FAQ à l'intention des organisations affiliées à la FMH

Le 23 septembre 2026

Coûts de la santé et primes : questions et réponses

Sommaire

Quelle est la position du corps médical sur la hausse des primes ? 1

Pourquoi les coûts de la santé, et donc aussi les primes, augmentent-ils ? 1

Les coûts de la santé augmentent-ils parce que les médecins pratiquent des interventions inutiles ? 2

Les salaires élevés des médecins impactent-ils les coûts de la santé ? 2

On parle pourtant d'un potentiel d'économie de 20 % pour les soins médicaux ? 2

Comment freiner l'évolution des primes ? 3

Pas moins de 28 % de la population bénéficie de réductions de primes et n'arrive donc plus à payer ses primes sans aide. Une telle situation est-elle encore tenable ? 3

Que pensez-vous des propositions de supprimer l'obligation de s'assurer ? 3

Que pensez-vous des propositions d'introduire une assurance à bas prix ? 3

Quid de la caisse unique, faut-il y réfléchir ? 4

Faut-il fermer des hôpitaux pour réduire les coûts ? 4

Que demande le corps médical ? 4

Quelle est la position du corps médical sur la hausse des primes ?

cf. le commentaire de la FMH (qui sera publié dès que le montant des primes pour 2027 aura été communiqué)

Pourquoi les coûts de la santé, et donc aussi les primes, augmentent-ils ?

Il est important de distinguer entre coûts de la santé et primes d'assurance-maladie. Les coûts globaux de la santé suivent une ligne de croissance modérée, à laquelle de nombreux facteurs contribuent, comme le vieillissement de la population ou les nouvelles possibilités de traitement ou de diagnostic. Les soins de santé coûtent aujourd'hui plus cher parce qu'ils sont aussi plus performants et créent une valeur ajoutée plus importante pour la population. Aujourd'hui, nous sommes capables de dépister davantage de maladies et de mieux les traiter. Avec l'accroissement de la population âgée, les besoins en soins augmentent également. À cela s'ajoutent une demande globalement en hausse, mais aussi l'insécurité croissante et la vulnérabilité psychique chez les jeunes générations.

La croissance des coûts de la santé n'est pas une particularité helvétique : partout où le vieillissement de la population progresse et où les soins médicaux se modernisent, les dépenses augmentent dans des proportions comparables, indépendamment du système politique en place. La courbe de croissance des coûts évolue de la même manière dans presque tous les pays industrialisés, y compris en Suisse.

En revanche, les primes augmentent plus fortement que les coûts de la santé, car nous finançons une part toujours plus importante des soins avec l'argent des primes. Cela impacte négativement les ménages à faibles revenus. Dans les années à venir, le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières devrait freiner cette tendance et la charge croissante qui pèse sur les payeurs de primes. Une réduction efficace des primes reste cependant essentielle pour les ménages fortement impactés. Le contre-projet à l'initiative sur l'allègement des primes, rejetée en 2024, est en vigueur depuis le 1er janvier 2026 ; il oblige les cantons à soutenir davantage les revenus les plus modestes.

Les coûts de la santé augmentent-ils parce que les médecins pratiquent des interventions inutiles ?

Non. La hausse des coûts de s'explique pas de manière aussi simple. De nombreux facteurs y contribuent, comme l'évolution démographique, le vieillissement de la population ou les nouvelles possibilités de traitement ou de diagnostic. À cela s'ajoutent une demande globalement en hausse, mais aussi l'insécurité croissante et la vulnérabilité psychique chez les jeunes générations.

Les traitements inutiles constituent un problème de qualité auquel le corps médical s'attaque par des mesures ciblées. La FMH s'engage par exemple au travers des recommandations de « smart medicine » à éviter les examens et les traitements qui n'apportent aucune valeur ajoutée aux patients. Nous savons en revanche que la Suisse offre aujourd'hui une très bonne qualité de soins en comparaison internationale. Et nous voulons la préserver. Il est déterminant de pouvoir poser la bonne indication et de disposer de suffisamment de temps pour discuter du bénéfice, des risques et d'autres solutions. Pour cela, il faut des tarifs appropriés et des conditions-cadres qui n'incitent pas à recourir à des prestations médicalement inutiles.

Dans un contexte de pénurie de personnel qualifié et de médicaments, la plus grande crainte ne vient pas de la surabondance de soins, mais de la sous-médicalisation. Plus la pression du temps et des coûts augmente dans le secteur de la santé, et plus la pression augmente sur les médecins et les moyens qui sont à leur disposition. La Suisse dispose aujourd'hui d'un système de santé fort. Pour continuer de le garantir, il faut considérer simultanément les coûts et l'offre de soins, en mettant l'accent sur le bénéfice pour les patients, un nombre suffisant de personnel qualifié et des conditions-cadres fiables.

Les salaires élevés des médecins impactent-ils les coûts de la santé ?

Les contribuables et les payeurs de primes ont le droit de savoir comment leur argent est utilisé pour financer le système de santé. Les derniers chiffres de l'Office fédéral de la statistique sur les revenus des médecins montrent qu'en 2019, le revenu médian des médecins en cabinet privé était de 162 000 francs par an et le salaire horaire médian de 90 francs.

Les frais de personnel représentent une part importante des dépenses de santé. Cela vaut pour toutes les professions de la santé, dont les prestations sont fournies de « personne à personne ». De bonnes conditions de travail sont essentielles pour que ces professions restent attractives et que les patients puissent bénéficier de soins de qualité.

On parle pourtant d'un potentiel d'économie de 20 % pour les soins médicaux ?

Les travaux scientifiques qui indiquent un potentiel d'économie de 20 % ne concernent pas les traitements médicaux inutiles, mais décrivent une situation idéale, libérée de toutes les inefficacités, notamment les interventions proposées avec hospitalisation alors qu'elles pourraient être réalisées en ambulatoire, le recours aux services d'urgences pour des cas bénins en lieu et place des médecins de famille, le prix trop élevé des médicaments ou des processus administratifs inefficaces.

Comment freiner l'évolution des primes ?

Différentes solutions permettent d'éviter une augmentation excessive des coûts de la santé et sa répercussion unilatérale sur les primes. Par exemple :

- **Révision appropriée des tarifs ambulatoires**
  Le TARDOC et les forfaits ambulatoires remplacent le TARMED depuis début 2026. Il s'agit maintenant de continuer le développement du système tarifaire sur la base de données solides et en concertation avec les sociétés de discipline médicale et de corriger rapidement les erreurs de manière ciblée afin de proposer des soins médicaux répondant aux besoins des patients et d'assurer une rémunération adéquate pour les médecins.
- **Virage ambulatoire**
  En 2024, le peuple a validé le financement uniforme des prestations de santé, favorisant le transfert des traitements hospitaliers vers des traitements ambulatoires (sans hospitalisation). Face à la pénurie de personnel qualifié, les ressources doivent être utilisées de manière ciblée et efficace. C'est précisément ce que propose le virage ambulatoire qui est non seulement indiqué sur le plan économique, mais permet aussi d'améliorer la qualité des soins. Pour y parvenir, il faut un financement, des interfaces et des modèles de soins qui soient coordonnés entre les secteurs hospitalier et ambulatoire.
- **Une compensation sociale efficace pour les primes par tête**
  Le système de réduction des primes varie actuellement fortement d'un canton à l'autre et d'une situation de vie à l'autre. Pour les ménages dont la charge des primes est trop importante, il est essentiel de l'harmoniser à l'échelle nationale afin de garantir son efficacité. Les subsides sont un élément important pour assurer la solidarité non seulement entre les personnes malades et celles en bonne santé, mais aussi entre les différents revenus.

Pas moins de 28 % de la population bénéficie de réductions de primes et n'arrive donc plus à payer ses primes sans aide. Une telle situation est-elle encore tenable ?

Lors de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, l'objectif était non seulement la solidarité entre personnes malades et personnes en bonne santé, mais aussi la solidarité entre hauts et bas revenus au moyen de subsides. À l'époque, on estimait que jusqu'à la moitié des personnes assurées bénéficieraient des réductions de primes.

Les subsides individuels sont un allègement prévu et donc une compensation efficace pour le maintien des primes par tête. Ils ont toute leur place dans le système et leur but est de fournir une compensation en fonction de la situation financière. Le nombre de personnes bénéficiant de subsides ne dépend pas de leur besoin individuel, mais de la manière dont la société entend organiser cette compensation.

Que pensez-vous des propositions de supprimer l'obligation de s'assurer ?

L'assurance-maladie obligatoire est un acquis important et garantit un fonctionnement dont pratiquement aucun autre pays ne peut se targuer : en Suisse, tout le monde a accès à des soins de santé de qualité, même pour des traitements chers ou très chers. Supprimer l'assurance obligatoire ouvrirait une brèche dans laquelle les assurances privées ne manqueraient pas de s'engouffrer. Les ménages qui ont aujourd'hui du mal à payer leurs primes ou les personnes qui ont des antécédents médicaux n'auraient plus qu'un accès limité aux soins de santé.

Que pensez-vous des propositions d'introduire une assurance à bas prix ?

Avec l'assurance obligatoire actuelle, le Conseil fédéral et le Parlement définissent les prestations financées par l'assurance sociale. La loi prévoit que ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. De plus, les personnes assurées peuvent bénéficier de primes moins élevées si elles choisissent un modèle d'assurance alternatif ; une possibilité dont profite déjà la majorité des assurés. C'est cette évolution positive que nous devrions continuer à renforcer, au lieu de compromettre un système éprouvé en initiant des changements radicaux.

Quid de la caisse unique, faut-il y réfléchir ?

Personne ne conteste que la caisse unique réduirait à néant les longues années de travail qui ont permis d'établir un partenariat tarifaire qui fonctionne. Le Parlement l'a lui-même renforcé en créant un cadre légal qui exige la création d'une organisation nationale pour les tarifs médicaux ambulatoires.

Faut-il fermer des hôpitaux pour réduire les coûts ?

Une planification des soins ouverte sur l'avenir présuppose une planification hospitalière qui dépasse les frontières des différents cantons. Les structures de soins changent, car nous pouvons traiter de plus en plus de cas en ambulatoire, réduisant aussi le besoin en lits d'hôpitaux. Les questions de qualité et la pénurie de personnel qualifié sont également les moteurs de ce changement structurel.

Tout le monde souhaite bien évidemment avoir un hôpital à proximité, mais ce qui est déterminant en fin de compte, c'est toujours la qualité des soins. Les grands centres hospitaliers sont pertinents pour les traitements hautement spécialisés. C'est pourquoi les cantons établissent une planification nationale commune pour la médecine hautement spécialisée.

Que demande le corps médical ?

Le corps médical plaide pour des conditions-cadres garantissant des soins accessibles de haute qualité, et permettant aux professionnels de santé d'exercer sans perte de sens. Cela implique notamment un nombre suffisant de places de formation prégraduée et postgraduée, des conditions de travail attrayantes et une rémunération appropriée des prestations médicales.

Les obligations inutiles en matière de documentation, de déclaration et de contrôle font perdre aux médecins un temps précieux qui pourrait être consacré aux patients. La FMH demande moins de microréglementations, des dispositions cohérentes et une numérisation utile qui facilite le quotidien. Face à la pénurie de personnel qualifié, diminuer les charges administratives contribue concrètement à garantir la couverture médicale et à maîtriser les coûts.

Les réformes adoptées devraient être mises en œuvre tout en laissant le temps d'évaluer leur efficacité avant d'introduire des réglementations supplémentaires. Pour cela, l'expérience des professionnels de santé sur le terrain doit être prise en compte dès le début. La Suisse dispose aujourd'hui d'un système de santé fort. Pour continuer de le garantir, il faut considérer simultanément les coûts et l'offre de soins et placer au centre le bénéfice pour les patients.