

Rapport actualisé de l'Office fédéral de la santé publique du 12 avril 2024 à l'intention de la CSSS-E

« Aperçu et comparaison des conséquences financières des mesures en cours de discussion du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, ainsi que de leur potentiel d'économies ou des coûts supplémentaires qu'elles généreraient pour l'assurance obligatoire des soins »

1 Mandat et contexte

Le 18 mars 2024, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a poursuivi les discussions relatives à 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 dresser un aperçu des conséquences financières des mesures ainsi que des décisions prises jusqu'à présent par la CSSS-E, et de mettre en évidence le potentiel d'économies qui leur est associé. Il s'agit également, dans la mesure du possible, de réaliser une comparaison entre le projet du Conseil fédéral et les décisions du Conseil national.

Le présent rapport permet de remplir ce mandat. Les explications qui suivent se limitent aux mesures discutées ayant une influence sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Pour une vue d'ensemble complète des effets du 2^e volet de mesures visant à freiner les coûts, on se reportera aux rapports à l'intention de la CSSS-N déjà publiés par l'administration¹, ainsi qu'au rapport final d'Infras daté du 11 avril 2023². Ces rapports procèdent à une estimation des conséquences financières des sept mesures proposées par le Conseil fédéral. Le rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 7 novembre 2022 indique que la Confédération part du principe que les mesures proposées permettront de freiner l'évolution des coûts dans toutes les grandes catégories de coûts. Le bureau d'études Infras, quant à lui, conclut que ce sont surtout les réseaux de soins coordonnés, les modèles de prix et l'examen différencié des critères EAE qui devraient permettre à l'AOS de réaliser des économies pertinentes.

2 Conséquences financières et potentiel d'économies des différentes mesures

2.1 Réseaux de soins coordonnés

Cette proposition du Conseil fédéral a été adaptée suite aux tables rondes qui ont eu lieu en 2023. La proposition initiale a été simplifiée par l'administration puis a été reprise lors des débats de la CSSS-E.

Par rapport au droit actuel, cette proposition prévoit un nouveau fournisseur de prestations, réseau de soins coordonnés, au sein duquel peuvent se regrouper différents professionnels de la santé (p. ex. médecins, physiothérapeutes, sages-femmes, infirmiers, etc.). La facturation des

1 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 » ; Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 11 avril 2023 à l'intention de la CSSS N concernant l'étude d'Infras du 11 avril 2023 : « Effets du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts ».

2 Rapport final d'Infras, « Effets du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts », 11 avril 2023 (résumé en français daté du 7 avril 2023).

prestations fournies est établie par le réseau de soins coordonnés. Cette possibilité n'est actuellement pas envisageable, pour le domaine ambulatoire, dans le droit actuel de l'assurance-maladie. La coordination entre les différents professionnels de la santé est un point central des réseaux de soins coordonnés. L'interprofessionnalité et la délégation des tâches (*taskshifting*) sont aussi facilitées et encouragées.

Comme il l'avait déjà été évoqué dans le rapport de l'OFSP du 11 janvier 2024 à l'intention de la CSSS-E « Clarification des notions de réseaux de soins coordonnés et de réseaux de soins intégrés », l'OFSP a chargé le bureau d'étude et de conseil Infrass d'évaluer les effets des mesures visant à freiner la hausse des coûts³ : le potentiel d'économies réalisables grâce aux modèles de soins coordonnés dépend du nombre d'équipes mises en place ainsi que du nombre de patients qui seront à l'avenir traités dans un tel cadre. En l'absence de données empiriques, il est difficile d'évaluer tant le coût de la mise en place d'un réseau de soins coordonnés que son potentiel d'économies. En se fondant sur une simple estimation, Infrass chiffre le potentiel d'économies à hauteur de 250 millions de francs par an pour le groupe des personnes à partir de 65 ans atteintes de multimorbidités.

La commission a décidé le 23 avril 2024 d'introduire les réseaux de soins coordonnés et d'en préciser les conditions d'admission. L'autorisation de tels réseaux de soins devraient intervenir dans le cadre d'une procédure en deux étapes. Afin de les rendre attractifs pour les assurés, la quote-part sur leurs prestations doit pouvoir être réduite. Une minorité de la commission continue de s'opposer à l'introduction de réseaux de soins coordonnés.

La nouvelle proposition sur la réduction de la participation aux coûts devrait favoriser le choix à ces modèles et permettrait davantage d'économies.

2.2 Prestations des pharmaciens

Les nouvelles prestations des pharmaciens sont une proposition du Conseil fédéral, que le Conseil national a complétée par la prescription d'analyses (sont visées en particulier les analyses pharmacogénétiques). Le Conseil national a également précisé que ces prestations doivent être fournies en consultation avec le médecin traitant et que des moyens et appareils peuvent être remis pour favoriser l'adhésion thérapeutique (p. ex. des systèmes de dosage de médicaments), ce qui était aussi le but de la proposition du Conseil fédéral.

Comme expliqué dans le message, l'art. 25, al. 2, let. h, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) limite actuellement les prestations des pharmaciens à celles liées à la remise de médicaments. La modification leur permettra également de fournir à la charge de l'AOS les prestations suivantes, qui sont indépendantes de la remise de médicaments :

1. prestations au titre de l'art. 26 LAMal dans le cadre de programmes de prévention (p. ex. dépistage du cancer du côlon ou injections prévues par le plan de vaccination) ;
2. prestations de conseils pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique, ainsi que, en relation avec ce qui précède, l'exécution ou la commande d'analyses ainsi que la remise de moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (modification de l'art. 25, al. 2, let. h, LAMal).

Comme mentionné dans le rapport de l'OFSP du 11 avril 2023 à l'intention de la CSSS-N concernant l'étude d'Infrass du 11 avril 2023, il faut s'attendre à des coûts supplémentaires pour

³ cf. n. 1.

l'AOS de l'ordre de 22.5 à 24 millions⁴ de francs par an pour les vaccinations et les prestations de conseil dans les pharmacies. En contrepartie, les personnes prenant les frais à leur charge et les cantons seraient déchargés financièrement (transfert de coûts des cantons vers l'AOS). Aucune estimation des coûts ne peut être effectuée en ce qui concerne la prescription d'analyses telle que prévue dans la version du Conseil national. Toutefois, toutes les nouvelles prestations des pharmaciens devraient entraîner certaines économies grâce aux gains d'efficacité induites dans la prise en charge des patients, même si leur montant ne peut être estimé.

2.3 Participation aux coûts de maternité: égalité de traitement des patientes

La révision de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal figure dans le projet du Conseil fédéral remis au Parlement. Les adaptations prévoient d'élargir la durée et le champ d'application de la prise en charge sans participation aux coûts (de la 13^e semaine de grossesse actuellement, on passe à une exemption dès le premier jour de la grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement pour la temporalité ; en incluant les prestations d'infirmités congénitales, d'accident, d'interruptions de grossesse à l'exemption de participation aux coûts pour le champ d'application en plus des prestations en cas de maladie et soins en cas de maladie).

Les données chiffrées datant de 2018 montrent que pour toutes les prestations concernées par la suppression de la participation aux coûts et prévue par la présente révision, les assureurs devraient prendre en charge quelque 28 millions de francs supplémentaires. Le détail du calcul est disponible à la fin du chapitre 6.1.1 du message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2^e volet, FF 2022 2427).

La CSSS-E a décidé lors de sa séance du 30 janvier 2024 d'étendre l'exemption de participation aux coûts sans limite temporelle pour les prestations spécifiques de maternité (art. 64, al. 7, let a, LAMal) aux nouvelles prestations des sages-femmes décrites au ch. 2.4 ci-dessous. Les conséquences financières de cet élargissement ne sont pas quantifiables, mais un léger effet d'augmentation des coûts est probable.

2.4 Prestations des sages-femmes

L'introduction de nouvelles prestations effectuées par les sages-femmes sous leur propre responsabilité (art. 29 et ss projet de loi fédérale sur l'assurance-maladie, P-LAMal) ne faisaient pas partie du projet du Conseil fédéral et s'ajoute à ce volet sur la base de propositions déposées lors des séances de commission respectives des deux Chambres, ainsi que d'une proposition individuelle déposée au Conseil national. La CSSS-E a accepté et complété ces propositions. Ces adaptations visent à étendre les compétences des sages-femmes à leur permettre de prescrire et effectuer des prestations qui ne relevaient pas de leur domaine de compétence jusqu'à présent. Il s'agit de la prescription d'analyses, de médicaments et de moyens et appareils. Les sages-femmes pourront également fournir des soins en cas de maladie chez l'enfant et la mère.

Les conséquences financières ne sont pas quantifiables, mais un effet d'augmentation des coûts est probable. Il est envisageable que ces changements entraînent une augmentation du volume de prestations effectuées et donc à une augmentation des coûts. En revanche, il semble aussi

⁴ Remarque : Dans la conclusion du rapport cité, une fourchette de 25 à 40 millions de CHF était mentionnée. Des clarifications supplémentaires ont démontré qu'il n'existait pas de bases suffisantes concernant la valeur supérieure et que selon l'étude d'Infras seuls les chiffres inférieurs étaient plus probables et devaient donc être pris en compte.

possible que pour certaines prestations, les coûts de consultation médicale puissent être évités (par exemple l'analyse de la bilirubine chez le nouveau-né qui nécessite actuellement une prescription du pédiatre). Toutefois, il existe un risque potentiel d'augmentation du nombre de prestations et d'augmentation des coûts, si les mêmes prestations peuvent être fournies par des fournisseurs de prestations supplémentaires.

Au surplus, la CSSS-E a décidé le 30 janvier dernier d'ajouter les prestations fournies par les sages-femmes en cas de maladie durant la maternité (art. 29, al. 3, P-LAMal) à l'exemption de participation aux coûts sans limite temporelle prévue pour les prestations spécifiques de maternité (art. 64, al. 7, let. a, LAMal). Aucune estimation des coûts n'a été faite, mais une telle modification ne peut cependant entraîner qu'une légère hausse.

2.5 Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse : tarifs de référence équitables

L'introduction de tarifs de référence a été proposée par le Conseil fédéral. L'art. 41, al. 1^{bis}, P-LAMal prévoit que les gouvernements cantonaux doivent fixer des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers hors canton. Les tarifs de référence doivent se fonder sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

Les conclusions concernant les conséquences financières décrites dans les rapports de l'OFSP du 7 novembre 2022 et du 11 avril 2023 ainsi que dans l'étude d'Infras sont ainsi toujours d'actualité. Les conséquences en matière de coûts ne peuvent pas être déterminées de manière exacte, car elles dépendent de la réaction des acteurs, en particulier des assurés et des cantons. Infras estime toutefois qu'elles seront faibles étant donné que des tarifs de référence plus élevés, conséquence à court terme de cette mesure, ne conduiront qu'à une augmentation minime des hospitalisations extra cantonales, d'autres facteurs comme la qualité et la proximité géographique étant plus déterminants. À moyen terme, des économies sont possibles si les cantons réagissent à une augmentation de la mobilité des patients en adaptant leur pratique d'approbation des tarifs et de planification hospitalière.

2.6 Transmission électronique des factures

Pour mettre en œuvre les motions Buffat (18.3513) et Grossen (18.3664), le Conseil fédéral a proposé des adaptations dans les art. 42 et 42a LAMal. Le principe est d'obliger tous les fournisseurs de prestations dans les domaines stationnaire et ambulatoire à transmettre leurs factures sous forme électronique, qu'elles soient à la charge des assureurs (« tiers payant ») ou des assurés (« tiers garant »). Ils devront toutefois les remettre gratuitement sur papier aux assurés qui en feront la demande. Il est prévu que la facturation s'effectue sur une plateforme au moyen d'un formulaire standardisé. Afin de permettre une mise en œuvre des processus de facturation électronique qui soit sûre et conforme aux dispositions sur la protection des données, il faut en outre que les prescriptions relatives à la carte d'assuré soient formulées de façon neutre sur le plan technologique et que le but de la carte d'assuré soit adapté pour tenir compte de ces nouveaux processus.

Le Conseil national a partiellement modifié le projet du Conseil fédéral. Pour faciliter la compréhension des factures, cette modification prévoit qu'elles indiquent la durée de la consultation. La CSSS-E a supprimé cet ajout lors de sa séance du 30 janvier 2024.

Afin de favoriser la numérisation, le Conseil national entend également mettre sur un pied d'égalité la carte d'assuré numérique et la carte physique. Il a ainsi prévu que le Conseil fédéral puisse fixer une date à partir de laquelle la carte d'assuré doit en principe être remise sous forme électronique.

Le Conseil fédéral estime que la transmission électronique des factures entraînera dans un premier temps des coûts supplémentaires liés à l'adaptation de l'infrastructure, mais qu'elle permettra à long terme une baisse des frais d'administration pour les assureurs et probablement aussi pour les fournisseurs de prestations. À cela s'ajoute le fait que les assureurs pourront réaliser le contrôle des factures de manière plus systématique et plus efficace, et donc moins onéreuse, ce qui sera source d'économies supplémentaires. Par ailleurs, le bureau de conseil Infras voit, en particulier, un important potentiel d'économies dans la standardisation et l'automatisation de l'ensemble du processus en amont et en aval.

Une carte physique (carte européenne d'assurance-maladie) étant toujours exigée à l'étranger, la modification de l'art. 42a ne devrait pas entraîner d'économies dans l'immédiat.

2.7 Mesures « médicaments »

2.7.1 Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal

En matière de coûts, l'examen différencié des critères EAE aurait surtout des conséquences sur les médicaments. Selon la proposition du Conseil fédéral et la décision de la CSSS-E du 18 mars 2024, il s'agit en premier lieu d'améliorer la sécurité de l'approvisionnement en médicaments bon marché, en évitant de procéder à des réexamens susceptibles de rendre le prix de certains médicaments non rentables pour les titulaires d'autorisation, qui renonceraient en conséquence à les proposer. Cette mesure réduit le risque que certains médicaments soient remplacés par de nouveaux médicaments plus chers ou par d'autres prestations. Renoncer à de légères baisses de prix permet donc de prévenir de fortes hausses des coûts et des détériorations de la qualité de l'approvisionnement. L'examen différencié permettrait de se concentrer sur le réexamen des médicaments à fort chiffre d'affaires et générant des coûts importants, et de réaliser ainsi des économies dans ce domaine (voir aussi le ch. 2.3 du rapport de l'OFSP du 7 novembre 2022 à l'intention de la CSSS-N). Un potentiel d'économies existe donc, mais il est difficile à chiffrer, car il dépend du nombre de médicaments concernés et de l'organisation du réexamen.

La décision du Conseil national ne permettrait pas d'économies et aboutirait à un examen différencié qui ne correspondrait pas à l'intention du Conseil fédéral. Elle prévoit uniquement la possibilité de renoncer entièrement au réexamen des critères EAE pour certaines prestations, comme les médicaments. Or, il deviendrait alors impossible de supprimer les prestations en question du catalogue, même s'il s'avère qu'elles ne répondent plus aux critères d'efficacité ou d'adéquation. En outre, dans le domaine des médicaments, la décision du Conseil national comprend des critères qui ne permettraient pas de définir de manière adéquate les exemptions au réexamen. Avec cette version, même des médicaments très chers et à faible chiffre d'affaires (p. ex. des médicaments utilisés par un petit nombre d'assurés) seraient concernés, ce qui entraverait la réalisation d'économies.

2.7.2 Modèles de prix/restitutions et confidentialité (exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, les calculs et les modalités des restitutions)

La mesure « modèles de prix » vise, d'une part, à consolider la base légale des modèles de prix – qui constituent une pratique établie de l'OFSP – et, d'autre part, à garantir que les

informations à ce sujet (p. ex. les prix nets) demeurent confidentielles. Cette confidentialité est indissociable de la mesure « modèles de prix / restitutions » et en constitue une condition indispensable.

La mesure « modèles de prix » est une proposition du Conseil fédéral, que le Conseil national a adaptée de sorte que les modèles de prix ne puissent être mis en œuvre que si les titulaires d'autorisation le demandent. La version adoptée par le CSSS-E correspond dans une large mesure à celle du Conseil fédéral.

L'exigence de confidentialité est une proposition du Conseil fédéral, à laquelle le Conseil national a apporté une adaptation prévoyant la publication d'un rapport indépendant sur la mise en œuvre des modèles de prix. Cette modification de la loi vise à réglementer légalement la question de la confidentialité des informations sur les modèles de prix, en consacrant une garantie de confidentialité (dérogation permise par l'art. 4 de la loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration, LTrans).

Le bureau de conseil Infrass estime que les prix des médicaments onéreux et innovants sont plus bas avec que sans les modèles de prix. Selon les auteurs de l'étude, les modèles de prix permettent une baisse de prix comprise entre 20 % et 60 % pour les médicaments concernés. Ils renvoient à ce sujet au rapport de l'OFSP du 7 novembre 2022, dans lequel le volume global des restitutions dans le cadre de ces modèles est estimé à environ 200 millions de francs. Infrass en conclut que sans la possibilité de modèles de prix, les coûts totaux des médicaments seraient supérieurs d'un montant avoisinant cette somme.

Économies possibles avec la version du Conseil fédéral ou de la CSSS-E : 200 millions de francs selon Infrass. La garantie inscrite dans la loi de la confidentialité est toutefois indispensable pour atteindre effectivement ce niveau d'économies. En effet, en raison des comparaisons de prix pratiquées à l'étranger, les modèles de prix ne peuvent être mis en œuvre que si la confidentialité est assurée. Les modèles de prix confidentiels représentent la majeure partie des économies escomptées grâce à cette mesure.

Économies possibles avec la version du Conseil national : ne représenteraient qu'une fraction de la somme précitée et ne contribueraient pas significativement à la maîtrise des coûts, car il n'y a pas lieu de supposer que les entreprises pharmaceutiques demanderaient des modèles de prix (« *restitutions sur demande des titulaires d'autorisation* ») qui leur seraient défavorables financièrement.

2.7.3 Remboursement de l'accès à l'innovation (« jour 0 »)

Cette mesure ne fait pas partie de la proposition du Conseil fédéral, mais a été introduite lors des délibérations de la CSSS-N, puis acceptée par le Conseil national. Il s'agit de permettre le remboursement de certains médicaments dès l'autorisation de mise sur le marché par Swissmedic. La CSSS-E a formulé diverses propositions pour adapter la mesure.

Avec la version du Conseil national (produits/indications ayant le statut *fast track* de Swissmedic), de même qu'avec la version adaptée par la CSSS-E, environ 10 à 20 % des nouveaux médicaments seraient éligibles au remboursement dès le « jour 0 ». La version Conseil national / CSSS-E prévoit que l'OFSP fixe le prix provisoire pour le remboursement dès le « jour 0 ». Ce montant serait choisi par analogie avec les écarts de prix dans le cadre de la prise en charge dans des cas particuliers (art. 71a à 71d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal), si bien que la mesure « jour 0 » ne devrait pas engendrer de coûts supplémentaires. La version de la CSSS-E ne diffère que par quelques détails : la formulation potestative et la condition d'auditionner la CFM ne généreraient pas non plus de coûts

supplémentaires ; en revanche, elles devraient permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge. La relation, telle que régie par la CSSS-E, entre la liste provisoire et la prise en charge dans des cas particuliers (art. 71a à 71d, OAMal), notamment le plafond de prix prévu pour cette dernière, devraient également contribuer à éviter des coûts supplémentaires.

Avec la version de la minorité (produits/indications autorisés par Swissmedic pour une durée limitée, en procédure rapide, dans le cadre d'une procédure avec annonce préalable ou d'une évaluation commune à différents pays, ou dont l'importance pour les maladies rares est avérée), plus de 50 % des nouveaux médicaments seraient potentiellement remboursables au « jour 0 ». La proposition de la minorité prévoit en outre de se fonder sur la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (CPE) pour fixer le prix provisoire. Or, avec de tels prix – qui ne sont pas ceux effectivement remboursés à l'étranger –, les coûts de traitement dépasseraient, en valeur médiane, de 48,4 % les coûts thérapeutiques jugés économiques par l'OFSP lors de la fixation des prix. En considérant seulement trois séances de la Commission fédérale des médicaments (CFM) et uniquement les 23 demandes sélectionnées dans ce cadre, la proposition de la minorité entraînerait des coûts annuels supplémentaires de 111 millions de francs. Extrapolés pour toute l'année 2023, ces surcoûts seraient de 260 millions de francs. Les coûts supplémentaires calculés correspondent à la différence entre les prix proposés par les entreprises pharmaceutiques sur la base d'une CPE et d'une comparaison thérapeutique (CT), et les prix fixés par l'OFSP. Selon l'art. 159, al. 3, de la Constitution (Cst.), les dispositions relatives aux subventions doivent être soumises au frein aux dépenses si elles entraînent de nouvelles dépenses fédérales récurrentes de plus de 2 millions de francs. Les dispositions qui entraînent une extension du catalogue des prestations de l'AOS sont soumises au frein aux dépenses si elles entraînent une augmentation de la contribution fédérale à la réduction des primes⁵ de plus de 2 millions de francs par an. Comme la Confédération finance 7,5 % des coûts bruts de l'AOS, la valeur limite se situe ici à une augmentation des coûts bruts de plus de 26,67 millions de francs. Si la version de la minorité devait l'emporter, la disposition devrait être soumise au frein aux dépenses⁶.

2.7.4 Modèles d'impact budgétaire

La consolidation légale des modèles de prix visée par le 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts est importante, mais ne suffit pas à elle seule à mettre en œuvre toutes les exigences de la motion Dittli 19.3703. Une nouvelle base légale doit être créée dans la LAMal pour mettre en œuvre les restitutions dans le cas des médicaments présentant un volume de marché important. En effet, il est ici question de seuils généraux, qui ne sont pas couverts par l'application des critères EAE. Les modèles d'impact budgétaire prévoient des restitutions sous forme de rabais sur quantité à partir de certains seuils de chiffres d'affaires. Le modèle adapté d'Avenir Suisse présenté dans le rapport s'avère particulièrement adéquat, car il englobe toutes les substances actives et préparations protégées par des brevets et permet de déduire les valeurs seuils pour les coûts de recherche et de développement ainsi que les économies d'échelle. Des analyses ont montré qu'un tel modèle pourrait générer environ 400 millions de francs d'économies, ce qui représente environ 4,7 % des coûts des médicaments en 2022. Le 23 avril 2024, la commission a décidé d'introduire des rabais de quantité pour les médicaments à fort volume de marché sous la forme de modèles d'impact budgétaire. La sécurité de l'approvisionnement serait aussi assurée, car les médicaments à fort chiffre d'affaires ne connaissent pas de pénuries et ont

⁵ cf. art. 66 LAMal

⁶ cf. , message du 27 mai 2020 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Rémunération du matériel de soins), FF 2020 4695.

depuis longtemps permis aux entreprises pharmaceutiques d'amortir les coûts de recherche et de développement.

3 Conclusion

Comme l'ont montré les explications qui précèdent, de nombreuses mesures génèrent des économies marginales ou difficilement chiffrables. C'est par exemple le cas des mesures « transmission électronique des factures », « tarifs de référence équitables » ou encore « examen des critères EAE ». Certaines, notamment celles qui ont été introduites ou élargies lors des débats parlementaires, peuvent même entraîner de légers surcoûts pour l'AOS. Sont notamment concernées les mesures « prestations des sages-femmes », « prestations des pharmacies » et « participation aux coûts de maternité ».

Concernant les mesures présentant le plus fort potentiel d'économies, il existe d'importantes différences entre les versions du Conseil national et du Conseil des États, ainsi que celles en cours de discussion au sein de la CSSS-E. Il s'agit ici des trois mesures suivantes :

1. **Soins coordonnés** : sur la base d'une estimation grossière, Infras estime que le potentiel d'économies serait de l'ordre de 250 millions de francs par an pour le seul groupe des personnes à partir de 65 ans atteintes de multimorbidités. Ce potentiel dépend notamment du nombre de nouveaux réseaux créés et de nombre de patients qui seraient traités à l'avenir par de tels réseaux.
2. **Modèles de prix et restitutions** : selon le rapport de l'OFSP du 7 novembre 2022, les économies permises par les modèles de prix sont estimées à 200 millions de francs par le bureau de conseil Infras ; la confidentialité des prix nets constitue une condition indispensable à cet égard. Cette estimation n'est probablement valable que pour la version du Conseil fédéral et celle de la CSSS-E. Avec la version du Conseil national, les économies potentielles ne seraient pas atteintes.
3. **Modèles d'impact budgétaire** : le potentiel d'économies est également considérable. Des analyses ont montré qu'un tel modèle permettrait environ 400 millions de francs d'économies.