



Perspectives d'avenir pour le paysage hospitalier suisse

Étude commandée par H+ Les Hôpitaux de Suisse





L'essentiel en bref

Le paysage hospitalier en mutation

La Suisse dispose d'un système hospitalier de grande qualité. Celui-ci garantit à la population un accès rapide et facile à des prestations hospitalières de qualité. Le secteur de la santé a connu une forte croissance et continuera de se développer. Le paysage hospitalier a changé, notamment sous l'effet de décisions entrepreneuriales et de facteurs systémiques et politiques.

Une structure non viable

Compte tenu des défis actuels et des conditions-cadres, le paysage hospitalier suisse n'est viable ni sur le plan opérationnel ni sur le plan financier. La demande en prestations de santé augmente, la pénurie de personnel qualifié augmente, les tarifs ne couvrent pas les coûts dans la situation actuelle et la réglementation s'intensifie dans un paysage de soins déjà fragmenté.

Maintenir le statu quo n'est pas une option

Sans transformation substantielle, il n'y aura pas suffisamment de personnel qualifié pour maintenir la stabilité du système. Des pénuries, des délais d'attente plus longs et une baisse de la qualité des soins sont à craindre. De plus, les pertes financières des hôpitaux atteindront environ 1,1 milliard de CHF d'ici 2045. La plupart des hôpitaux dépendront d'un soutien financier (supplémentaire) de la part de leurs propriétaires et des pouvoirs publics.

Tous les acteurs sont sollicités de toute urgence

Il est urgent d'agir, tant pour les hôpitaux que pour les responsables politiques, les partenaires tarifaires et la société. Les acteurs doivent poursuivre ensemble la transformation du paysage hospitalier et mettre en place de nouvelles conditions-cadres favorables.

28 %

C'est l'augmentation prévue de la demande en prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires d'ici 2045 en raison de l'évolution notamment de la croissance démographique, du vieillissement de la population et d'autres facteurs.

3

champs d'action

Les réponses aux défis actuels se trouvent dans trois champs d'action :

- Soins échelonnés, coordination et profilage
- Recours constant aux soins ambulatoires
- Transformation numérique accélérée

Ces mesures ne peuvent être mises en œuvre que dans des conditions-cadres adéquates.

30'000

Réduction de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée jusqu'à 30 000 postes à temps plein

La mise en œuvre systématique des trois champs d'action avec les conditions-cadres nécessaires permettra de réduire les besoins en personnel qualifié d'environ 30 000 postes à temps plein d'ici 2045, par rapport aux évolutions anticipées sans transformation et à un besoin supplémentaire d'environ 29 000 postes à temps plein. Cela permettra de maintenir les besoins en personnel qualifié dans les hôpitaux de soins aigus au niveau actuel.

7

conditions-cadres

Pour réussir sa transformation, le secteur hospitalier suisse a besoin de conditions-cadres et de moyens financiers suffisants. Ceux-ci comprennent globalement :

- Rémunération appropriée des prestations hospitalières
- Financement durable du système, y compris des investissements substantiels dans la transformation du paysage hospitalier
- Bases d'un échange de données efficace
- Promotion de la relève tournée vers l'avenir
- Planification coordonnée des soins adaptée aux besoins dans les régions de soins
- Changement culturel chez tous les acteurs concernés
- Promotion de l'innovation

Atténuation de la croissance des coûts de

4,5 milliards de CHF

La demande croissante, combinée à l'inflation, entraîne une augmentation théorique des coûts de la santé à 42 milliards de CHF. Les trois champs d'action permettent de freiner la hausse des coûts d'environ 4,5 milliards de CHF par an, soit 10,6 % des coûts prévus pour le système en 2045. La hausse des coûts peut ainsi être freinée. Les coûts par habitant pourraient être largement stabilisés à leur niveau actuel en tenant compte de l'inflation et de la croissance démographique.



3 champs d'action à fort potentiel et 7 conditions-cadres favorables

1.

Soins échelonnés, coordination, profilage

La promotion de la coordination et de la coopération entre les hôpitaux dans le sens de soins échelonnés et le profilage entrepreneurial correspondant de certains prestataires permettent une orientation maximale vers les besoins dans des réseaux établis. En outre, les acteurs peuvent éliminer les redondances inutiles et renforcer la coopération tout au long des parcours de soins.

2.

Ambulatoire

Le recours aux soins ambulatoires atténue la pénurie de personnel qualifié, permet des modèles de travail attractifs et flexibles et réduit durablement les coûts de la santé. De plus, il répond au besoin de la plupart des patients d'éviter autant que possible une hospitalisation.

3.

Transformation numérique

La mise en œuvre de la transformation numérique augmente l'efficacité de la prestation, garantit un échange de données efficace entre les acteurs de la santé, permet une prise en charge ambulatoire cohérente et favorise l'émergence d'autres modèles de soins innovants (par exemple, Hospital@Home).

1. Rémunérer les prestations hospitalières de manière appropriée

Les prestations hospitalières, y compris les charges de coordination et de prévention doivent être rémunérées de manière appropriée et en tenant compte de l'inflation, de l'évolution des salaires et des progrès technologiques, ainsi que des coûts supplémentaires liés à la réglementation. Une augmentation des tarifs est particulièrement nécessaire dans le domaine ambulatoire.

2. Financer le système de manière durable

Il faut garantir le financement durable du paysage hospitalier, principalement par le biais d'une tarification appropriée et, à titre complémentaire uniquement, par des PIG transparentes. Les investissements nécessaires à la transformation requise supposent un financement initial indépendant des propriétaires. Une possibilité à examiner serait un fonds de transformation.

3. Échanger efficacement des données

Un échange efficace des données nécessite l'introduction de normes nationales en matière de données et d'interopérabilité, l'utilisation obligatoire du dossier électronique de santé (DES) et l'adaptation du cadre juridique aux progrès technologiques tels que l'IA et la robotique.

4. Encourager la relève dans une perspective d'avenir

Une promotion de la relève dans les professions de santé tournée vers l'avenir nécessite l'adaptation des programmes de formation aux nouveaux modèles de soins et aux évolutions numériques, l'amélioration de l'attractivité des professions de santé et une refonte de la réglementation des compétences.

5. Coordonner la planification des soins

Une planification coordonnée des soins permet d'assurer la prise en charge dans des régions de soins intercantionales. Cela nécessite une approche dépolitisée et axée sur les besoins, qui soit coordonnée au niveau intercantonal et crée un environnement propice aux solutions entrepreneuriales et à la coopération. Cela implique notamment la suppression des mandats de prestations liés à un site spécifique.

6. Favoriser le changement culturel avec clairvoyance

La transformation nécessite un renforcement des compétences de la population en matière de santé, la confiance dans les nouveaux modèles de soins et les solutions numériques, ainsi qu'une plus grande transparence en ce qui concerne la qualité des soins et leur impact sur les coûts de la santé.

7. Promouvoir l'innovation de manière pragmatique

Une promotion pragmatique de l'innovation dans le secteur de la santé mise sur le soutien de nouvelles approches ainsi que sur la création d'un cadre réglementaire favorable, en particulier dans les domaines de la protection des données et de droit des marchés publics.

Recommandations d'action à l'intention des responsables politiques, des partenaires tarifaires et de la population afin de permettre la mise en œuvre des champs d'action

		Confédération 	Canton 	Partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs-maladie) 	Population 
Rémunérer les prestations hospitalières de manière appropriée					
1.	Garantir des tarifs appropriés, notamment des tarifs plus élevés dans le domaine ambulatoire, ainsi qu'une rémunération adéquate des prestations de coordination et de prévention.				
2.	Introduction de modèles tarifaires dynamiques qui intègrent rapidement des facteurs exogènes tels que l'inflation, l'évolution des salaires, les progrès médicaux et technologiques ou les exigences réglementaires (augmentation et baisse).				
3.	Rémunération des activités des nouveaux rôles et professions, tels que les infirmières/infirmiers de pratique avancée (APN), via les systèmes tarifaires.				
4.	Augmentation de la transparence en matière de qualité et prise en compte dans les tarifs.				
Financer le système de manière durable					
5.	Compensation en cas de suppression ou de réduction des contributions provenant d'une source de financement existante.				
6.	Financement initial indépendant du propriétaire, par exemple au moyen d'instruments de financement supplémentaires tels que des fonds de transformation pour la transition et la réalisation des promesses d'utilité des champs d'action.				
7.	Rémunération appropriée des prestations des hôpitaux via le système tarifaire et évitement des rémunérations extensives par le biais des prestations d'intérêt général (PIG).				
8.	Planification des PIG dans les régions de soins en fonction des besoins réels et attribution transparente, indépendante du propriétaire, par le biais d'appels d'offres afin d'accroître la transparence.				
9.	Exploiter les opportunités offertes par le modèle de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) afin d'intégrer la fourniture de prestations ambulatoires et hospitalières en 2028, avec des tarifs judicieusement fixés et constamment adaptés.				
10.	Développement commun de produits d'assurance complémentaire afin de garantir le financement.				
Échanger efficacement des données					
11.	Introduction de normes nationales et contraignantes en matière d'interopérabilité et de données pour les systèmes informatiques de tous les prestataires de services.				
12.	Développement cohérent et introduction du dossier électronique de santé (DES) conformément aux plans existants pour une utilisation obligatoire et généralisée par tous les acteurs.				
13.	Adaptation du cadre juridique aux nouvelles réalités et possibilités technologiques, par exemple, l'IA, la robotique, etc.				

		Confédération 	Canton 	Partenaires tarifaires (hôpitaux et assureurs-maladie) 	Population 
Encourager la relève dans une perspective d'avenir					
14.	Adaptation et développement des programmes de formation initiale, continue et complémentaire des professions médicales aux nouveaux modèles de soins et rôles, à l'interprofessionnalité, à la pratique et au développement numérique.				
15.	Promouvoir l'attractivité des professions de santé.				
16.	Transfert de compétences à des professionnels de la santé compétents disposant des autorisations correspondantes.				
Coordonner la planification des soins					
17.	Dépolitisation de la planification des soins, dissociée des intérêts économiques, de la politique régionale ou des considérations financières et participatives des pouvoirs publics en tant que propriétaires. Procéder à une planification des soins coordonnée au niveau intercantonal, axée sur les besoins et soutenant les formes de coopération. Garantir des exigences uniformes en matière d'accès, de qualité, etc.				
18.	Suppression des mandats de prestations liés à un site.				
19.	Élaboration d'une réglementation permettant une planification coordonnée des soins. Les solutions entrepreneuriales judicieuses ne doivent pas être entravées par des réglementations telles que le droit de la concurrence, la protection des données ou autres.				
20.	Augmentation de la liberté de la circulation et de la mobilité des patients à l'intérieur et au-delà des régions de soins, notamment par l'harmonisation des prix.				
Favoriser le changement culturel avec clairvoyance					
21.	Renforcer les compétences de la population en matière de santé dans son rôle de demandeur de prestations de santé et donc de générateur de coûts de santé, ainsi que d'acteur qui définit les besoins, y compris les délais d'accès et d'attente.				
22.	Renforcer la confiance de la société et des professionnels dans les nouveaux modèles de soins, les nouveaux rôles et les solutions numériques.				
23.	Créer une plus grande transparence en ce qui concerne la qualité des soins et leurs répercussions sur les coûts de la santé (y compris en encourageant la gestion des données de santé au sein de la population).				
Promouvoir l'innovation de manière pragmatique					
24.	Promouvoir l'innovation et l'expérimentation de nouvelles approches (par exemple, modèles de capitation, paiements groupés) et la mise en œuvre de solutions pragmatiques par les hôpitaux.				
25.	Réduire les obstacles bureaucratiques et de la charge administrative des hôpitaux. Cela comprend, par exemple, la débureaucratization des réglementations existantes telles que l'article sur l'expérimentation, la conception d'approches qui récompensent plutôt que sanctionnent, ainsi que la création d'un cadre réglementaire qui favorise l'innovation (par exemple, en matière de protection des données ou de droit des marchés publics).				

Recommandations à l'intention des hôpitaux pour la mise en œuvre des 3 champs d'action

☰ Champ d'action 1

Soins échelonnés, coordination et profilage



1. Offre: Mettre en œuvre une stratégie claire axée sur les besoins régionaux et globaux ainsi que sur les intérêts entrepreneuriaux. Cela implique la planification des renforcements, la création de réseaux et le développement d'un profil médical clair avec une stratégie d'investissement et de personnel correspondante.

2. Attitude innovante: Renforcer l'esprit d'entreprise (par exemple, en promouvant une culture appropriée et des partenariats avec des start-up ou des établissements d'enseignement) et développer sa propre capacité d'innovation, notamment en encourageant les processus d'innovation internes (par exemple, avec des conseils d'innovation, des incubateurs, des hubs d'innovation dans le domaine de la santé).

3. Capacité à travailler en réseau: Créer les bases opérationnelles, organisationnelles et juridiques nécessaires à la mise en place de structures de réseau efficaces afin de développer la coopération entre les différents prestataires de services. Exemples: Garantir la capacité de participation de toutes les institutions, établir des joint-ventures, mettre en place des comités uniformes, élaborer des accords de coopération.

4. Coopération: Coopération au sein du réseau dans certains domaines, comme les soins de base, et concurrence en matière de qualité dans d'autres domaines (par exemple, les soins électifs).

5. Accord: Convenir au sein du réseau de responsabilités et de rôles clairs entre les hôpitaux participants, dans un esprit de coopération.

6. Communication: Mettre en place des interfaces de communication efficaces entre les prestataires de services et au sein du réseau.

🕒 Champ d'action 2

Ambulatoire



7. Processus: Aligner l'ensemble des processus (des processus clés aux processus de soutien) et des modèles opérationnels sur les exigences de la prestation de services ambulatoires.

8. Gestion du personnel: Former le personnel existant aux processus ambulatoires et aux soins centrés sur le patient. Prendre en compte les nouvelles exigences liées à l'ambulatoire dans le recrutement du personnel. Réévaluer la combinaison des compétences dans le domaine hospitalier en raison de la complexité croissante des cas dans cette sphère.

9. Infrastructure: Prendre en compte les répercussions (par exemple, besoin en lits, surface ambulatoire) sur l'infrastructure existante et sur les projets de construction. Adapter l'infrastructure existante aux nouveaux processus ambulatoires. Le cas échéant, fournir les prestations ambulatoires dans des locaux mieux adaptés et plus proches du domicile. Pour les surfaces libérées, examiner les concepts de réaffectation ou de cession.

10. Collaboration: Renforcer la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Pour ce faire, mieux coordonner les services en amont et en aval afin d'assurer le suivi et les soins postopératoires (par exemple, en matière de traitement de la douleur).

11. Parcours du patient: Optimiser le parcours du patient et les transitions entre les soins ambulatoires et hospitaliers ainsi qu'entre les différents domaines de prestations.

☁ Champ d'action 3

Transformation numérique



12. Gestion des données: Professionnaliser la gestion des données grâce à une stratégie de données, des cadres de gouvernance des données et un contrôle de la qualité des données.

13. Compétences numériques: Renforcer les compétences numériques au sein des instances dirigeantes et chez les collaborateurs (notamment dans les domaines de l'analyse de données, de l'intelligence artificielle (IA), de la robotique, de l'informatique de santé, etc.), en créant des programmes de formation continue adaptés et de nouveaux rôles (par exemple, Digital Officer, Cyber-security Officer).

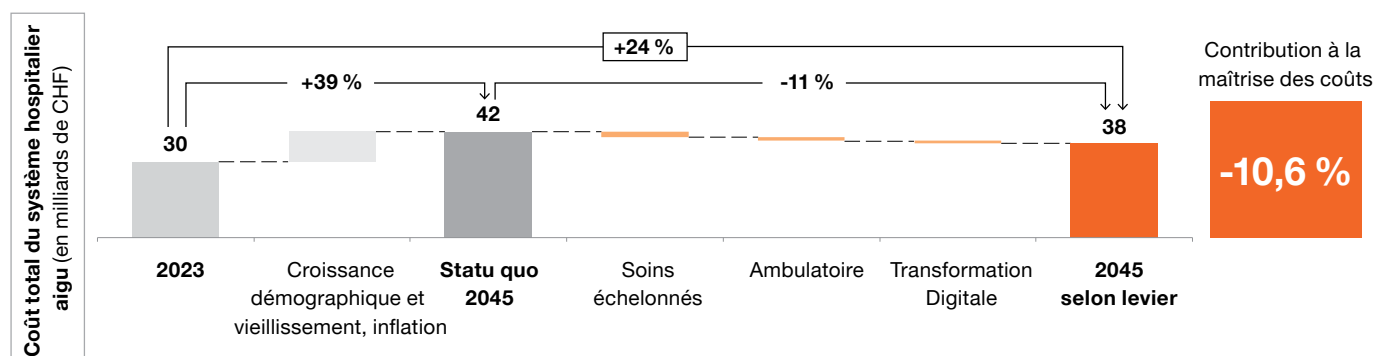
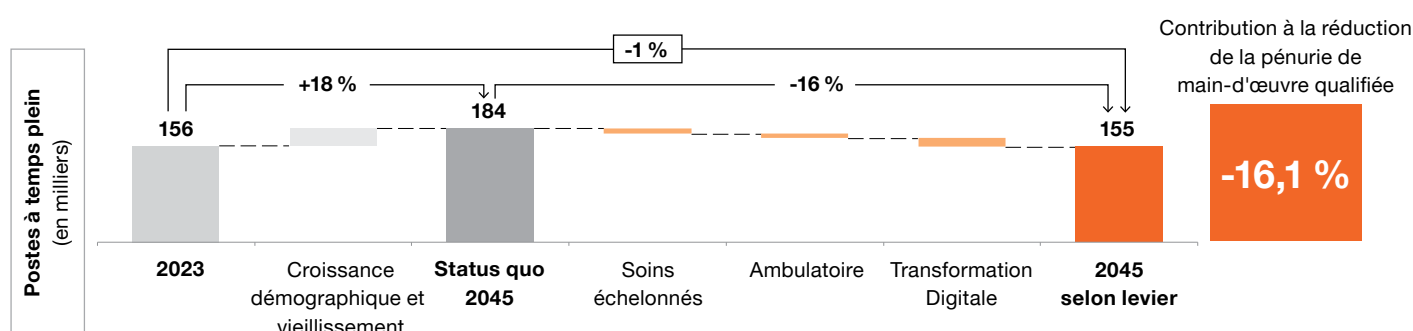
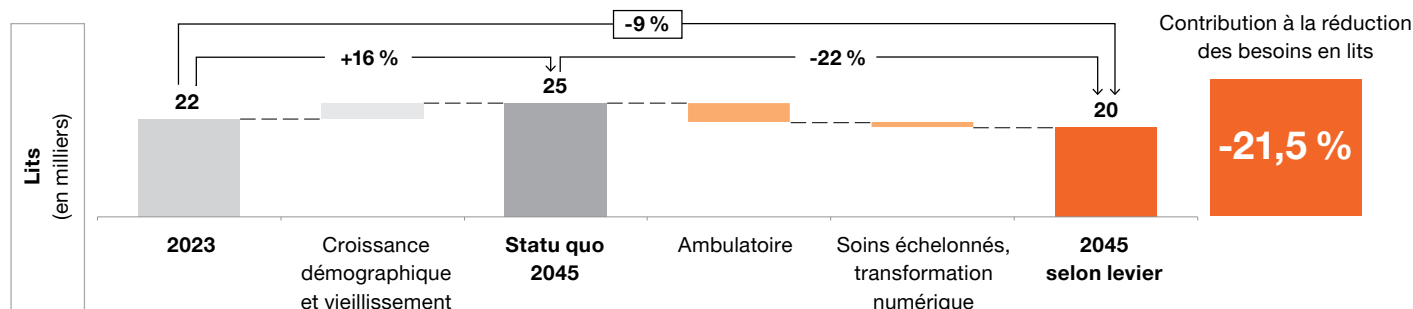
14. Capacité d'innovation: Promouvoir des projets pilotes et des espaces d'innovation, renforcer la culture de l'innovation dans l'entreprise (par exemple, établir des «champions du numérique» internes comme interlocuteurs principaux et moteurs de la transformation dans l'entreprise).

15. Coopération: Établir des coopérations avec d'autres acteurs du secteur de la santé afin d'exploiter les synergies, ainsi qu'avec des entreprises technologiques, des start-up, des hautes écoles et des universités.

Effets des 3 champs d'action lorsque les conditions-cadres le permettent

En raison de la demande croissante en prestations de santé, sans transformation, les trois paramètres que sont le besoin en lits, le besoin en postes à temps plein ainsi que les coûts des prestations hospitalières augmenteraient drastiquement d'ici 2045. Les hôpitaux peuvent contrer cette croissance en mettant en œuvre les trois champs d'action. La mise en œuvre de ces trois leviers nécessite des conditions-cadres favorables qui soutiennent les hôpitaux dans la transformation du paysage hospitalier ainsi que des dépenses de transformation considérables.

Les graphiques suivants montrent respectivement l'évolution jusqu'en 2045 sans transformation et les effets de la transformation grâce à la mise en œuvre des champs d'action. Par souci de transparence, les évolutions 2023–2045 sont également présentées.



Introduction

Chère lectrice, cher lecteur,

Pourquoi une étude sur l'avenir du paysage hospitalier suisse ? Parce que celui-ci a besoin de nouvelles perspectives, d'idées audacieuses et d'impulsions. Voilà la réponse courte. La réponse longue est plus nuancée.

La transformation du paysage hospitalier suisse est systémique et voulue par les responsables politiques. Les acteurs de la santé, les régulateurs et la sphère politique sont confrontés à des défis complexes : pénurie croissante de personnel qualifié, demande en hausse, fragmentation croissante des soins et donc coordination difficile entre les acteurs, augmentation des coûts de la santé et donc pression financière de plus en plus forte, exigences nouvelles et parfois contradictoires de la population.

De 2021 à 2024, en raison de l'inflation exceptionnelle due aux mesures de sauvetage cantonales, une refiscalisation du financement hospitalier a eu lieu. Cela a incité les responsables politiques, mais aussi le secteur hospitalier, à remettre en question le système actuel de financement des hôpitaux. Diverses interventions parlementaires, telles que la motion 25.3017 «**Renforcer la planification hospitalière grâce à des listes d'hôpitaux intercantionales**» ou la motion 24.3081 «**Prévenir l'effondrement du système de santé. Prendre en compte l'inflation de manière appropriée dans tous les systèmes de tarification et d'indemnisation**», traitent de l'avenir du paysage hospitalier. Tout cela place les acteurs du secteur des soins devant une tâche herculéenne : créer un paysage hospitalier qui reste accessible à tous en Suisse à l'avenir.

Dans ce contexte, l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse a chargé PwC de réaliser une analyse basée sur les données et des expériences et d'élaborer des scénarios pour l'avenir. Cette publication s'adresse aux décideurs politiques, aux pouvoirs publics, aux institutions de santé et aux assurances-maladie, ainsi qu'à toutes les personnes qui souhaitent développer durablement les soins de santé en Suisse. Notre exposé vise à inspirer, à donner des orientations et à présenter des champs d'action concrets avec des scénarios et leurs répercussions sur le secteur. Dans cette étude, nous expliquons pourquoi une transformation est nécessaire, dans quelle direction elle doit aller et comment elle peut être renforcée et accélérée par des conditions-cadres appropriées.

Dans les chapitres suivants, nous nous concentrons délibérément sur les soins hospitaliers somatiques aigus. Nous intégrons ponctuellement d'autres prestataires de soins, par exemple dans le domaine de la réadaptation ou de la psychiatrie, dans une perspective de soins intégrés. La garantie de soins de haute qualité pour la Suisse, l'accès rapide et facile aux prestations et une grande efficacité des ressources sont au cœur de nos réflexions. Nous accordons une attention particulière aux ajustements de cap pour l'architecture réglementaire globale du système de santé suisse.

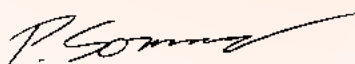
À l'aide de scénarios, nous montrons ce que vous pouvez faire en tant qu'acteurs du marché ou législateurs, compte tenu des ressources humaines limitées, des réalités culturelles, des restrictions financières, et quelles conditions-cadres améliorées sont nécessaires pour la transformation. Il apparaît que le maintien du statu quo en raison de la hausse continue de la demande conduirait à une situation intenable, avec une forte augmentation des coûts et un besoin en personnel qualifié impossible à satisfaire. Pour contrer cette évolution, nous voyons un potentiel quantifiable pour l'avenir dans trois champs d'action :

- Grâce à une meilleure coordination et coopération entre les hôpitaux ainsi que le profilage de certains prestataires, les réseaux peuvent mieux s'établir et s'adapter aux besoins. Cela permettrait de réduire la demande future en personnel qualifié de 9300 postes à temps plein par rapport à la situation actuelle actuel et de freiner la croissance des coûts jusqu'à 2,1 milliards de CHF.
- La promotion des soins ambulatoires atténue la pénurie future de personnel qualifié jusqu'à 7000 spécialistes et contribue à hauteur de 1,5 milliard de CHF à freiner la croissance des coûts de santé.
- La transformation numérique augmente l'efficacité de la prestation de services grâce à la réduction des charges administratives et à une utilisation plus ciblée des ressources, et rend les services de santé numériques plus accessibles. Cela permettrait de réduire les besoins en personnel qualifié de 14 000 et la croissance des coûts jusqu'à 0,9 milliard de CHF.

Pour exploiter un tel potentiel, vous devez, en tant que responsables, trouver des solutions entrepreneuriales. Parallèlement, des conditions-cadres appropriées sont nécessaires au niveau cantonal et national. Ce n'est qu'ainsi que les hôpitaux suisses pourront se moderniser de manière viable et pratique. Vous trouverez également dans cette publication les conditions-cadres qui favorisent cette évolution.

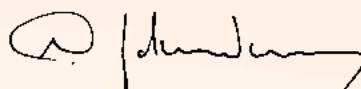
L'étude a été rédigée par PwC en toute liberté éditoriale et ne reflète pas nécessairement l'opinion de H+. Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à notre étude par leur expertise et leur engagement.

Nous vous souhaitons une lecture enrichissante.



Philip Sommer

Responsable Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse



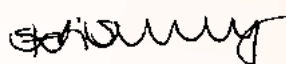
Patrick Schwendener, CFA

Responsable Affaires Secteur de la santé
PwC Suisse



Paul Sailer

Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse



Stefanie Schneuwly

Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse



Contenu

Introduction	10
Qualité, accès et efficacité comme objectifs	14
Parenthèse : La marge EBITDAR cible ou pourquoi les hôpitaux ont besoin de bénéfices	18
Évolutions actuelles marquées par la croissance de la demande, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et les pressions financières	20
De plus en plus de prestations de santé demandées	21
Une offre de haute qualité et des tâches importantes	27
Statu quo – aujourd'hui et en 2045	38
Scénarios pour un paysage hospitalier tourné vers l'avenir	42
Champ d'action « Soins échelonnés, coordination et profilage »	44
Champ d'action « Virage ambulatoire »	52
Champ d'action « Transformation numérique »	58
Parenthèse : Pourquoi la transformation numérique influence la marge EBITDAR cible	65
Réflexion : Une révolution plutôt qu'une évolution	66
7 Conditions-cadres	68
Conclusion	76
Annexe	78
Merci pour votre participation !	78
Liste des abréviations	80
Liste des illustrations et des tableaux	81
À votre service	82

Qualité, accès et efficacité comme objectifs



Les personnes au centre de l'attention

Le paysage hospitalier du futur doit s'orienter de manière cohérente vers les besoins et les attentes de la population et, dans les conditions-cadres données, non seulement atteindre le meilleur résultat possible, mais aussi l'optimiser en permanence. En ce qui concerne les personnes vivant en Suisse, cet objectif global comprend trois éléments : la qualité, l'accès et l'efficacité (cf. illustration 1).

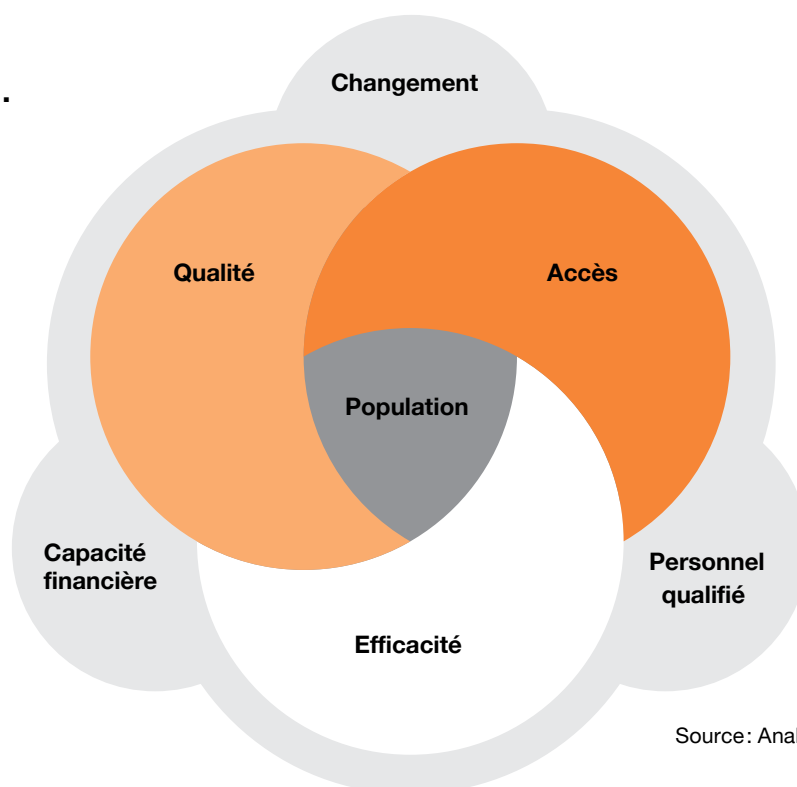
Illustration 1 : 3 objectifs et 3 conditions.

Le paysage hospitalier de demain ...

- ... fournit des soins de **haute qualité**.
- ... permet un **accès rapide et facile aux prestations**.
- ... se caractérise par une **grande efficacité** des ressources.

Nous y parvenons ...

- ... grâce au personnel qualifié dont nous disposons.
- ... en tenant compte des **changements culturels**.
- ... grâce à un **système hospitalier financièrement supportable**.



Source : Analyse PwC

Population

Les soins de santé destinés à la population suisse, c'est-à-dire à l'ensemble des habitants, en particulier aux patient-e-s. Toutes les explications suivantes concernant l'avenir du système de santé et hospitalier suisse sont fortement axées sur les patient-e-s et mettent l'accent sur les besoins de la population.

Qualité

La population attend des soins médicaux et infirmiers de qualité, indépendamment du lieu de résidence, de l'âge ou du contexte socio-économique. La qualité englobe aussi bien les résultats et processus médicaux, tels que les succès thérapeutiques ou les taux de complications, que l'expérience des patient-e-s. Cela inclut la communication, l'implication et la sécurité. Le paysage hospitalier de demain fournira des soins de haute qualité au-delà des domaines spécialisés et des prestataires et continuera à développer la qualité globale des soins.

Accès

Chaque personne en Suisse souhaite bénéficier d'un accès facile aux prestations de santé, à tout moment et sans temps d'attente important. Un tel accès englobe l'éventail des services disponibles et financés, le délai d'accès et le temps d'attente. Le délai d'accès définit le temps nécessaire pour qu'une personne obtienne la prestation souhaitée. Le temps d'attente correspond au délai écoulé entre la prise de rendez-vous et l'intervention. Un accès facile aux services de santé a un coût et ne peut être garanti que si l'on dispose d'un nombre suffisant de professionnels. Aujourd'hui déjà, la Suisse se distingue par un accès rapide et de qualité, en comparaison avec l'étranger, à des prestations de santé complètes et aux nouvelles thérapies pour toutes les couches de la population. Le paysage hospitalier de demain devra maintenir ce niveau de qualité élevé.

Efficacité

Compte tenu de l'augmentation des coûts de la santé et aux ressources limitées, l'efficacité et l'efficacités dans les hôpitaux et les soins deviennent de plus en plus importantes. Nous entendons par là l'allocation optimale des ressources disponibles. La population attend des hôpitaux qu'ils utilisent leurs ressources à bon escient, mais ne souhaite pas en contrepartie devoir faire des concessions en termes de qualité ou d'accès. Cela ne signifie pas exclusivement contrôler les coûts, comme on l'entend souvent dans le débat public. Les hôpitaux devraient plutôt éviter les doublons, utiliser judicieusement les technologies numériques et regrouper leurs compétences en respectant la qualité et l'accessibilité afin d'utiliser leurs ressources de manière plus efficace. Le paysage hospitalier du futur se caractérise par une grande efficacité et efficience des ressources dans tous les domaines.

Changement

La transformation du système de santé nécessite un changement structurel profond qui tienne compte des différentes réalités culturelles, socio-économiques et topographiques, ainsi que de la diversité de la Suisse. Les acteurs doivent façonner et accompagner activement le changement des modèles de soins, la numérisation, les nouveaux profils de postes et la coopération interprofessionnelle. Cela suppose une grande volonté de changement, non seulement de la part des acteurs du secteur, mais aussi des représentants de la politique, des régulateurs, des assurances et surtout de la population.

Le paysage hospitalier du futur se caractérise par une grande efficacité et efficience des ressources dans tous les domaines.



Afin de désamorcer le conflit d'objectifs entre les exigences de qualité et d'efficacité, un travail d'information et de transparence est nécessaire. La politique joue un rôle clé à cet égard.

Professionnels

La pénurie croissante de personnel qualifié et la gestion de ressources humaines limitées ont un impact significatif sur le paysage hospitalier et imposent certaines contraintes pour l'avenir. Sans personnel suffisamment qualifié et sans une allocation des ressources largement optimisée, les hôpitaux ne peuvent garantir ni la qualité, ni l'accès, ni l'efficacité.

Viabilité financière

La garantie à long terme d'un système de santé accessible et de haute qualité n'est possible qu'avec un financement durable du système. Selon des études réalisées par PwC, les hôpitaux affichent actuellement un déficit de rentabilité de plus de 1 milliard de CHF¹. Or, conformément aux conditions-cadres en vigueur depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, ils ont besoin d'une marge d'exploitation (mesurée par les « Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization, and Restructuring or Rent costs », ou EBITDAR) d'au moins 10 % pour pouvoir fonctionner de manière autonome et durable (cf. « Parenthèse : La marge EBITDAR cible ou pourquoi les hôpitaux ont besoin de bénéfices », page 18). Dans le contexte de la transformation numérique et de la technologisation de la médecine, la marge minimale nécessaire augmente également, car les cycles d'investissement raccourcissent et l'intensité du capital investi augmente. Cette marge est nécessaire pour investir dans les infrastructures, la transformation numérique et l'innovation, constituer des réserves pour les périodes de crise et garantir l'attractivité des employeurs. Dans le même temps, cet objectif économique ne doit pas se faire au détriment de la sécurité des soins ou d'un accès adéquat.

Les défis de la transformation

Le paysage hospitalier de demain doit donc atteindre ses objectifs en matière de qualité, d'accès et tout en tenant compte des conditions-cadres relatives au changement, au personnel qualifié et à la viabilité financière. Il s'agit là d'un véritable exercice d'équilibriste. Lorsque, par exemple, les services de santé sont regroupés sur des sites centraux pour des raisons de qualité ou d'efficacité, et ne sont plus proposés localement, cela suscite de vives critiques. Les fermetures prévues et mises en œuvre des services de maternité dans les hôpitaux de Muri, Thuisis, Frutigen, Langenthal et l'hôpital de Wolhusen de l'hôpital cantonal de Lucerne en sont des exemples actuels. Parallèlement, le poids des primes figure en tête de liste des préoccupations des Suisses². Cela fait des coûts de la santé une préoccupation, au moins indirecte, pour la population suisse.

Afin de désamorcer le conflit d'objectifs entre les exigences de qualité et d'efficacité, un travail d'information et de transparence est nécessaire. La politique joue un rôle clé à cet égard : elle doit créer les conditions-cadres nécessaires et replacer les attentes de la société dans un contexte global, afin que le paysage hospitalier puisse évoluer vers l'avenir. Il convient de clarifier les conséquences financières et qualitatives des ajustements des prestations de santé, telles que la diminution de la sécurité des patients et les coûts supplémentaires liés au maintien de services médicaux spécialisés qui n'atteignent pas le nombre minimum de cas requis par an.

¹ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2024 », PwC. 2025.

² Cf. « Baromètre des préoccupations en Suisse », UBS, 2024.

Parenthèse : La marge EBITDAR cible ou pourquoi les hôpitaux ont besoin de bénéfices

Immobilisations autofinancées

Depuis le passage du financement des hôpitaux à SwissDRG (Diagnosis Related Groups) en 2012, la question de savoir pourquoi les hôpitaux doivent réaliser des bénéfices et quel doit être leur montant fait l'objet de controverses. D'un point de vue économique, toute entreprise doit viser un résultat positif afin d'amortir les risques opérationnels, de constituer des réserves et d'investir de manière autonome à long terme. Ce principe est largement soutenu, notamment par le Tribunal administratif fédéral ou le Surveillant des prix. Il s'applique particulièrement aux hôpitaux, car depuis le passage d'un système de couverture des coûts à un système de forfaits par cas basés sur le diagnostic, les hôpitaux doivent financer eux-mêmes leurs immobilisations, notamment les biens immobiliers, les gros équipements et les infrastructures numériques. Depuis lors, les contributions d'investissements des pouvoirs publics ont été supprimées et les hôpitaux doivent supporter les coûts liés aux investissements par le biais des tarifs. En conséquence, les propriétaires d'hôpitaux publics tels que les cantons et les communes renoncent généralement à distribuer des bénéfices, par exemple sous forme de dividendes (forme juridique de la société anonyme d'utilité publique).

Indicateur clé: la marge EBITDAR

La marge EBITDAR s'est imposée comme un indicateur clé pour contrôler la rentabilité. Elle correspond au total des produits d'exploitation moins les frais de personnel et les coûts matériels (hors

loyers) par rapport au chiffre d'affaires total. La marge EBITDAR indique si un hôpital génère suffisamment de fonds pour couvrir les loyers, les amortissements, les intérêts et les impôts et obtenir un rendement adapté au risque sur le capital investi. Un résultat net nul n'est pas suffisant ; il ne permet pas aux hôpitaux de constituer des réserves pour compenser les pertes futures, ni de couvrir les besoins d'investissement futurs. Des bénéfices annuels adaptés au risque sont nécessaires pour constituer des réserves pour le prochain cycle de renouvellement et surmonter des baisses temporaires de résultats sans subventions extérieures au système (par exemple, de la part des propriétaires cantonaux et communaux).

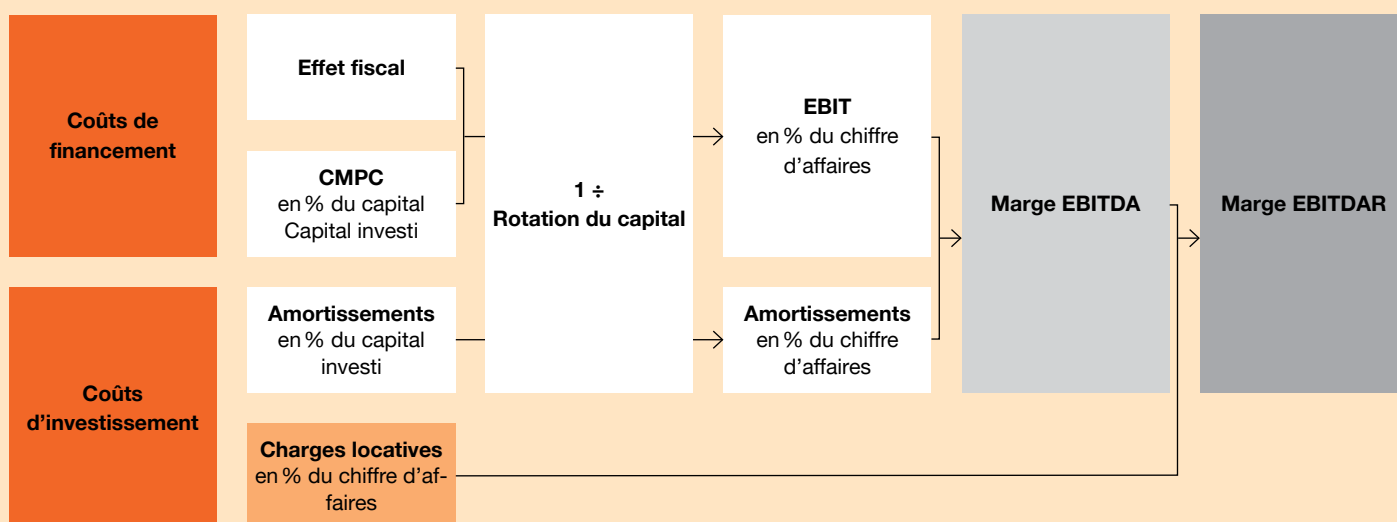
Capitaux étrangers et fonds propres concernés

L'exigence de rendement concerne aussi bien les capitaux étrangers que les fonds propres. Même dans le cas d'un organisme responsable public, les rendements des fonds propres doivent être justifiés d'un point de vue économique et s'orienter vers le risque de marché de l'exploitation hospitalière, indépendamment des attentes de rendement que les propriétaires fixent pour les fonds propres. Si les tarifs sont conçus de manière durable et si les prestations de réserve mises en place de manière efficace sont intégralement rémunérées, les opérations de sauvetage des propriétaires publics pourront à l'avenir être limitées à des cas exceptionnels.

Détermination bottom-up

La marge EBITDAR peut être déterminée de manière ascendante à partir des coûts moyens d'utilisation des actifs et de financement moyens attendus. Elle représente une fonction du coût moyen pondéré du capital (CMPC), du taux d'imposition, du taux d'amortissement moyen et du taux de rotation du capital (cf. illustration 2).

Illustration 2: La marge EBITDAR est déterminée de manière ascendante pour les hôpitaux.



$$\text{CMPC} \approx \text{ROIC} = \frac{\text{EBIT}}{\text{Capital investi}} \quad \text{Rotation du capital} = \frac{\text{Chiffre d'affaires}}{\text{Capital investi}} \quad \text{Effet fiscal} = \frac{1}{(1 - \text{Taux d'imposition})}$$

$$\text{EBIT} = \text{Effet fiscal} * \text{CMPC} * \frac{1}{\text{Rotation du capital}} \quad \text{EBITDA} = \text{EBIT} + \text{Amortissements} \quad \text{EBITDAR} = \text{EBITDA} + \text{Charges de location}$$

Dans la présente analyse, nous avons défini les paramètres d'entrée nécessaires à l'aide de la simulation des immobilisations sur une période prévisionnelle de 100 ans. Pour ce faire, nous avons utilisé les valeurs de référence publiées des hôpitaux qui ont ouvert un nouveau bâtiment depuis l'introduction de SwissDRG. Pour simplifier, nous avons supposé une exonération fiscale et que toutes les infrastructures d'exploitation appartiennent à l'hôpital (pas de loyer).

Marge cible d'environ 10,0%

Notre simulation donne une fourchette de 8,9% à 10,8% pour la marge EBITDAR cible (cf. tableau 1). La valeur moyenne se situe à environ 10,0%. Ce chiffre correspond à la valeur cible que nous avons déjà déduite en 2012 avec une approche comparable. Depuis, la valeur cible s'est établie comme standard

de la branche ; de nombreuses directions de la santé et directions d'hôpitaux l'ont intégrée dans leurs stratégies de propriétaire et d'entreprise en tant qu'objectif ou valeur indicative. L'évolution actuelle, avec des investissements importants dans des solutions informatiques

utilisables plus rapidement, augmente la pression sur la marge cible. En d'autres termes : elle devra être plus élevée à l'avenir (cf. Parenthèse : « Pourquoi la transformation numérique influence la marge EBITDAR cible », page 61).

Tableau 1: Les hôpitaux ont besoin en moyenne d'une marge EBITDAR de 10,0%

	Fourchette inférieure	Fourchette supérieure
Coût moyen pondéré du capital (CMPC)	5,0 %	6,0 %
Rotation du capital	1,35x	1,25x
Marge EBIT nécessaire	3,7 %	4,8 %
Amortissements en % du capital investi	7,0 %	7,5 %
Rotation du capital	1,35x	1,25x
Amortissements en % du chiffre d'affaires	5,2 %	6,0 %
Charges locatives en % du chiffre d'affaires	0,0 %	0,0 %
Marge EBITDAR nécessaire	8,9 %	10,8 %

Évolutions actuelles marquées par la croissance de la demande, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et les pressions financières

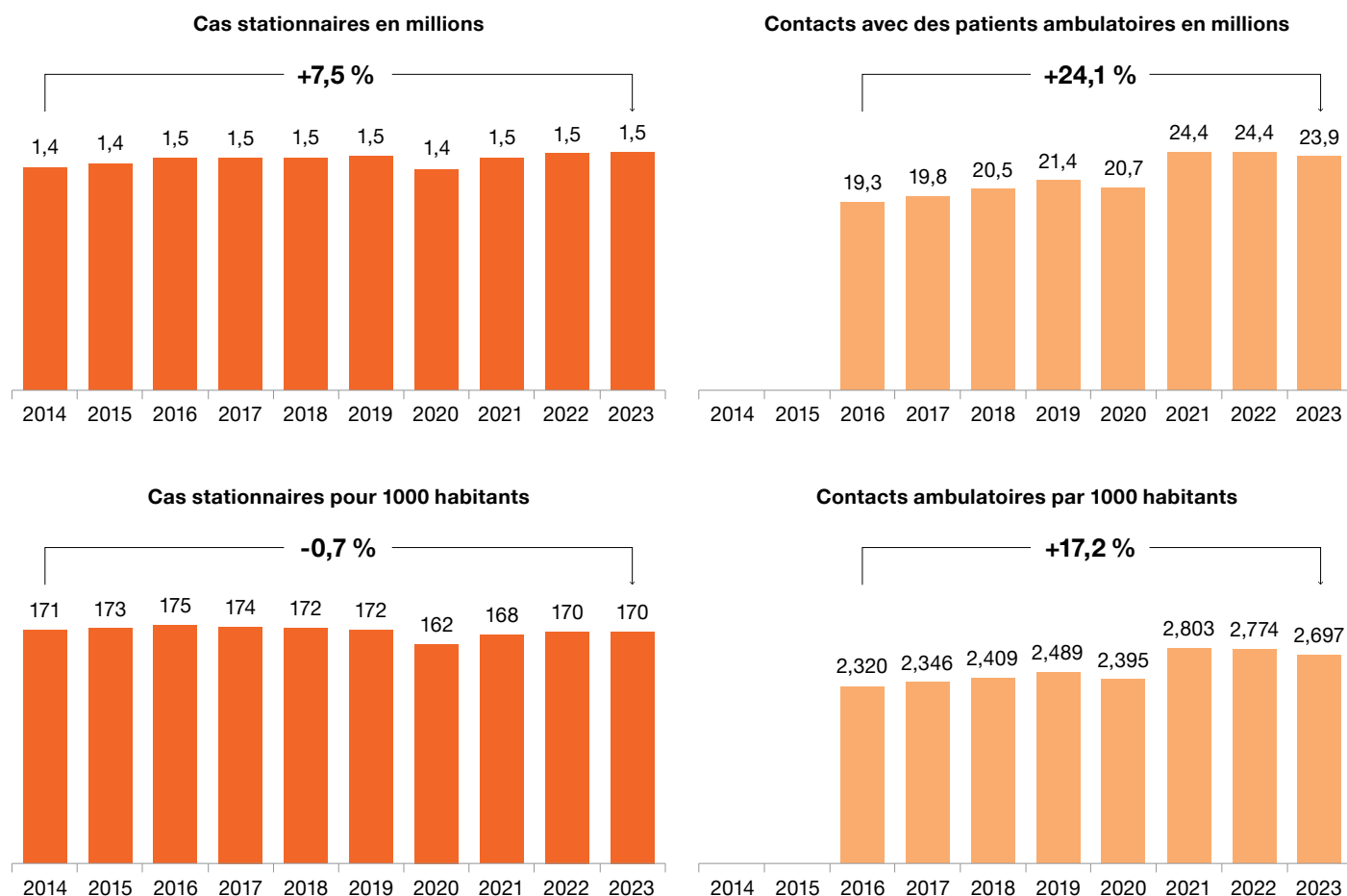


De plus en plus de prestations de santé demandées

Demande croissante de prestations

La demande de prestations de santé en Suisse est en constante augmentation (cf. illustration 3). En 2023, environ 1,5 million de cas stationnaires ont été enregistrés dans les domaines des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie³. Cela correspond à une augmentation d'environ 7,5 % par rapport à 2014. La hausse de la demande est encore plus marquée en ce qui concerne le nombre de prestations hospitalières ambulatoires. Par rapport au début de la collecte de données en 2016, le nombre de consultations ambulatoires a augmenté de 24,1 % pour atteindre 23,9 millions en 2023. La situation est similaire pour les points tarifaires. En 2020, 3661,3 millions de points tarifaires ont été générés, en 2024, 4784,0 millions⁴. Cela correspond à une croissance de 24,5 %. Parallèlement, le nombre de consultations ambulatoires a augmenté de 15,0 % entre 2020 et 2024. La prestation par consultation a donc augmenté dans la même proportion.

Illustration 3 : La demande de prestations (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie) dans le système de santé suisse est en hausse depuis des années.



Source : Analyse PwC, Office fédéral de la statistique, Association SpitalBenchmark

³ « SpitalBenchmark », Association SpitalBenchmark, 2025.

⁴ Cf. « Statistique médicale des hôpitaux », Office fédéral de la statistique, 2025.

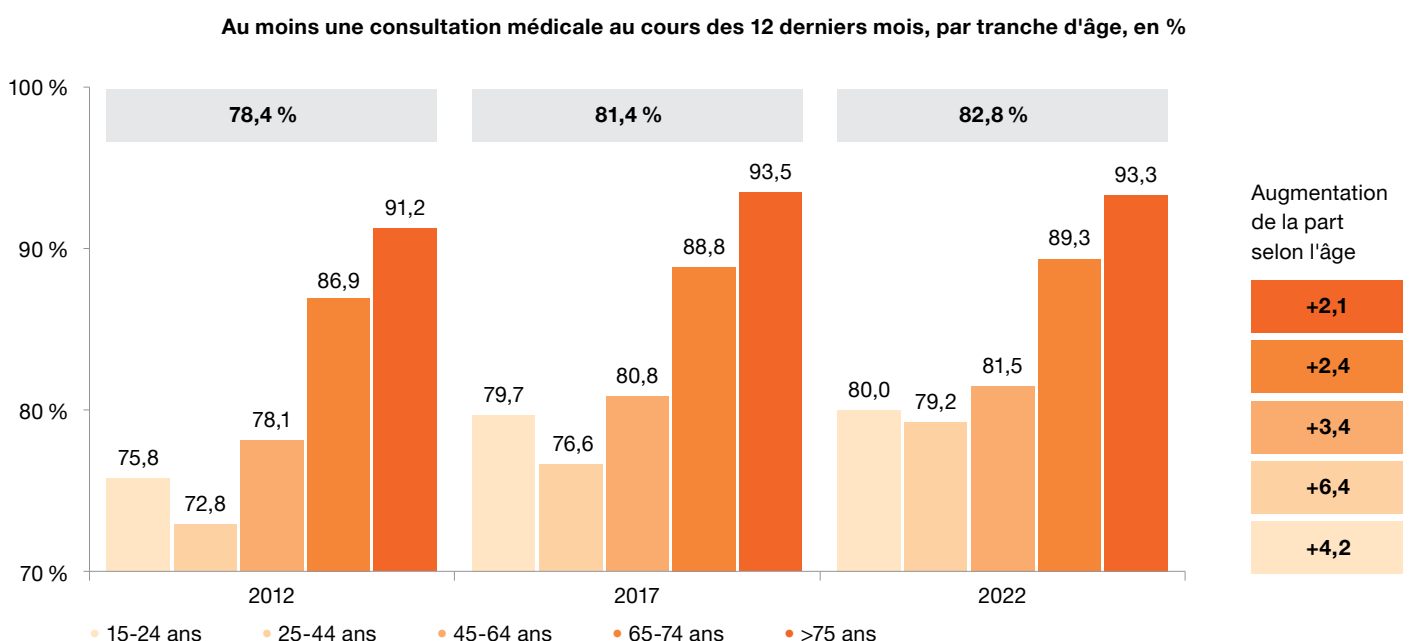
Facteurs démographiques

Parmi les principales raisons de l'augmentation de la demande figure la croissance démographique. Si l'on met en relation l'évolution des prestations et la croissance démographique, la tendance s'aplatit : Les cas stationnaires pour 1000 habitants ont diminué de 0,7 % (2014 à 2023), tandis que les consultations ambulatoires avec les patients ont augmenté de 17,2 % (2016 à 2023). Dans le même temps, la population résidente permanente en Suisse a augmenté de 8,0 % entre 2014 et 2023, et de 6,0 % entre 2016 et 2023. Cette comparaison montre, d'une part, que la croissance des cas stationnaires est principalement due à la croissance démographique. D'autre part, elle met en évidence l'importance croissante des prestations ambulatoires dans les soins hospitaliers et reflète le passage du stationnaire vers l'ambulatoire³. L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques et de la multimorbidité stimulent également l'augmentation de la demande de prestations hospitalières.

Changement dans la perception de la santé

Au-delà des évolutions démographiques, nous observons une prise de conscience croissante de la population en matière de santé et une augmentation globale de la demande de prestations de santé. Par exemple, la proportion de personnes en Suisse qui consultent un professionnel de la santé au moins une fois par an est passée de 78,4 % à 82,8 % depuis 2012⁵. Ce sont surtout les représentants des classes d'âge jeunes et moyennes qui consultent de plus en plus les professionnels de la santé ; c'est là que l'augmentation est la plus marquée (cf. illustration 4). Les progrès médico-techniques contribuent également de manière déterminante à l'augmentation du nombre de personnes traitées, par exemple en raison de nouvelles possibilités de diagnostic et de thérapie.

Illustration 4 : La demande de consultations médicales augmente globalement et avec l'âge.



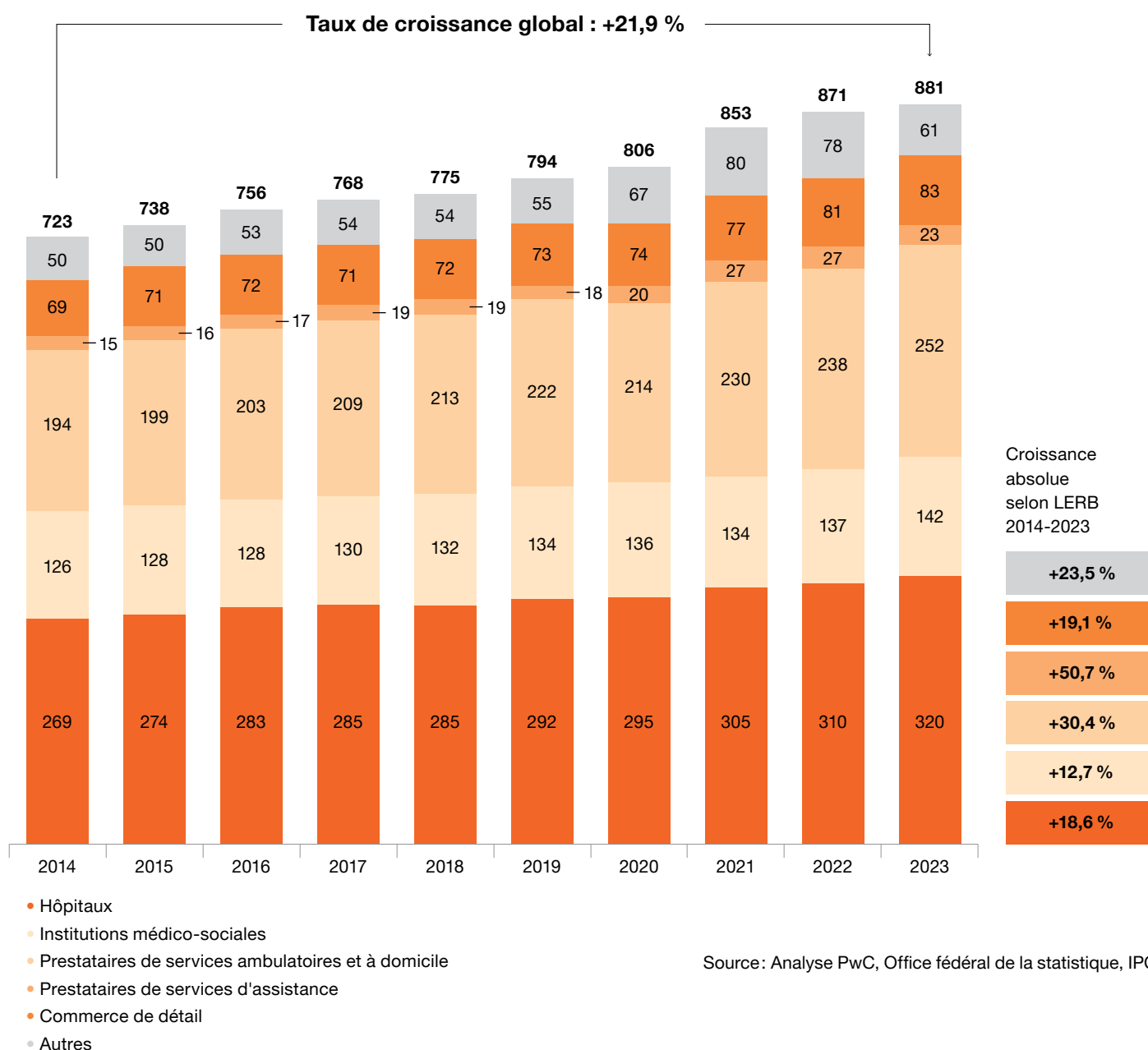
⁵ Cf. « Enquête suisse sur la santé », Office fédéral de la statistique, 2022.

Légère augmentation des dépenses par habitant

La demande accrue de prestations se reflète dans les dépenses de santé par habitant (cf. illustration 5). Entre 2014 à 2023, celles-ci ont augmenté de 22,0 %⁶. Si l'on tient compte d'une inflation cumulée⁷ de 5,1 % en Suisse, les coûts ont augmenté d'environ 16,9 % en termes réels. La plus forte hausse des coûts est enregistrée par les prestataires ambulatoires (+30,4 %) et les prestataires de services d'assistance (+50,7 %). Les coûts des hôpitaux représentent environ 36 % des coûts totaux par habitant et par mois, ce qui en fait le poste de dépenses le plus important.

Illustration 5: Les coûts de la santé par habitant augmentent, sous l'effet des prestations ambulatoires et des prestations d'assistance.

Coûts des soins de santé – CHF par habitant selon le prestataire



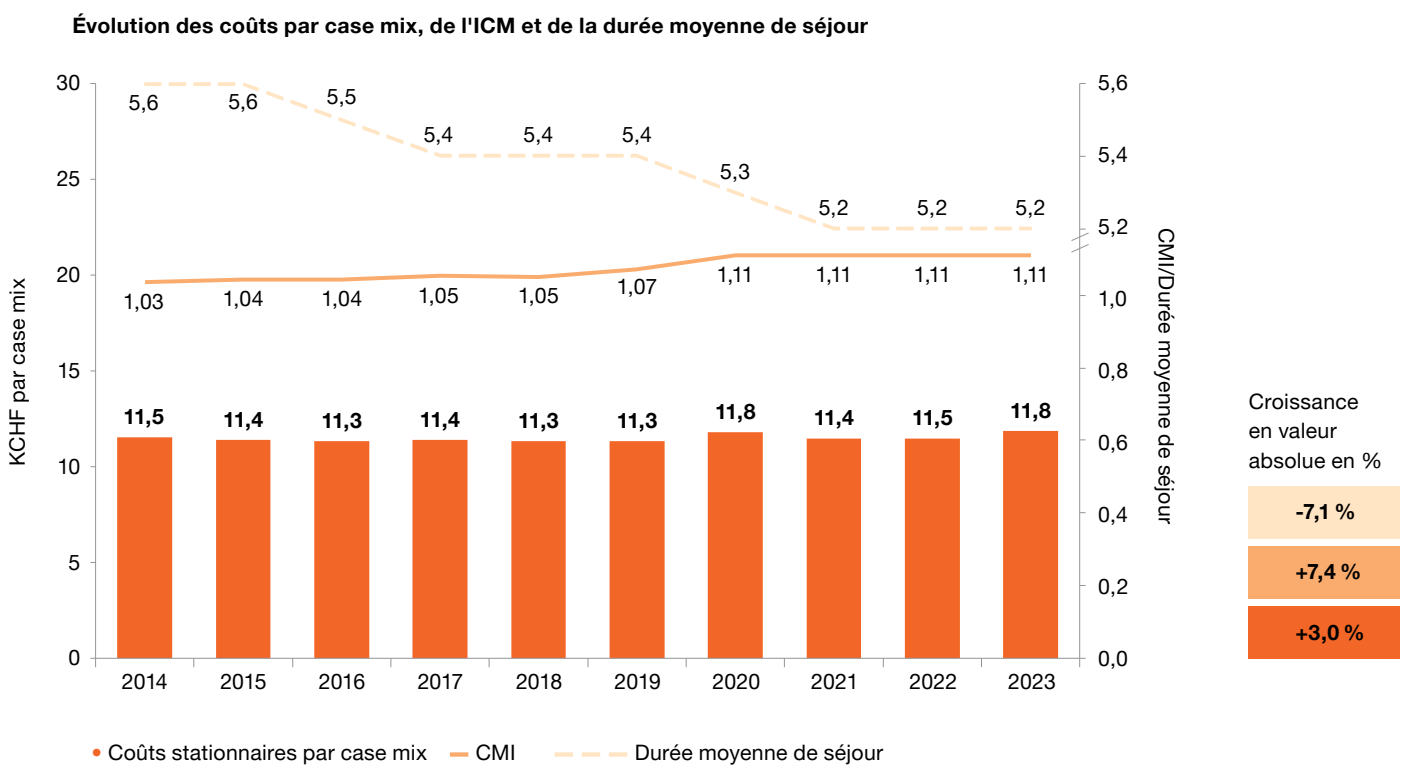
⁶ Cf. « Coûts du système de santé selon le fournisseur de prestations », Office fédéral de la statistique, 2025.

⁷ Cf. « Indice suisse des prix à la consommation (IPC); 2014 – 2023 », Office fédéral de la statistique.

Augmentation de l'indice du case mix, réduction de la durée de séjour

Si l'on considère uniquement les coûts stationnaires dans le domaine des soins somatiques aigus et qu'on met ceux-ci en relation avec le case mix fourni, on obtient une image contraire (cf. illustration 6) : les coûts diminuent. Certes, les coûts par case mix ont augmenté de 3,0 % depuis 2014. En revanche, si l'on tient compte d'un renchérissement cumulé de 5,1 %, les coûts par case mix ont baissé d'environ 2,1 % en termes réels. Dans le même temps, l'indice de case mix (CMI) a augmenté de 7,4 %, tandis que la durée de séjour a diminué de 7,1 %. Cela signifie que les hôpitaux traitent des cas de plus en plus complexes et que leur séjour à l'hôpital se raccourcit. Ceci montre que des améliorations significatives en termes d'efficacité et d'efficience sont réalisées dans le domaine des soins hospitaliers.

Illustration 6: Les coûts stationnaires par case mix diminuent en termes réels, tout comme la durée moyenne de séjour.



Source: Analyse PwC, Office fédéral de la statistique

Les hôpitaux traitent des cas de plus en plus complexes et que leur séjour à l'hôpital se raccourcit. Ceci montre que des améliorations significatives en termes d'efficacité et d'efficience sont réalisées dans le domaine des soins hospitaliers.

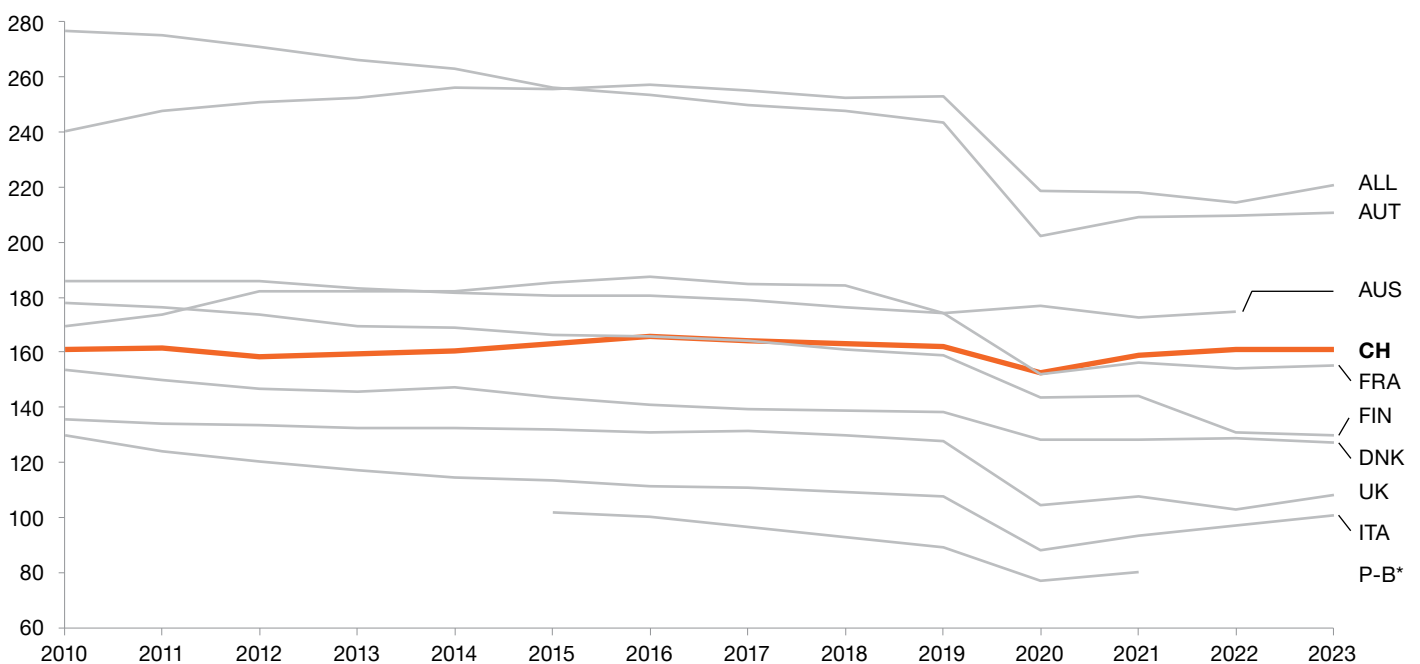
Taux d'hospitalisation élevé en comparaison internationale

En ce qui concerne le nombre de cas stationnaires par habitant, la Suisse se situe, avec environ 165 cas pour 1000 habitants, au-dessus de la moyenne des 35 pays de l'OCDE évalués, qui est d'environ 130 cas pour 1000 habitants (cf. illustration 7)⁸. Ce paramètre est resté largement constant en Suisse ces dernières années. Il est intéressant de noter que le taux d'hospitalisation des pays dotés d'un système de remboursement par DRG (Allemagne, Autriche, Australie, Suisse) est plus élevé que celui des pays sans système DRG.

Le taux d'hospitalisation des pays dotés d'un système de rémunération par DRG (Allemagne, Autriche, Australie, Suisse) est plus élevé que celui des pays sans système DRG.

Illustration 7 : En matière d'hospitalisation, la Suisse se situe au-dessus de la moyenne internationale.

Taux d'hospitalisation (pour 1000 habitants, y compris réadaptation et psychiatrie)



* Données hors réadaptation et psychiatrie

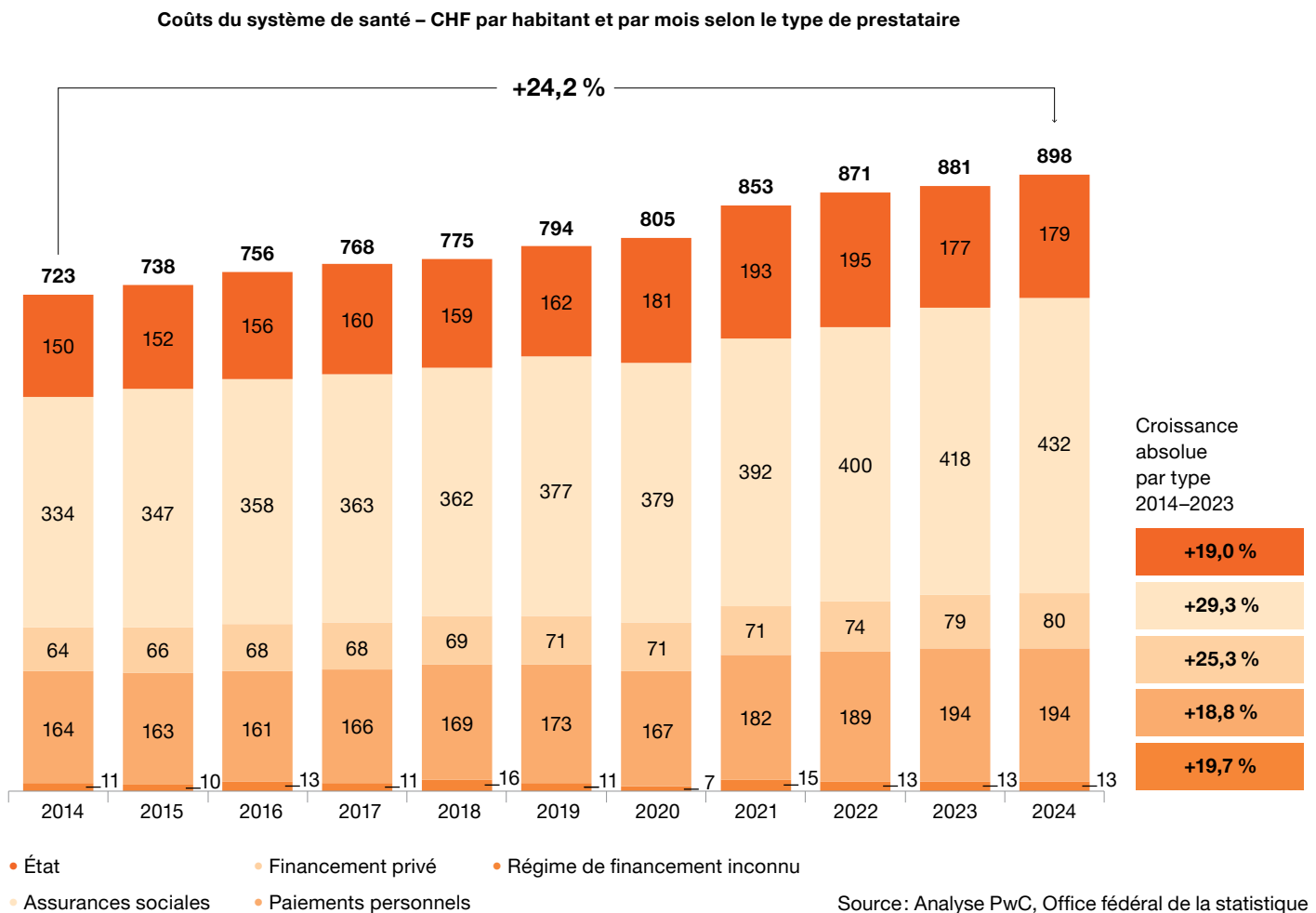
Source: Analyse PwC, OCDE

⁸ Cf. « Panorama de la santé 2023 », OCDE, 2023.

Systèmes de rémunération et d'incitation axés sur les quantités

La charge des primes des assurés est en corrélation avec l'augmentation de la demande et des coûts de la santé. La comparaison des séries chronologiques montre clairement que de plus en plus de coûts de santé sont financés par les primes (cf. illustration 8). En 2014, environ 46,0 % des coûts par habitant et par mois étaient financés par les assurances sociales, en 2024, cette part s'élevait à 48,0%⁹. Cela s'explique notamment par le développement des soins ambulatoires et le régime de financement actuel, dans lequel les assurances-maladie financent 100,0 % des traitements ambulatoires, tandis que les cantons versent une contribution d'au moins 55,0 % pour les soins stationnaires.

Illustration 8 : De plus en plus de coûts dans le secteur de la santé sont financés par les primes d'assurance.



Les systèmes de rémunération actuels créent des incitations supplémentaires à l'augmentation des volumes. Le système DRG introduit en 2012 établit des prix fixes pour des prestations définies. Ainsi, du point de vue entrepreneurial, le nombre de prestations reste la seule variable sur laquelle il est possible d'exercer une influence économique. Cela incite les hôpitaux à augmenter le nombre de cas afin de générer davantage de recettes et de pouvoir financer le déficit des coûts.

⁹ Cf. « Coûts du système de santé selon le régime de financement », Office fédéral de la statistique, 2025.

Une offre de haute qualité et des tâches importantes

Un système de grande qualité avec un potentiel d'optimisation

La Suisse dispose d'un système de santé performant et de grande qualité. Elle figure régulièrement dans les premières places des classements internationaux. Par exemple, la Suisse occupe la première place dans le classement de l'Euro Health Consumer Index by Country en 2025¹⁰. La population suisse accorde une grande confiance au système de santé local. Dans une enquête internationale, elle a évalué son système de santé de manière nettement plus positive que la moyenne internationale¹¹. Environ 79,0 % des personnes interrogées étaient plutôt convaincues ou très convaincues que la Suisse dispose de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

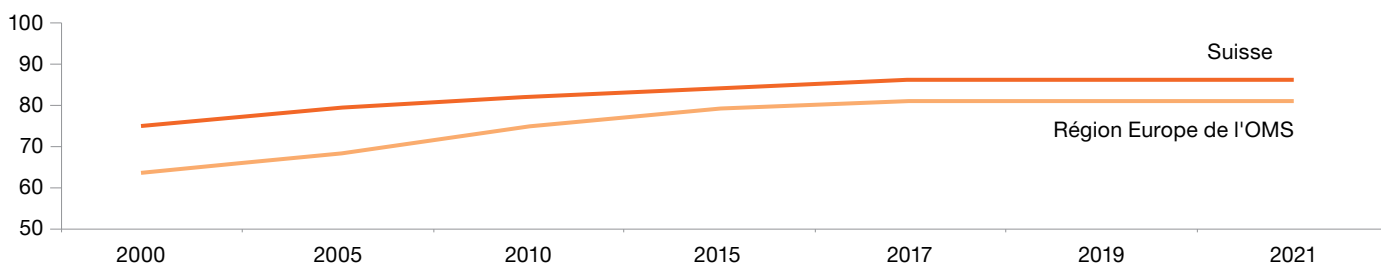
Dans un rapport de recherche de la fondation Commonwealth Fund (CWF), réalisé à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 6 personnes interrogées sur 10 jugent la qualité des soins médicaux en Suisse «excellente» ou «très bonne»¹². Les participants à l'étude expriment des avis tout aussi positifs sur leur séjour à l'hôpital. Seuls les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ou pour une opération non urgente et planifiable ont suscité des réponses moins positives. Toutefois, l'image n'a guère évolué ces dernières années et s'explique par les changements intervenus sur le marché de l'ambulatoire. En comparaison internationale, la Suisse obtient également de bons à très bons résultats sur cette question¹³.

Un accès de premier ordre aux prestations de santé

En matière d'accès aux prestations de santé, la Suisse se distingue également en comparaison internationale. Dans le benchmark européen de l'accès aux prestations de santé essentielles, la Suisse affiche l'un des meilleurs scores avec un taux de couverture de services de 86,0 %, supérieur à la moyenne européenne (81,0 %) (cf. illustration 9)¹⁴. Ces chiffres traduisent l'engagement de la Suisse en faveur d'un système de santé complet qui garantit l'accès aux services essentiels.

Illustration 9 : L'accès aux prestations de santé suisses est supérieur à la moyenne européenne.

Indice de couverture des services de la CSU (%)



¹⁰ Cf. «Euro Health Consumer Index by Country 2025», Health Consumer Powerhouse, 2025.

¹¹ Cf. «Global Public Confidence Study 2023», Ipsos B&A, 2023.

¹² Cf. «International Health Policy (IHP) Survey», CWF.

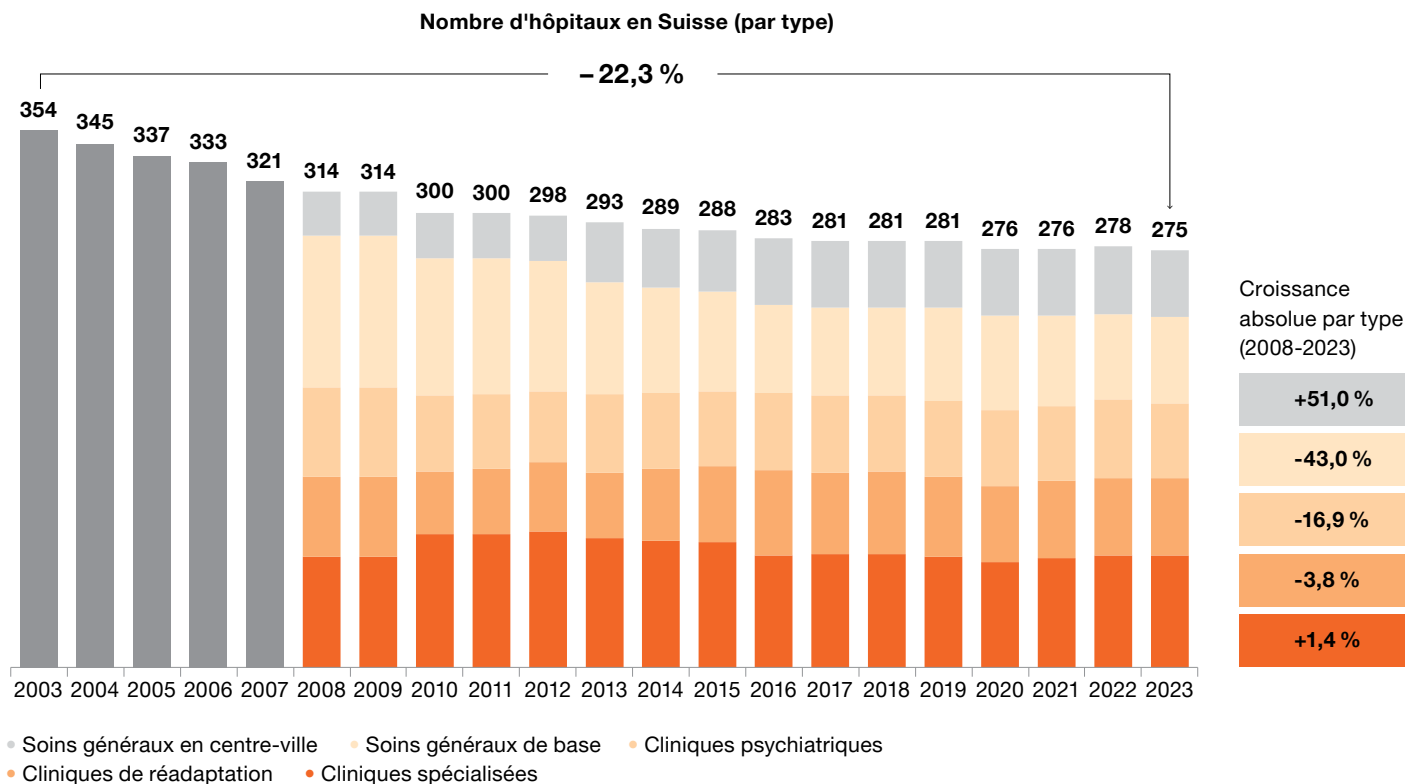
¹³ Cf. «Rapport national sur les besoins en effectifs 2023», Obsan, 2023.

¹⁴ Cf. «Indice de couverture universelle des services de santé», Organisation mondiale de la santé (OMS), 2025.

Travaux structurels

Le système de santé suisse est confronté à des défis ambitieux en matière d'offre. Le nombre d'hôpitaux en Suisse a diminué au cours des dernières décennies, passant de 300 en 2010 à 275 établissements en 2023 (cf. illustration 10). Cette diminution est la plus marquée dans les hôpitaux de soins généraux de base¹⁵. Les hôpitaux transformés ont soit été fermés, soit sont devenus des hôpitaux centraux. Par rapport aux soins généraux de base, les soins spécialisés affichent une croissance de 51,0 % depuis 2008. Cette tendance reflète la consolidation visée par la réorientation du financement hospitalier en 2012. Le système tarifaire DRG uniforme à l'échelle nationale devrait stimuler la concurrence et accroître la pression sur les hôpitaux pour qu'ils optimisent leurs processus et réalisent des gains d'efficacité. Les hôpitaux non compétitifs devraient quant à eux fermer ou se réorienter.

Illustration 10: À partir de 2012, une consolidation voulue par les responsables politiques a eu lieu dans les hôpitaux.



Source: Analyse PwC, Office fédéral de la statistique

Les tendances à la consolidation sont principalement motivées par des fusions juridiques. Entre 2003 et 2023, on a observé une diminution moyenne de quatre hôpitaux par an. Depuis 2012, la vague de consolidation s'est certes atténuée, mais elle reste visible.

¹⁵ Cf. «Chiffres clés des hôpitaux suisses», Office fédéral de la statistique, 2003–2023.

L'évolution et le changement structurel du paysage des soins ne se manifestent pas uniquement par la réduction et les fusions d'hôpitaux, mais aussi par de nouveaux modèles commerciaux. Ainsi, divers centres ambulatoires ont été créés, par exemple par le Centre hospitalier de Bienne ou le groupe Hirslanden, et des hôpitaux ruraux se sont transformés en hôpitaux de médecine interne de base, comme par exemple à Langnau, ou en centres de santé ambulatoires, comme à Saint-Gall, en Appenzell Rhodes-Intérieures ou à Laufen. La collaboration entre prestataires de services a également été approfondie, comme le montrent les exemples du groupe LUKS ou du groupe Insel, la joint-venture du centre de chirurgie ambulatoire des HUG avec le groupe Hirslanden à Genève, ainsi que diverses autres coopérations moins structurées. Un autre aspect est la coopération des hôpitaux avec les assurances, comme par exemple le Réseau de l'Arc dans le Jura bernois entre Swiss Medical Network et Visana, celui de l'Hôpital du Jura avec la CSS ou le KSBL avec Assura dans la région de Bâle. Ces exemples sont purement indicatifs et représentent un mouvement important dans le système, qui n'est pas reflété dans les statistiques sur le nombre d'hôpitaux.



Le potentiel d'efficacité n'est pas entièrement exploité

L'introduction du système SwissDRG porte ses fruits et a mis de nombreux hôpitaux sous pression financière. Les durées de séjour ont diminué, les consolidations d'hôpitaux ont eu lieu comme prévu et d'autres mesures d'efficacité opérationnelle sont également fructueuses. Une étude de PwC révèle des gains d'efficacité annuels d'environ 0,5 % au cours des dernières années¹⁶. Le fait qu'il existe un potentiel d'efficacité supplémentaire avec des soins encore plus adaptés aux besoins, un degré de numérisation plus élevé et des incitations appropriées a été démontré et analysé par PwC dans diverses études et est également connu, tout comme le fait que des conditions-cadres appropriées sont nécessaires pour que les hôpitaux puissent réaliser ces potentiels.^{17,18,19,20}

¹⁶ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2020 », PwC, 2021.

¹⁷ Cf. « L'ambulatoire avant l'hospitalier », PwC, 2016.

¹⁸ Cf. « L'avenir du paysage des soins en Suisse », PwC, 2020.

¹⁹ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2022 », PwC, 2023.

²⁰ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2024 », PwC, 2025.

La tarification actuelle incite les hôpitaux à hospitaliser le plus grand nombre possible de patients afin de couvrir leurs coûts pour les prestations de réserve.

Effet de coût marginal dans le cas des prestations de réserve

Il n'existe pas de définition uniforme et donc pas de champ d'application concret du terme «prestations de réserve». Nous entendons par là toutes les capacités médicales, de soins, administratives et infrastructurelles qui doivent être mises à disposition à tout moment par un hôpital, indépendamment de leur utilisation effective. Cela comprend les services d'urgence et les services spécialisés, la disponibilité de personnel qualifié, les équipements techniques, les capacités en lits et bien d'autres choses encore.

Les prestations de réserve influencent considérablement l'efficacité de l'offre et l'utilisation économique des ressources. Il s'agit de prestations et de structures qu'un hôpital doit mettre à disposition, indépendamment de la demande réelle, afin de pouvoir ou d'être autorisé à maintenir une offre. On peut citer comme exemples le personnel ou l'infrastructure d'urgence, les unités de soins intensifs, le personnel et les infrastructures chirurgicales pour les opérations d'urgence et les césariennes, ou encore le personnel spécialisé pour les services de nuit. Les prestations de réserve entraînent des coûts fixes qui sont indépendants de la charge de travail. Lorsque le nombre de cas est faible, ces coûts par cas sont élevés. Lorsque le nombre de cas augmente, ils peuvent être répartis sur un plus grand nombre de cas, raison pour laquelle ils diminuent par cas. Dans le cadre du système DRG, il en résulte un effet économique : les coûts marginaux pour les cas supplémentaires sont faibles tant que les capacités disponibles ne sont pas saturées. Ce n'est qu'en cas de forte utilisation que les coûts marginaux augmentent à nouveau, par exemple en raison du personnel ou des infrastructures supplémentaires. La tarification actuelle incite les hôpitaux à hospitaliser le plus grand nombre possible de patients afin de couvrir leurs coûts pour les prestations de réserve. Les hôpitaux situés dans des zones de desserte plus petites sont particulièrement désavantagés en termes de couverture des coûts, car ils doivent fournir un nombre de prestations disproportionné.

Demande induite par l'offre – avec des différences régionales

En Suisse, il existe de nettes différences régionales en matière de soins de santé. Celles-ci se reflètent tant dans la densité de l'offre médicale que dans le recours aux prestations^{21,22}. Dans les régions urbaines, en particulier, on observe une tendance à la surabondance de l'offre, car la forte concentration de médecins spécialistes et d'établissements médicaux y entraîne une fréquence de traitement supérieure à la moyenne en comparaison internationale. Les zones rurales, quant à elles, sont souvent mal desservies. Dans ce cas, les longues distances à parcourir, la pénurie de personnel médical et les déficits infrastructurels rendent l'accès aux soins difficile.

Transformation numérique : investissements vs opportunités

Certes, la numérisation progresse également dans le secteur de la santé et de nombreux hôpitaux prennent en compte la transformation numérique dans leurs stratégies. Mais les charges financières – telles que les investissements initiaux élevés et

²¹ Cf. «Obsan Rapport 07/2022, Différences régionales dans l'accès aux soins médicaux», Observatoire suisse de la santé Obsan, 2022.

²² Cf. Atlas suisse de la couverture sanitaire, Obsan, 2025

La transformation numérique favorise la capacité d'innovation et la compétitivité des hôpitaux, permet une prestation de services efficace et économe en ressources et réduit le temps consacré aux tâches administratives.

les amortissements ultérieurs –, les ressources limitées, le manque de compétences et le flou des conditions-cadres empêchent actuellement de nombreux hôpitaux d'entreprendre une transformation numérique complète. Les dépenses consacrées aux technologies de l'information et de la communication (TIC) des hôpitaux suisses sont nettement inférieures à la moyenne internationale²³, ce qui indique un retard en matière d'investissement. En outre, les solutions de numérisation actuelles répondent souvent aux exigences administratives des autorités au lieu de générer des gains d'efficacité dans le cœur de métier médical qu'est le traitement des patients.

Par ailleurs, l'environnement informatique des soins de santé est actuellement très fragmenté. Cela rend difficile un échange efficace de données entre les institutions, même si des normes d'interface uniformes comme Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) sont respectées. L'introduction généralisée du dossier électronique du patient (DEP) devrait faciliter la coordination entre les prestataires de services. Cependant, elle ne progresse que lentement. De plus, il n'existe pas de normes et de directives uniformes au niveau du système, et une transformation numérique en profondeur n'est guère encouragée de manière active. Le Conseil fédéral a reconnu le problème et a décidé en novembre 2025 une réorientation du DEP dans le cadre de la révision totale de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LEPD). Le DEP doit être remplacé par un dossier électronique de santé (DES) qui sera exploité dans une infrastructure centrale et nationale, obligatoire pour tous les acteurs souhaitant facturer via l'assurance maladie obligatoire et ouvert automatiquement pour toutes les personnes résidant en Suisse, avec possibilité de sortie pour les citoyens (opt-out). Le message du Conseil fédéral a été transmis au Parlement et le processus politique est ainsi lancé. Le lancement opérationnel est prévu pour 2030.

Les capacités limitées des hôpitaux et les défis systémiques freinent la transformation numérique, bien que celle-ci offre d'énormes opportunités tant aux hôpitaux qu'au système de santé dans son ensemble. La collecte, l'échange et l'évaluation des données constituent l'une des principales valeurs ajoutées. La transformation numérique permet l'échange fluide de données sans transition tout au long des parcours de soins. La médecine axée sur les données permet de proposer des traitements personnalisés, ce qui améliore la qualité globale des soins.

Mais ce n'est pas tout : la transformation numérique favorise la capacité d'innovation et la compétitivité des hôpitaux, permet une prestation de services efficace et économe en ressources et réduit le temps consacré aux tâches administratives. Si elle est mise en oeuvre de manière cohérente, elle permet de réaliser des économies substantielles. Plus de la moitié des 57 experts de niveau C dans les hôpitaux suisses interrogés tablent sur des gains de productivité liés à la transformation numérique de 4,0% et plus du chiffre d'affaires annuel²⁴. D'autres analystes estiment que le potentiel de toutes les possibilités de numérisation dans le système de santé suisse représente environ 12,0% des dépenses de santé²⁵.

²³ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2023 », PwC, 2024.

²⁴ Cf. « La numérisation dans le secteur de la santé : L'opportunité de 8,2 milliards de francs suisses pour la Suisse », McKinsey, 2021.

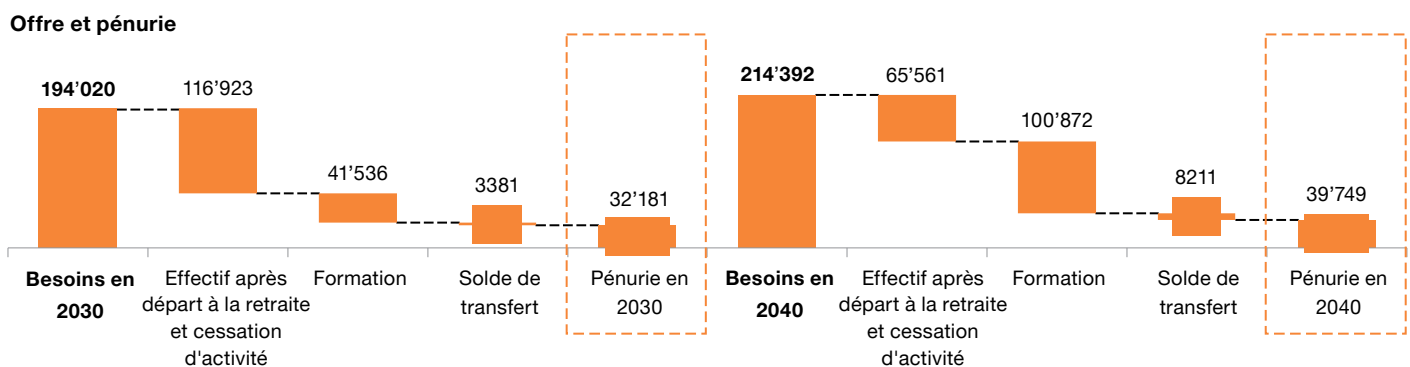
²⁵ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2022 », PwC, 2023, plus calculs actualisés.

Ressources humaines limitées

La pénurie de personnel qualifié pèse lourdement sur le système de santé suisse et a été aggravée par la pandémie de COVID. Selon nos propres calculs, environ 40 300 postes d'infirmiers/infirmières et de médecins ne seront pas pourvus en 2030. Ce déficit en personnel augmentera de 8100 postes d'ici 2040, pour atteindre 48 400 postes (cf. illustrations 11/12). Des projets tels que « Med500+ » dans le canton de Zurich, qui visent à former des médecins supplémentaires, contribueraient à atténuer la pénurie de personnel qualifié dans le domaine médical.

Il convient également de noter ici les différences régionales et l'ampleur de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Alors que les régions urbaines frontalières telles que Zurich attirent des travailleurs grâce à l'attractivité de leur lieu de résidence, les zones rurales sont confrontées à des problèmes croissants de relève et de pourvoi des postes vacants.

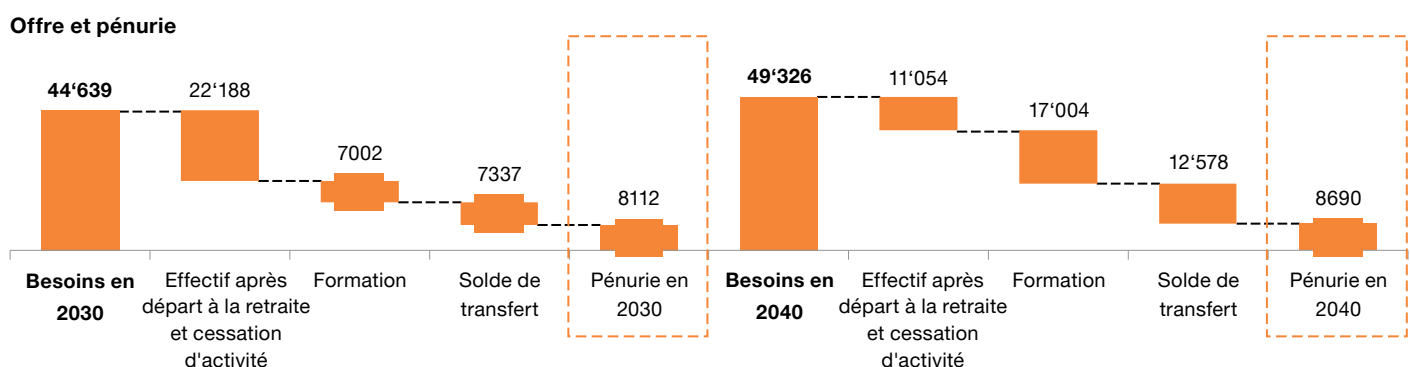
Illustration 11 : Besoins prévisionnels et pénurie attendue de personnel soignant.



Les chiffres sont calculés en équivalents temps plein (ETP).

Source: Analyse PwC, Office fédéral de la statistique

Illustration 12 : Besoins prévisionnels et pénurie attendue de médecins.



Les chiffres sont calculés en équivalents temps plein (ETP).

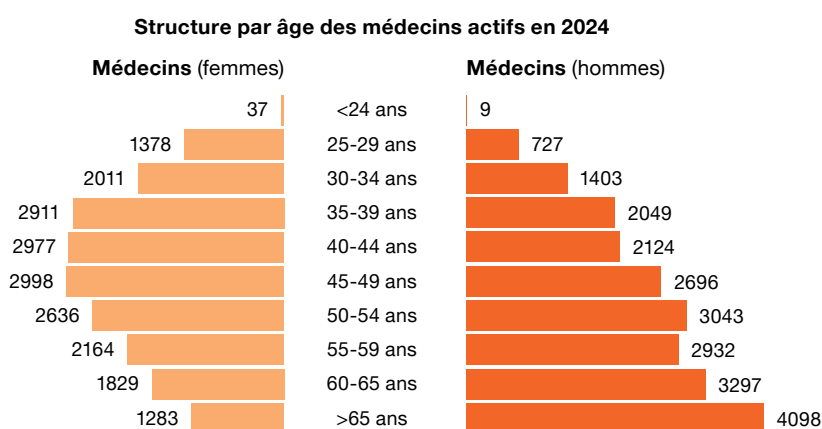
Source: Analyse PwC, Office fédéral de la statistique

Les évolutions démographiques accentuent la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale devrait passer de 19,6 % en 2024 à 23,7 % en 2040²⁶. Cela entraîne, d'une part, une pénurie de personnel qualifié et, d'autre part, en raison de la structure d'âge, le nombre de personnes dépendantes de soins médicaux et d'une aide augmente.

²⁶ Cf. « Scénario de référence, état au 04.2025 », Office fédéral de la statistique, 2025.

L'évolution démographique dans le secteur de la santé est illustrée par la structure d'âge des médecins actifs dans les cabinets médicaux, les hôpitaux et autres secteurs en 2024 (cf. illustration 13). Sur 42 602 médecins actifs, 21 282 ont plus de 50 ans. Cela représente environ 50,0% des médecins actifs en Suisse²⁷. Dans le groupe d'âge 60 ans et plus, environ 25,0% des médecins actifs disparaîtront dans les années à venir. Cette évolution est particulièrement marquée chez les hommes. Elle menace non seulement la qualité des soins et l'accès aux soins, mais aussi la stabilité économique des hôpitaux.

Illustration 13: Structure d'âge des médecins actifs.



Source: Analyse PwC, FMH

D'autres facteurs viennent encore aggraver le problème de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Alors qu'ils sont déjà bien établis dans d'autres pays, par exemple en Amérique du Nord, en Australie ou en Europe du Nord, les nouveaux modèles de rôles et conception des professions ne s'imposent que lentement dans les hôpitaux suisses^{28,29,30}. Cela s'explique par différentes raisons, telles que l'absence de rémunération et de programmes de formation initiale et continue pour les nouveaux modèles professionnels, le cadre réglementaire, mais aussi des facteurs culturels chez le personnel qualifié et dans la population. Cela empêche une répartition nouvelle et efficace des tâches et une utilisation efficiente des ressources. Dans le domaine des soins en particulier, de nombreux travailleurs manquent de perspectives pour rester dans la profession. Les médecins se plaignent de la charge administrative élevée et de la difficulté à concilier vie professionnelle et vie familiale. Les formations dans le domaine médical et des soins sont en partie obsolètes et les nouveaux rôles insuffisamment représentés. Certes, l'initiative «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)» aborde ces défis, mais il reste encore beaucoup à faire pour développer les mesures du deuxième paquet de l'initiative sur les soins infirmiers en faveur d'une médecine du futur.

Les hôpitaux font office de centres de formation central pour le futur personnel spécialisé. Il est important de disposer de suffisamment de places de formation disponibles et attrayantes pour lutter contre la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Ce facteur doit être pris en compte lors de la conception du futur paysage hospitalier.

²⁷ Cf. «Statistique des médecins FMH 2024», Fédération des médecins suisses FMH, 2024.

²⁸ Cf. «Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Évolutions récentes et défis persistants en matière de mise en œuvre», OCDE, 2024.

²⁹ Cf. «Professions de santé non médicales: Les médecins doivent être déchargés», Deutsches Ärzteblatt, 2017.

³⁰ Cf. «Pharmacy First», NHS.

**Par rapport à l'étranger,
la Suisse possède une
infrastructure hospitalière
très développée. Avec une
part de**

21,0 %

**d'opérations ambulatoire
elle se situe relativement
loin derrière dans le
classement européen.**

Un retard à combler en matière d'ambulatoire

Par rapport à l'étranger, la Suisse possède une infrastructure hospitalière très développée. Avec une part de 21,0 % d'opérations réalisées en ambulatoire, elle se situe relativement loin derrière dans le classement européen³¹. Les pays nordiques tels que le Danemark, la Suède ou les Pays-Bas sont en tête dans ce domaine. En 2022, 50,0 % à 60,0 % des interventions chirurgicales y étaient déjà réalisées en ambulatoire.

Un transfert vers des prestations ambulatoires présente des avantages : risque moindre d'infections nosocomiales, moins de personnel nécessaire, conditions de travail plus attrayantes pour les collaborateurs (pas de travail de nuit). De plus, le coût d'une intervention comparable en ambulatoire est généralement nettement moins élevé en ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Chaque prestation fournie en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire permet de réduire les coûts de la santé. Nous avons déjà souligné ce potentiel d'économies en 2016³². En nous basant sur l'analyse de 13 interventions médicales que nous avons extrapolées à l'ensemble du système de santé, nous prévoyons un potentiel d'économies d'environ 1 milliard de CHF par an à l'échelle de la Suisse. Dans une analyse descendante, nous avons confirmé ce chiffre en 2024 et estimé les économies à 1,5 milliard de CHF³³.

Un transfert vers le secteur ambulatoire est médicalement possible et souvent judicieux. Les hôpitaux le soutiennent et s'efforcent de le mettre en œuvre. Sa réalisation systématique échoue actuellement en raison d'incitations financières (inappropriées). Avec un déficit financier moyen d'environ 15,0 %, la situation tarifaire dans le domaine ambulatoire est particulièrement tendue et les prestations sont nettement plus déficitaires que dans le secteur hospitalier. Le recours constant aux soins ambulatoires ne peut guère être financé dans les conditions-cadres actuelles, ce qui représente un défi financier pour de nombreux hôpitaux.

L'introduction du modèle de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), approuvé par le peuple suisse en novembre 2024, constitue une base importante pour promouvoir le recours aux soins ambulatoires. Toutefois, tant qu'aucun ajustement tarifaire n'aura été effectué et qu'aucune stratégie de mise en œuvre n'aura été définie, l'impact de l'EFAS restera limité. Le plafond de 4,0 % fixé pour l'augmentation annuelle des coûts totaux effectifs des prestations médicales ambulatoires entrave un transfert à grande échelle et va à l'encontre des évolutions souhaitées. Cette exigence garantit certes que les nouveaux tarifs n'entraînent pas une hausse involontaire des coûts, mais elle limite en même temps la flexibilité nécessaire à des ajustements structurels dans le sens d'une véritable transition vers les soins ambulatoires. Le défi consiste désormais à concevoir les nouveaux tarifs de manière à ce qu'ils soient à la fois médicalement pertinents et économiquement viables, sans pour autant compromettre les objectifs de l'EFAS.

³¹ Cf. « Fiche d'information : Transfert du stationnaire à l'ambulatoire », Office fédéral de la santé publique OFSP, 2024.

³² Cf. « L'ambulatoire avant l'hospitalier », PwC, 2016.

³³ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2023 », PwC, 2024.

Le ratio de fonds propres médian a diminué de 47,4 % à

37,0 %

entre 2019 et 2024, bien que les cantons et les communes aient déjà lancé diverses opérations de sauvetage sous forme de recapitalisations.

Des finances hospitalières tendues

Les finances des hôpitaux suisses font de plus en plus souvent la une des journaux. La plupart d'entre eux n'ont pas obtenu de résultat financier durable depuis 2012. Depuis 2019, la situation s'est aggravée et seuls quelques établissements sont encore suffisamment rentables pour pouvoir financer eux-mêmes leurs investissements et assurer leur pérennité. En 2024, seuls deux des hôpitaux que nous avons étudiés ont atteint une marge EBITDAR supérieure à 10,0 %, contre huit en 2019. De plus, environ 50,0 % des hôpitaux ont enregistré une perte au cours de l'année de référence 2024. Outre leur manque de rentabilité, de nombreux établissements sont confrontés à une baisse des ratios de fonds propres en raison de résultats annuels négatifs. Le ratio de fonds propres médian a diminué de 47,4 % à 37,0 % entre 2019 et 2024, bien que les cantons et les communes aient déjà lancé diverses opérations de sauvetage sous forme de recapitalisations. Pour atteindre une marge moyenne de 10,0 % dans les structures de soins actuelles, il manque aujourd'hui 1,2 milliard de CHF dans l'ensemble du système.

Les raisons de la tension financière des hôpitaux sont multiples. En Suisse, l'inflation a été particulièrement forte en 2022 et 2023. Pendant la pandémie, la pénurie de biens et les exigences en matière de politique de santé ont entraîné des hausses de prix, des dépenses supplémentaires et des pertes de revenus³⁴. Contrairement à d'autres secteurs, les acteurs du système de santé, dans un cadre basé sur des tarifs n'ont guère de marge de manœuvre en termes de revenus, car ils ne peuvent pas fixer librement les prix. De plus, les rapports de force entre les assureurs et les hôpitaux sont parfois différents, ce qui fait que les hôpitaux ne parviennent que difficilement à négocier des tarifs plus élevés. La compensation du renchérissement par l'ajustement des tarifs n'apporte qu'un soulagement partiel et différé³⁵. Entre 2012 et 2024, le renchérissement cumulé s'est élevé à 6,0 % ; en revanche, les tarifs n'ont évolué que de manière sous-proportionnelle, voire pas du tout. On constate un écart important entre ces valeurs de 2020 à 2024 : alors que le renchérissement a augmenté de 6,8 %, les tarifs n'ont réagi qu'avec une hausse de 2,6 %³⁶.

D'autres raisons sont à rechercher dans le faible taux de couverture des coûts des prestations ambulatoires, conjugué à une forte croissance des prestations, ainsi que dans les structures ambulatoires et stationnaires et dans les tarifs non rentables pour les deux domaines. À cela s'ajoute le fait que la pénurie croissante de personnel qualifié, l'augmentation des coûts salariaux, le retard existant en matière d'investissements et la fragmentation de l'offre compromettent, voire empêchent, une prestation de services efficace et rentable. Il n'est donc pas étonnant que les hôpitaux qui accueillent peu de patient-e-s bénéficiant d'une assurance complémentaire soient moins rentables dans le cadre tarifaire actuel et plus durement touchés par la crise.

Le Secrétariat d'État à l'économie SECO a prévu une inflation de 0,1 % en 2025 et de 0,5 % en 2026. Les résultats annuels de certains hôpitaux sont légèrement plus positifs pour 2025 que pour l'année précédente³⁶. Néanmoins, la situation financière reste tendue pour de nombreux établissements et n'est pas viable à long terme. Dans ce contexte, de nouvelles hausses de coûts – telles que la mise en œuvre de la deuxième étape de l'initiative sur les soins infirmiers – seront difficilement gérables sans financement compensatoire.

³⁴ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2020 », PwC, 2021.

³⁵ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2022 », PwC, 2023.

³⁶ Cf. « Hôpitaux suisses : santé financière 2024 », PwC, 2025.

Concurrence faussée et rôles multiples des cantons

Compte tenu des défis économiques auxquels sont confrontés les hôpitaux, des différences croissantes apparaissent dans la perception qu'ont les cantons de leurs rôles multiples en tant que prestataires, bailleurs de fonds et, pour la plupart, propriétaires. Alors que certains cantons «sauvent» des hôpitaux (cf. illustration 14) et mettent activement à disposition des crédits, des apports en capital ou des garanties de liquidités, d'autres poursuivent une stratégie de consolidation plutôt axée sur le marché. Les différences cantonales en matière de paiements pour prestations d'intérêt général (PIG) sont également significatives³⁷. Cette incohérence entraîne des distorsions de concurrence dans la branche.

Illustration 14: En l'absence de meilleures conditions-cadres, les propriétaires devront procéder à d'autres opérations de sauvetage.

En l'absence de meilleures conditions-cadres, les propriétaires devront procéder à d'autres opérations de sauvetage.

* En Suisse romande, les «prestations d'intérêt général» (PIG) ou «missions d'intérêt général» (MIG) sont appliquées de manière similaire aux GWL (gemeinwirtschaftliche Leistungen). Les hôpitaux qui offrent des soins de base et jouent un rôle important dans les soins de leur région y ont droit.



Source: Analyse PwC basée sur des données disponibles publiquement; présentation exemplaire; pas de prétention à l'exhaustivité, état août 2025.

Les structures historiques compliquent la création de réseaux et les coopérations. La planification hospitalière cantonale, les intérêts locaux et une forte identification sociale avec les hôpitaux empêchent souvent une nouvelle conception du rôle des hôpitaux dans les soins et, par conséquent, la mise en place de structures de soins coordonnées, adaptées aux flux de patient-e-s et échelonnées. La stabilité politique empêche également les hôpitaux d'évoluer comme ils le devraient. Dans ce contexte, le paysage hospitalier de l'avenir doit s'orienter davantage vers les besoins réels en matière de soins et moins s'en tenir aux structures historiques ou à des frontières politiques.

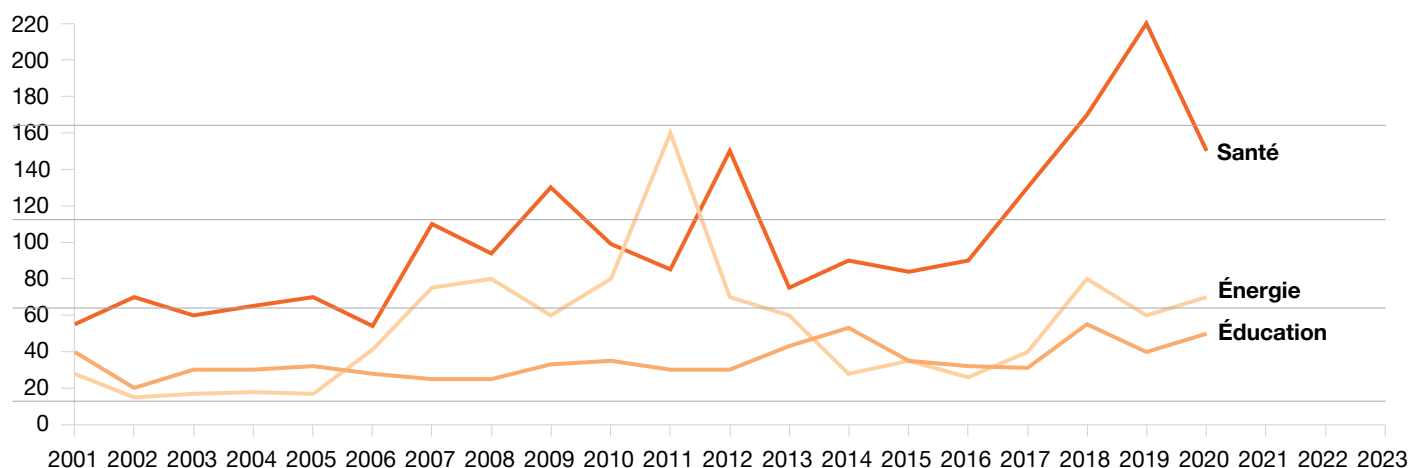
³⁷ Cf. «Financement des prestations d'intérêt général, des coûts d'utilisation des immobilisations et de la couverture du déficit des hôpitaux par les cantons», EcoPlan, 2019.

Réglementation en mouvement, absence de vue d'ensemble

L'objectif principal de la réglementation d'un système de santé devrait être de garantir à la population des soins de haute qualité, sûrs et accessibles, tout en utilisant les ressources de manière efficace. Le système de santé suisse a été de plus en plus réglementé au cours des dernières années. Aujourd'hui, il se caractérise par des tentatives constantes de correction et des mesures isolées. De nouvelles prescriptions réglementaires sont constamment adoptées, tandis que la marge de manœuvre des responsables se réduit. Il leur est donc plus difficile de gérer leurs entreprises avec succès dans le cadre financier donné, la charge administrative augmente parfois de manière significative, des coûts supplémentaires sont générés et la capacité d'innovation est limitée. À elle seule, la deuxième étape de l'initiative sur les soins infirmiers, qui vise à améliorer les conditions de travail, entraînerait, selon l'analyse d'impact de la réglementation, des coûts supplémentaires annuels pouvant atteindre 1,4 milliard de CHF³⁸. En outre, la réglementation légale prévue en matière d'horaires de travail restreint considérablement les hôpitaux.

La réglementation croissante se manifeste par le nombre toujours plus grand d'affaires parlementaires en rapport avec l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) ou l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (OCP). Depuis 2000, ces textes d'ordonnance ont été augmentés d'environ 56,0 %, tandis que le nombre de pages de la loi fédérale sur l'assurance-maladie a même augmenté de 145,0 % (cf. illustration 15)³⁹.

Illustration 15: Affaires traitées par l'exécutif au niveau fédéral de 2002 à 2020 (hors pandémie, interpellations, questions et heures des questions).



Dans la pratique, de nombreux hôpitaux se plaignent d'une réglementation fragmentée: les mesures individuelles sont souvent motivées par des considérations politiques et mises en œuvre à court terme, sans cadre de réforme cohérent ni objectif global. Dans le même temps, le prix ne suffit pas à lui seul à initier des développements novateurs. Le développement structurel du paysage hospitalier reste disparate et les réformes nationales ne progressent que lentement alors qu'une action coordonnée serait nécessaire de toute urgence.

³⁸ Cf. «Analyse d'impact de la réglementation», BSS, 2025.

³⁹ Cf. «Base de données des objets parlementaires Curia Vista», Parlement suisse.

Statu quo – aujourd’hui et en 2045

Compte tenu de la situation financière précaire, de la pénurie de personnel qualifié et de la croissance et du vieillissement de la population, il est évident que les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux suisses s’accroîtront encore sans ajustements structurels majeurs des conditions-cadres. Dans sa forme actuelle, le paysage hospitalier suisse n’est pas viable à long terme, tant en termes de personnel qualifié que de rentabilité et de capitalisation.



Hypothèse de réflexion «Et si... ?

Dans cette sous-section, nous présentons une hypothèse de réflexion visant à modéliser l'évolution des hôpitaux suisses en tant que secteur et donc dans leur ensemble dans le statu quo et à illustrer l'urgence de la transformation. Nous montrons ce qui se passera si rien ne change à l'avenir. Ces prévisions sont basées sur une vue d'ensemble et non sur l'examen d'établissements individuels. Nous partons du principe que le paysage hospitalier suisse conservera son état actuel et qu'aucun changement structurel majeur n'interviendra, tel que l'ambulatoire généralisé, de nouveaux modèles et espaces de soins, la transformation numérique et autres. Nous partons également du principe que la situation ne se détériorera pas de manière significative.

Le point de départ est le statu quo du paysage hospitalier suisse en 2023 (cf. tableau 2) à l'aide de divers indicateurs hospitaliers⁴⁰. Ceux-ci correspondent aux valeurs cumulées de tous les hôpitaux de soins aigus, il ne s'agit donc pas de valeurs médianes ou moyennes (cf. informations complémentaires sur la modélisation en annexe). Pour le statu quo en 2045, nous avons tablé sur une augmentation de 2,0 % des cas ambulatoires par rapport au nombre actuel de cas hospitalisés. Cette valeur a été déduite des prévisions de l'Obsan pour le canton de Lucerne, qui, en raison de la composition de sa population, est considéré comme représentatif de l'ensemble de la Suisse⁴¹.

Tableau 2 : Chiffres clés des hôpitaux dans la situation effective en 2023 et dans le cas d'une poursuite inchangée jusqu'en 2045.

	2023 – Réel	2045 – Statu quo	Δ Absolu	Δ en %
Capacité en lits				
Nombre de lits (milliers) (hypothèse = 85 % d'utilisation)	21,8	25,3	3,5	16,0 %
Prestation stationnaire				
Nombre de cas d'hospitalisation (millions)	1,3	1,6	0,3	25,7 %
Jours de soins (millions)	6,6	7,9	1,3	19,6 %
Durée moyenne de séjour (jours)	5,1	4,9	(0,2)	(4,9 %)
Prestation ambulatoire				
Consultations (millions)	19,0	24,6	5,5	29,0 %
Ressources humaines (ETP en milliers)				
Personnel médical	25,1	30,7	5,7	22,6 %
Personnel soignant	62,6	74,3	11,7	18,7 %
Autre personnel médical	21,1	25,8	4,8	22,6 %
Autre personnel	46,9	53,5	6,6	14,0 %
Effectif total	155,6	184,3	28,7	18,4 %
Chiffres clés financiers en milliards de CHF				
Revenus médicaux	25,8	36,2	10,4	40,3 %
Autres produits d'exploitation	2,0	2,9	1,0	49,6 %
Contributions et subventions	2,5	3,0	0,4	16,6 %
Total des produits d'exploitation	30,3	42,1	11,8	39,0 %
Charges de personnel	19,0	26,4	7,4	39,0 %
Autres charges d'exploitation	9,6	13,4	3,8	39,0 %
EBITDAR	1,7	2,4	0,7	39,0 %
Marge EBITDAR	5,6 %	5,6 %		
Dépenses d'investissement	2,5	3,4	1,0	39,0 %
Résultat annuel	(0,8)	(1,1)	0,3	39,0 %
Marge JE	(2,5 %)	(2,5 %)		

⁴⁰ Données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), chiffres clés des hôpitaux suisses, année de données 2023, publiée en 2025, consultée le 15 juillet 2025 ; analyses PwC.

⁴¹ Cf. « Rapport sur les besoins en effectifs 2024 du canton de Lucerne », Obsan, 2024.

Sur la base des prévisions démographiques, on peut s'attendre à une augmentation de
28,3 %
de la demande de prestations stationnaires et ambulatoires d'ici 2045.

Sur la base des prévisions démographiques, on peut s'attendre à une augmentation de 28,3 % de la demande de prestations stationnaires et ambulatoires d'ici 2045. En raison de la tendance à l'ambulatoire déjà supposée dans le statu quo de 2,0 %, les taux de croissance présentés dans le tableau 2 diffèrent légèrement de cette croissance de base. La demande croissante de prestations médicales entraîne une forte augmentation des ressources, tant en termes de personnel qualifié que d'infrastructures. La charge financière et organisationnelle du système de santé s'en trouve à nouveau considérablement alourdie. Si aucun changement structurel ou de processus fondamental n'est apporté, les hôpitaux ne pourront guère réaliser des gains substantiels d'efficacité et de productivité. Ces gains résultent principalement du recours aux économies d'échelle. Nous en avons tenu compte dans nos prévisions en prévoyant une croissance des charges moins que proportionnelle (personnel, exclusion des prestations de réserve), mais leur ampleur est fortement limitée. Par conséquent, la situation opérationnelle et financière des hôpitaux devrait rester tendue.

Nous avons délibérément simplifié la tarification dans les prévisions. Pour ce faire, nous avons supposé que les hôpitaux suisses maintiendraient leurs marges EBITDAR ou leurs résultats annuels au statu quo jusqu'en 2045. Cela permet d'éviter des hypothèses spécifiques sur la tarification future. Les tarifs requis résultent de la marge visée, associée aux coûts prévisionnels de la fourniture des prestations et du maintien du système. Cette approche s'inspire de la pratique actuelle de fixation des tarifs, qui se fait sur la base des coûts. L'organisation concrète des tarifs ne relève que partiellement de la sphère d'influence des hôpitaux, mais elle est considérée comme un facteur de succès pour leur développement futur («Sept conditions-cadres», page 65). En fin de compte, c'est la tarification effective, combinée aux coûts de la fourniture des prestations, qui détermine la marge moyenne que les hôpitaux réaliseront à l'avenir.

Conséquences sans changement

Le maintien du statu quo jusqu'en 2045 change beaucoup de choses dans le paysage hospitalier, même si aucune adaptation structurelle n'est prévue.

Prestations de services : La demande supplémentaire entraîne une forte augmentation du volume des prestations tant stationnaires qu'ambulatoires, compte tenu d'un taux ambulatoire minimal. Les cas stationnaires augmentent de 25,7 %, tandis que les journées de soins augmentent plus faiblement de 19,6 % en raison de la diminution de la durée de séjour. Avec un taux d'occupation de 85,0 %, l'augmentation de la demande entraînera, par rapport à 2023, un besoin supplémentaire d'environ 3500 lits, soit 16,0 %. Dans le domaine ambulatoire, on peut s'attendre à une augmentation de 29,0 % de la demande de prestations.

Besoin en personnel qualifié : L'augmentation du volume des prestations entraîne une nette augmentation des besoins en personnel. Les hypothèses retenues, compte tenu des prestations de réserve, conduisent à une augmentation du nombre de médecins et d'autres personnels médicaux de 22,6 % (en fonction du case mix et du nombre de consultations). Le personnel soignant devrait augmenter de 18,7 % (en fonction du nombre de jours de soins et de consultations). En termes absolus, cela représente un besoin supplémentaire de 5700 équivalents temps plein (ETP) pour le corps médical, 11 700 ETP pour le personnel soignant et 4800 pour les autres personnels médicaux et ce, uniquement dans le secteur hospitalier, qui représente environ un tiers des coûts de la santé en Suisse.

Marge EBITDAR : Si l'on additionne tous les EBITDAR des hôpitaux de soins aigus et qu'on les rapporte à leur chiffre d'affaires, on obtient une marge EBITDAR de 5,6%⁴² pour l'ensemble du secteur en 2024. Celle-ci ne pourra être maintenue jusqu'en 2045 que si les tarifs sont adaptés à l'inflation prévue. Pour cela, il faudrait des ajustements tarifaires approximatifs d'environ 6,0% dans le domaine stationnaire et de 17,0% dans le domaine ambulatoire. Ces chiffres tiennent compte des différences de couverture des coûts⁴³ entre les deux domaines (95,0% en stationnaire, 86,0% en ambulatoire). Nous avons également calculé ces valeurs de manière cumulée pour tous les hôpitaux suisses de soins aigus dans le cadre d'une analyse globale. Elles peuvent donc, comme les marges EBITDAR, s'écarter des valeurs médianes ou moyennes. Les valeurs apparemment basses s'expliquent par le fait que des améliorations annuelles de l'efficacité sont supposées en raison de la prise en compte des prestations de réserve dans la planification. Une marge EBITDAR de 5,6% calculée pour l'ensemble du secteur n'est pas suffisante pour permettre aux différents hôpitaux de fonctionner de manière autonome sur le plan financier. De nombreux établissements continueraient d'enregistrer des pertes annuelles. Les années exceptionnelles comme celles de la pandémie de COVID pourraient être encore bien plus négatives.

Fonds propres : En raison des pertes, les ratios de fonds propres des hôpitaux suisses ne cessent de diminuer. Parallèlement, les établissements ne génèrent pas suffisamment de ressources pour financer eux-mêmes leurs rénovations. C'est pourquoi ils font de plus en plus appel au soutien de leurs propriétaires, ce qui entraîne une augmentation de la charge fiscale pour les hôpitaux publics. Les hôpitaux ne peuvent pas non plus se financer de manière autonome sur le marché des crédits et des capitaux. Une levée de capitaux nécessite des garanties explicites de la part des propriétaires. C'est déjà majoritairement le cas aujourd'hui et cela s'accroîtra dans le statu quo d'ici à 2045.

Coûts de la santé hospitalière : La forte augmentation du volume des prestations entraîne, sans les ajustements structurels expliqués dans cette étude, une hausse significative des coûts hospitaliers. Cela fait augmenter de manière continue les dépenses par habitant ainsi que les primes d'assurance-maladie. Le poids des primes est déjà l'une des principales préoccupations de la population suisse.

Les situations mentionnées ne s'appliquent que si les soins hospitaliers peuvent être maintenus. L'augmentation du volume des prestations (+28,3%) entraîne une nette augmentation des besoins en personnel qualifié (+/-20,0%). En revanche, la population active augmente moins fortement (+/-8,0%). Par conséquent, dans ce scénario, toutes les prestations ne peuvent pas être maintenues, ce qui nécessite des changements substantiels. Dans le cas contraire, il en résulterait une hiérarchisation des priorités, des délais d'attente plus longs pour les patient-e-s et une nette détérioration de la qualité des soins.

⁴² Données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), chiffres-clés des hôpitaux suisses, année de données 2023, publiée en 2025, consultée le 15 juillet 2025 ; analyses PwC ; Dans les chiffres-clés des hôpitaux suisses, tous les coûts d'investissement, comprenant les charges pour l'utilisation des installations ainsi que les intérêts du capital et incluant les « investissements (selon la LAMal) » (compte 440 du plan comptable de H+), sont présentés de manière consolidée dans un poste. Dans le cadre de la présente étude, ils sont saisis en dessous de l'EBITDAR, alors que dans les rapports financiers des hôpitaux, ils sont parfois saisis au-dessus de l'EBITDAR. En conséquence, les valeurs de l'EBITDAR présentées dans cette étude sont légèrement plus élevées que dans les rapports annuels.

⁴³ Données de l'association SpitalBenchmark, année de données 2023, consultées le 15 juillet 2025 ; couverture totale des coûts ambulatoires et stationnaires (y compris LCA, tiers payant, etc.). Dans le but d'obtenir une vue d'ensemble, les valeurs cumulées de tous les hôpitaux membres ont été utilisées. L'analyse se distingue ainsi d'une observation des valeurs médianes.

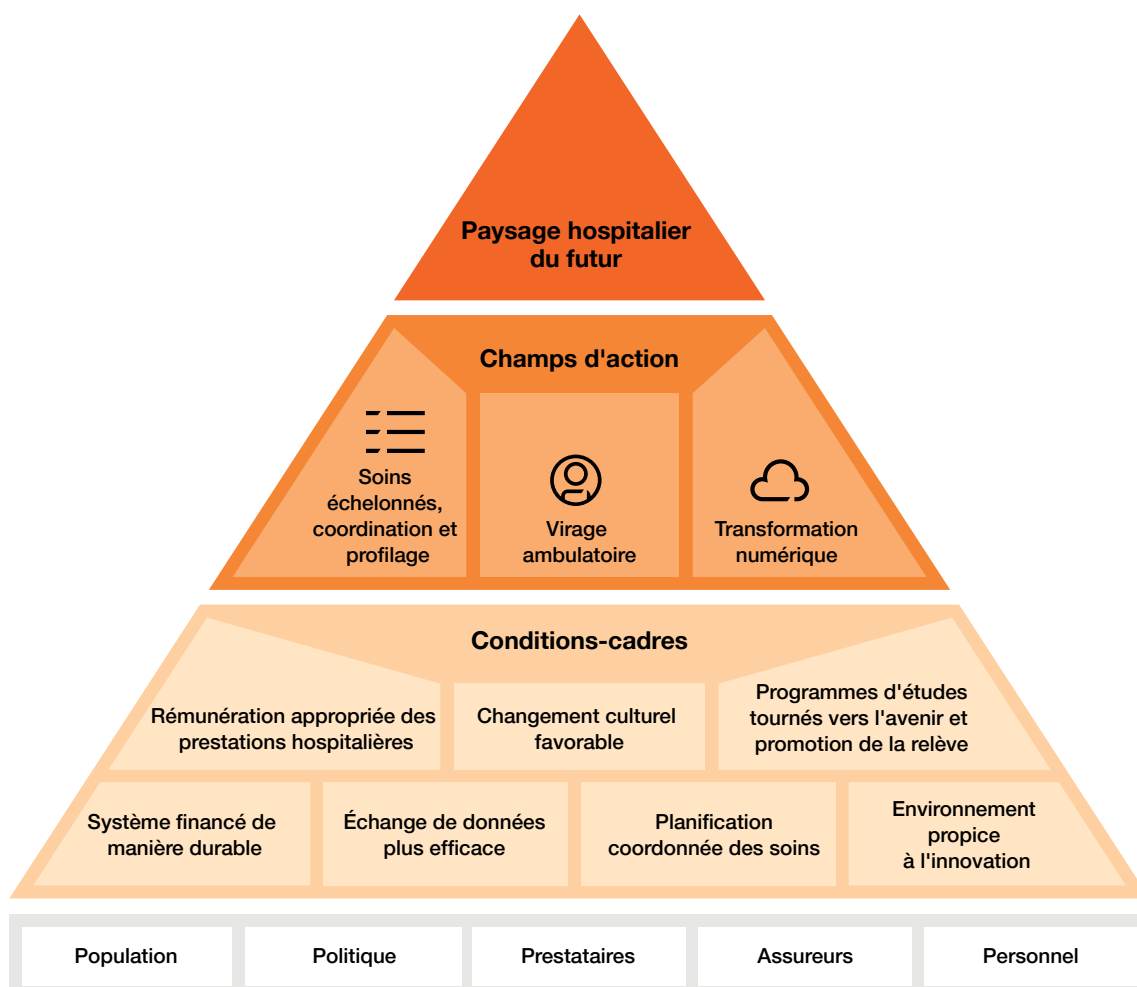
Scénarios pour un paysage hospitalier tourné vers l'avenir

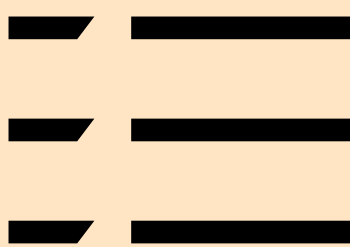


Le maintien du statu quo ne constitue pas une option viable, car le paysage hospitalier suisse, dans sa forme actuelle, n'est durable ni sur le plan opérationnel et du personnel, ni sur le plan financier. Un changement fondamental des structures existantes, des réformes courageuses et des approches innovantes sont nécessaires pour garantir des soins sûrs et de haute qualité à long terme.

Ce travail de réforme peut s'effectuer dans trois champs d'action transversaux (cf. illustration 16). Il repose sur sept conditions-cadres. Pour que la transformation du paysage hospitalier soit couronnée de succès, il faut non seulement des changements institutionnels au niveau des hôpitaux, mais aussi et surtout une volonté de changement de la part de tous les acteurs du système de santé. En font partie les hôpitaux en tant que prestataires de services avec leur personnel médical et non médical, tout comme la population, les responsables politiques et les partenaires tarifaires. Ceux-ci doivent mettre en place des conditions-cadres qui encouragent activement le changement et récompensent les mesures utiles pour les soins. Tous les acteurs doivent remettre en question les rôles existants, les dissoudre et s'adapter à un paysage hospitalier en mutation. De même, il est clair qu'un changement profond, tel que discuté dans les champs d'action, implique des investissements considérables qui ne sont actuellement pas financés.

Illustration 16: Le paysage hospitalier du futur repose sur une transformation fondamentale dans trois champs d'action et sept conditions-cadres.





Champ d'action « Soins échelonnés, coordination et profilage »

Le premier champ d'action est consacré à la nécessité d'une structure de soins transversale et coordonnée et d'un profilage clair des hôpitaux au sein de ces structures.

Description de l'état cible

- La future structure des soins hospitaliers est échelonnée et axée sur les parcours du patient. Les prestations médicales sont fournies là où elles peuvent l'être de la manière la plus efficace et où elles offrent la plus grande valeur ajoutée. Les prestations spécialisées nécessitant des moyens importants (en termes d'infrastructure ou de personnel) sont davantage regroupées, tandis que l'accès à bas seuil se généralise.
- En raison de leurs intérêts entrepreneuriaux, les hôpitaux développent un profil clair et le coordonnent au sein d'une région de soins. Ce faisant, ils accordent plus d'importance à la perspective globale des soins au sein de la région de soins qu'à leurs compétences individuelles. Ils intègrent les évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques et l'importance croissante de la prévention dans le développement de leurs offres. Cela permet d'éliminer les redondances du système et d'assurer une utilisation efficace et effective du personnel qualifié.
- Les hôpitaux agissent au sein de réseaux et de partenariats et garantissent une prise en charge coordonnée. Les tâches entre les soins primaires, secondaires et tertiaires au sein de certaines régions de soins sont développées conjointement entre les prestataires de services et clairement réparties.
- Un réseau composé de centres de santé à bas seuil, de médecine de famille, expert-e-s en soins infirmiers (APN), de pharmacies et d'autres prestataires de services renforce les soins primaires. En fonction de la situation en matière de soins, les hôpitaux s'impliquent davantage dans la médecine générale et la médecine d'urgence à bas seuil, en particulier lorsque l'offre des médecins généralistes fait défaut dans les zones rurales. La coordination s'effectue autant que possible via des plateformes virtuelles. Les hôpitaux participent activement à la coordination afin d'optimiser l'utilisation des ressources.
- Les hôpitaux intensifient leur coopération au-delà de leur activité principale en misant davantage sur les partenariats avec d'autres établissements et sur le concept de « services partagés ». L'objectif est d'atteindre la rentabilité, d'utiliser les ressources de manière optimale et d'améliorer la qualité des soins. Ces coopérations s'étendent à différents domaines, allant de l'organisation de formations et de services communs tels que la blanchisserie jusqu'à la mise en œuvre de nouvelles exigences réglementaires.
- Les hôpitaux poursuivent la standardisation afin de garantir le benchmarking et la mesure efficace des indicateurs de performance clés (KPI). Cela permet un processus d'amélioration continue.
- De nouveaux rôles (par exemple, les APN) et des équipes de soins interdisciplinaires se sont imposés dans les hôpitaux. Ils complètent et déchargent les rôles classiques et assument des tâches centrales de coordination à l'hôpital pour les patient-e-s (par exemple, case manager). Le paysage hospitalier répond à la spécialisation croissante de la médecine et à l'augmentation simultanée de la multimorbidité par la mise en place d'équipes de traitement interdisciplinaires. La conception traditionnelle des rôles et des tâches est bouleversée et le cloisonnement au sein des institutions est aboli.

Pistes pour la mise en œuvre



Offre

Mettre en œuvre une stratégie d'offre claire, axée sur les besoins régionaux, les besoins globaux et les intérêts commerciaux. Cela implique la planification des renoncements, la création de réseaux et le développement d'un profil médical clair avec une stratégie d'investissement et de personnel correspondante.



Coopétition

Coopérer au sein du réseau dans certains domaines, tels que les soins de base, et une concurrence en matière de qualité dans d'autres domaines (par exemple, les soins électifs), afin de renforcer la dynamique entrepreneuriale.



Attitude novatrice

Renforcer l'esprit d'entreprise (par exemple, par le biais de partenariats avec des start-up ou des établissements d'enseignement), développer sa propre capacité d'innovation, par exemple en encourageant les processus d'innovation internes (par exemple, avec des comités d'innovation, des incubateurs, des hubs d'innovation en matière de santé).



Capacité à travailler en réseau

Créer des bases opérationnelles, organisationnelles et juridiques nécessaires à la mise en place de structures de réseau efficaces et développer la coopération dans le secteur de la santé. Pour ce faire, il convient par exemple de garantir la capacité de participation de toutes les institutions, créer des joint-ventures, mettre en place des comités uniformes, élaborer des contrats de coopération.



Coordination

Coordonner les hôpitaux entre eux et définir clairement les responsabilités et la répartition des rôles, par exemple en assurant un rôle de coordination au sein du réseau régional.



Communication

Établir des interfaces de communication efficaces entre les prestataires de services.



Le degré d'intensité influence l'effet

Pour nos prévisions, nous avons formulé les hypothèses suivantes concernant les effets dans le champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage» (cf. tableau 3).

Tableau 3: Avec un échelonnement, une coordination et un profilage croissants, il est possible de mettre en place une prise en charge globale avec des parcours du patient et un échange de données optimaux.

Intensité	Description
Statu quo	- La prise en charge s'effectue principalement le long des frontières cantonales - Parcours du patient d'entreprises individuelles avec ruptures aux frontières sectorielles - Flux de données insuffisants entre les hôpitaux - Profilage insuffisant et, par conséquent, faible transformation
Intensité moyenne	- Coordination intercantonale renforcée, basée sur le volontariat - Approches de soins partiellement coordonnées et parcours de soins interinstitutionnels - L'échange de données reste inefficace - Les prestations préventives augmentent - Les hôpitaux continuent de se profiler, les offres de prestations sont davantage regroupées
Forte intensité	- Régions de soins intercantionales - Structures de soins fortement coordonnées avec des parcours de soins interinstitutionnels et une utilisation optimisée des ressources au sein des régions de soins - Parcours du patient fortement intégrés avec un échange de données optimal - Paysage hospitalier fortement transformé avec une orientation maximale vers les besoins, des prestataires de services profilés et des réseaux établis⁴⁴

Afin de représenter les effets du champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage» sur le paysage hospitalier suisse et sur les futurs besoins en ressources, nous avons formulé les hypothèses suivantes (cf. tableau 4). Vous trouverez de plus amples informations sur la modélisation en annexe.

Tableau 4: Hypothèses centrales pour illustrer les besoins en ressources en cas d'intensité moyenne ou forte du champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage».

Intensité	Statu quo 2023	Intensité moyenne		Forte intensité	
	Prestations de réserve (VHL)	Réduction en % VHL	Réduction en % de l'effectif total	Réduction en % VHL	Réduction en % de l'effectif total
Personnel médical	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Personnel soignant	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Autre personnel médical	20 %	15 %	3 %	30 %	6 %
Autre personnel	50 %	6 %	3 %	12 %	6 %

⁴⁴ Cf. «L'avenir du paysage des soins en Suisse, II», PwC, 2020.

Dans ce champ d'action, nous avons supposé qu'une coordination plus étroite au-delà des frontières cantonales aurait lieu et que les parcours du patient seraient mieux intégrés qu'actuellement grâce à un échange de données plus efficace. En outre, les prestataires se profileraient et des réseaux se formeraient afin de garantir une prise en charge échelonnée (regroupement de prestations spécialisées, concentration sur un nombre réduit de domaines prioritaires et accès facilité en périphérie). Il en résulte une réduction des prestations de réserve, car tous les hôpitaux ne doivent plus offrir toutes les prestations et se coordonnent mieux entre eux. Nous avons estimé le potentiel d'économies dans la catégorie de forte intensité à 6,0 % des effectifs actuels ou à 30,0 % des prestations de réserve – par rapport à l'état actuel de l'année 2023. Pour le reste du personnel, le potentiel d'économies est légèrement inférieur, à 12,0 %, mesuré en termes de prestations de réserve. Toutefois, il correspond également à 6,0 % de l'effectif total. Dans le scénario d'intensité moyenne, nous avons tablé sur 50,0 % des économies réalisées dans le scénario de forte intensité, soit 3,0 % des effectifs.

Effets en cas de changement plus ou moins important



Prestation de services

Les prestations du paysage hospitalier suisse sont consolidées, les hôpitaux disposent d'une offre de prestations clairement profilée. Les prestations hautement spécialisées sont fournies de manière ciblée sur certains sites. Ainsi, certains hôpitaux présentent une spécialisation, tandis que d'autres orientent leur profil vers la fourniture de prestations ambulatoires. Au sein de la structure hospitalière existante, les offres de prestations sont largement adaptées et le paysage et la logique des soins sont profondément modifiés.



Capacités

Dans ce champ d'action, le nombre de cas stationnaires et de consultations ambulatoires, les journées de soins et la durée moyenne de séjour restent inchangés. Grâce à une meilleure coordination et à un profilage accru des prestataires, les capacités sont plus faciles à planifier. Les hôpitaux peuvent réduire considérablement les prestations de réserve et diminuer le nombre de lits jusqu'à 5,6 %. Cependant, la réduction des services de réserve prive le système d'une marge de manœuvre qui peut s'avérer utile dans des situations exceptionnelles telles qu'une pandémie. Par conséquent, les responsables doivent faire preuve de prudence dans la réduction des capacités.



Besoin en personnel qualifié

Grâce à la répartition suprarégionale des prestations et des rôles entre les hôpitaux, ces derniers peuvent réduire leurs prestations de réserve. Nous prévoyons ainsi jusqu'à 5,1 % de personnel en moins par rapport au statu quo en 2045. Cela correspond à environ 6,0 % des effectifs de 2023. Cela ne signifie toutefois pas une réduction nette des effectifs, mais un ralentissement de la création d'emplois ou une réallocation des ressources par rapport à un scénario de statu quo. Parallèlement, les hôpitaux peuvent réduire leurs autres charges d'exploitation, car les coûts se répartissent sur davantage de prestations grâce à une meilleure utilisation des capacités ou n'augmentent que de manière moins que proportionnelle en cas de transfert de cas ; sur d'autres sites, ils disparaissent complètement.

→ Coûts du système

Dans l'ensemble, l'échelonnement, la coordination et le profilage conduisent à un paysage hospitalier plus efficace en termes de coûts par rapport au statu quo en 2045. Nous avons calculé un potentiel d'économies annuel pouvant atteindre 2,1 milliards de CHF (en valeur nominale en 2045), soit jusqu'à 5,0% des coûts du système. Ces économies proviennent en premier lieu de la réduction des coûts des prestations de réserve, qui résulte d'une coordination et d'une adaptation de l'offre aux besoins. Dans la modélisation, nous avons supposé une marge EBITDAR moyenne constante de 5,6% pour l'ensemble des hôpitaux et que la tarification est conçue de manière à ce que les hôpitaux puissent maintenir la marge EBITDAR.

→ Accès temporel et local

Le profilage d'un hôpital n'est pas un développement isolé dans le réseau du paysage hospitalier. Il a des répercussions sur les autres prestataires de la région ou sur ceux qui ont un profil similaire. Cela peut parfois affecter l'accès aux prestations de santé dans le temps et dans l'espace. En ce qui concerne plus particulièrement l'accessibilité des interventions électives, tant le temps d'accès que le délai d'attente peuvent s'allonger, car toutes les prestations ne sont plus proposées partout et la charge de travail augmente dans les régions de soins. En ce qui concerne les soins d'urgence, cela signifie qu'il est nécessaire de développer les ambulances et les équipes de secours mobiles afin de pouvoir prendre en charge rapidement les patient-e-s en situation d'urgence.

Les acteurs concernés peuvent relever activement ces défis : une meilleure coordination entre les prestataires de services et des parcours du patient avec un échange de données optimisé contribuent à combler les lacunes en matière de soins et à garantir la sécurité des patient-e-s.

→ Qualité

La diminution des besoins en personnel qualifié dans le champ d'action « Soins échelonnés, coordination et profilage » réduit le risque de priorisation des soins en raison du manque de personnel. La sécurité des patient-e-s reste une préoccupation majeure. Grâce à des rôles clairement définis, des structures de soins spécialisées et une amélioration des données, les hôpitaux peuvent identifier les risques à un stade précoce et standardiser les processus. La transformation vers un paysage hospitalier mieux coordonné et profilé permet non seulement de gagner en efficacité, mais également de créer les conditions nécessaires à des soins de santé de qualité, sûrs et viables.



Tableau 5: Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage» (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.

	2045 Statu quo	2045 Intensité moyenne	2045 Forte intensité	% Δ Intensité moyenne	% Δ Forte intensité
Capacité en lits					
Nombre de lits (milliers) (hypothèse = 85 % 87,5 % 90 % d'utilisation)	25,3	24,6	23,9	(2,9 %)	(5,6 %)
Prestation stationnaire					
Nombre de cas d'hospitalisation (millions)	1,6	1,6	1,6	-	-
Jours de soins (millions)	7,9	7,9	7,9	-	-
Durée moyenne de séjour (jours)	4,9	4,9	4,9	-	-
Prestation ambulatoire					
Consultations (millions)	24,6	24,6	24,6	-	-
Ressources humaines (ETP en milliers)					
Personnel médical	30,7	30,0	29,2	(2,4 %)	(4,9 %)
Personnel soignant	74,3	72,4	70,5	(2,5 %)	(5,1 %)
Autre personnel médical	25,8	25,2	24,6	(2,4 %)	(4,9 %)
Autre personnel	53,5	52,0	50,6	(2,6 %)	(5,3 %)
Effectif total	184,3	179,6	175,0	(2,5 %)	(5,1 %)
Conséquences financières					
Potentiel d'économies en milliards de CHF		1,1	2,1		
Potentiel d'économie en % des coûts du système		2,5 %	5,0 %		





Champ d'action « Virage ambulatoire »

Ce champ d'action décrit les effets positifs et les opportunités qu'entraîne un transfert des prestations du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire.

Description de l'état cible

- Le paysage hospitalier du futur présente un degré élevé d'ambulatoire. Le système repose sur une approche efficace et économe en ressources. Le passage à un modèle davantage axé sur les soins ambulatoires permet de tirer parti des opportunités dans différents domaines problématiques : amélioration de la qualité des soins, atténuation de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, évolution durable des coûts de santé.
- L'ambulatoire ne se limite pas à la chirurgie ambulatoire, mais concerne également les soins spécialisés (par exemple, les traitements contre le cancer), les soins de base (par exemple, la mise en place d'un traitement à l'insuline chez les patient-e-s diabétiques multimorbides) et la prévention. Par ailleurs, l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine du diagnostic favorise fortement le développement des soins ambulatoires. Parmi les cas transférés figurent non seulement les opérations, mais aussi les procédures diagnostiques de plusieurs jours, la gestion des maladies chroniques – y compris celles qui ne sont pas encore considérées comme telles aujourd'hui, par exemple le cancer ou les affections neurologiques – ainsi que les interventions qui nécessitent des soins hospitaliers moins intensifs.
- De nouvelles formes de soins, telles que la télémédecine et Hospital@Home, sont mises en place et coordonnées avec les autres prestations. Elles permettent de soulager davantage l'infrastructure hospitalière stationnaire.
- Les hôpitaux assument différents rôles en fonction de la situation de l'offre et de la demande. Leur fonction dans les soins de base et la médecine de famille est renforcée là où il existe des lacunes. Par exemple, les hôpitaux régionaux peuvent pallier la pénurie de médecins généralistes pour les soins en milieu rural.



Pistes pour la mise en œuvre



Processus

Des processus de base aux processus de soutien, de l'admission à la sortie en passant par le traitement, adapter tous les processus et modèles d'exploitation aux exigences de la prestation de services ambulatoires.



Gestion des ressources humaines

Former le personnel existant aux processus ambulatoires et aux soins centrés sur le patient. Prendre en compte les nouvelles exigences liées à l'ambulatoire dans le recrutement du personnel. Revoir le skill-grade-mix dans le domaine stationnaire en raison de la complexité croissante des cas dans cette sphère.



Infrastructure

Prendre en compte les répercussions (par exemple, besoin en lits, surface ambulatoire) sur l'infrastructure existante et sur les projets de construction. Adapter l'infrastructure existante aux nouveaux processus ambulatoires. Le cas échéant, fournir les prestations ambulatoires dans de nouveaux locaux mieux adaptés et plus proches du domicile. Pour les surfaces potentiellement libérées, examiner les concepts de réaffectation ou de cession.



Coopération

Renforcer la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle. Pour ce faire, mieux coordonner les services en amont et en aval afin de garantir les soins pré- et postopératoires (par exemple, en ce qui concerne le traitement de la douleur).



Parcours du patient

Optimiser les parcours des patient-e-s ou les transitions entre les soins ambulatoires et stationnaires, ainsi qu'entre les différents domaines de prestations.

Le degré d'intensité influence l'effet

Les répercussions de l'ambulatoire sur le paysage hospitalier suisse et les besoins futurs en ressources dépendent essentiellement de son ampleur. Ci-après, nous avons élaboré des scénarios qui présentent différents degrés de soins ambulatoires et ont donc des répercussions différentes sur le paysage hospitalier suisse et le système de santé dans son ensemble.

Pour les analyses du champ d'action « Ambulatoire », nous sommes partis de taux d'ambulatoire nettement plus élevés que pour le statu quo 2045 (cf. tableau 6). Dans l'hypothèse d'une intensité moyenne, nous avons supposé un transfert de 20,0 % des cas stationnaires, dans l'hypothèse d'une intensité forte de 40,0 %. Le pourcentage de transfert indique combien de patient-e-s hospitalisés en 2023 seront traités en ambulatoire d'ici 2045. Nous avons également pris en compte le CMI et la durée moyenne de séjour (DMS), en supposant qu'au fur et à mesure de la progression de l'ambulatoire, les cas de plus en plus graves avec une durée de séjour plus longue seront transférés. Vous trouverez de plus amples informations sur la modélisation en annexe.

Tableau 6 : Avec l'augmentation des transferts, le CMI et la durée moyenne de séjour augmentent également.

Intensité	Statu quo	Intensité moyenne	Forte intensité
Transfert jusqu'en 2045 (en % des sorties hospitalières actuelles)	2,0 %	20,0 %	40,0 %
CMI cas transférés	0,5	0,7	0,8
Transfert jusqu'en 2045 (en % du case mix actuel)	0,8 %	12,6 %	28,8 %
Cas transférés par MAHD	1,0	1,8	2,2

Les hypothèses relatives au transfert permettent de déduire, de manière simplifiée, l'impact de la transition vers l'ambulatoire sur la part des traitements ambulatoires. Si nous partons du principe qu'actuellement 30,0 % des traitements sont effectués en ambulatoire, cela signifie qu'en moyenne 44,0 % des traitements seront effectués en ambulatoire en 2045, voire 58,0 % dans le scénario le plus optimiste.



Effets en cas de changement plus ou moins important

Les scénarios dans le champ d'action «Ambulatoire» ont des répercussions sur tous les chiffres clés pertinents d'un hôpital (cf. tableau 7) et sur divers aspects du système de santé, en fonction de l'ampleur de la mise en œuvre.

→ **Prestation de services**

Le nombre de cas stationnaires, le nombre de jours de soins et le besoin en lits diminuent par rapport au statu quo en 2045. La complexité et l'intensité des traitements et des soins des cas stationnaires restants augmentent, car les cas médicalement moins lourds sont transférés vers le secteur ambulatoire et leurs soins sont dispensés en dehors des infrastructures hospitalières. Le CMI augmente, à condition qu'aucun ajustement ne soit apporté au système de rémunération. La durée moyenne de séjour augmente également en raison du transfert des cas les plus simples et les plus courts. Dans le scénario de forte intensité, le nombre de cas stationnaires diminue de 38,8 %, tandis que les jours de soins diminuent de 16,8 %. En revanche, les consultations pour des cas ambulatoires augmentent de 19,8 % dans l'hypothèse d'une forte intensité.

→ **Besoin en personnel qualifié**

Avec le développement des soins ambulatoires, le personnel est davantage sollicité pour coordonner les domaines en amont et en aval et garantir des interfaces efficaces. Dans l'ensemble, les besoins en personnel qualifié sont réduits par rapport au statu quo, car la prestation de services ambulatoires nécessite moins de personnel. Ainsi, dans le cas d'une forte intensité de personnel médical, jusqu'à 2,4 % des postes à temps plein peuvent être supprimés et jusqu'à 5,3 % parmi le personnel soignant.

→ **Compétences**

Le recours accru aux soins ambulatoires entraîne deux évolutions majeures en matière de ressources humaines. D'une part, en raison de la complexité croissante des cas dans le domaine stationnaire, un rééquilibrage dans le skill-grade-mix vers du personnel plus qualifié est nécessaire. D'autre part, un scénario davantage axé sur les soins ambulatoires impose également de nouvelles exigences au personnel ambulatoire, car celui-ci doit prendre en charge davantage de cas et de tableaux cliniques plus complexes. Cela comprend des procédures diagnostiques qui durent plusieurs jours, la gestion de pathologies chroniques – y compris celles qui ne sont pas encore considérées comme des maladies chroniques, telles que le cancer ou les troubles neurologiques – et des interventions qui nécessitent des soins hospitaliers moins intensifs.

→ **Mise en réseau**

Les réseaux sociaux en dehors de l'infrastructure hospitalière, qui peuvent fournir des soins et une assistance médicale appropriés, constituent un levier essentiel pour les changements décrits. Ainsi, ce champ d'action nécessite davantage d'aide et de soins à domicile, de centres de santé périphériques ou d'offres Hospital@Home ciblées, qui sont moins liés à un lieu et ne dépendent pas de l'infrastructure hospitalière. Il est vrai que Hospital@Home n'est pas considéré comme une prestation ambulatoire, mais plutôt comme une prestation hospitalière non liée à un lieu. Dans l'optique du transfert de la fourniture de prestations, nous thématisons toutefois cette évolution dans le champ d'action de l'ambulatoire. Il ne s'agit pas de retirer des cas aux hôpitaux, mais de les transférer vers les structures les plus efficaces.

→ Infrastructure

En réduisant le nombre de jours de soins, un hôpital a besoin de 16,8 % de lits en moins dans sa version forte. Cela a des répercussions importantes sur les exigences en matière d'infrastructure, puisqu'un sixième de la surface du service d'hospitalisation n'est plus nécessaire. En contrepartie, l'hôpital peut utiliser cet espace libéré pour développer ses services ambulatoires.

→ Coûts du système

En supposant qu'il y ait suffisamment de personnel qualifié et de ressources, un hôpital peut fournir le même volume de prestations avec moins de ressources. Les scénarios de prise en charge ambulatoire ont donc un effet réducteur sur les coûts. Le potentiel d'économies nominal annuel pour l'ensemble du système hospitalier suisse s'élève, dans l'hypothèse d'une forte intensité, jusqu'à 1,5 milliard de CHF, soit 3,5 % des coûts du système. Pour ce calcul, nous avons supposé une marge EBITDAR moyenne constante de 5,6 % pour tous les hôpitaux et une tarification correspondante.

→ Accès temporel et local

Le recours aux soins ambulatoires devrait avoir un effet positif à la fois sur le temps d'attente et sur l'accessibilité des prestations de santé. Pour la fourniture de prestations ambulatoires, les hôpitaux ont besoin de moins de personnel qualifié dans l'ensemble. Par conséquent, la probabilité de devoir établir des priorités en raison du manque de personnel qualifié diminue. Grâce à une prestation de services plus efficiente et plus efficace, les hôpitaux peuvent fournir davantage de prestations avec le même personnel.

Tableau 7 : Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action de « Ambulatoire » (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.

	2045 Statu quo	2045 Intensité moyenne	2045 Forte intensité	% Δ Intensité moyenne	% Δ Forte intensité
Capacité en lits					
Nombre de lits (milliers) (hypothèse = 85 % d'utilisation)	25,3	23,6	21,0	(6,7 %)	(16,8 %)
Prestation stationnaire					
Nombre de cas d'hospitalisation (millions)	1,6	1,3	1,0	(18,4 %)	(38,8 %)
Jours de soins (millions)	7,9	7,3	6,5	(6,7 %)	(16,8 %)
Durée moyenne de séjour (jours)	4,9	5,6	6,6	14,3 %	35,8 %
Prestation ambulatoire					
Consultations (millions)	24,6	26,6	29,4	8,4 %	19,8 %
Ressources humaines (ETP en milliers)					
Personnel médical	30,7	30,4	30,0	(1,0 %)	(2,4 %)
Personnel soignant	74,3	72,7	70,3	(2,1 %)	(5,3 %)
Autre personnel médical	25,8	25,8	25,8	-	-
Autre personnel	53,5	52,5	51,2	(1,8 %)	(4,3 %)
Effectif total	184,3	181,4	177,3	(1,5 %)	(3,8 %)
Conséquences financières					
Potentiel d'économies en milliards de CHF		0,6	1,5		
Potentiel d'économie en % des coûts du système		1,4 %	3,5 %		



Champ d'action « Transformation numérique »

Le champ d'action de la transformation numérique montre comment les hôpitaux doivent renforcer leur numérisation afin de travailler encore plus efficacement, de lutter contre la pénurie de personnel qualifié et d'améliorer à la fois la qualité des soins et l'expérience des patient-e-s.



Description de l'état cible

- Les hôpitaux font avancer la transformation numérique et résolvent le retard actuel en matière d'investissements. En d'autres termes : tous les huit ans, ils investissent environ 10,0 % à 20,0 % de leur chiffre d'affaires dans la transformation numérique. Ce faisant, ils se concentrent sur les points suivants.
- Les bases nécessaires à la transformation numérique à grande échelle ont été mises en place à l'hôpital, ce qui permet de faire avancer la transformation numérique de manière globale. Elles comprennent le développement et la mise en œuvre d'une vision clairement formulée, l'alignement du modèle opérationnel en termes de processus, d'organisation et d'infrastructure sur un hôpital numérisé, ainsi que l'ancrage de la transformation dans la culture d'entreprise.
- Le domaine informatique est plus qu'un simple prestataire de services interne. Il contribue au développement de l'activité. Une infrastructure informatique solide et une gouvernance informatique clairement définie sont en place.
- Les processus hospitaliers sont standardisés et automatisés dans la mesure du possible. Cela réduit la charge administrative pour les professionnels. Les collaborateurs virtuels, qui assument des tâches grâce à l'automatisation et à l'IA, remplacent ou soutiennent la main-d'œuvre humaine. On trouve de nombreux exemples, dans le domaine de la logistique, notamment dans le cadre du transport robotisé de médicaments, d'échantillons de laboratoire ou de matériel. Les robots humanoïdes n'assistent pas seulement dans les tâches de routine, mais interagissent de plus en plus avec les patient-e-s de manière empathique. L'amélioration des possibilités de diagnostic avec l'IA, la surveillance assistée par l'IA de la médication et des paramètres vitaux ou la création automatisée de rapports grâce à une IA capable d'apprendre sont d'autres opportunités qui sont exploitées. Les processus sont en outre de plus en plus conçus sous forme de bout en bout. Ils sont ainsi coordonnés, standardisés et automatisés au-delà de chaque établissement.
- Les hôpitaux saisissent les données sous une forme structurée et standardisée, au mieux selon le principe « once-only ». Cela permet un échange de données efficace entre les prestataires de services.
- Les prestations médicales sont fournies sur la base de données. Les données relatives à la santé et l'intelligence artificielle sont utilisées pour accélérer et cibler les diagnostics et prendre les décisions thérapeutiques et de traitement en concertation avec les patient-e-s. La préservation de la santé est renforcée et personnalisée grâce à l'utilisation des données.
- Les outils numériques et les ETP numériques sont largement mis en œuvre et activement utilisés. Ils améliorent la qualité des soins, par exemple grâce à la liste numérique des médicaments, la surveillance et les soins à distance, les interventions chirurgicales à distance, les opérations et les procédures de diagnostic assistées par des robots et l'IA, et bien d'autres encore. En outre, ils améliorent l'expérience des patient-e-s (par exemple, le portail des patient-e-s). Ils facilitent la



coordination et la concertation et permettent aux patient-e-s d'atteindre un certain degré d'autogestion.

- Les rôles numériques sont bien établis dans les hôpitaux, par exemple ceux des spécialistes cliniques en IA ou du coach numérique de santé. Le personnel dispose des compétences nécessaires pour utiliser les outils numériques. Cela peut être réalisé par le biais d'un guide de la santé numérique ou de collaborateurs formés à l'IA. Les rôles numériques aident les patient-e-s à utiliser les applications de santé numériques et assurent le lien avec un paysage hospitalier de plus en plus numérisé.
- Les hôpitaux misent davantage sur la coopération et ne cherchent pas à maîtriser la transformation numérique en faisant cavalier seul. Ils évaluent et utilisent des partenariats stratégiques afin de mettre en œuvre ensemble des projets de numérisation en utilisant le moins de ressources possible, par exemple dans le développement de solutions d'IA et de plateformes pour la mise en œuvre de modèles de soins innovants tels que la télémédecine, Hospital@Home, ou dans le cadre d'acquisitions plus importantes telles qu'un système d'information hospitalier (SIH), et d'atteindre l'échelle nécessaire.
- Les hôpitaux s'orientent, le cas échéant, vers des standards nationaux prévus dans le cadre de l'introduction du DES.

Pistes pour la mise en œuvre



Gestion des données

Professionnaliser la gestion des données par le biais d'une stratégie de données, de cadres de gouvernance des données et d'un contrôle de la qualité des données.



Upskilling

Renforcer les compétences numériques des organes de direction et des collaborateurs (dans les domaines de l'analyse des données, de l'IA, de la robotique, de l'informatique de la santé) à l'aide de programmes de formation continue appropriés et en créant de nouveaux rôles (par exemple, Digital Officer, Cybersecurity Officer).



Culture de l'innovation

Promouvoir les projets pilotes et les espaces d'innovation, renforcer la culture de l'innovation dans l'entreprise, notamment en désignant des « champions du numérique » internes qui seront les principaux interlocuteurs et moteurs de la transformation interne.



Coopération

Conclure des partenariats avec d'autres acteurs du secteur de la santé, des entreprises technologiques, des start-up, des écoles supérieures et des universités.



Le degré d'intensité influence l'effet

Pour nos prévisions, nous avons formulé les hypothèses suivantes concernant les effets de la transformation numérique (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Les investissements croissants dans la transformation numérique entraînent une augmentation de la productivité.

Intensité	Description
Statu quo	La transformation numérique se poursuit lentement et de manière relativement peu coordonnée. L'hôpital ne réalise pas de gains d'efficacité significatifs.
Intensité moyenne	- Tous les huit ans, l'hôpital investit 10,0 % de son chiffre d'affaires dans la transformation numérique. - Il atteint ainsi une augmentation de la productivité d'environ 5,0 % pour le personnel.
Forte intensité	- Tous les huit ans, l'hôpital investit 20,0 % de son chiffre d'affaires dans la transformation numérique. - Il atteint ainsi une augmentation de la productivité d'environ 10,0 % pour le personnel.

En matière de numérisation, le paysage hospitalier suisse est à la traîne par rapport à d'autres secteurs et pays. Pour combler ce retard, des investissements significatifs dans la transformation numérique seront nécessaires au cours des années à venir. Dans le scénario d'intensité moyenne, nous tablons sur des investissements de 10,0 % et dans le scénario de forte intensité, de 20,0 % du chiffre d'affaires tous les huit ans (durée d'amortissement de la catégorie d'actifs F3 selon la comptabilité analytique REKOLE®). De plus, nous partons du principe que ces investissements couvriront tous les coûts supplémentaires liés à la transformation numérique.

Les hôpitaux espèrent que la numérisation leur permettra de réaliser des gains d'efficacité opérationnelle. Nous en avons tenu compte dans nos prévisions en matière de volume de prestations par poste à temps plein, en excluant les prestations de réserve de 20,0 %. Nous avons délibérément exclu la quasi-totalité des prestations de réserve, car c'est précisément dans ce domaine qu'un hôpital ne peut pas économiser de ressources en raison des exigences (par exemple, présence obligatoire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour l'exploitation d'un service d'obstétrique) et ne peut donc pas réaliser de gains d'efficacité directs. Dans le scénario moyen, nous avons supposé des gains d'efficacité de 5,0 % et de 10,0 % dans la version forte. En tenant compte des prestations de réserve, il en résulte des gains d'efficacité de 4,0 % dans le scénario moyen et de 8,0 % dans le scénario fort par rapport à la situation effective de 2023. Vous trouverez de plus amples informations sur la modélisation en annexe.



Effets en cas de changement plus ou moins important

La transformation numérique va profondément bouleverser le paysage hospitalier dans les années à venir. Selon son ampleur, elle aura d'ici 2045 des répercussions variables sur la fourniture de prestations, le personnel qualifié, les infrastructures, les finances (cf. tableau 9, page 64) et sur le système de santé suisse dans son ensemble :

→ **Prestation de services**

La transformation numérique n'entraîne pas de changements majeurs dans la modélisation des paramètres de performance par rapport au statu quo, car nous ne prévoyons pas d'adaptation substantielle du mode de fourniture des prestations dans ce champ d'action. Le nombre de cas stationnaires et de consultations ambulatoires ainsi que les jours de soins et la durée moyenne de séjour restent inchangés. Des scénarios révolutionnaires pourraient entraîner un changement fondamental dans la prestation de services. Grâce à une meilleure capacité de planification offerte par les outils numériques, par exemple pour développer la gestion des capacités, les hôpitaux peuvent mieux exploiter les capacités existantes et réduire le nombre de lits jusqu'à 5,6%.

→ **Processus**

Alors que dans le statu quo, les processus restent en grande partie manuels et que la pénurie de personnel qualifié persiste, un niveau moyen de transformation numérique ouvre la voie aux premiers gains d'efficacité grâce à l'automatisation, aux outils numériques et aux nouveaux profils de postes. En revanche, dans un scénario de transformation numérique avancée, un hôpital améliore considérablement les soins aux patient-e-s grâce à des diagnostics et des décisions thérapeutiques assistés par l'IA. Ici, les processus sont largement automatisés et les performances et la productivité augmentent de manière significative. L'hôpital peut ainsi maintenir la qualité des soins médicaux avec moins de personnel.

→ **Professionnels**

Les besoins en personnel qualifié diminuent dans le champ d'action de la transformation numérique par rapport au statu quo. Nous partons du principe que la numérisation réduira la charge administrative et permettra au personnel et aux spécialistes de se concentrer davantage sur leurs activités principales utiles. Nous prévoyons des économies de personnel par rapport au statu quo pouvant aller jusqu'à 7,6 %, toutes catégories de personnel confondues. Comme pour l'ambulatoire, cela signifie un allègement de la charge de travail des professionnels, mais pas une réduction nette des effectifs. Au contraire, l'augmentation de la productivité permettra de mieux répondre à la demande future.

→ **Compétences**

Le rôle des professionnels évolue également en raison de la transformation numérique. De nouveaux profils professionnels tels que Chief Digital Officer ou coach en IA voient le jour et renforcent les compétences numériques de l'hôpital. Les professions médicales changent considérablement en s'appuyant sur l'utilisation des nouvelles technologies. L'interaction humaine avec les patient-e-s et les autres prestataires de services devient centrale, car l'administration est supprimée et les diagnostics sont davantage automatisés grâce à l'IA.



→ Infrastructure

La transformation numérique conduit à une nouvelle façon de penser l'architecture hospitalière : on s'éloigne des structures rigides pour se diriger vers des bâtiments flexibles, connectés et intelligents. Dès les premières phases de planification, les responsables doivent prendre en compte les technologies numériques et les intégrer dans la construction. Cela comprend des capteurs pour surveiller le climat intérieur, l'hygiène ou les mouvements des patient-e-s, qui permettent un contrôle intelligent et une gestion efficace des bâtiments. Des réseaux performants, des salles de serveurs et des unités de traitement de données sécurisées doivent être planifiés en termes d'espace et de technologie.

→ Logistique

La transformation numérique modifie la logistique au sein de l'hôpital. Les systèmes de transport automatisés pour les médicaments et le matériel ainsi que les systèmes de stockage numériques nécessitent des aménagements spécifiques tels que des voies de transport séparées ou des stations d'accueil. Les hôpitaux peuvent équiper leurs zones d'accueil de bornes en libre-service, ce qui rend les zones d'enregistrement plus ouvertes et plus flexibles. La planification numérique des rendez-vous et la gestion des patient-e-s permettent de réduire les zones d'attente physiques ou de les utiliser différemment.

→ Finances

Grâce à la transformation numérique, un hôpital peut, à volume de prestations constant, réduire son utilisation des ressources grâce à l'utilisation ciblée des technologies numériques. Il en résulte un potentiel d'économie annuel pouvant atteindre 0,9 milliard de CHF (valeur nominale pour l'année 2045), soit 2,1 % des coûts du système. Pour obtenir cette valeur, nous avons supposé une marge EBITDAR moyenne de 8,5 % pour l'ensemble des hôpitaux. En outre, la tarification doit être conçue de manière à ce que la marge EBITDAR, augmentée des dépenses d'investissement, puisse être atteinte (cf. « Parenthèse : Pourquoi la transformation numérique influence la marge EBITDAR cible », page 65).

→ Accès temporel et local

L'accès au système de santé est profondément bouleversé par la transformation numérique et les contacts numériques. La transformation numérique rend les prestations de santé plus accessibles, notamment en termes d'accessibilité géographique. Même si la transformation numérique n'a en soi pas d'impact significatif sur les temps d'attente ou l'accessibilité, elle peut contribuer à réduire les temps d'attente, car la prestation de services nécessite moins de professionnels et les priorisations dues au manque de personnel sont moins fréquentes.

En utilisant les ressources de manière efficace et ciblée et en allégeant les capacités existantes, un hôpital peut augmenter son taux d'occupation. Cela peut prolonger ponctuellement le temps d'attente pour certaines interventions. Compte tenu de la pénurie persistante de personnel qualifié, cette évolution est plus judicieuse qu'un rationnement des prestations.



→ Prestation de services

La transformation numérique conduit à une mise en réseau plus forte au-delà des frontières des institutions et modifie la manière dont les soins sont organisés, coordonnés et vécus. La numérisation croissante réduit les interfaces entre les hôpitaux, les médecins libéraux, les établissements de soins, les pharmacies et les autres acteurs. L'échange de données devient plus efficace, plus structuré et plus sûr.

→ Processus

Dans l'ensemble, la transformation numérique conduit à un système de santé interconnecté, axé sur les données et centré sur le patient, qui fonctionne plus efficacement, utilise les ressources de manière plus ciblée et permet de nouvelles formes de coopération. En ce sens, il ne s'agit pas seulement d'un changement technologique, mais d'une réorganisation structurelle de l'ensemble du système.

Tableau 9: Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action « Transformation numérique » (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.

	2045 Statu quo	2045 Intensité moyenne	2045 Forte intensité	% Δ Intensité moyenne	% Δ Forte intensité
Capacité en lits					
Nombre de lits (milliers) (hypothèse = 85 % 87,5 % 90 % d'utilisation)	25,3	24,6	23,9	(2,9 %)	(5,6 %)
Prestation stationnaire					
Nombre de cas d'hospitalisation (millions)	1,6	1,6	1,6	-	-
Jours de soins (millions)	7,9	7,9	7,9	-	-
Durée moyenne de séjour (jours)	4,9	4,9	4,9	-	-
Prestation ambulatoire					
Consultations (millions)	24,6	24,6	24,6	-	-
Ressources humaines (ETP en milliers)					
Personnel médical	30,7	29,5	28,4	(4,0 %)	(7,6 %)
Personnel soignant	74,3	71,3	68,7	(4,0 %)	(7,6 %)
Autre personnel médical	25,8	24,8	23,9	(4,0 %)	(7,6 %)
Autre personnel	53,5	51,3	49,3	(4,0 %)	(7,7 %)
Effectif total	184,3	177,0	170,2	(4,0 %)	(7,6 %)
Conséquences financières					
Potentiel d'économies en milliards de CHF		0,5	0,9		
Potentiel d'économie en % des coûts du système		1,1 %	2,1 %		



Parenthèse : Pourquoi la transformation numérique influence la marge EBITDAR cible

Avec la mise en œuvre d'un scénario issu du champ d'action de la transformation numérique, la marge EBITDAR requise devrait augmenter à l'avenir. En effet, un hôpital a besoin d'investissements supplémentaires, ce qui augmente en moyenne le capital investi. L'augmentation du capital investi, alors que le chiffre d'affaires reste constant, entraîne une diminution de la rotation du capital. Celui-ci est plus bas que dans le statu quo. En outre, les investissements dans la transformation numérique sont liés à des durées d'amortissement plus courtes (hypothèse de la catégorie F3 ; durée d'amortissement de huit ans), ce qui explique pourquoi le taux d'amortissement augmente. La baisse de la rotation du capital affecte à la fois la marge EBIT nécessaire et les amortissements en pourcentage du chiffre d'affaires. La durée d'amortissement plus courte fait à son tour grimper le taux d'amortissement.

Les tableaux 10 et 11 indiquent les fourchettes de la marge EBITDAR minimale requise dans les variantes « moyenne » et « forte » de la transformation numérique. Pour notre simulation, nous avons choisi une période de 100 ans. Dans la version moyenne, nous sommes partis du principe que les investissements (tous les huit ans) dans la transformation numérique représentaient 10,0 % du chiffre d'affaires, et dans la version forte, 20,0 %.

Tableau 10 : Détermination de la marge EBITDAR cible dans le cadre d'une transformation numérique moyenne.

	Fourchette inférieure	Fourchette supérieure
Coût moyen pondéré du capital (CMPC)	5,0 %	6,0 %
Rotation du capital	1,27x	1,17x
Marge EBIT nécessaire	3,9 %	5,1 %
Amortissements en % du capital investi	8,0 %	8,5 %
Rotation du capital	1,27x	1,17x
Amortissements en % du chiffre d'affaires	6,3 %	7,3 %
Charges locatives en % du chiffre d'affaires	0,0 %	0,0 %
Marge EBITDAR nécessaire	10,2 %	12,4 %

Tableau 11 : Détermination de la marge EBITDAR cible dans le cadre d'une transformation numérique forte.

	Fourchette inférieure	Fourchette supérieure
Coût moyen pondéré du capital (CMPC)	5,0 %	6,0 %
Rotation du capital	1,21x	1,11x
Marge EBIT nécessaire	4,1 %	5,4 %
Amortissements en % du capital investi	9,0 %	9,5 %
Rotation du capital	1,21x	1,11x
Amortissements en % du chiffre d'affaires	7,4 %	8,5 %
Charges locatives en % du chiffre d'affaires	0,0 %	0,0 %
Marge EBITDAR nécessaire	11,6 %	14,0 %

Que la transformation numérique soit moyenne ou forte, il en résulte une marge EBITDAR cible nettement supérieure à celle du statu quo. Celle-ci permet certes une amélioration opérationnelle, les hôpitaux doivent toutefois la mettre en œuvre de manière cohérente afin de profiter pleinement des avantages de la transformation numérique.



Réflexion : Une révolution plutôt qu'une évolution

Les modélisations et les réflexions menées dans cette publication suivent fondamentalement une approche évolutive et considèrent différentes expressions dans les structures existantes et les progrès médicaux prévus. Mais une approche révolutionnaire est également envisageable. La transformation numérique a justement le potentiel de réorganiser fondamentalement la médecine elle-même et les structures qui y sont associées. La transformation numérique des dernières décennies se mue en une révolution numérique alimentée par l'intelligence artificielle. Ici, les acteurs ne se contentent pas d'utiliser des outils isolés ou d'exploiter un potentiel de productivité individuel, mais c'est le système de santé dans son ensemble qui se reconfigure.

Les solutions numériques telles que l'IA dans l'analyse des laboratoires et des images, l'IA dans le diagnostic, la robotique ou les plateformes connectées déplacent l'accent de la médecine du traitement réactif vers la prévention proactive, selon la devise « Prendre soin de la santé plutôt que traiter la maladie ». Une étude de Strategy& montre à quoi pourrait ressembler un écosystème de santé adoptant une telle approche disruptive.⁴⁵ Dans ce scénario révolutionnaire, les hôpitaux deviennent des centres de santé. Leur objectif passe de la « médecine réparatrice » à la « médecine préventive ». Celle-ci prévoit un processus en trois étapes :



1.

**Prédiction basée
sur des paramètres
génétiques et
épigénétiques**

2.

**Prévention par le
contrôle ciblé des
comportements
ou par des
interventions
médicales sur
les systèmes
hormonaux**

3.

**Interventions
moléculaires par
manipulation de la
génétique**

Les analyses prédictives permettent aux experts d'identifier les risques pour la santé à un stade précoce et de les traiter individuellement. La prévention basée sur la prédiction devient la nouvelle ligne directrice : axée sur les données, personnalisée et en apprentissage continu.

Une solution préventive de ce type, basée sur des données, a des répercussions considérables sur le paysage hospitalier : d'une part, le nombre de traitements hospitaliers diminue lorsque les maladies sont détectées à un stade précoce ou totalement évitées. Cela ne soulage pas seulement les hôpitaux, mais modifie également leur rôle : au lieu d'être un lieu de soins aigus, ils deviennent des centres de gestion de la santé. Ils se transforment en centres numériques, en réseau avec les médecins de famille, les établissements de soins et les patients. Les frontières entre soins ambulatoires et soins

⁴⁵ Cf. « Future of Health Study », Strategy&, 2025



hospitaliers s'estompent. Comme par le passé, les systèmes de surveillance numériques permettent un suivi continu au quotidien et génèrent de nouvelles données et connaissances.

Dans un tel contexte, les hôpitaux sont conçus pour traiter les patients gravement malades et les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques dans des situations de danger aigu. Une grande partie des soins actuellement dispensés en milieu hospitalier peut être évitée ou prise en charge à distance par des systèmes appropriés. Les diagnostics sont davantage automatisés et basés sur l'IA. Les hospitalisations dues à des séquences diagnostiques longues sont prescrites grâce à des diagnostics et des évaluations ciblés à l'aide de l'IA. Une autre étude de Strategy& montre que l'importance et l'utilisation de l'IA dans le domaine de la santé augmentent massivement⁴⁶. Dans le milieu hospitalier, le potentiel inexploité de l'IA est particulièrement élevé par rapport aux autres domaines du système de santé.

La transformation numérique ne concerne pas seulement la prévention. De nouvelles possibilités et méthodes de travail s'établissent également dans les domaines interventionnels tels que la chirurgie. Les hôpitaux, les centres technologiques et les réseaux mondiaux fusionnent de plus en plus. Dans ce contexte, la transformation numérique redéfinit ce que la médecine peut apporter et où elle se déroule. Il en va de même pour les fonctions de soutien. Celles-ci sont prises en charge par des collaborateurs numériques, appelés «agents», qui effectuent de manière autonome des tâches répétitives routinières sur la base d'une IA générative. Des robots humanoïdes assurent une logistique intelligente au sein des hôpitaux et au-delà.

Un modèle révolutionnaire n'implique pas seulement un changement de paradigme chez les prestataires de services et les patients mais aussi dans l'ensemble du système de santé, avec ses flux de financement, ses incitations, ses formations et ses modes de pensée, qui n'est actuellement pas préparé à un bouleversement de cette ampleur. Les décideurs du secteur de la santé seraient donc bien avisés de se pencher sur les caractéristiques et les effets des champs d'action et des scénarios décrits précédemment jusqu'en 2045 et d'orienter leurs institutions sur le plan stratégique en conséquence.



⁴⁶ Cf. «AI's US\$ 868 billion healthcare revolution», Strategy&, 2025.

7 Conditions-cadres





L'une des plus grandes tâches des hôpitaux consiste à trouver un équilibre entre les intérêts de l'organisation et ceux du système dans son ensemble, tout en s'efforçant de fournir des soins coordonnés et adaptés aux besoins. Pour réussir à concilier ces deux aspects, les hôpitaux ont besoin de conditions-cadres et de bases appropriées qui leur permettent de s'engager dans la bonne voie de la transformation et de l'accélérer le processus.

C'est là qu'interviennent d'autres acteurs du système de santé, à commencer par les politiques cantonales et nationales. Celles-ci disposent des instruments nécessaires pour créer les conditions-cadres adéquates et poser les jalons pour l'avenir. Dans ce chapitre, nous décrivons sept conditions-cadres centrales qui sont déterminantes pour une transformation réussie des hôpitaux et du paysage hospitalier (cf. illustration 17).

Illustration 17 : Sept facteurs ouvrent des perspectives à long terme pour le paysage hospitalier suisse.



Dans le domaine ambulatoire en particulier, il est essentiel de fixer des tarifs plus élevés afin que les hôpitaux puissent tirer parti de la valeur ajoutée de l'ambulatoire et couvrir leurs coûts de manière adéquate.

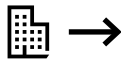


Rémunérer les prestations hospitalières de manière appropriée

Les acteurs doivent garantir des tarifs appropriés dans les domaines ambulatoires et hospitalier ainsi que pour les prestations de coordination et de prévention. C'est la seule façon d'adapter les soins aux besoins du marché et des patients et de réduire les incitations inopportunes. Par exemple, les incitations ne doivent pas favoriser l'hospitalisation, mais encourager la fourniture de prestations préventives, ce qui réduit la charge de morbidité.



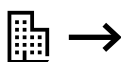
Dans le domaine ambulatoire en particulier, il est essentiel de fixer des tarifs plus élevés afin que les hôpitaux puissent tirer parti de la valeur ajoutée de l'ambulatoire et couvrir leurs coûts de manière adéquate. La neutralité dynamique des coûts dans le cadre de l'introduction du tarif des prestations médicales ambulatoires individuelles (TARDOC) et des forfaits ambulatoires contredit ce principe et devrait tenir compte d'un transfert souhaité vers le secteur ambulatoire. Un autre mécanisme est nécessaire pour éviter une augmentation indésirable des coûts.



Le secteur de la santé a besoin de modèles tarifaires dynamiques qui tiennent compte en temps réel de facteurs exogènes tels que l'inflation, l'évolution des salaires ou les progrès médicaux et technologiques (que ce soit sous forme d'augmentation ou de diminution). Le niveau et la structure des tarifs doivent s'adapter au paysage des soins et à ses évolutions, et être plus flexibles dans le temps.



Les systèmes de tarification doivent rémunérer les activités des nouveaux rôles et professions, tels que les APN, qui soulagent le personnel médical et permettent une meilleure allocation des ressources. Cette exigence correspond en outre au débat actuel autour de la loi sur les professions médicales en Suisse.



Le minimum de qualité ancré dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) au sens des critères «efficacité, adéquation, économicité» (EAE) devrait être renforcé par une transparence accrue et une prise en compte dans les tarifs.



Financer le système de manière durable

A l'avenir, les coûts des soins de santé continueront d'augmenter avec la croissance de la demande. En supposant que les acteurs réalisent l'ensemble du potentiel d'efficacité des trois champs d'action de manière significative et que l'inflation se répercute sur les tarifs, les dépenses réelles par habitant pourront être stabilisées jusqu'en 2045 et maintenues plus ou moins au niveau de 2023. En valeur nominale et globalement, elles augmenteront sous l'effet de l'inflation et de l'évolution démographique. Si les hôpitaux parviennent à mettre en œuvre les champs d'action, ils réaliseront des marges suffisantes pour assurer leur viabilité à long terme. Cela signifie que les ressources réelles par habitant disponibles actuellement dans le système sont proportionnellement suffisantes pour garantir des soins durables et de haute qualité. Si des contributions provenant des sources de financement existantes, telles que l'assurance obligatoire des soins (AOS), la loi sur le contrat d'assurance (LCA), la loi sur l'assurance-accidents (LAA) ou les subventions publiques pour les tarifs ou le financement des prestations d'intérêt général (PIG) sont supprimées ou réduites, cela devra être compensé d'une autre manière.



La transformation du paysage hospitalier visant à concrétiser les promesses d'utilité des champs d'action coûte de l'argent qui n'est pas mis à disposition par le biais des tarifs. Afin d'accélérer la transformation et de compenser les années de faiblesse financière historique du secteur, des instruments de financement supplémentaires pourraient être discutés. Dans ce contexte, nous suggérons un financement initial indépendant, par exemple sous la forme d'un fonds de transformation tel qu'il a été introduit en Allemagne⁴⁷. Par analogie avec l'Allemagne, cela nécessiterait un fonds de 10 milliards de CHF. Une attention particulière doit être accordée aux coûts administratifs supplémentaires. Il faut en outre s'assurer que les bénéficiaires utilisent efficacement les subventions et que le changement structurel n'est pas entravé, mais encouragé.



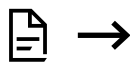
Les responsables doivent rémunérer de manière adéquate les prestations des hôpitaux par le biais du système tarifaire et éviter les rémunérations extensives via les prestations d'intérêt général (PIG). Cela permet de préserver les incitations dans le système et de renforcer la concurrence.



Les PIG doivent être planifiées au sein de régions de soins en fonction des besoins réels et financés de manière appropriée par les cantons. Dans l'idéal, l'attribution des PIG se fait indépendamment du propriétaire ; la transparence de l'appel d'offres sur le contenu, l'étendue et le budget des prestations sont renforcées avec la répartition des mandats. Il est envisageable de lancer un appel d'offres pour les PIG avec des spécifications correspondantes.



Les opportunités offertes par l'EFAS en matière d'intégration des prestations ambulatoires et stationnaires doivent être exploitées à partir de 2028 et au cours des années suivantes avec des tarifs raisonnablement fixés. Les tarifs ambulatoires, tout comme les tarifs hospitaliers, doivent être régulièrement mis à jour et développés (par exemple, les progrès de la technologie médicale). Dans la mesure du possible, les interfaces entre les soins ambulatoires et hospitaliers doivent être dynamisées afin de faire progresser les soins intégrés.



Les assureurs-maladie et les hôpitaux devraient développer conjointement des produits d'assurance complémentaire et les adapter aux évolutions mentionnées, en particulier dans le domaine ambulatoire. Cela permet de conserver les fonds de l'assurance complémentaire dans les soins hospitaliers.

 Confédération

 Canton

 Partenaires tarifaires

 Population

⁴⁷ Cf. «Le fonds d'avenir des hôpitaux», Office fédéral allemand de la sécurité sociale



Échanger efficacement des données

Le législateur doit introduire des normes nationales et contraignantes en matière d'interopérabilité et de données pour les systèmes informatiques de tous les prestataires de services (pour les hôpitaux, notamment aussi pour les SIH). De telles normes permettent un échange de données interinstitutionnel et efficace, car les données peuvent être facilement réutilisées dans les domaines de la médecine, de la recherche et de l'exploitation, ainsi que pour la facturation aux assurances sociales. Parallèlement, le régulateur garantit des normes élevées de protection des données, harmonisées au niveau national. Une solution possible serait un programme comme DigiSanté, qui ne se réfère pas aux interfaces au sein et avec l'administration, mais aux fournisseurs de prestations. Cela pourrait inclure des bases et des services pour les hôpitaux, par exemple la mise en place et l'exploitation d'une infrastructure telle qu'un Master Patient Index, auquel les hôpitaux doivent avoir accès et qu'ils doivent intégrer de manière contraignante dans leurs processus hospitaliers. La réorientation du LDEP, transmise par le Conseil fédéral en novembre 2025, avec l'introduction planifiée du dossier électronique de santé (DES) répond à nombre de ces exigences. Grâce à l'introduction prévue de standards nationaux et au raccordement du DES à l'espace de données Swiss Health Data Space (Swiss-HDS), développé dans le cadre de DigiSanté, une base importante pour un échange de données efficace serait créée. Il convient de poursuivre et de concrétiser ces mesures.



Les acteurs politiques doivent poursuivre de manière cohérente le développement du DES. Cela comprend notamment la suppression de la double volontarité, la connexion obligatoire de tous les acteurs de la santé et de la population, le respect obligatoire des spécifications structurelles pour les données ainsi que l'utilisation obligatoire des données structurées dans le DES tout au long du parcours de soins. Une mise en service rapide est essentielle pour exploiter les potentiels d'efficacité identifiés. Il convient d'éviter les concessions dans le cadre du processus politique afin de garantir le succès du DES.



Le cadre juridique actuel atteint de plus en plus ses limites en ce qui concerne l'utilisation des nouvelles technologies et notamment de l'IA générative. Les instances législatives doivent les repenser afin de rendre les processus numériques, les applications d'IA, les solutions de cloud computing et l'aide à la décision automatisée juridiquement sûrs et éthiquement acceptables. Pour cela, le cadre réglementaire ne doit pas être un obstacle. Avec des directives claires et uniformes, la Confédération devrait permettre la transformation numérique.

Encourager la relève dans une perspective d'avenir



Il convient d'adapter et de développer les plans de formation initiale, postgraduée et continue des professions médicales. Dans l'idéal, les programmes d'études sont axés sur les nouveaux modèles de soins (par exemple, avec une forte tendance à l'ambulatoire, Hospital@Home), les nouveaux rôles, l'interprofessionnalité, l'orientation pratique et le développement numérique.



Tous les acteurs doivent promouvoir l'attractivité des professions de santé, par exemple en introduisant de nouveaux modèles de travail (féminisation de la profession médicale et prise en compte de l'influence du changement générationnel).



Les responsables doivent déléguer des compétences à du personnel de santé qualifié disposant des pouvoirs nécessaires (par exemple, possibilité de diagnostic par les pharmaciens, les APN ou les aides numériques) et se libérer des éléments structurels contraignants qui se sont développés au fil du temps.

Conformément à la LAMal, le système de santé suisse a besoin d'une planification des soins coordonnée au niveau intercantonal, qui s'oriente sur les besoins et soutient les formes de collaboration entre les prestataires de services.



Coordonner la planification des soins

Conformément à la LAMal, le système de santé suisse a besoin d'une planification des soins coordonnée au niveau intercantonal, qui s'oriente sur les besoins et soutient les formes de collaboration entre les prestataires de services. Pour ce faire, les responsables doivent s'assurer que des exigences uniformes en matière de qualité, d'accessibilité et d'autres critères clés sont définies et respectées dans toutes les régions de soins, comme le préconisent déjà les recommandations de la Conférence des directeurs de la santé (CDS) concernant la planification hospitalière. Dans ce contexte, la planification des soins devrait garantir qu'il n'y ait pas de lacunes dans la prise en charge et que les structures de soins soient résilientes et flexibles en cas de crise. Les mandats de prestations et leurs exigences doivent être harmonisés de manière plus concrète et contraignante.



Les mandats de prestations liés aux sites doivent être supprimés afin de permettre des solutions entrepreneuriales pour des soins coordonnés. La recommandation sur la planification hospitalière doit être adaptée dans ce sens.



La réglementation du paysage hospitalier doit être conçue de manière à favoriser une planification concertée des soins plutôt qu'à l'entraver. En conséquence, des solutions entrepreneuriales judicieuses ne devraient pas être limitées par des réglementations telles que le droit de la concurrence (focalisation sur le marché de l'assurance électorale et complémentaire), la protection des données ou autres.



La politique doit dépolitiser la planification des soins et ne plus la lier aux intérêts économiques, à la politique régionale ou aux considérations de capital et de participation des pouvoirs publics en tant que propriétaires. À l'avenir, l'élaboration des listes d'hôpitaux sera axée sur la sécurité de l'approvisionnement, c'est-à-dire sur un minimum de planification.



La libre circulation et la mobilité des patient-e-s au sein des régions de soins et entre celles-ci devraient être encore renforcées. Cela inclut les différences de prix régionales, qui contredisent aujourd'hui en partie la logique de soins souhaitée. Une harmonisation des prix (taux de base, valeurs du point tarifaire, PIG) et des tarifs de référence pourrait encore renforcer la mobilité.

Les responsables politiques et les partenaires tarifaires doivent encourager les hôpitaux à innover et à tester de nouvelles approches ainsi qu'à mettre en œuvre des solutions pragmatiques.



Favoriser le changement culturel avec clairvoyance

Les acteurs doivent renforcer les compétences en matière de santé de la population dans son rôle de demandeur de prestations de santé et donc de générateur de coûts de santé, ainsi que dans leur rôle d'acteur qui définissent les besoins, y compris les délais d'accès et d'attente. Cela réduit la charge de morbidité et assure une utilisation efficace des prestations.



Les décideurs doivent renforcer la confiance de la société et des milieux spécialisés dans les nouveaux modèles de soins, les rôles et les solutions numériques.

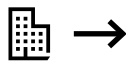


Dans l'ensemble, il faut plus de transparence en ce qui concerne la qualité des soins et les répercussions sur les coûts de la santé. Les responsables doivent promouvoir une utilisation appropriée de ces données au sein de la population.



Promouvoir l'innovation de manière pragmatique

Les responsables politiques et les partenaires tarifaires doivent encourager les hôpitaux à innover et à tester de nouvelles approches ainsi qu'à mettre en œuvre des solutions pragmatiques. Il leur incombe de créer un environnement qui permette aux hôpitaux de tester et de mettre en œuvre facilement de nouvelles approches, par exemple pour des modèles de financement alternatifs (par exemple, modèles de capitation, paiements groupés) ou pour une rémunération axée sur la qualité.



Les réglementations existantes, telles que la législation expérimentale, doivent être débureaucratées et ouvertes avec audace à de bonnes solutions.



Les incitations doivent être conçues de manière à récompenser plutôt qu'à sanctionner. Cela conduira à davantage d'innovations dans les hôpitaux.



Le législateur doit fixer le cadre réglementaire, notamment dans les domaines de la protection des données et du droit des marchés publics, de manière à favoriser l'innovation et le développement de la qualité et à réduire les obstacles bureaucratiques ainsi que la charge administrative pour les hôpitaux.



Conclusion



Pour que le paysage hospitalier suisse puisse continuer à fournir des prestations de haute qualité à la population en Suisse et subsister à long terme, il faut faire preuve de courage, opérer des changements à tous les niveaux et mener un débat animé sur les besoins et la volonté des gens. Actuellement, plusieurs changements prometteurs sont en cours, tels que l'introduction de l'EFAS et la correction d'une erreur systémique de longue date. Mais cela ne suffit pas. Le paysage hospitalier suisse a besoin d'une nouvelle architecture globale vers laquelle il peut tendre. Ce système doit être conçu sans incitations inappropriées, intérêts particuliers, conflits de compétences et résistance au changement. Si les conditions-cadres sont adaptées, une transformation profonde peut réussir.

Nous voyons trois champs d'action dans lesquels les hôpitaux, en tant que secteur, peuvent continuer à façonner activement leur avenir :

- 1. Renforcement de la coordination entre les hôpitaux et amélioration de leur profilage**
- 2. Promotion des soins ambulatoires**
- 3. Poursuite de la transformation numérique**

La combinaison et la mise en œuvre ciblées de scénarios dans ces champs d'action et de conditions-cadres correspondantes permettent de maximiser l'impact sur l'ensemble du système. Si tous les scénarios étaient mis en œuvre dans leur version maximale, il serait possible d'économiser jusqu'à 4,5 milliards de CHF par an, soit 10,6 % des coûts du système, ou de les réaliser sous forme de contribution à la maîtrise des coûts. Le besoin en lits d'hospitalisation pourrait être stabilisé et réduit jusqu'à 5400 (-21,5 %) par rapport au besoin calculé pour 2045 sans transformation (cf. tableau 12). Dans le même temps, les hôpitaux compenseraient la pénurie de personnel qualifié, puisque d'ici 2045, il faudrait jusqu'à 4500 ETP (-14,7 %) de moins dans le corps médical et jusqu'à 13 000 ETP (-17,5 %) de moins dans le domaine des soins, et que les besoins pourraient être maintenus au niveau actuel.

Les hôpitaux ne peuvent exploiter pleinement le potentiel des trois champs d'action que si les conditions-cadres ainsi que les conditions préalables et les possibilités de financement initial sont réunies. Ainsi, les responsables politiques doivent avant tout garantir certaines conditions-cadres qui permettent, voire accélèrent, le changement.

Tableau 12: Chiffres clés de l'hôpital en cas d'exploitation complète du potentiel d'optimisation jusqu'en 2045.

	Situation actuelle	Statu quo	Forte intensité Ambulatoire	Forte intensité Transformation numérique	Forte intensité Concertation, coordination, profilage	Forte intensité Combinaison des trois champs d'action
Capacité en lits						
Nombre de lits (milliers)	21,8	25,3	21,0	23,9	23,9	19,9
Prestation stationnaire						
Nombre de cas d'hospitalisation (millions)	1,3	1,6	1,0	1,6	1,6	1,0
Jours de soins (millions)	6,6	7,9	6,5	7,9	7,9	6,5
Durée moyenne de séjour (jours)	5,1	4,9	6,6	4,9	4,9	6,6
Prestation ambulatoire						
Consultations (millions)	19,0	24,6	29,4	24,6	24,6	29,4
Ressources humaines (ETP en milliers)						
Personnel médical	25,1	30,7	30,0	28,4	29,2	26,2
Personnel soignant	62,6	74,3	70,3	68,7	70,5	61,3
Autre personnel médical	21,1	25,8	25,8	23,9	24,6	22,6
Autre personnel	46,9	53,5	51,2	49,3	50,6	44,4
Total ETP	155,6	184,3	177,3	170,2	175,0	154,5
Conséquences financières						
Potentiel d'économies en milliards de CHF			1,5	0,9	2,1	4,5
Potentiel d'économie en % des coûts du système			3,5 %	2,1 %	5,0 %	10,6 %

Les hôpitaux ne peuvent exploiter pleinement le potentiel des trois champs d'action que si les conditions-cadres ainsi que les conditions préalables et les possibilités de financement initial sont réunies. Les responsables politiques doivent donc avant tout garantir certaines conditions-cadres qui permettent, voire accélèrent, le changement. Il s'agit notamment d'une rémunération appropriée des prestations hospitalières, d'un système financé de manière durable avec un échange de données efficace, d'une promotion ciblée de la relève avec des programmes d'études tournés vers l'avenir, d'un environnement favorable à l'innovation et d'une planification coordonnée des soins. En outre, tous les acteurs concernés doivent opérer un changement culturel. Enfin, la population doit également comprendre qu'elle influence directement le système de santé suisse et ses coûts par ses attentes et son comportement.

En tant qu'association faîtière, H+ s'engage en faveur d'un paysage hospitalier suisse durable et de conditions-cadres adaptées. Cela nécessite que tous les hôpitaux s'impliquent de manière plus active et plus agile et que les régulateurs répondent aux besoins du secteur. Le secteur, les responsables politiques et la société doivent unir leurs forces pour façonner la transformation et, par là même, le paysage hospitalier de demain. C'est la seule façon de trouver et de mettre en œuvre ensemble des solutions judicieuses et efficaces.

Annexe

Merci de votre participation !

Le contenu de cette étude a été examiné et discuté au sein d'un comité consultatif composé de représentants de divers groupes d'intérêt du secteur de la santé. Il a également été validé et complété par les membres de H+ par le biais d'un sondage mené à l'échelle de l'association, puis soumis pour discussion au du comité directeur de H+ lors de plusieurs réunions. Dans le cadre de l'étude, différents entretiens ont été menés avec des personnalités du secteur de la santé et des représentants de la politique de santé. Les participants à l'entretien ont réfléchi à leurs considérations et les ont enrichies d'impulsions et de pistes de réflexion précieuses, ce qui a contribué de manière significative à la qualité du contenu du présent travail.

Nous remercions toutes les personnes impliquées pour leur temps, leur franchise et leur participation engagée, et tout particulièrement :

Sounding Board

- **Dr Daniel Heller**, Président du conseil d'administration de l'hôpital cantonal de Baden (KSB) et de la clinique Barmelweid
- **Karl-Olof Lövblad**, Président de l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse AMDHS
- **Kathrin Huber**, Secrétaire générale de la Conférence des directeurs de la santé (CDS)
- **Dr Lukas Engelberger**, Président de la Conférence des directeurs de la santé (CDS)
- **Marco Romano**, Directeur adjoint prio.swiss
- **Patrick Mettler**, Responsable du secrétariat de l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse AMDHS
- **Philip Sommer**, PwC
- **Dr Regine Sauter**, Présidente de H+
- **Ronald Alder**, Directeur des affaires publiques de l'Association des hôpitaux zurichois (VZK)
- **Roland Wespi**, Directeur de l'Association des hôpitaux zurichois (VZK)
- **Saskia Schenker**, Directrice de prio.swiss
- **Susanne Gedamke**, Directrice de l'Organisation suisse des patients (OSP)
- **Dr Thomas Eichenberger**, Directeur de l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse AMDHS

Entretiens avec des experts

- **Prof. Dr Alexander Geissler**, HSG
- **Prof. Alfred Angerer**, Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
- **Barbara Gysi**, Conseillère nationale, PS
- **Dr Bartholomäus Wissmath**, w hoch 2 GmbH
- **Dr David Weibel**, w hoch 2 GmbH
- **Hugo Keune**, CEO Hôpital cantonal des Grisons KSGR
- **Prof. Dr Jacqueline Martin**, CEO Careum Hochschule Gesundheit

Entretiens avec des experts

- **Josef Dittli**, Conseiller aux États, PLR.Les Libéraux-Radicaux
- **Laurent Kurth**, ancien Conseiller d'État du canton de Neuchâtel, PS
- **Matthias Maurer**, Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
- **Mauro Welte**, Responsable de la numérisation H+
- **Dr Philippe Luchsinger**, Membre du comité de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse
- **Ruth Humbel**, ancienne conseillère nationale, Le Centre
- **Dr Severin Baerlocher**, Président de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC)
- **Dr Severin Pöchtrager**, Président de la Swiss Hospital at Home Society SHAHS

Comité directeur de H+

- **Alessandro Bressan**, Directeur Ente Ospedaliero Cantonale EOC Bellinzona
- **David Bosshard**, CEO Groupe Clenia
- **Dino Cauzza**, CEO Swiss Medical Network SMN
- **Dr Gianni Rossi**, CEO Cliniques Suva
- **Guido Speck**, CEO Hôpital cantonal de Winterthur KSW
- **Kristian Schneider**, CEO Centre hospitalier Bienne
- **Markus Merz**, CEO Clinique psychiatrique universitaire de Zurich PUK
- **Monika Jänicke**, CEO Hôpital universitaire de Zurich USZ
- **Dr Regine Sauter**, Présidente de H+
- **Rodolphe Rouillon**, Directeur Hôpital intercantonal de la Broye HIB
- **Susanne Rodewald**, Directrice de l'Association des hôpitaux du nord-ouest de la Suisse (VNS)

Secrétariat général de H+

- **Anne-Geneviève Bütikofer**, Directrice
- **Dorit Djelid**, Responsable de la division Communication
- **Pascal Besson**, Responsable de la division Gestion d'entreprise et qualité
- **Sandra Rickenbacher-Läuchli**, Responsable du domaine d'activité Politique
- **Simon Stahel**, Responsable de la division Tarifs



Modélisation

Nous avons développé un modèle de prévision sophistiqué spécialement pour cette publication. Nous montrons ainsi comment les trois champs d'action se répercutent sur divers indicateurs qualitatifs et quantitatifs des hôpitaux suisses. Vous trouverez des détails sur la base de données, les sources d'information, la définition du système, la procédure et les hypothèses pour les différentes caractéristiques des champs d'action dans ce document séparé.

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
APN	Advanced Practice Nurse; infirmières/infirmiers de pratique avancée
BAG	Office fédéral de la santé publique
CDS	Conférence des directeurs de la santé
CHF	Franc suisse
CMI	Indice de case mix
CMPC	Coût moyen pondéré du capital
DES	Dossier électronique de santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	Groupes de diagnostics associés
EAR	Efficacité, adéquation, rentabilité
EBIT	Bénéfices avant intérêts et impôts
EBITDA	Bénéfices avant intérêts, impôts et amortissements
EBITDAR	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization, and Restructuring or Rent costs (bénéfices avant intérêts, impôts, dépréciation, amortissement et frais de restructuration ou de retraite)
EFAS	Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans le domaine des soins aigus
EPD	Dossier électronique du patient
ETP	Équivalent temps plein
FHIR	Ressources d'interopérabilité Fast Healthcare
FMH	Association professionnelle des médecins suisses
IA	Intelligence artificielle
IPC	Indice des prix à la consommation
IT	Technologies de l'information
KPI	Key Performance Indicator; indicateur de performance
LAA	Loi sur l'assurance-accidents
LAMAL	Loi sur l'assurance-maladie
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
milliards	milliards
millions	Millions
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organization for Economic Co-operation and Development; Organisation de coopération et de développement économiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PIG	Prestations d'intérêt général
SECO	Secrétariat d'État à l'économie
SIC	Système d'information clinique
TARDOC	Tarif des prestations médicales ambulatoires individuelles
TARMED	Tarif médical; tarif suisse en vigueur
TIC	Technologies de l'information et de la communication
ZHAW	Haute école des sciences appliquées de Zurich

Liste des illustrations

Illustration 1	3 objectifs et 3 conditions.	15
Illustration 2	La marge EBITDAR est déterminée de manière ascendante pour les hôpitaux.	19
Illustration 3	La demande de prestations (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie) dans le système de santé suisse est en hausse depuis des années.	21
Illustration 4	La demande de consultations médicales augmente globalement et avec l'âge.	22
Illustration 5	Les coûts par prestataire augmentent, tirés par les services ambulatoires et de soutien.	23
Illustration 6	Les coûts stationnaires par case mix diminuent en termes réels, tout comme la durée moyenne de séjour.	24
Illustration 7	En matière d'hospitalisation, la Suisse se situe au-dessus de la moyenne internationale.	25
Illustration 8	De plus en plus de coûts dans le secteur de la santé sont financés par les primes d'assurance.	26
Illustration 9	L'accès aux prestations de santé suisses est supérieur à la moyenne européenne.	27
Illustration 10	À partir de 2012, une consolidation voulue par les responsables politiques a eu lieu dans les hôpitaux.	28
Illustration 11	Besoins prévisionnels et pénurie attendue de personnel soignant.	32
Illustration 12	Illustration 12: Besoins prévisionnels et pénurie attendue de médecins.	32
Illustration 13	Structure d'âge des médecins actifs.	33
Illustration 14	En l'absence de meilleures conditions-cadres, les propriétaires devront procéder à d'autres opérations de sauvetage.	36
Illustration 15	Affaires traitées par l'exécutif au niveau fédéral de 2002 à 2020 (hors pandémie, interpellations, questions et heures des questions).	37
Illustration 16	Le paysage hospitalier du futur repose sur une transformation fondamentale dans trois champs d'action et sept conditions-cadres.	43
Illustration 17	Sept facteurs ouvrent des perspectives à long terme pour le paysage hospitalier suisse.	44

Liste des tableaux

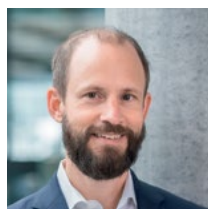
Tableau 1	Les hôpitaux ont besoin en moyenne d'une marge EBITDAR de 10,0 % en moyenne.	19
Tableau 2	Chiffres clés des hôpitaux dans la situation effective en 2023 et dans le cas d'une poursuite inchangée jusqu'en 2045.	39
Tableau 3	Avec un échelonnement, une coordination et un profilage croissants, il est possible de mettre en place une prise en charge globale avec des parcours du patient et un échange de données optimaux.	47
Tableau 4	Hypothèses centrales pour illustrer les besoins en ressources en cas d'intensité moyenne ou forte du champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage».	47
Tableau 5	Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action «Soins échelonnés, coordination et profilage» (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.	50
Tableau 6	Avec l'augmentation des transferts, le CMI et la durée moyenne de séjour augmentent également.	55
Tableau 7	Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action de l'ambulatoire (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.	57
Tableau 8	Les investissements croissants dans la transformation numérique entraînent une augmentation de la productivité.	61
Tableau 9	Chiffres clés des hôpitaux dans le champ d'action de la transformation numérique (selon le degré d'intensité) jusqu'en 2045.	64
Tableau 10	Détermination de la marge EBITDAR cible dans le cadre d'une transformation numérique moyenne.	65
Tableau 11	Détermination de la marge EBITDAR cible dans le cadre d'une transformation numérique forte.	65
Tableau 12	Chiffres clés de l'hôpital en cas d'exploitation complète du potentiel d'optimisation jusqu'en 2045.	77

À votre service

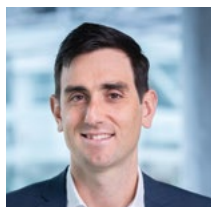
Les auteurs de cette publication se réjouissent d'ores et déjà de vos commentaires.



Philip Sommer
Associé
Responsable Conseil
Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 58 792 75 28
philip.sommer@pwc.ch



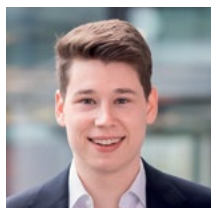
Patrick Schwendener, CFA
Directeur
Responsable Affaires
Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 58 792 15 08
patrick.schwendener@pwc.ch



Paul Sailer
Directeur
Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 58 792 78 46
paul.sailer@pwc.ch



Stefanie Schneuwly
Senior Manager
Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 58 792 29 14
stefanie.schneuwly@pwc.ch



Nick Eggerschwiler
Senior Manager
Affaires Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 79 245 90 06
nick.e.eggerschwiler@pwc.ch



Dominic Bachmann
Manager
Conseil Secteur de la santé
PwC Suisse
+41 79 210 73 68
dominic.bachmann@pwc.ch

Nous remercions nos interlocuteurs pour leurs précieuses contributions et leurs impulsions stimulantes.





**[www.pwc.ch/
secteur-de-la-sante](http://www.pwc.ch/secteur-de-la-sante)**

