promotion de la santé et à la prévention

Les cantons pourraient introduire un **budget global** pour les traitements ambulatoires. Cela motiverait les professionnels de la santé à promouvoir la santé et la prévention. Il existe toutefois ici un risque que des mesures de prévention axées sur le long terme et n'apportant aucun avantage financier à court terme soient supprimées.

