



Fiche d'information

Date :

7 septembre 2022

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

Le Conseil fédéral a approuvé le 28 mars 2018 un programme visant à contenir les coûts, lequel se base sur le rapport d'experts du 24 août 2017 « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ». Ce programme a pour objectif de freiner la croissance du volume des prestations non justifiée sur le plan médical et, partant, de diminuer la hausse des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). À cette fin, il en appelle à la responsabilité de tous les acteurs du système de santé.

Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner les mesures proposées par le groupe d'experts et de les mettre en œuvre en deux volets, si nécessaire. 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. Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation et décidé de retirer l'objectif de maîtrise des coûts du 2e volet pour le proposer en tant que contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts. Le 10 novembre 2021, il a approuvé le message correspondant.

Le DFI a été chargé de réexaminer en détail le 2e volet de mesures visant à maîtriser les coûts et de présenter au Conseil fédéral le message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet). Le Conseil fédéral a approuvé le message le 7 septembre 2022.

1. Réseaux de soins coordonnés – (M10)

Les réseaux de soins coordonnés regroupent de manière contraignante des professionnels de la santé de différents domaines, sous une direction médicale, afin de proposer une prise en charge « d'un seul tenant » adaptée aux besoins des patients. Ils fournissent des prestations ambulatoires au sens des art. 25 à 31 LAMal et garantissent aussi la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations le long 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 après sa sortie de l'hôpital.

Le réseau de soins coordonnés, en tant que fournisseur de prestations, comprend au moins un centre de coordination ainsi que les fournisseurs de prestations rattachés par contrat. Il doit être admis par le canton sur le territoire duquel il exerce son activité. Le canton détermine notamment les prestations à

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand et italien.

fournir ainsi que le champ temporel et territorial de l'activité. Si le domaine d'activité du réseau s'étend sur plusieurs cantons, ces derniers se concertent pour établir un mandat de prestation commun. Le réseau de soins coordonnés facture auprès des assureurs toutes les prestations du réseau comme s'il s'agissait d'un seul et unique fournisseur de prestations. En outre, les réseaux concluent des contrats avec les assureurs ou leurs fédérations afin de régler le financement des coûts supplémentaires générés par la coordination de cas complexes. Dans ce cadre, le volume des mandats cantonaux de prestations doit aussi être pris en compte. Le Conseil fédéral peut fixer les exigences minimales applicables à ces conventions.

2. Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal – (proposition du DFI)

Le Conseil fédéral est habilité à déterminer quand et comment le réexamen périodique des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) des prestations doit être effectué.

Le réexamen selon les critères EAE doit en principe être réalisé en fonction de la nature de la prestation et des différents moments de son cycle de vie, notamment du point de vue de l'étendue, du degré de détail et de la méthodologie. Dans un souci d'utilisation efficace des ressources, il convient de fixer des priorités en particulier dans chaque domaine pour lequel le réexamen permet d'escompter un bénéfice quant à l'amélioration de la prise en charge et la maîtrise des coûts.

3. Modèles de prix et restitutions – (proposition du DFI)

Les modèles de prix sont des accords entre une entreprise (pharmaceutique) et un agent payeur qui favorise l'accès (à savoir la couverture ou le remboursement) à une technologie de la santé à certaines conditions. Ils peuvent prendre différentes formes et être modulés de façon individuelle. Ils assurent à la population un accès rapide et avantageux à des nouvelles thérapies innovantes qu'il ne serait pas possible de payer autrement.

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 (liste des moyens et appareils, liste des analyses).

Par ailleurs, en raison de la législation en vigueur, les remboursements versés à l'institution commune LAMal ne peuvent pas être redistribués aux assureurs, car ces montants sont versés au fonds d'insolvabilité qu'elle gère. Afin de changer cette situation, l'institution commune LAMal gèrera désormais un fonds pour les remboursements. Les montants versés dans ce fonds pourront aussi être redistribués aux assureurs et, s'agissant du domaine stationnaire, également aux cantons. Concernant les médicaments utilisés en cas d'infirmité congénitale, des remboursements sont versés au Fonds de compensation de l'AI visé à l'art. 79 LAI.

4. 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 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 contrepartie, 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.

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

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand, italien et anglais.

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 hospitalière 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 excessives.

6. 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 contrôler les factures et d'éviter de financer des prestations non nécessaires.

Les modalités techniques incombent aux partenaires tarifaires. Les assurés ont la possibilité d'obtenir les factures sous format papier sans frais supplémentaires.

7. Prestations fournies par les pharmaciens – (proposition du DFI)

La réglementation des prestations que les pharmaciens peuvent fournir à charge de l'AOS est adaptée. Il s'agit notamment de la possibilité de fournir des prestations séparées dans le cadre de programmes de prévention ou des prestations de conseils pharmaceutiques afin d'optimiser la pharmacothérapie et la fidélité au traitement, indépendamment de la remise de médicaments.

Mesures dans l'assurance-invalidité – (proposition du DFI)

Sur la base des modifications dans la LAMal, les adaptations suivantes sont également proposées dans la loi sur l'assurance-invalidité :

- Réglementation des détails concernant le réexamen périodique de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (fréquence et étendue, notamment) ;
- Consolidation des bases légales pour les modèles de prix sous l'angle de la sécurité juridique et de l'applicabilité et définition des modalités concernant les remboursements ;
- Exception au droit d'accès à des documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre de modèles de prix et de remboursements ;
- Obligation de transmettre les factures par voie électronique.

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Médias et communication, www.ofsp.admin.ch
Cette publication est également disponible en allemand, italien et anglais.