



# Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins : deuxième volet en consultation

Date : le 19 août.20

En 2018, sur la base d'un rapport d'experts internationaux, le Conseil fédéral a approuvé un programme visant à contenir les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Celui-ci doit permettre de freiner la croissance du volume des prestations non justifiées sur le plan médical et, partant, de diminuer la hausse des coûts à charge de l'AOS. Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner et de mettre en œuvre ces nouvelles mesures en deux volets. En août 2019, il a adopté le message concernant le premier d'entre eux. Il a mis le deuxième en consultation le 19 août 2020.

## **Objectif de maîtrise des coûts dans l'AOS – M01<sup>1</sup>**

---

Des objectifs en matière de coûts et des mesures correctives en cas de dépassement permettent de contrôler l'évolution des coûts. Les patients gardent en tout temps accès aux prestations de l'AOS.

### Objectifs en matière de coûts :

Le Conseil fédéral fixe un objectif global en matière de coûts au niveau national. Il recommande aux cantons de faire de même au niveau cantonal, et de procéder à une répartition entre les différentes catégories de coûts (hôpital stationnaire et ambulatoire, médecin ambulatoire, médicaments et autres catégories de coûts de l'AOS). Les cantons peuvent encore subdiviser ces catégories. Avec la Confédération, ils impliquent les principaux acteurs du domaine de la santé lors de la fixation des objectifs.

### Mesures correctives :

Les partenaires tarifaires doivent tout d'abord s'entendre sur des mesures permettant de respecter les objectifs fixés. En cas de dépassement, des mesures correctives – en particulier des réductions tarifaires – peuvent être introduites. Le projet mis en consultation comprend deux variantes. L'une d'elles propose que les cantons puissent, sans que cela soit une obligation, prendre des mesures si les objectifs ne sont pas observés. Dans l'autre, ils y sont obligés.

## **Premier point contact – M27**

---

Tous les assurés choisissent un fournisseur de prestations auquel s'adresser en premier en cas de problèmes de santé. Ils font leur choix parmi une liste de médecins de famille, de centres de télémédecine, de cabinets de groupe ou de réseaux de soins coordonnés. Le premier point de contact conseille les patients, les traite directement ou les délègue à un autre fournisseur de prestations. Il reçoit un forfait de l'assureur pour chaque assuré l'ayant choisi. Le forfait est versé même si l'assuré ne nécessite aucune prestation.

---

<sup>1</sup> Abréviations pour les mesures numérotées proposées dans le rapport d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ».

La prise en charge par les assureurs se limite en principe aux prestations fournies par le premier point de contact santé ou sur délégation de celui-ci. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions, en particulier pour les urgences, l'ophtalmologie, la gynécologie et l'obstétrique.

### **Réseaux de soins coordonnés – M10**

---

Un réseau de soins coordonnés réunit des professionnels de la santé de différents domaines et propose une prise en charge médicale unifiée. Il garantit ainsi la coordination de toute la chaîne de traitement, par exemple lorsque des spécialistes ou un service d'aide et de soins à domicile traitent une personne âgée souffrant de plusieurs maladies chroniques, ou quand un médecin de famille ou un service d'aide et de soins à domicile suit une personne récemment sortie de l'hôpital.

Le réseau est défini en tant que nouveau fournisseur de prestations (au sens de l'art. 35 LAMal). Il comprend le centre de coordination ainsi que les fournisseurs de prestations rattachés par contrat. Toutes les prestations fournies sont compilées et adressées en une seule fois aux assureurs. Elles sont prises en charge sur la base de forfaits. En outre, la charge liée à la coordination est prise en charge par les assureurs.

### **Programmes de prise en charge des patients – M10**

---

Les programmes de traitement impliquant différents fournisseurs de prestations tout au long du processus génèrent de meilleurs résultats que des mesures individuelles non structurées. Ils servent à traiter les maladies chroniques ainsi qu'à la prévention et à la réadaptation médicales.

### **Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal et rémunération à prix avantageux (proposition du DFI, M29)**

---

Le Conseil fédéral est habilité à déterminer quand et comment l'examen périodique des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations doit être effectué. Il s'agit notamment de fixer des principes pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des médicaments, des analyses ainsi que des moyens et appareils (LiMA).

### **Modèles de prix et restitutions – (proposition du DFI)**

---

Les modèles de prix décrivent une convention qui permet un accès rapide et aussi avantageux que possible à des médicaments et thérapies innovants et coûteux. À cet égard, les entreprises pharmaceutiques doivent restituer une partie des coûts aux assureurs. Des modèles de prix avec des restitutions selon le prix, en fonction du volume du chiffre d'affaires ou en raison d'un manque d'efficacité sont notamment fixés.

Les modèles de prix sont déjà utilisés en Suisse. Pour accroître la sécurité juridique, le Conseil fédéral propose de renforcer les bases juridiques existantes. La réglementation ne concerne pas que les médicaments, mais également tous les autres domaines où les modèles de prix sont utilisés (LiMA, liste des analyses).

### **LTrans : Exception concernant l'accès prévu par la LTrans pour le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix (proposition du DFI)**

---

L'accès prévu par la loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration (LTrans) aux documents officiels doit pouvoir être refusé dans le cadre des modèles de prix. Cette disposition d'exception est indispensable en raison des réglementations prévues à propos des modèles de prix et des

restitutions : il existe un risque que les titulaires d'une autorisation ne soient plus disposés à accepter des modèles de prix si la loi ne prévoit pas d'exception ou qu'ils renoncent à une demande d'admission dans la liste des spécialités.

Le Conseil fédéral, en compensation, souhaite créer davantage de transparence : comme les décisions prises par l'OFSP et leurs bases décisionnelles sont dignes d'intérêt public, elles seront désormais publiées de manière plus complète.

### **Tarif de référence équitable pour un choix libre de l'hôpital dans toute la Suisse** – (proposition du DFI)

---

Les gouvernements cantonaux doivent fixer un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Celui-ci se fonde sur le tarif d'un traitement comparable dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. Les assureurs et le canton de résidence assurent la prise en charge selon le tarif de référence, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital qui effectue le traitement. Cette mesure favorisera la concurrence intercantonale entre les hôpitaux et permettra de limiter les coûts. En outre, les assurés auront la possibilité de choisir librement leur hôpital partout en Suisse sans avoir à payer des sommes déraisonnables.

### **Transmission électronique des factures** – (proposition du DFI)

---

Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont obligés de transmettre électroniquement leurs factures selon un standard uniforme. Ceci permet de mieux surveiller les factures et d'éviter de financer des prestations non nécessaires. Les détails techniques incombent aux partenaires tarifaires. Les assurés ont la possibilité d'obtenir les factures sous format papier sans frais supplémentaires.