

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 7 novembre 2022 à l'intention de la CSSS-N

« Estimation des conséquences financières des mesures proposées et mise en évidence du potentiel d'économies »

1 Mandat et contexte

Les 20 et 21 octobre 2022, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a commencé l'examen de l'objet 22.062n : Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet). À cette occasion, proposition a été faite de procéder à une estimation des conséquences financières des mesures et de mettre en évidence le potentiel d'économies qui leur est associé.

La modification de loi propose sept mesures, complétées par des modifications correspondantes ou similaires dans l'assurance-invalidité ainsi que par une précision concernant la participation aux coûts en cas de maternité.

La Confédération part du principe que ces mesures permettront de freiner l'évolution des coûts dans toutes les grandes catégories de coûts. Il est difficile de quantifier précisément les économies qui seront réalisées chaque année, car elles dépendent de la mise en œuvre concrète par les acteurs concernés. Les sept mesures, et en particulier les deux mesures centrales "réseaux de soins coordonnés" et "modèles de prix", permettent toutefois d'escompter des économies importantes et récurrentes chaque année.

Le message mentionnait déjà clairement la difficulté d'une quantification précise et il est toujours vrai qu'une estimation concrète comporte de nombreuses incertitudes. Il est néanmoins possible de décrire ci-après les effets quantitatifs des mesures. Il apparaît ainsi clairement que des économies annuelles de l'ordre de plusieurs centaines de millions de francs ne sont pas irréalistes.

2 Conséquences financières et potentiel d'économies des différentes mesures

2.1 Réseaux de soins coordonnés

Diverses études et revues nationales et internationales montrent que les modèles de soins intégrés et coordonnés contribuent à améliorer la qualité du traitement et à réduire les coûts¹.

En Suisse, les modèles d'assurance visés à l'art. 62, al. 1, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui impliquent un choix limité du fournisseur de prestations, réalisent déjà une certaine coordination des soins. On mentionnera ici en particulier les modèles qui vont au-delà de la simple obligation de consulter d'abord un médecin de premier recours (*gatekeeping*), notamment les modèles HMO.

¹ Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. (2020) : Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. In : The European Journal of Health Economics (2020) 21 : 1211-1221

Une étude suisse a calculé, sur la base des données d'un grand assureur-maladie, les économies réalisées par les modèles d'assurance HMO sur une période de douze ans. Elle montre que les personnes qui optent pour un tel modèle d'assurance et qui y restent présentent des coûts de la santé nettement inférieurs aux autres, et cela non seulement à court terme, mais aussi à long terme. Ce résultat est également valable après contrôle de l'effet de sélection, c'est-à-dire le fait que ce type de modèle soit privilégié par des personnes plus jeunes et en meilleure santé². Les deux raisons principales sont la diminution à la fois du nombre de consultations et du nombre de jours de séjour à l'hôpital. D'autres études mettent en évidence que les assurés traités dans des structures de soins coordonnées par des médecins (de famille) se sont vu prescrire moins d'antibiotiques ou ont reçu des prescriptions de benzodiazépine sur de plus courtes périodes, que les médicaments potentiellement inadéquates sont moins fréquentes et que les cas de maladie de moindre gravité sont moins souvent traités dans les services ambulatoires des hôpitaux, d'où l'on peut conclure que cette forme de traitement est plus efficiente³.

Les personnes plus âgées, qui souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques (multimorbidité), pourraient tirer le plus grand profit des réseaux de soins coordonnés. Or, la part de la population résidente suisse de plus de 65 ans ayant opté pour un modèle HMO n'est que de 3,5 %⁴. Si l'on considère que les personnes âgées de 60 ans et plus génèrent environ la moitié des coûts totaux de la santé en Suisse (43,6 milliards de francs sur un total de 83,3 milliards)⁵, on peut partir du principe que les réseaux de soins coordonnés représentent un potentiel d'économie très important, de l'ordre de plusieurs centaines de millions de francs.

Faute de savoir combien de réseaux de ce type seront créés et combien de patients y seront traités à l'avenir, il n'est toutefois pas possible de chiffrer plus précisément ce potentiel d'économies.

2.2 Modèles de prix, restitutions et exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix

La possibilité d'inscrire des médicaments dans la LS en appliquant des modèles de prix (confidentiels) entraînera une baisse du prix des médicaments et donc des économies pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

En effet, les entreprises pharmaceutiques ne sont disposées à proposer leurs médicaments à des prix nettement inférieurs que si la Suisse applique des modèles de prix dans lesquels seuls sont publiés les prix maximaux des médicaments, tandis que les restitutions convenues restent confidentielles. Sans de tels modèles de prix, il faudrait accepter soit des prix beaucoup trop élevés, soit des situations dans lesquelles les assurés n'auraient plus accès à des médicaments innovants et vitaux, ou seulement de manière très limitée. Si le titulaire de l'autorisation devait renoncer à l'inscription dans la LS, il faudrait éventuellement avoir recours au mécanisme de la prise en charge dans des cas particuliers (art. 71a à 71d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OA-Mal]) pour fixer le prix du médicament, ce qui entraînerait des prix nettement plus élevés et des charges administratives plus importantes, et donc des dépenses plus lourdes pour l'AOS. La

² Kauer, L. (2017) : Long-Term Effects of Managed Care. In : Health Economics 2017 26(10) : 1210-1223

³ Brüngger, B., Fischer, B., Früh, M. et al. (2014) : Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Rapport final. Étude sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Olten

⁴ International Health Policy (2021) : Enquête auprès de la population résidante de 65 ans et plus, [Enquêtes IHP : population âgée résidant en Suisse \(admin.ch\)](#)

⁵ [Coûts de la santé par âge et par sexe \(estimations\) - 2010-2020 | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

confidentialité de certaines informations relatives à ces restitutions est ainsi directement liée au potentiel d'économies que permettent de réaliser les modèles de prix.

Comme mentionné dans le message, l'effet sur la maîtrise des coûts dépend de la façon dont les modèles de prix et leur confidentialité seront concrètement définis et mis en œuvre par les acteurs. L'impact sur les coûts et le potentiel d'économies sont également déterminés par de nombreux autres facteurs, tels que le nombre de médicaments qui nécessiteront à l'avenir l'application d'un modèle de prix, le prix de ces médicaments et le montant des restitutions, ainsi que l'évolution de la CPE et de la CT. S'il n'est par conséquent guère possible de quantifier l'impact sur les coûts et le potentiel d'économies associé aux modèles de prix et aux restitutions futurs, il est toutefois possible de les décrire de manière qualitative. Les modèles de prix permettent, par exemple, de fixer des limites de coûts et de convenir d'un prix différencié en fonction du volume ou d'un remboursement en fonction de l'efficacité effective (« *pay for performance* »).

Les données disponibles permettent de chiffrer les économies rendues possibles par les modèles de prix existants. On compte actuellement des modèles de prix pour environ 135 indications correspondant à 94 médicaments ; ils permettent de réduire le prix des médicaments concernés de 20 à 60 %. Étant donné le volume de ces médicaments et leur prix ou le montant des restitutions, la différence entre les prix de la LS et ceux effectivement remboursés par l'AOS peut être chiffrée à plus de 200 millions de francs par an. On peut dès lors supposer que, sans les modèles de prix mis en œuvre, le coût total pour les médicaments aurait été supérieur d'un montant de cet ordre de grandeur, car les prix effectivement remboursés auraient dû être fixés dans la fourchette des prix publiés à l'étranger. Sur la base de ce calcul, il est clair qu'il existe un potentiel d'économie important résultant des modèles de prix.

Si les modèles de prix peuvent certes entraîner une augmentation de la charge administrative pour la Confédération, les cantons, les assureurs, l'Institution commune LAMal et les titulaires d'autorisation de mise sur le marché, celle-ci est largement compensée par les économies de coûts réalisées.

2.3 Examen différencié des critères EAE visé à l'art. 32 LAMal

L'introduction d'un examen différencié (fréquence et ampleur) des critères efficacité, adéquation et économicité (EAE) en fonction du type de prestation vise en premier lieu à améliorer la sécurité de l'approvisionnement, en permettant d'éviter de procéder à un réexamen susceptible de rendre le prix de certaines prestations non rentables pour les fournisseurs, qui renonceraient en conséquence à les proposer.

De plus, il n'est pas nécessaire que les critères EAE soient toujours examinés dans le même degré de détails, ce qui laisse une marge de manœuvre pour alléger quelque peu cet examen. De façon générale, l'introduction d'un examen différencié permet un examen plus judicieux des critères EAE, qui prend en compte les différents types de prestation et leur cycle d'existence, en ciblant également les domaines dans lesquels existe un sensible potentiel d'amélioration. Ce réexamen différencié permet ainsi un usage efficient des ressources disponibles ; ce faisant, l'investissement des ressources est optimisé, tant pour la Confédération que pour les autres parties concernées.

Mais l'introduction d'un tel examen différencié permet également de contenir les coûts :

- Si un médicament déjà ancien et bon marché devait faire l'objet d'un réexamen et si son coût devait être réduit, le risque existe que le titulaire d'autorisation demande son retrait de la liste des spécialités (LS) ; en un tel cas, le risque est grand que ce médicament soit

remplacé par un autre, plus récent et plus coûteux. L'introduction d'un réexamen différencié permettrait de pallier ce risque. Si la possibilité d'économie est ainsi facile à discerner, elle est toutefois difficile à quantifier et dépendra du nombre de médicaments concernés.

- Les médicaments très coûteux pourront dans certains cas faire l'objet d'un réexamen plus fréquent et leurs prix être surveillés de façon plus serrée. Une analyse de l'industrie pharmaceutique pour l'année 2016 a montré que des contrôles non périodiques (p. ex. après une admission temporaire), qui concernent souvent des préparations coûteuses, ont permis de réaliser des économies annuelles de l'ordre de 100 millions de francs. Si l'on tient compte des résultats du réexamen triennal des trois dernières années, il apparaît en outre que moins de 10 % des économies ont été obtenues grâce au réexamen des nombreuses préparations originales dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 1 million de francs, tandis que 20 à 50 % des économies ont pu l'être grâce au réexamen d'une sélection restreinte de médicaments onéreux ou à chiffre d'affaires élevé, représentant un chiffre d'affaires annuel de plus de 20 millions de francs. Cela souligne l'intérêt de se concentrer davantage, lors des réexamens, sur les préparations chères et à chiffre d'affaires élevé que sur les préparations bon marché et à faible chiffre d'affaires. Là également, si les perspectives de maîtrises des coûts et d'économie semblent évidentes, les conséquences financières sont particulièrement difficiles à estimer dès lors qu'elles dépendent de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (CPE) et du développement des prix des médicaments utilisés dans le cadre de la comparaison thérapeutique (CT). Le prix de ces médicaments ne peut être anticipé et a une grande influence sur les prix des médicaments admis dans la LS, et ainsi de grandes répercussions sur le potentiel d'économie réalisable avec l'introduction d'un réexamen différencié pour les médicaments.

2.4 Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables

La mesure « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables » peut, à court terme, entraîner une hausse des coûts dans certains cantons. Dans les cantons qui fixent des tarifs de référence trop bas et donc irréalistes pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré, c'est ce dernier qui doit aujourd'hui supporter les coûts qui dépassent ce tarif de référence. À l'inverse, un tarif de référence plus élevé permet de réduire la charge pesant sur l'assuré, car les cantons et l'AOS prennent alors en charge une part plus importante des coûts. Avec la mesure proposée, il devient toutefois plus coûteux pour les cantons d'accepter des tarifs élevés à l'intérieur du canton, car ils doivent désormais prendre en charge ces tarifs également pour tous les traitements hospitaliers concernant une prestation comparable dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Les cantons sont ainsi incités à n'accepter que des tarifs situés dans une fourchette de prix relativement étroite pour des traitements comparables, même à l'intérieur du canton, et à ne pas accorder de tarifs plus élevés à certains hôpitaux, ce qui peut freiner l'évolution des coûts.

À moyen terme, on peut s'attendre à ce que le choix facilité d'un hôpital hors canton augmente la mobilité des patients au-delà des frontières cantonales. Plus les patients optent pour l'hôpital le moins cher et de meilleure qualité, indépendamment des frontières cantonales, plus il sera possible, lors de la révision suivante de la planification hospitalière, de ne pas renouveler dans un canton le contrat de prestations d'un hôpital de qualité inférieure ou moins avantageux en comparaison intercantonale, car il pourrait ne plus être nécessaire pour garantir l'approvisionnement en soins dans ce domaine. Les coûts à la charge de l'AOS pourraient ainsi diminuer.

Il n'est pas possible de chiffrer ou de délimiter quantitativement le potentiel d'économies de cette mesure. L'ampleur exacte des économies dépendra de la réaction des assurés et des cantons au nouveau cadre légal, en particulier de l'augmentation de la mobilité des patients, de l'importance que les cantons accorderont, lors de l'approbation et de la fixation des tarifs, au maintien des structures intracantonaux par rapport à l'utilisation de recettes fiscales pour financer les prestations d'autres cantons ainsi que de la rigueur avec laquelle les cantons appliqueront les règles de la planification hospitalière.

2.5 Transmission électronique des factures

La nouvelle disposition conduira à long terme à réaliser des économies, car elle permettra, par exemple, de renoncer à copier, numériser et envoyer les factures par la poste entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Le transfert des factures dans le système de comptabilité s'en trouvera également simplifié, ce qui permettra de réduire les coûts. Si la transmission électronique des factures peut, dans un premier temps, entraîner des coûts supplémentaires liés à l'adaptation de l'infrastructure, ces coûts devraient être modérés, car les acteurs du système de santé sont réunis, depuis un certain temps, au sein de l'association « Forum Datenaustauschforum » et qu'ils exploitent donc déjà des synergies visant à réduire au maximum les coûts pour chaque assureur. En outre, deux tiers des factures sont d'ores et déjà transmis par voie électronique, et une grande partie est également réglée de cette façon.

À long terme, la transmission électronique des factures entraînera une baisse des coûts administratifs pour les assureurs et probablement aussi pour les fournisseurs de prestations. À cela s'ajoute le fait que les assureurs pourront procéder à un contrôle plus systématique et plus efficace des factures. Grâce à une norme uniforme pour la transmission des factures dans toute la Suisse, les factures seront à l'avenir toutes établies et présentées sous la même forme. Les sources d'erreur s'en trouveront réduites, ce qui simplifiera et renforcera considérablement le contrôle des factures par les assureurs. Un contrôle renforcé des factures peut également avoir un effet préventif et inciter les fournisseurs de prestations à se limiter à ce qui est nécessaire au but du traitement, avec un effet modérateur sur les coûts à la clé.

Des investissements des assureurs dans le développement technologique de la carte d'assuré sont nécessaires pour que celle-ci puisse aussi être établie à l'avenir sous forme électronique, si l'assuré le souhaite, et servir de moyen d'identification pour la communication avec les assureurs. S'il ne faut pas s'attendre à des économies de coûts dans l'immédiat, car une pièce d'identité est toujours exigée pour utiliser la carte d'assuré à l'étranger (carte d'assurance-maladie européenne), des efforts sont en cours au niveau européen pour admettre également la carte d'assurance-maladie européenne sous forme électronique. Le Conseil fédéral pourra alors adapter le format de la carte d'assuré en conséquence, ce qui aura un effet modérateur sur les coûts, car il sera possible de renoncer à la fabrication au format carte de crédit et à l'envoi des cartes d'assurance-maladie.

2.6 Prestations des pharmaciens

Dans la mesure où cette mesure incite à un comportement visant la réduction des coûts, elle est difficile à chiffrer concrètement. Des affirmations de nature qualitative peuvent néanmoins être formulées concernant les économies de coûts pour les prestations suivantes :

- Vaccinations dans le cadre de programmes nationaux conformes au plan de vaccination de l'Office fédéral de la santé publique et de la Commission fédérale pour les vaccinations :

On considère généralement que le tarif des vaccinations en pharmacie sera inférieur à celui des vaccinations dans les cabinets médicaux. Il n'existe actuellement pas de données comparatives à ce sujet. Dans l'hypothèse de tarifs inférieurs, le transfert vers les pharmacies de certaines vaccinations effectuées jusqu'à présent dans les cabinets médicaux permettrait de réduire les coûts. Il n'existe pas encore d'estimations sur l'importance de tels transferts. Par ailleurs, on peut espérer que la plus grande facilité d'accès aux pharmacies permettra d'augmenter les taux de vaccination, ce qui entraînera des coûts supplémentaires, mais aussi une amélioration des soins.

- Tests de selles dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du côlon :

Les pharmaciens sont déjà impliqués dans certains programmes cantonaux de dépistage du cancer du côlon pour ce qui est de la remise de tests de selles. Une prise en charge de ces prestations par l'AOS améliore l'accès aux programmes de dépistage et donc leur utilité. L'implication des pharmacies varie fortement d'un canton à l'autre et il n'existe pas encore de données sur les coûts et les économies réalisées.

- Prestations de conseils pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique :

Une analyse coûts-bénéfices des réexamens de médicaments en Angleterre a conclu à un bénéfice de 3,30 à 6,20 euros pour chaque euro investi. En raison de différences dans les structures de soins et les processus, il n'est pas possible de transposer directement ces résultats à la Suisse. Le volume des coûts des nouvelles prestations des pharmaciens dépend fortement du groupe cible ainsi que du type et de la quantité des prestations. Ces paramètres n'étant pas encore suffisamment définis, il n'est pas encore possible de chiffrer les coûts et les économies possibles. L'efficacité des coûts des prestations est garantie par l'examen des critères EAE.

2.7 Mesures dans l'assurance-invalidité

En ce qui concerne l'examen différencié des critères EAE (art. 14, al. 2, P-LAI), les modèles de prix et les restitutions (art. 14^{quater} P-LAI) ainsi que l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions (art. 14^{quinquies} P-LAI), l'effet de maîtrise des coûts devrait être analogue à celui des mesures correspondantes dans l'AOS. S'agissant des conséquences financières et du potentiel d'économies, les explications correspondantes s'appliquent par analogie. La reprise dans l'assurance-invalidité (AI) des adaptations apportées à l'AOS permettra en outre d'améliorer la coordination entre les deux assurances.

Les autres mesures proposées dans l'AI, notamment le développement de la transmission électronique des factures dans cette assurance (art. 27^{ter}, al. 1 et 3, P-LAI), visent principalement à faciliter la coordination et l'harmonisation entre les deux assurances sociales.