

Les coûts de la santé : trois opportunités pour les assureurs-maladie suisses et les patients



L'essentiel en bref

L'assurance obligatoire des soins (AOS) suisse est sous pression. Les primes et les dépenses totales sont plus élevées que jamais, et les réserves des assureurs sont en outre retombées à leur niveau de 2017. En raison de l'évolution de facteurs de coûts déterminants dans le secteur de la santé, il faut s'attendre à long terme à une nouvelle hausse structurelle des primes.

Mais cela pourrait s'avérer difficile à expliquer à la population suisse. En effet, les citoyens attendent des décideurs et des assureurs qu'ils proposent rapidement des solutions innovantes pour améliorer la qualité du système de santé tout en allégeant la pression financière sur les ménages. Cet article met précisément en avant trois leviers pratiques et ambitieux pour y parvenir.

Ces trois leviers ont été définis en premier lieu pour renforcer l'AOS. Cependant, dans la mesure du possible, leur mise en œuvre devrait se faire aussi en collaboration avec l'assurance-maladie complémentaire. Ces leviers donnent aux assureurs-maladie suisses une opportunité unique d'empêcher que les coûts et les primes n'atteignent des niveaux insupportables – tout en valorisant leur rôle futur dans le système de santé suisse.

L'augmentation des primes et des coûts requiert des actions

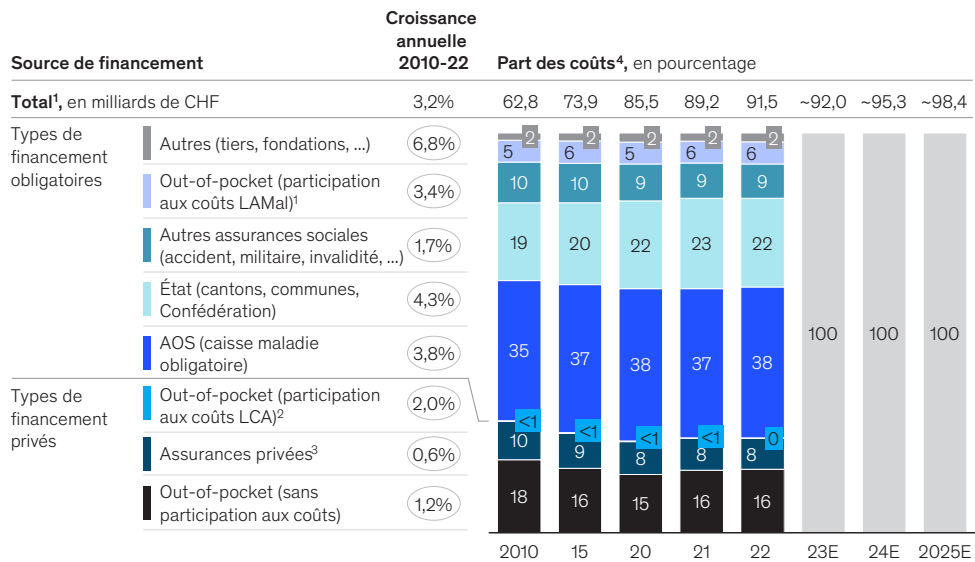
Le système de santé suisse est considéré comme exemplaire. Cependant, il engendre également des dépenses de santé élevées : En 2022, ces dépenses représentaient 11,3 % du produit intérieur brut suisse, dont environ un tiers attribué à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis 2010, les dépenses de santé ont augmenté en moyenne de plus de 3 % par an (comparées à une augmentation de la population d'environ 1 % et une inflation moyenne de <0,5 %). En 2024, le KOF de l'EPFZ prévoit une augmentation de 3,6 %.

Pour les ménages privés, cela se traduit par une pression financière croissante en raison de l'augmentation marquée des primes, tout en permettant l'accès à une plus large gamme de prestations médicales améliorées. Les primes d'assurance maladie (AOS et LCA) représentent aujourd'hui en moyenne environ 8 % du revenu des ménages, et ce malgré les subventions de l'Etat pour les primes. Entre 1996 et 2022, la prime moyenne pour les différentes tranches d'âge a plus que doublé. En 2023, elle a augmenté de 5,4 % et en 2024 de 8,1%. Les hausses de coûts auraient probablement été plus marquées si les assureurs n'avaient pas utilisé une partie de leurs réserves pour les atténuer.

Il n'est pas surprenant que l'accessibilité financière de l'assurance-maladie soit un sujet de débat public depuis de nombreuses années. La pérennité de l'ensemble du système est également remise en question, avec des appels réguliers en faveur de changements et d'interventions fondamentales. Les principaux acteurs du système de santé sont donc confrontés à une pression croissante pour mettre en place des solutions efficaces – tout en veillant à préserver la qualité élevée du système de santé suisse.

Figure 1

Le marché suisse de la santé représente 90 milliards de francs et a connu une croissance annuelle moyenne de 3,2% au cours des 12 dernières années.



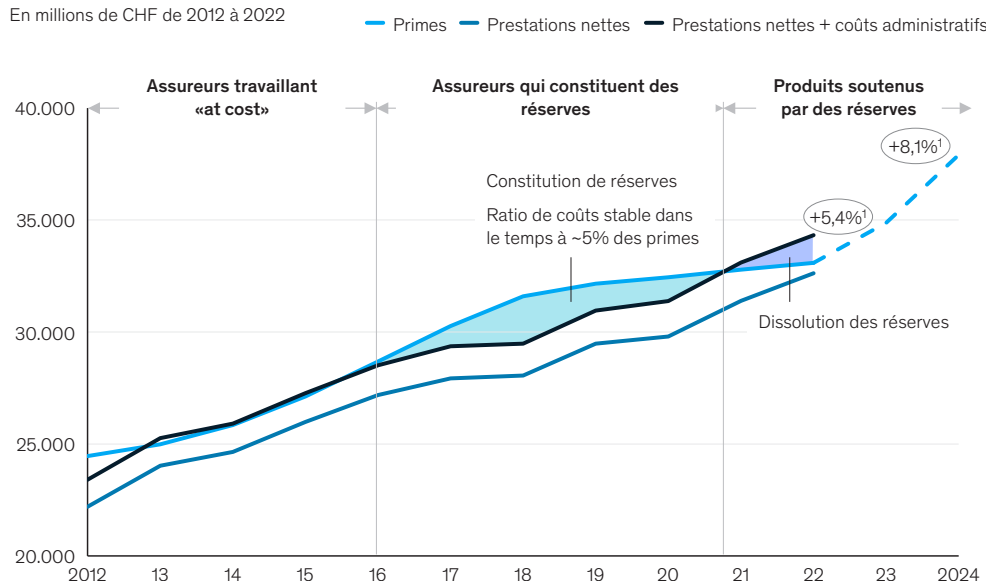
1. Sans frais selon «régime de financement inconnu».
 2. Y compris les quotes-parts et les paiements supplémentaires pour l'assurance de base ou les assurances complémentaires
 3. LCA et institutions d'assurance privées
 4. Remarque: dépenses des années 2023-25 pronostiquées par le KOF
 Source: Office fédéral de la statistique (OFS), étude KOF de l'EPFZ, données de l'OCDE

Ce qui ne fait qu'aggraver la situation : selon les assureurs, les primes des dernières années étaient trop modérées. En 2022, par exemple, elles n'ont pas suffi à couvrir les prestations nettes et les frais administratifs combinés.

Figure 2

Primes en comparaison avec les prestations nettes et les prestations nettes + frais administratifs

En millions de CHF de 2012 à 2022



1. Augmentation des primes moyennes en Suisse

Source: Office fédéral de la santé publique

Quelles sont les raisons de l'augmentation des coûts ?

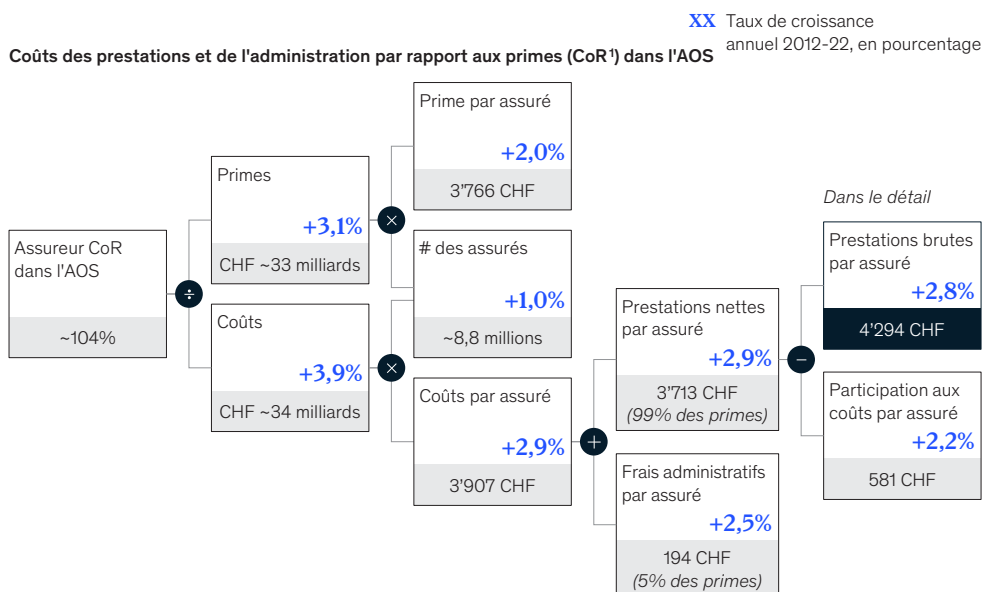
Un facteur clé est **l'augmentation des coûts médicaux**. Au cours des dix dernières années, les coûts des prestations payées par les assureurs-maladie suisses ont augmenté en moyenne de 2,9 % par an. Les causes de ce phénomène resteront vraisemblablement pertinentes à long terme :

- **Vieillessement de la société et allongement de l'espérance de vie** : En moyenne, la population suisse vieillit et vit plus longtemps. La part de population des personnes de 65 ans et plus est passée de 16,9% en 2010 à 19,2% en 2022. Chez les hommes, l'espérance de vie moyenne est passée de 80,2 à 81,6 ans, et chez les femmes de 84,6 à 85,4 ans.
- **Augmentation du nombre de prestations médicales sollicitées** : La population suisse consulte ses médecins plus fréquemment qu'auparavant. Au cours des 25 dernières années, la proportion des personnes ayant consulté un médecin au moins une fois par an est passée de 75,7 % à 82,7 %. La proportion des personnes ayant entre cinq et neuf consultations par an a même augmenté d'un tiers (passant de 14,8 % en 1997 à 19,5 % en 2022).
- **Augmentation du nombre de traitements innovants, spécialisés et efficaces** : La part de la population suisse qui consulte des cabinets de spécialistes est passée de 28,5 % en 1997 à 46 % en 2022. L'accès aux traitements médicaux plus innovants et plus efficaces qui en découle se reflète également dans les coûts – d'autant plus que ceux-ci sont « trop élevés » pour de nombreux traitements innovants, selon l'autorité suisse de surveillance des prix PUE (2022).
- **Prévalence des maladies chroniques et nouveaux modèles de maladies** : Environ 80 % des coûts médicaux sont liés aux maladies chroniques, dont la prévalence est en augmentation. En 2007, par exemple, seuls 4% des hommes suisses souffraient de diabète ; en 2022, ils étaient 6,9%. Chez les femmes, le taux est passé de 2,9% à 4,0% au cours de la même période.

A cela s'ajoute une augmentation des frais administratifs par assuré : Sur la période considérée, ceux-ci atteignent en moyenne 2,5 % par an – sans être accompagnés de gains structurels d'efficacité.

Figure 3

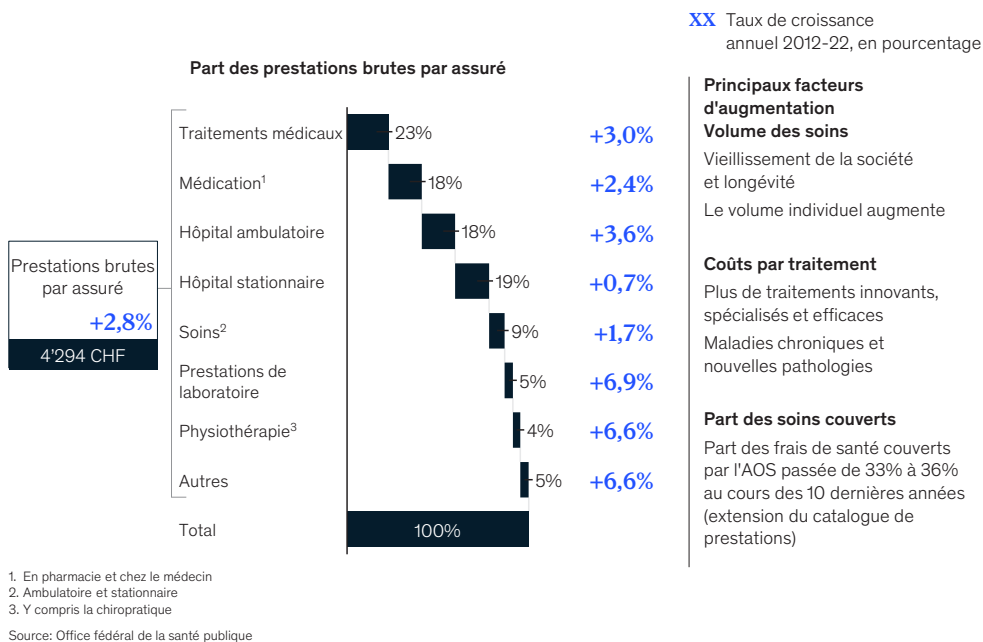
Croissance des coûts principalement due à l'augmentation des prestations brutes par assuré



1. Abréviation anglaise «Combined Ratio»
Source: Office fédéral de la santé publique

Figure 4

Prestations brutes par assuré selon la catégorie de prestations



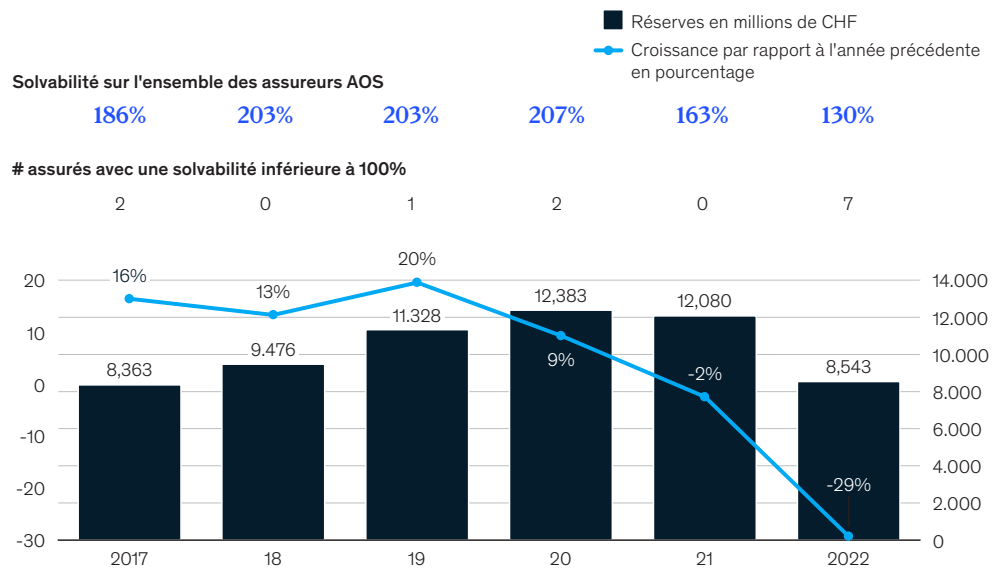
La diminution des réserves des assureurs, due principalement aux effets de rattrapage et de compensation des périodes antérieures, constitue un facteur aggravant. Les revenus des placements, relativement faibles (perte de 1,8 milliard de CHF en 2022) ainsi que les effets de rattrapage liés à la pandémie de coronavirus (perte de 1,7 milliard de CHF en 2022) ont provoqué la chute des réserves du secteur qui s'élèvent désormais à 8,5 milliards de CHF, soit une chute de près de 30% par rapport à l'année précédente.

Il convient de noter que cette baisse a été atténuée par des interventions externes dans le cadre d'un objectif de stabilité des primes. L'ampleur de la baisse laisse toutefois supposer que la solvabilité de certains (petits) fournisseurs pourrait être menacée : Sept fournisseurs affichent un ratio de solvabilité inférieur à 100 %, tandis que la solvabilité totale est de 130 % (contre 203% en 2018/19). Il faut y remédier.

Figure 5

Les réserves ont fortement diminué récemment, ce qui augmente la pression sur la solvabilité.

Évolution des réserves des assureurs AOS, 2017-2022 (au 1er janvier de l'année suivante)



Source: Office fédéral de la santé publique

Trois pistes d'action pour les assureurs

La situation actuelle exige des mesures. Cependant, elle représente également une opportunité : grâce à leur position de premier plan dans le secteur de la santé, les assureurs suisses ont l'occasion unique de proposer des solutions efficaces et de contribuer à façonner l'avenir du marché.

Trois leviers sont proposés :

- 1. Développement des soins intégrés**
- 2. Utilisation ciblée de « Health Analytics »**
- 3. Poursuite sélective de la consolidation**

Les deux premiers leviers incluent également l'adoption systématique de solutions de santé numériques – un domaine qui progresse au niveau international et [qui peut davantage être développé en Suisse](#).

1. W1. Développement des soins intégrés

Une coopération renforcée entre les assureurs-maladie suisses et les fournisseurs de prestations (« soins intégrés ») peut améliorer les résultats pour les patients, la qualité des soins et l'efficacité des coûts, car :

1. Cela accorde davantage de flexibilité à tous les participants (par exemple en ce qui concerne les structures tarifaires et les modèles de rémunération)
2. Cela favorise une meilleure harmonisation des intérêts réciproques grâce à la coopération « imposée »
3. Cela incite à la création de flux de données plus efficaces et à un accès facilité aux données, ce qui permet des analyses approfondies de la qualité des soins et de l'efficacité des coûts. Cela permet d'améliorer la prise en charge des patients et de soutenir efficacement les décisions médicales

Plusieurs modèles de coopération existent déjà en Suisse, notamment sous la forme de modèles d'assurance alternatifs (MAA). Ils permettent de réduire les primes, en grande partie grâce à une orientation vers des prestataires de soins sélectionnés (par exemple « gatekeeping »), mais aussi (dans une moindre mesure) en utilisant des incitations basées sur des indicateurs clés de performance, pour des traitements rentables et de qualité (par exemple bonus/malus). Les modèles varient selon les prestataires de soins. Outre les modèles bien établis tels que le médecin de famille et Telmed, il existe par exemple le modèle Health Maintenance Organization (HMO) :

un centre de santé proche du domicile ou un cabinet de groupe fait ici office de premier point de contact, coordonnant les étapes suivantes pour le patient. Les prestataires participants reçoivent une rémunération fixe ou variable, annuelle ou mensuelle, pour les services de coordination qu'ils fournissent aux patients, et qui peut dépendre de la réalisation de valeurs cibles (centre HMO) selon le modèle. Les patients paient généralement des primes d'assurance-maladie moins élevées lorsqu'ils sont affiliés à un MAA.

Il existe également des modèles hybrides récents permettant aux assurés de choisir parmi plusieurs premiers points de contact (médecin de famille, Telmed, pharmacie, centre de santé), soit pour toute la durée du contrat d'assurance, soit au cas par cas.

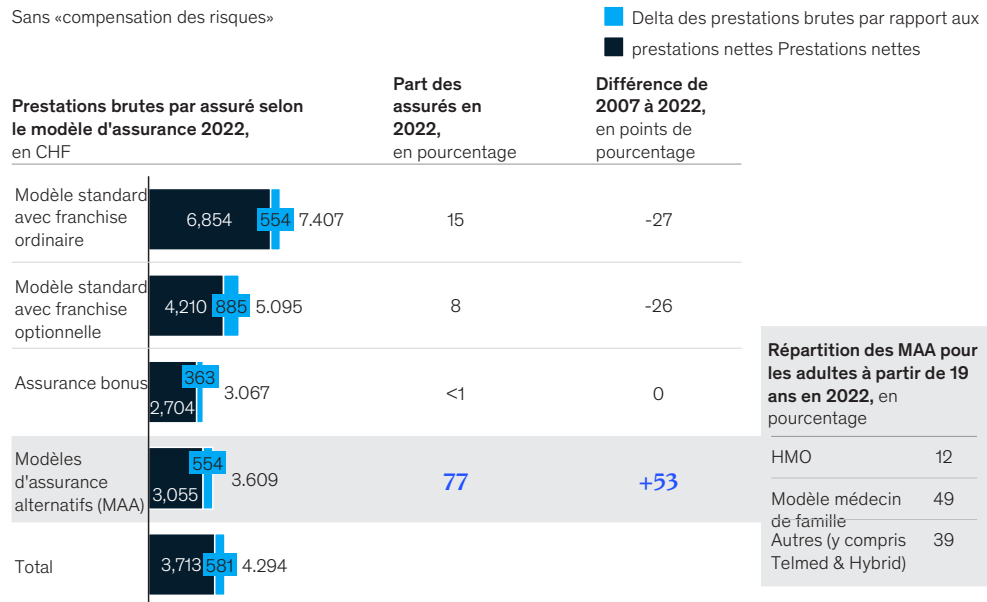
En 2022, environ trois quarts des assurés ont choisi un MAA, dont les modèles HMO ne représentent que 12%. La proportion d'assurés MAA a fortement augmenté depuis l'introduction des MAA; elle n'était que de 24% en 2007. Les primes moins élevées semblent convaincre.

Quant aux assureurs, les MAA actuels présentent des coûts de prestations par assuré inférieurs à ceux du modèle standard (sans compensation des risques, qui permet une compensation pour les assureurs-maladie présentant des structures de risques différentes).

Figure 6

Les modèles alternatifs d'assurance (MAA) génèrent moins de prestations brutes et ont connu une forte croissance

Sans «compensation des risques»



Source: Office fédéral de la santé publique

Les MAA ne sont pas exempts des facteurs de coûts mentionnés ci-dessus. Ils ont même été particulièrement touchés par la hausse rapide des coûts de ces dernières années : leur coût brut de prestations par assuré a augmenté de plus de 5%, en 2022, 2021 et 2019, soit plus que les autres modèles d'assurance (ce n'est qu'en 2021 que le coût brut de prestations de la petite assurance BONUS a augmenté plus fortement).

Cela peut probablement s'expliquer par le fait que les modèles actuellement en vigueur présentent un potentiel d'amélioration :

- Actuellement, les MAA se concentrent principalement sur le premier contact et n'ont pas d'impact significatif sur les phases ultérieures du parcours du patient (où la plupart des coûts sont engendrés). Ils ne proposent donc pas d'accompagnement global ou de gestion médicale des coûts tout au long de la « chaîne de valeur », ni d'intégration systématique de spécialistes. Les experts du secteur voient ici un potentiel clair et réalisable pour étendre le rôle au-delà de la simple fonction de « gatekeeper ».
- Les MAA restent étroitement liés aux structures tarifaires et de rémunération en vigueur. Ainsi, les structures tarifaires et de remboursement suisses actuelles devraient être développées afin de créer des incitations plus fortes. Cela pourrait inclure, par exemple, l'extension du modèle bonus/malus en fonction de certains indicateurs de qualité ou de coûts, l'orientation vers des modèles de capitation existants ou prévus sous certaines formes, ainsi que la mise en place de contrats pluriannuels. Au sein des MAA, les assureurs et leurs partenaires fournisseurs de prestations ont la possibilité de tester de tels modèles de rémunération.

- Certaines offres de MAA s'adressent aux patients souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité (qui représentent 80 % des coûts médicaux en Suisse)¹. On peut se demander si ces offres sont réellement suffisantes et efficaces : d'après des assureurs-maladie, les avantages de ces modèles diminuent considérablement une fois la compensation des risques prise en compte. Il reste à déterminer dans quelle mesure les coûts médicaux réduits des MAA sont réellement le résultat d'une gestion des coûts plus efficace, et dans quelle mesure ils sont attribuables à l'adhésion de groupes de population en meilleure santé. Les experts du secteur soulignent que les primes sont souvent dictées par des considérations commerciales.

En résumé, les MAA sont souvent considérés principalement comme des produits compétitifs en termes de prix, plutôt que comme des modèles de soins intégrés avec un suivi et une gestion à long terme des patients tout au long de leur parcours. Par conséquent, ils ne délivrent pas (ou seulement partiellement) les avantages typiquement associés aux soins intégrés. Des observateurs tel que le Forum suisse des soins intégrés (FMC) ont déjà exprimé des critiques à ce sujet. Compte tenu des avantages évidents des modèles intégrés, comme expliqué précédemment, nous voyons trois grandes directions stratégiques pour le développement des soins intégrés en Suisse :

1. Introduire la fonction de « Health Journey Manager » (Gestionnaire de Parcours de Santé). Les MAA souffrent aujourd'hui du fait que leur rôle directeur est faible et qu'ils n'atteignent pas de manière homogène tous les groupes cibles pertinents. L'introduction d'un Health Journey Manager en tant que fonction de coordination bien intégrée au sein des réseaux de soins pourrait y remédier. Cette fonction serait conçue pour coordonner les informations tout au long du parcours de soins (au-delà des soins de base), accompagner les patients, et identifier précocement les problèmes, tels que ceux liés à la polypharmacie, afin de sensibiliser les prestataires de soins concernés. Il convient de tenir compte des facteurs socio-économiques pertinents des patients ou groupes de patients (tels que la multimorbidité, la langue, la localisation). En conséquence, ce rôle serait à remplir par des personnes « impliquées dans la communauté », possédant des connaissances médicales, mais ne nécessitant pas forcément un diplôme de médecin.

Les Health Journey Managers seraient assignés de manière ciblée à des cas ou des patients coûteux, pour leur assurer un suivi plus coordonné et plus clair. Dans une perspective de bon rapport coût-efficacité, ces nouveaux profils seraient utilisés en particulier pour les groupes de patients atteints de maladies chroniques, âgés ou multimorbides. En plus de coordonner les prestataires de soins, ils assument également des fonctions préventives telles que le soutien à l'arrêt du tabac ou la participation à des programmes de nutrition. Les prestations de coordination des Gestionnaires de Parcours de Santé au sein des MAA seraient financées par les assureurs, qui couvriraient ces coûts par les économies générées.

Telehomecare, un programme de l'Ontario Telemedicine Network (OTN) au Canada, est un exemple de réussite qui peut servir d'inspiration : Les patients atteints de BPCO et d'insuffisance cardiaque s'y voient attribuer un soignant qui leur propose un coaching hebdomadaire, assure leur suivi à distance et échange des données pertinentes avec les prestataires de services. Selon une étude, le nombre d'entrées aux urgences a ainsi diminué de 70 % chez les patients atteints de BPCO et d'insuffisance cardiaque, et celui des hospitalisations de 76 %.²

2. Impliquer davantage les spécialistes ambulatoires. Les assureurs devraient impliquer davantage les spécialistes dans le suivi et la gestion des patients, et dans les réseaux responsables des soins intégrés. Ils pourraient également promouvoir des réseaux intégrant médecins de premier recours et spécialistes. Dans ces réseaux, pour les patients complexes et multimorbides, le spécialiste central pourrait assumer la responsabilité du traitement en

¹ C'est ainsi que CSS commercialise son modèle Multimed (MAA avec HMO ou Telmed) en le présentant comme un allègement pour les patients atteints de maladies chroniques grâce à un paiement supplémentaire réduit. De nombreux acteurs (p. ex. SWICA, Concordia, Groupe Mutuel et Sympany) sont membres du réseau QualiCCare, qui vise à améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

² [OTN Ontario](#)

tant que « coordinateur » principal du parcours de soins du patient. Le médecin responsable du cas médical serait ainsi davantage impliqué dans la gestion de la coopération. Cela supposerait que les assureurs intègrent par contrat, dans les MAA, non seulement les médecins de premier recours, mais aussi des groupes de spécialistes suffisamment nombreux avec des conditions clairement définies.

Un exemple pratique se trouve aux États-Unis : Optum Health, une filiale de l'assureur santé américain United Health, offre à ses assurés l'accès à ses propres réseaux de spécialistes.

3. Proposer des soins entièrement intégrés en se concentrant sur les groupes cibles :

Les assureurs pourraient créer une offre adaptée aux besoins spécifiques de certains groupes cibles (par exemple les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes âgées dépendantes), en intégrant divers prestataires de soins pertinents et en les incitant à coopérer : médecins de premier recours, spécialistes ambulatoires, physiothérapeutes, chiropraticiens, pharmacies, hôpitaux, etc. Les prestataires de ces structures s'engageraient à atteindre des objectifs de qualité et d'efficacité spécifiques aux groupes cibles et seraient rémunérés pour ce service au travers de structures de rémunération adaptées, telles que des bonus/malus d'un montant adéquat, ou des paiements par « capitation ». L'objectif de ces soins intégrés adaptés aux groupes cibles ne serait donc pas d'obtenir les primes les plus attractives, mais de fournir les meilleurs soins possibles, avec un éventuel « supplément de prix ». Des ébauches de tels modèles se trouvent déjà sur le marché aujourd'hui.

2. Utilisation ciblée de « Health Analytics »

L'utilisation à grande échelle d'analyses de données de santé peut permettre aux assureurs-maladie de mieux comprendre les coûts des prestations et d'optimiser les résultats individuels des patients. Bien que l'intégration des données entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ne soit pas encore très développée, les données des assureurs-maladie représentent déjà un atout précieux avec un potentiel considérable.

Actuellement, les analyses de données de santé ne sont pas encore largement développées en Suisse. Bien que plusieurs assureurs-maladie (en particulier les assureurs complémentaires) s'efforcent de les mettre en place, des conditions strictes doivent s'appliquer. L'utilisation des analyses de données de santé dans le cadre du conseil individuel, du marketing ou de l'optimisation des soins médicaux (telle que la renégociation avec les fournisseurs de prestations) nécessite le consentement explicite des assurés, et est soumise à des conditions précises.

Il est néanmoins possible de tirer parti dès aujourd'hui des avantages offerts par les analyses de données de santé. Pour y parvenir, il convient de distinguer deux domaines : l'analyse complète des données de santé et l'intégration d'éléments prédictifs. Les deux domaines présupposent une structure de données appropriée.

Focalisation sur les coûts des prestations : analyse approfondie des données de santé

Grâce à une analyse avancée des données de santé, les assureurs-maladie peuvent analyser de manière systématique les coûts historiques des prestations dans l'ensemble de leur portefeuille. L'objectif est d'identifier les domaines prioritaires d'optimisation des coûts médicaux – tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins.

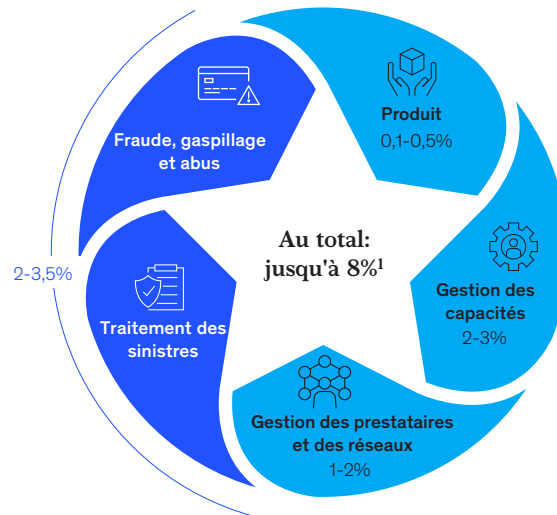
L'analyse s'appuie sur des données concernant le volume, la démographie, les coûts et les prix, les lieux de soins, les complications et l'utilisation. Les données relatives aux prestations sont décomposées en leurs éléments constitutifs et analysées à l'aide de logiciels statistiques (descriptifs). Une visualisation graphique permet de mettre en évidence les domaines de dépenses qui augmentent et s'écartent des critères de référence définis. Des « points chauds » typiques émergent souvent : Par exemple, une utilisation particulièrement élevée d'outils de diagnostic (comme l'imagerie) ou de certains traitements spécialisés, un recours excessif aux soins hospitaliers plutôt qu'ambulatoires, ou des écarts de coûts importants pour les mêmes tests de laboratoire et services d'imagerie.

Les informations obtenues peuvent ensuite être utilisées pour introduire des mesures d'amélioration ciblées et conformes à la loi sur toute la chaîne de création de valeur. Dans des cas pratiques internationaux, les assureurs-maladie ont ainsi pu réduire leurs taux de sinistres médicaux entre 3 et 8 %.³ La qualité des soins est ainsi maintenue et peut aussi conduire à une amélioration.

Figure 7

Domaines d'application typiques pour les connaissances acquises grâce à l'analyse des données de santé

Possibilités d'épargne typiques dans les économies plus matures



1. Pas entièrement additif en raison des effets doubles
Source: McKinsey

Certains des domaines présentés ici sont déjà largement développés chez la plupart des assureurs-maladie suisses. Néanmoins, la granularité supplémentaire fournie par l'analyse des données de santé peut permettre de nouvelles améliorations. Pour les exploiter, une approche possible serait de tester des analyses de données santé plus sophistiquées dans un premier temps au sein de l'assurance complémentaire (en tant qu'«incubateur») puis de transférer les connaissances acquises à l'assurance obligatoire. Une autre approche pourrait consister à échanger avec les patients et les prestataires de soins sur les avantages potentiels et à mettre en place des modèles d'«opt-in», voire un MAA dédié, où les prestataires de soins utiliseraient des connaissances éprouvées.

Évaluation prévisionnelle des risques : intégration d'éléments prédictifs

À plus long terme, les potentiels pourraient également être explorés par l'intégration d'éléments prédictifs. L'objectif serait d'évaluer le risque de maladie ou d'aggravation au cas par cas, à l'aide de données médicales historiques, de données sur les patients et de données socio-économiques. Sur la base de ces données, les prestataires de soins et éventuellement les assureurs-maladie peuvent adopter une approche proactive envers les patients à haut risque ou à coûts élevés (existants ou potentiels). Cela permettrait d'améliorer leur parcours de soin tout en réduisant les coûts des prestations médicales.

L'exemple du parcours d'un patient diabétique (illustré dans le graphique) montre le potentiel d'une utilisation innovante des données.

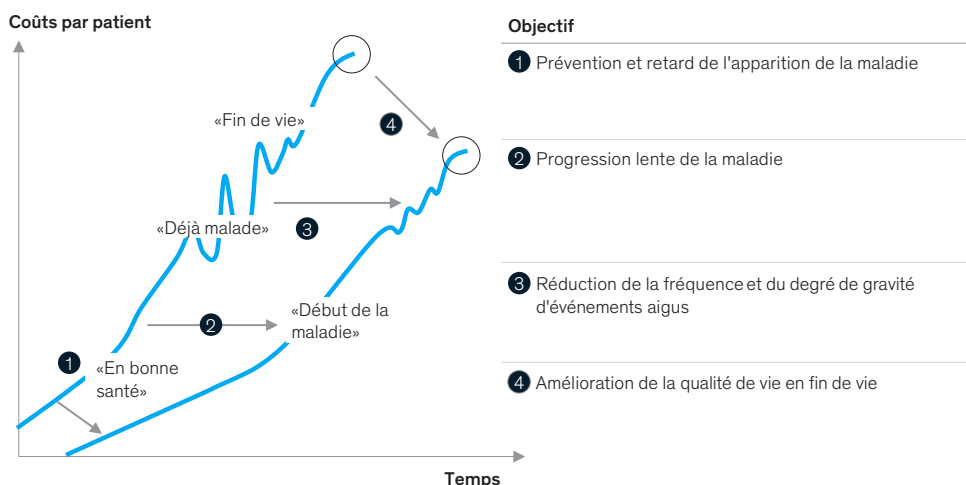
Pour réussir l'intégration d'éléments prédictifs, il est essentiel de d'abord créer les bases technologiques. Cela implique d'entraîner plusieurs modèles d'apprentissage automatique et d'évaluer leur performance à l'aide de données propres à l'assurance (encore inconnues du modèle) ainsi que d'autres données externes (par exemple celles des prestataires de soins). Cela permet d'avoir une vision à la fois explicative et prospective. Les facteurs de

³ Études de cas McKinsey auprès d'assureurs-maladie de différentes tailles et dans différentes régions

santé peuvent être identifiés, et des approches préventives adaptées à différents groupes de patients peuvent être élaborées. Pour ce faire, il est important d'établir des dispositions claires en matière de protection des données et de permettre la possibilité d'une évaluation anonymisée de ces informations.

Figure 8

Application de « l'intégration d'éléments prédictifs » au parcours (illustratif) d'un patient diabétique



Source McKinsey

Par ailleurs, il est essentiel de traduire les connaissances acquises en actions concrètes. L'accent devrait être mis sur la manière dont les assureurs-maladie peuvent communiquer efficacement leurs conseils aux clients, par exemple sur un risque individuel accru de maladie. Du point de vue de l'assureur-maladie, il ne s'agit pas d'intervenir en tant que conseiller médical indépendant dans le domaine de compétence des fournisseurs de prestations et des médecins (par exemple, en évaluant de manière arbitraire les parcours de soins), ce dont les représentants du secteur sont pleinement conscients. Il conviendrait plutôt, dans le cadre d'une collaboration étroite avec les fournisseurs de prestations, d'utiliser les données des assureurs comme contribution supplémentaire par le biais d'analyses prédictives. L'objectif serait d'optimiser les résultats des traitements et les coûts, par exemple au sein des MAA, avec des modèles tarifaires innovants. Une communication transparente et proactive avec les organes de surveillance, permettant de tenir compte des dispositions légales et réglementaires, est également essentielle pour faciliter l'acceptation et la mise en œuvre.

L'intégration d'éléments prédictifs n'en est qu'à ses débuts et l'environnement réglementaire actuel ne permet pas une mise en œuvre généralisée. Néanmoins, les assureurs santé devraient dès aujourd'hui explorer ces nouvelles possibilités et développer les compétences nécessaires pour réduire les coûts médicaux et améliorer les parcours individuels des patients.

Indispensable : une structure de données adéquate

Les questions de réglementation et de protection des données constituent un obstacle majeur à l'utilisation des analyses de données de santé, tout comme la structure des données. Les assureurs maladie devraient se concentrer d'urgence sur l'amélioration de l'exploitabilité et de l'interprétabilité de leurs données. En Suisse, les formats de données utilisés sont souvent classés par procédure et traitement plutôt que maladie, symptôme ou diagnostic, ce qui n'est pas optimal pour une analyse ciblée. Afin d'améliorer les résultats en matière de santé et de réduire les coûts médicaux, il est essentiel d'identifier clairement la cause du traitement choisi. En particulier dans le domaine de l'assurance complémentaire, le contenu informatif des relevés de facturation varie considérablement.

3. Poursuite sélective de la consolidation

Les récentes évolutions du marché ont fait resurgir la question de la taille critique pour les assureurs-maladies obligatoires. En examinant la structure globale du marché suisse de l'assurance-maladie, on constate qu'elle est restée globalement stable depuis 2008 ; la part de marché des dix premiers assureurs est demeurée constante durant cette période. Le nombre de fournisseurs a diminué de moitié (passant de 86 à 45) dans le segment inférieur du marché. Un acteur du marché a pu augmenter sa part de marché de 5 % à 10 % sur la période considérée grâce à une croissance organique axée sur une stratégie de leadership en matière de prix.

Parallèlement, la fusion entre deux acteurs majeurs du marché, la plus importante de ces 15 dernières années, a eu lieu récemment.

Selon nos analyses, une consolidation sélective du marché pourrait permettre aux assureurs-maladie suisses de réaliser des synergies, tant en termes de coûts administratifs que de coûts des prestations. Toutefois, les conditions et les implications d'une telle consolidation doivent être examinées de près.

Synergies en matière de coûts administratifs

Tout comme c'est le cas dans d'autres secteurs, les assureurs-maladie suisses pourraient améliorer leur efficacité opérationnelle en fusionnant entre eux. Le potentiel varie toutefois fortement. Un examen des frais administratifs des assureurs-maladie AOS suisses en 2022 révèle que les petits prestataires – avec des recettes de primes inférieures à 1 milliard de CHF – présentent une dispersion très hétérogène des taux de frais administratifs, allant de 3,0% à 11,5%. En revanche, chez les plus grands prestataires, le taux de frais administratifs se situe entre 4,0 % et 6,3 %, avec une moyenne de 5 %.

Plus concrètement, cela signifie qu'en cas de fusion de deux grandes entreprises, les primes annuelles pourraient être réduites de 50 CHF maximum par assuré. Cette estimation repose sur un potentiel d'économie évalué à 1-2 points de pourcentage des frais administratifs, selon une simulation réalisée par McKinsey. (À titre de comparaison : La prime annuelle moyenne du marché par assuré est d'environ 4 000 CHF). Pour les petites entreprises, le potentiel d'économie pourrait être plus important compte tenu de la plus grande dispersion des quotas.

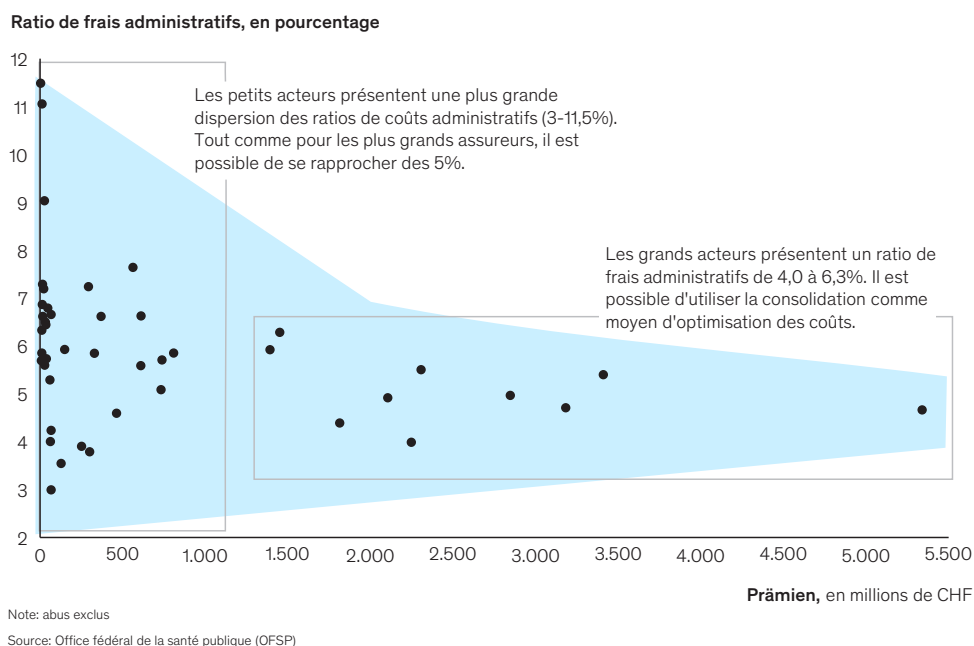
Dans tous les cas, il est important de reconnaître que la réalisation de synergies entraînerait également des conséquences sociales telles que des licenciements ou des reconversions professionnelles. A cela s'ajoutent des défis tels que les efforts d'intégration, les nouvelles compétences requises, les changements culturels et la fermeture de produits.

En conclusion, il ressort que:

1. Les petits fournisseurs pourraient avoir la possibilité, en s'associant entre eux ou avec un fournisseur plus important, d'atteindre des taux de frais administratifs comparables à ceux des grands fournisseurs (soit environ 5 %).
2. Les grands fournisseurs dont les ratios de frais administratifs se situent à la limite supérieure pourraient théoriquement profiter d'une consolidation pour optimiser à la marge ces ratios et atteindre le niveau d'efficacité des meilleurs.
3. En général, l'optimisation des ratios de frais administratifs semble se stabiliser autour de 4%, ce qui indique que des économies d'échelle supplémentaires ne génèrent pas d'efficacité accrue. Cela est lié à la gestion actuelle des affaires par les assureurs suisses. Pour réaliser des gains d'efficacité supplémentaires, un changement structurel serait nécessaire, tel que l'adoption de l'IA générative pour transformer les processus de gestion des sinistres.
4. Les faibles ratios de frais administratifs par rapport aux branches d'assurance du secteur privé soulèvent la question fondamentale de la « bonne valeur ». Selon les experts du secteur, un ratio de frais administratifs de 5% rend les investissements structurels difficilement viables.

Figure 9

Montant des primes vs. ratio de frais administratifs par assuré – 2022



Synergies sur les coûts des prestations

Des synergies peuvent également être exploitées au niveau des coûts des prestations. Par exemple, l'application d'analyses à un volume de données de santé nettement plus important pourrait contribuer à détecter les abus et l'utilisation inappropriée des prestations. En outre, la consolidation pourrait améliorer la collaboration avec les prestataires de services, grâce à plus d'évolutivité et en favorisant le développement de solutions innovantes et plus efficaces. Cela permettrait de réduire ou stabiliser les coûts médicaux, tout en maintenant ou en améliorant la qualité et l'expérience des patients. L'effet secondaire recherché serait que les assureurs soient davantage perçus comme des interlocuteurs clés par les fournisseurs de prestations, les groupes d'intérêts politiques et les autorités de régulation. Enfin, l'émergence d'un nouvel acteur majeur, entraînant la diminution du nombre de prestataires, pourrait réduire la fluctuation annuelle.

En somme, des activités de consolidation plus ciblées pourraient donc apporter des avantages significatifs à certains assureurs-maladie suisses ainsi qu'au marché de la santé dans son ensemble. Pour les grands acteurs, une fusion pourrait représenter une solution stratégique face au défi structurel de l'augmentation des coûts de la santé et des primes d'assurance. Une taille accrue ouvrirait de nouvelles opportunités pour optimiser les coûts médicaux, notamment par le biais d'analyses de santé et de partenariats renforcés. Pour les acteurs plus petits (en particulier les «sub-scale»), une augmentation de la taille pourrait alléger les pressions liées à la solvabilité et faciliter le respect des nouvelles réglementations. Dans ce contexte, on pourrait envisager aussi bien la fusion de deux grands assureurs pour améliorer le taux de sinistres que le rachat de plusieurs petits acteurs par un assureur de plus grande taille afin de réduire le taux de frais administratifs. Une discussion distincte porte sur la mise à disposition de services (par exemple dans les domaines de l'administration et de la gestion des sinistres) par les grands assureurs-maladie aux petits acteurs.

La consolidation entraîne une diminution du nombre d'acteurs sur le marché. Cependant, les avantages d'une concurrence intense pour l'ensemble du système de santé, notamment en ce qui concerne l'innovation dans le domaine de l'assurance complémentaire LCA, ne doivent pas être sous-estimés.

Une opportunité d'assurer l'avenir

La Suisse bénéficie d'un excellent système de santé qui garantit un traitement de qualité et d'excellents soins aux patients. Toutefois, l'augmentation des primes de l'assurance-maladie obligatoire exerce une pression financière sur les ménages et menace la stabilité à long terme du système de santé. Face à la perspective de nouvelles hausses de primes, tous les acteurs du marché sont appelés à développer et à mettre en œuvre des solutions efficaces.

Pour les assureurs-maladie suisses, il s'agit également d'une opportunité unique : en agissant de manière proactive, ils peuvent valoriser leur rôle et contribuer à façonner l'avenir du système de santé suisse. Les trois leviers présentés ici – développement des soins intégrés, utilisation des analyses de données de santé et consolidation sélective – offrent des pistes concrètes pour les assureurs pour contrer l'augmentation des coûts et des primes, tout en contribuant à renforcer le système de santé.

Les démarches visant à mettre en œuvre ces leviers ne devraient pas se limiter au domaine de l'AOS, mais être abordées en collaboration avec l'assurance complémentaire LCA. En effet, il y a également un besoin aigu d'innovation dans ce domaine pour assurer la pérennité de la proposition de valeur faite aux assurés. Par exemple, des solutions innovantes telles que les soins intégrés ou l'intégration d'éléments prédictifs pourraient d'abord être testées dans le cadre de l'assurance complémentaire (en tant qu'« incubateur ») avant d'être transférées dans l'AOS.

Le changement exige du courage. Ceux qui osent s'y confronter peuvent devenir des pionniers pour l'ensemble du secteur et inspirer d'autres à suivre leur exemple. Les discussions actuelles avec les représentants du secteur de l'assurance-maladie révèlent une nouvelle dynamique, marquée par une volonté de contrer la croissance des coûts et des primes par des réformes audacieuses et innovantes, tout en investissant dans l'amélioration de la qualité des soins de santé.

Auteurs et contacts

Auteurs

Dr. Marion Hämmerli, partenaire au bureau zurichois de McKinsey et Company
marion_haemmerli@mckinsey.com

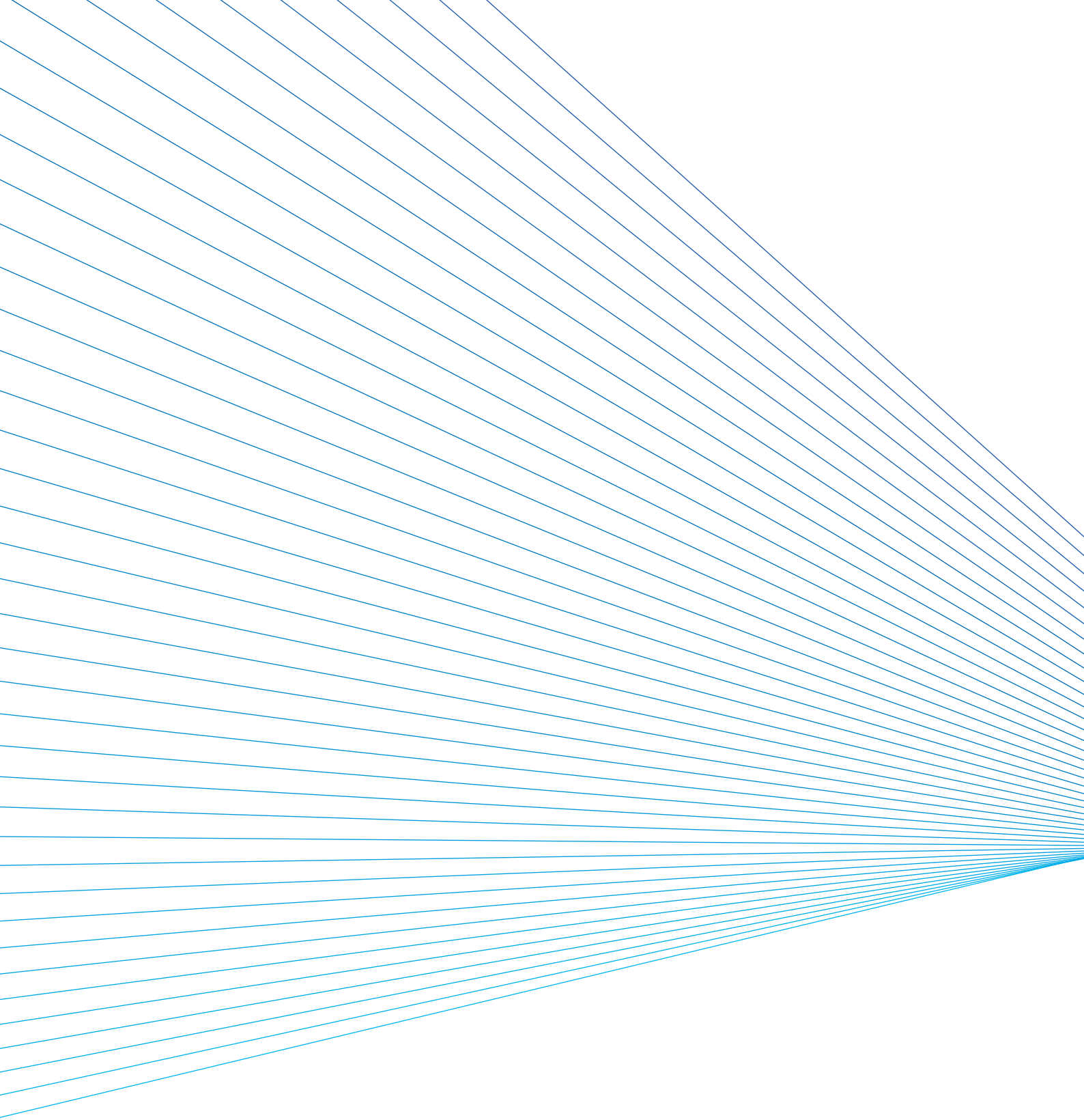
Lutz-Georg Schmitz, Engagement Manager au bureau zurichois de McKinsey & Company
lutz-georg_schmitz@mckinsey.com

Sirus Ramezani, Senior Partner au bureau zurichois de McKinsey & Company sirus_
ramezani@mckinsey.com

Demandes des médias

Yannick Orto, Head of Communications, McKinsey & Company Switzerland
yannick_orto@mckinsey.com

Ce travail est indépendant, reflète les opinions des auteurs et n'a pas été commandité par des entreprises, des gouvernements ou d'autres institutions. Toutes les formulations utilisées dans cette publication s'appliquent à tous les sexes.



McKinsey & Company
Lintheschergasse 2
8001 Zürich

Septembre 2024
Copyright © McKinsey & Company
Designed by Visual Media Europe

www.mckinsey.com

 @McKinsey

 @McKinsey