

## Dossier

Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?

## Santé publique

Une carte de santé en Suisse ?

## International

La sécurité sociale – un luxe des pays riches ?

---

# Sécurité sociale

CHSS 6/2001

---

*Sécurité  
sociale*

**BSV / /**  
**OFAS / /**  
**UFAS / /**

## Sommaire Sécurité sociale CHSS 6/2001

<b>Chronique octobre/novembre 2001</b>	<b>306</b>
--	------------

<b>Panorama</b>	<b>308</b>
-----------------	------------

**Dossier**

<b>Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?</b>	<b>309</b>
---	------------

Le poids du coût des médicaments dans le système de santé suisse (Fritz Britt, OFAS)	310
--	-----

Quels médicaments sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire ? (Dominique Marcuard, OFAS)	311
--	-----

Le marché des médicaments du point de vue de la Surveillance des prix (Josef Hunkeler, Surveillance des prix)	314
---	-----

Les médicaments permettent-ils de faire des économies dans d'autres domaines ? (Thomas D. Szucs, Hirslanden Holding)	316
--	-----

La RBP va-t-elle juguler la hausse des coûts ? (Marcel Mesnil, Société suisse des pharmaciens)	318
--	-----

Un nouveau «remède» pour baisser les coûts : les importations parallèles (Thomas Schuler, OFSP)	321
---	-----

Mettre fin au protectionnisme envers les médicaments (Rudolf Strahm, conseiller national)	323
---	-----

Décisions de la conférence sur les médicaments du 2 juillet 2001 (Fritz Britt, OFAS)	324
--	-----

Economiser un milliard de francs sur les coûts des médicaments ? (Parti socialiste)	325
---	-----

Des personnalités de la politique et de l'économie répondent	
--	--

- |  |     |
|--|-----|
| • Thomas B. Cueni, Interpharma                 | 327 |
| • Walter P. Hölzle, VIPS                       | 328 |
| • Simonetta Sommaruga, conseillère nationale   | 329 |
| • Max Brentano, Société suisse des pharmaciens | 330 |

**Prévoyance**

Statistique des revenus AVS 1999 : 4,2 millions de personnes cotisent à l'AVS (Laurence Capraro-Treina, OFAS)	331
---	-----

Contrats de prestations dans le domaine de l'aide privée aux handicapés : démarrage réussi (Daniel Aegerter, OFAS)	336
--	-----

**Santé publique**

Une carte de santé en Suisse ? (Jean-Claude Rey, ISE)	341
---	-----

**Politique sociale**

Modifications intervenant dans les assurances sociales à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2002 (René Meier, OFAS)	345
--	-----

L'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse : le programme de recherche a démarré (Jean-François Rudaz, OFAS)	348
---	-----

**International**

L'Agenda social de l'Union européenne (Claudina Mascetta, OFAS)	350
---	-----

La sécurité sociale – un luxe des pays riches ? (François-Xavier Merrien [Université de Lausanne], Marco Rossi [DDC], Peter Niggli [organisations de coopération])	354
--	-----

**Parlement**

Interventions parlementaires	362
------------------------------	-----

Législation : les projets du Conseil fédéral	367
--	-----

**Rubriques**

Calendrier (réunions, congrès, cours)	368
---------------------------------------	-----

Littérature	369
-------------	-----

Statistique des assurances sociales	370
-------------------------------------	-----

Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle	372
---	-----

Sommaire 2001 de «Sécurité sociale»	374
-------------------------------------	-----

Visitez-nous sous  
[www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)



## Auteurs des articles du présent numéro

**Daniel Aegerter**, Division Assurance-invalidité de l'OFAS

**Max Brentano**, président de l'Association suisse des pharmaciens, siège : Stationsstrasse 12, 3097 Liebfeld, Internet : [www.pharmagate.ch](http://www.pharmagate.ch)

**Fritz Britt**, avocat, chef de la division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

**Laurence Capraro-Treina**, lic. sc. écon., section Statistique, division Mathématique et statistique, OFAS

**Thomas B. Cueni**, secrétaire général d'Interpharma, association des firmes pharmaceutiques suisses engagées dans la recherche, Bâle ([www.interpharma.ch](http://www.interpharma.ch))

**Walter P. Hölzle**, secrétaire général de l'Association des importateurs de spécialités pharmaceutiques (VIPS), Zoug

**Josef Hunkeler**, service économique du bureau de la Surveillance des prix, Berne

**Dominique Marcuard**, avocate, section Médicaments, division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

**Claudina Mascetta**, lic. iur., collaboratrice scientifique à la section Organisations internationales, division Affaires internationales, OFAS

**René Meier**, rédacteur «Sécurité sociale», OFAS

**François-Xavier Merrien**, professeur à l'Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques

**Marcel Mesnil**, docteur en pharmacie, secrétaire général de la Société suisse des pharmaciens, privat-docent à l'Université de Lausanne

**Peter Niggli**, secrétaire général de la Communauté de travail des organisations suisses de coopération au développement, Berne

**Jean-Claude Rey**, directeur de l'Institut de santé et d'économie, Lausanne

**Marco Rossi**, chef du service de politique de développement social, Direction du développement et de la coopération (DDC)

**Jean-François Rudaz**, Service spécialisé économie, questions fondamentales et recherche, OFAS

**Thomas Schuler**, adjoint scientifique à la division droit de l'Office fédéral de la santé publique

**Simonetta Sommaruga**, conseillère nationale PSS, présidente de la Fondation pour la protection des consommateurs, conseillère municipale à Köniz

**Rudolf Strahm**, conseiller national PS, économiste et chimiste, Berne; [strahm.gmbh@bluewin.ch](mailto:strahm.gmbh@bluewin.ch); Internet : [www.rudolfstrahm.ch](http://www.rudolfstrahm.ch)

**Prof. Thomas D. Szucs**, médecin, spécialiste en pharmacologie médicale, Chief Medical Officer, Hirslanden Holding, Seefeldstrasse 214, 8008 Zürich

## Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales
Rédaction	René Meier, rédacteur RP E-mail: <a href="mailto:rene.meier@bsv.admin.ch">rene.meier@bsv.admin.ch</a> Tél. 031 / 322 91 43 Les opinions émises par des auteurs extérieurs à l'OFAS ne reflètent pas forcément celles de la rédaction ou de l'OFAS
Commission de rédaction	Wally Achtermann, Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnements et renseignements	Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Effingerstrasse 20, Berne Téléphone 031 / 322 90 11 Téléfax 031 / 322 78 41 <a href="http://www.ofas.admin.ch">www.ofas.admin.ch</a>
Traduction	en collaboration avec le service linguistique de l'OFAS
Copyright	Reproduction d'articles seulement avec l'autorisation de la rédaction
Tirage	version allemande 6500 ex. version française 2600 ex.
Prix de l'abonnement	pour 1 année (6 numéros): Suisse Fr. 53.– incl. TVA, étranger Fr. 58.– Prix du numéro Fr. 9.–
Distribution	OFCL/EDMZ, 3003 Berne, <a href="http://www.admin.ch/edmoz">www.admin.ch/edmoz</a>
Impression	Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689

Le dépliant

## Assurances sociales en Suisse 2001

vient de paraître. Il contient les données statistiques et les extraits de comptes d'exploitation actuellement disponibles (jusqu'en 1999, resp. 2000) de l'AVS, de l'AI, des APG, des PC, de la prévoyance professionnelle, de l'assurance-maladie et accidents ainsi que de l'assurance-chômage. Il donne également les taux des cotisations AVS/AI/APG/AC/AA, les montants actuels des rentes AVS/AI et les dépenses totales de la Confédération pour la prévoyance sociale.

Numéro de commande : 318.001.01.

**OFCL/EDMZ, 3003 Berne, fax 031/325 50 58, e-mail: [verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch).**

### Sécurité sociale (CHSS)

paraît depuis 1993. Elle assure une information continue dans le domaine de la politique sociale et développe dans chacun de ses numéros un dossier d'actualité. Les thèmes traités ces deux dernières années sont :

- N° 1/00 Le projet de 11<sup>e</sup> révision de l'AVS du Conseil fédéral
- N° 2/00 De l'indemnité pour impotence à l'allocation d'assistance
- N° 3/00 Le néolibéralisme et l'Etat social
- N° 4/00 Coup d'envoi de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI
- N° 5/00 La surveillance exercée dans le domaine des assurances sociales est-elle une garantie d'efficacité et de sécurité ?
- N° 6/00 Perspectives de l'Etat social au seuil du 21<sup>e</sup> siècle
- N° 1/01 Que coûte l'application des assurances sociales ?
- N° 2/01 Formation des tarifs dans le système de santé suisse
- N° 3/01 La situation des working poor dans l'Etat social suisse
- N° 4/01 Vers une autre répartition des charges familiales ?
- N° 5/01 Les personnes âgées : une génération d'avenir
- N° 6/01 Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?

Les dossiers de *Sécurité sociale* sont disponibles sur la page d'accueil de l'OFAS ([www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)) à partir du N° 3/1999.

Le prix à l'exemplaire est de 9 francs ; prix spécial de 5 francs pour les éditions parues entre 1993 et 2000, jusqu'à épuisement du stock (les n°s 1/1993 et 3/1995 sont épuisés). L'abonnement annuel est maintenu à 53 francs (TVA incluse).

Commande : **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, tél. 031/322 90 11, fax 031/322 78 41, e-mail: [info@bsv.admin.ch](mailto:info@bsv.admin.ch)**

### Nouvelles publications ayant trait aux assurances sociales

	Source N° de commande Langues, prix		Source N° de commande Langues, prix
Assurances sociales en Suisse 2001 (dépliant)	OFCL/EDMZ <sup>1</sup> 318.001.01 df	Aperçu des régimes cantonaux d'allocations familiales. Etat au 1 <sup>er</sup> avril 2001	OFCL/EDMZ <sup>1</sup> 318.801.01 f/d Fr. 6.75
Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer. Rapport de recherche n° 8/01 de la série «Aspect de la sécurité sociale». Résumés français, italien et anglais	OFCL/EDMZ <sup>1</sup> 318.010.8/01 Fr. 30.–	Mémento «Rentés de vieillesse et allocations pour impotents de l'AVS». Etat au 1 <sup>er</sup> janvier 2002	3.01 f/d/i <sup>2</sup>
Statistique des assurances sociales suisses 2001. Comptes globaux, Résultats principaux, Séries AVS, AI, PC, AM, AA, APG, AC, AF. Dans la série «Statistiques de la sécurité sociale»	OFCL/EDMZ <sup>1</sup> 318.122.01 f/d (1 exemplaire gratuit)	Mémento «Rentés de survivants de l'AVS». Etat au 1 <sup>er</sup> janvier 2002	3.03 f/d/i <sup>2</sup>
Prévoyance professionnelle : Bonifications complémentaires uniques pour la génération d'entrée : tableaux et exemples d'application pour l'année 2002	OFCL/EDMZ <sup>1</sup> 318.762.02 f/d Fr. 2.60	Mémento «Rentés d'invalidité et allocations pour impotents de l'AI». Etat au 1 <sup>er</sup> janvier 2002	4.04 f/d/i <sup>2</sup>
		Mémento «Assurance-maladie obligatoire – Réduction individuelle des primes». Etat au 1 <sup>er</sup> janvier 2002	6.07 f/d/i <sup>2</sup>
		Fiche d'information «Les accords bilatéraux amènent f/d/i <sup>2</sup> des nouveautés dans le domaine des assurances sociales». Valable dès l'entrée en vigueur des accords bilatéraux	

1 OFCL/EDMZ, 3003 Berne, fax 031 / 325 50 58; e-mail: [verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch); Internet: [www.admin.ch/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz).

2 A retirer auprès des caisses de compensation ou des offices AI; les mémentos sont disponibles sur Internet à l'adresse [www.avs-ai.ch](http://www.avs-ai.ch).

## Médicaments : une augmentation des coûts indécente ?



Otto Piller  
Directeur de l'OFAS

*Les derniers résultats d'un sondage réalisé par Claude Longchamp, politologue à l'Institut de recherche sociale pratique (GfS), montrent que les Suisses sont, dans leur grande majorité, satisfaits de leur système de santé. Ils acceptent bien la nouvelle LAMal, tant au niveau du système et des prestations que du financement. Cependant, les primes représentent pour le budget des ménages une charge financière qu'un grand nombre de personnes interrogées trouvent trop lourde, que ce soit à longueur d'année (18%) ou à certains moments (20%). Pour beaucoup, le problème sera encore aggravé par l'augmentation parfois massive qui surviendra en 2002.*

*Comme l'exige notre constitution, nous voulons que tous aient accès aux soins nécessaires à la santé dans le cadre de l'assurance de base; nous refusons l'idée d'une médecine à deux vitesses. Mais les primes des caisses-maladie ne doivent pas devenir des charges insupportables pour les familles et les personnes de revenu modeste. Il nous faut non seulement les réduire encore davantage pour ce groupe d'assurés, mais aussi continuer à lutter le plus efficacement possible contre l'augmentation des coûts.*

*Les coûts des médicaments représentent, avec 3,2 milliards de francs, 21 % des dépenses de l'assurance obligatoire des soins; chaque année, ils augmentent plus que la moyenne. Rien qu'en 2000, la différence a été de 380 millions de francs, soit plus de 50 francs supplémentaires par personne et par an, qui contribuent pour 3,5 % à la hausse des primes. J'ai qualifié spontanément et publiquement cette augmentation des coûts de «tout bonnement indécente», ce qui n'a pas plu à tout le monde!*

*Le présent numéro de «Sécurité sociale» présente le point de vue de différents spécialistes du domaine et cite certains moyens qui devraient nous permettre de lutter efficacement contre cette évolution. L'une des premières mesures importantes est l'introduction, le 1<sup>er</sup> juillet 2001, du nouveau système de rémunération des pharmaciens basé sur les prestations.*

*D'autres mesures ont été proposées et doivent être mises en œuvre. Les études et comparaisons internationales le prouvent: si l'on veut contrôler les coûts dans le domaine de la santé, il faut que l'Etat édicte des règles. Malheureusement, moins les différents acteurs prennent leurs responsabilités, plus ces règles doivent être contraignantes.*

## 1<sup>re</sup> révision LPP: le 2<sup>e</sup> pilier aussi pour les bas revenus

La sous-commission de la Commission de la sécurité sociale du Conseil national (CSSS-N) s'est réunie 9 fois et, après sa dernière séance, qui a eu lieu le 1<sup>er</sup> octobre, elle a proposé de diviser par deux le seuil d'accès au 2<sup>e</sup> pilier. Dans le cadre de la 1<sup>re</sup> révision LPP, la sous-commission était chargée de débattre du montant de la déduction de coordination. Ce montant équivaut à la limite de revenu à partir de laquelle il est nécessaire de verser des cotisations au 2<sup>e</sup> pilier, parce que l'AVS seule ne suffit plus.

**Moins d'exclus:** La sous-commission présidée par Christine Egerszegi (PRD/AG) demande à la CSSS d'abaisser le montant de salaire à partir duquel les employeurs et les employés sont tenus de cotiser à une caisse de pension, en le faisant passer de 24 720 à 12 360 francs. La mesure permettrait d'améliorer la prévoyance des personnes dont le salaire est bas. La CSSS étudiera cette proposition à la fin du mois de janvier 2002.

**Pas de démantèlement des prestations:** La sous-commission entend réduire progressivement le taux de conversion de l'avoir de vieillesse qui sert au calcul de la rente. Elle prévoit de ramener par étapes ce taux de 7,2 à 6,8 % en 2023. La mesure doit permettre d'empêcher un démantèlement des prestations et ménager les caisses de pension qui ont une structure d'âge défavorable. Le gouvernement tablait pour sa part sur un passage à 6,65 % d'ici 2016. Le modèle de la sous-commission ne coûte pas 300 millions de francs, comme celui prévu par le Conseil fédéral, mais 900 millions. Il permet d'améliorer la prévoyance de 35 % des hommes (800 000) et de 50 % des femmes (870 000), et d'assurer 7 % des hommes (160 000) et 17 % des femmes (306 000), qui ne l'étaient pas jusque-là.

**Augmentation de la transparence:** La sous-commission veut améliorer

la transparence des caisses de pension et des fondations collectives, concernant les produits de leurs placements et les coûts administratifs. Il faut que l'on puisse savoir comment sont gérés les fonds collectés grâce à une «épargne forcée».

## La loi sur l'égalité pour les handicapés devant le Conseil des Etats

Le 2 octobre, le Conseil des Etats a débattu de la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (CHSS 1/2001 p. 1). Personne ne contestait la nécessité d'améliorer la situation des personnes souffrant de handicaps physiques, mentaux et psychiques. Lors de la discussion par articles, le Conseil n'a pas remis en cause les grandes options du Conseil fédéral. Une proposition demandant que la loi s'applique également à la vie professionnelle et à la formation a été nettement rejetée. Par contre, les parlementaires ont approuvé une aide initiale de 300 millions de francs servant à financer des mesures destinées à faciliter l'utilisation des transports publics par les handicapés.

La loi sera soumise à un vote, à titre de contre-proposition indirecte à l'initiative populaire «Droits égaux pour les personnes handicapées», pour autant que cette initiative ne soit pas retirée.

## 2<sup>e</sup> révision de la LAMal: suppression de l'obligation de contracter

Les 3 et 4 octobre et le 29 novembre, lors des débats sur la révision de la LAMal, le Conseil des Etats a suivi les propositions de sa commission d'examen préalable (CHSS 4/2001 p. 171 et 5/2001 p. 242). Il a ainsi élargi le projet du Conseil fédéral sur deux points importants:

**Obligation de contracter:** L'obligation faite aux assureurs de passer

des contrats avec les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire doit être en principe supprimée. Cependant, les caisses-maladie ne doivent pas choisir seules les médecins avec lesquels elles collaborent. En cas de refus de passer un contrat avec un médecin, il est possible de convoquer une commission où sont représentés les caisses, le corps médical et les cantons. La commission rend des décisions irrévocables; elle devra en outre définir plus précisément les critères d'économicité et de qualité à appliquer. **Objectif social:** Les primes ne doivent pas dépasser 8 % du revenu du ménage. Les montants versés au titre de la réduction de primes doivent être relevés dans les cantons où ils ne suffisent pas. Le Conseil des Etats a approuvé un crédit supplémentaire de 300 millions de francs à cette fin.

En ce qui concerne le **financement des hôpitaux**, le Conseil des Etats a suivi le Conseil fédéral. Il a toutefois introduit un alinéa supplémentaire dans les dispositions transitoires, ayant valeur d'objectif à long terme. Selon cette disposition, le Conseil fédéral doit proposer dans les 5 ans une modification de la loi visant à introduire un système de financement moniste (les fournisseurs de prestations n'auraient plus affaire qu'à un seul agent payeur) et à améliorer la compensation des risques. Le contenu exact de cette modification reste encore à établir.

## 3<sup>e</sup> révision de l'AC

La Commission de l'économie et des redevances du Conseil national (CER-N) a traité à deux reprises – lors des séances des 15 octobre et 5 novembre – de la 3<sup>e</sup> révision de la loi sur l'assurance-chômage (LACI), qui avait déjà été adoptée par le Conseil des Etats lors de la session d'été (CHSS 4/2001 p. 170). A l'instar du Conseil des Etats, la commission du Conseil national est favorable à une réduction du taux de cotisation sur les salaires en faveur de l'AC, ce

taux passant de 3 % à 2 %. Mais elle tient par contre à conserver – par 13 voix contre 9 – la contribution de solidarité de 1 % prélevée sur les hauts revenus situés entre 106 800 et 267 000 francs. Cette contribution rapporte en effet 135 millions de francs. De plus, la CER accorde au Conseil fédéral une plus grande marge de manœuvre en ce qui concerne la date de la réduction du taux de cotisation. Le Conseil fédéral est maître du calendrier, la date butoir étant fixée à la fin de l'année 2003.

La CER a par ailleurs approuvé par 15 voix contre 8 la réduction du nombre d'indemnités journalières de 520 à 400 indemnités. Mais, dans les cantons où le taux de chômage est plus élevé, le Conseil fédéral doit pouvoir relever à nouveau le nombre des indemnités à 520, à la charge de la Confédération. Les personnes âgées de plus de 55 ans (qui continuent en règle générale à avoir droit à 520 indemnités) doivent pouvoir aussi participer à des programmes de perfectionnement professionnel, même lorsqu'elles sont en fin de droits.

La CER a approuvé sans aucune opposition le nouvel instrument relatif au risque conjoncturel : lorsque le taux de chômage est élevé et que les dettes du fonds de chômage atteignent 2,5 % du total des salaires, le Conseil fédéral doit proposer d'augmenter les cotisations.

La CER a aussi demandé au seco de lui fournir des informations approfondies sur d'éventuelles mesures du marché du travail et sur la situation juridique en matière d'indemnité en cas d'insolvabilité dans l'affaire Swissair. La débâcle de la compagnie d'aviation et le ralentissement conjoncturel ont eu un impact sur les décisions prises.

---

### Initiative populaire «Pour de plus justes allocations pour enfant !»

Le 16 octobre, la Chancellerie fédérale a déclaré conforme à la loi

l'initiative populaire «Pour de plus justes allocations pour enfant !», déposée par la Confédération des syndicats chrétiens. La récolte des signatures peut donc commencer (délai imparti pour la récolte des signatures : 30 avril 2003). L'initiative demande que la Confédération légifère sur les allocations pour enfant, que l'allocation se monte au minimum à 15 francs par jour et par enfant dans toute la Suisse, et qu'elle soit adaptée à l'évolution des salaires et des prix. La Confédération, les cantons et les employeurs doivent assurer son financement.

---

### 4<sup>e</sup> révision de l'AI

La Commission de la Sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a poursuivi les 1 et 2 novembre son examen par articles de la 4<sup>e</sup> révision de l'AI et y a mis un terme le 23 novembre. Elle a largement suivi le Conseil fédéral.

Personne ne s'est opposé à la nouvelle allocation d'assistance, qui remplace l'allocation pour impotent (dont le montant est deux fois moins élevé) et d'autres prestations. En cas de besoin d'assistance limité, l'allocation équivaut à 20 % de la rente de vieillesse entière simple, ce qui fait environ 400 francs ; en cas de besoin d'assistance moyen, le rapport à la rente est de 50 %, ce qui fait environ 1000 francs ; et en cas de besoin d'assistance étendu, le rapport est de 80 %, ce qui fait environ 1600 francs. Les mineurs gravement handicapés ont droit à un supplément pour soins intensifs. La commission a imaginé une nouvelle solution pour les personnes gravement handicapées qui souhaitent vivre chez elles. Ce n'est pas l'AI qui doit leur fournir un soutien, mais les prestations complémentaires (PC), pour les montants allant jusqu'à 90 000 francs par an, une somme équivalant à peu près aux coûts d'un séjour en home. En ce qui concerne le financement, la

CSSS a également suivi le Conseil fédéral. Au début de l'année 2003, 1,5 milliard de francs supplémentaires doit être transféré du système des allocations pour perte de gain à l'AI. De plus, à partir de 2004, un supplément de TVA de 1 % au maximum doit être versé à l'AI.

La commission a en outre déposé un postulat demandant que le Conseil fédéral examine si et comment il serait possible de substituer dans le droit social une autre terminologie aux termes discriminatoires d'invalidité et assimilés.

La CSSS a adopté par 24 voix sans opposition le projet de révision à l'attention du plénum. Le Conseil national débattrait du projet au cours de la session d'hiver.

---

### Avenir prometteur pour le congé de maternité

Le Conseil fédéral retire son projet de modification du code des obligations concernant la poursuite du paiement du salaire en cas de maternité (cf. CHSS 4/2001 p.170). La conseillère fédérale Ruth Metzler l'a annoncé à l'issue de la séance du Conseil fédéral du 21 novembre. Lors de la procédure de consultation, la plupart des intervenants s'étaient opposés à la proposition du Conseil fédéral, car le financement n'aurait été assumé que par les employeurs. L'initiative parlementaire Triponez a d'autant plus de chances d'être réalisée. Le modèle qu'elle propose est plus généreux, il doit être financé sur la même base que l'indemnité pour perte de gain des militaires et garantir le 80 % du salaire durant 14 semaines. Le 29 novembre, le Conseil national a approuvé nettement, avec 124 voix contre 36, le modèle Triponez. La commission va maintenant élaborer une proposition concrète.

## Assurances complémentaires : limitation des taxes administratives

La LAMal permet à tous les assurés de changer d'assureur sans subir d'inconvénients. Les caisses-maladie doivent accepter tous les intéressés sans réserve et indépendamment de leur âge. Ceci ne vaut cependant que pour l'assurance de base. Par contre, il est recommandé de ne changer d'assurance complémentaire facultative que lorsque l'on est en bonne santé, car le nouvel assureur est en droit de formuler des réserves, voire de refuser la conclusion du contrat. Les caisses-maladie n'ont pas le droit de dénoncer les assurances complémentaires d'un assuré qui change d'assurance de base. Cependant, quelques-unes ont tenté de rendre inintéressant le «splitting» de l'assurance de base et des assurances complémentaires en prélevant des taxes administratives élevées. L'Office fédéral des assurances privées a maintenant mis un frein à de telles pratiques. Les taxes ne peuvent pas être supérieures aux frais administratifs effectifs et en aucun cas dépasser 50 % du montant de la prime. Il ne doit donc plus arriver qu'une surtaxe de 12 francs soit perçue sur une prime de 7 francs !

## Nouveau président de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP et des fondations

A l'occasion de l'Assemblée générale de la Conférence des autorités cantonales de surveillance LPP et des fondations qui s'est tenue les 13 et 14 septembre 2001, M. Markus Lustenberger, docteur en droit et avocat à Lucerne, a été élu au poste de Président de la Conférence. Il prend la succession du Dr Cyrill Schubiger, Aarau. Markus Lustenberger a été greffier du tribunal administratif du canton de Lucerne et suppléant du préfet du district de Lucerne. Depuis 1989,

il est directeur de l'Office de la prévoyance professionnelle et de surveillance des fondations du canton de Lucerne. Il est membre du groupe de travail «Renforcement de la haute surveillance» auprès de l'OFAS et directeur de l'agence lucernoise «Informations LPP».

## Nouveaux membres du conseil d'administration de la CNA

Sur proposition du Département fédéral de l'intérieur, le Conseil fédéral a nommé quatre nouveaux membres au conseil d'administration de la CNA, qui comprend des représentants des partenaires sociaux et de la Confédération. Voici la liste des nouveaux membres :

- Béatrice Despland, juriste et directrice adjointe de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel ;
- Marianne Punzar, ingénieure chimiste diplômée, membre du comité de l'association patronale bâloise de l'industrie chimique et pharmaceutique et des entreprises de services ;
- Judith Bucher, secrétaire centrale du Syndicat suisse des services publics (SSP) ;

- Markus Moser, docteur en droit, ancien vice-directeur de l'OFAS et chef de la division assurance-maladie et accidents, actuellement conseiller juridique indépendant.

## La SSPS fête ses 25 ans

La Société suisse pour la politique de la santé (SSPS) a fêté son quart de siècle d'existence le 14 septembre au Kursaal de Berne. Elle a pour principal objectif d'améliorer la politique de la santé et le système de santé. En tant que plate-forme neutre, elle contribue à améliorer la coordination et la coopération. La SSPS est depuis 25 ans le moteur de nombreux efforts de réforme. Son président est le conseiller national thurgovien et avocat Jost Gross, son vice-président le médecin cantonal vaudois, Jean Martin, et son secrétaire central, Gerhard Kocher. La SSPS a son siège à Muri près de Berne. A ce jour, elle a organisé près de 90 réunions à l'échelle de la Suisse entière, ainsi que plus d'une centaine de manifestations régionales. Elle a publié 63 ouvrages sur le système de santé suisse. Pour de plus amples informations, voir la page d'accueil de la SSPS : [www.sggp.ch](http://www.sggp.ch).

## Appel d'offres

Conformément à l'ordonnance sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OLP, art. 20) ainsi qu'à l'ordonnance sur l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle (OEPL, art. 18), l'Office fédéral des assurances sociales prévoit de procéder à des analyses sur les effets de ces deux nouvelles réglementations. Il s'agit avant tout de déterminer si les buts visés ont été atteints et d'analyser les effets accessoires. Les appels d'offres des projets concernés avec les questions à traiter peuvent être obtenus sous : <http://www.bsv.admin.ch/bv/projekte/f/index.htm> comme fichier pdf ou à l'adresse :

Office fédéral des assurances sociales, Centre de Compétence Analyses fondamentales, Analyses des effets OLP/OEPL, Seilerstrasse 8, 3003 Berne

Les offres écrites doivent nous parvenir jusqu'au 28 janvier 2002 au plus tard.

## *Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?*



Photo : Keystone

La plupart du temps, on ne parle des médicaments que par rapport à leur coût et à leur prix. Pourtant, leur importance pour la santé doit d'abord se mesurer par rapport aux prestations. Aujourd'hui encore, plus de deux tiers des maladies connues ne peuvent pas être guéries. Dans la médecine moderne, les médicaments permettent des traitements et des interventions médicales encore inconcevables il y a dix ans. Des patients, autrefois hospitalisés à vie, peuvent aujourd'hui vivre dans leur environnement social, voire même reprendre leur activité professionnelle. C'est grâce aux médicaments modernes que la médecine ambulatoire est possible sous sa forme actuelle. Malgré tout, il est juste que leur prix et leur coût soient discutés. La forte augmentation de leur coût, enregistrée ces dernières années, justifie que l'on se pose la question de savoir si nous les payons trop cher et si nous pouvons lutter efficacement contre cette tendance.

## Le poids du coût des médicaments dans le système de santé suisse

En Suisse, les médicaments, avec un volume de 5 milliards de francs, représentent 12 % des coûts totaux de la santé et, avec 3,2 milliards de francs, 21 % des coûts à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Pour l'année 2000 seulement, les coûts des médicaments remboursés par les caisses-maladie ont augmenté de 380 millions de francs, ce qui constitue, avec l'augmentation des coûts des soins ambulatoires, le facteur le plus important de hausse des primes.



**Fritz Britt**

Chef de la division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS  
fritz.britt@bsv.admin.ch

Les coûts des produits thérapeutiques sont la plupart du temps exprimés en pour-cent par rapport aux coûts totaux de l'assurance-maladie ou à ceux de la santé. Mais on ne les mesure pas en fonction de leur utilité, ce qui nous donne donc une image incomplète. Il est vrai que les évaluations en termes d'économie de la santé dont dispose la CFM pour l'appréciation du prix ne se fondent pas non plus sur des faits. La plupart du temps, en se basant sur les études scientifiques, on constate que le nouveau médicament est effectivement en mesure de remplacer partiellement ou totalement une thérapie. En réalité cependant, il y a combinaison ou succession de deux ou plusieurs traitements, ce qui relativise considérablement l'utilité du nouveau médicament. Lorsque celle-ci se résume à la substitution de prestations médicales par celles d'autres fournisseurs de soins, l'utilisation de nouvelles pharmacothérapies n'entraîne en règle générale pas une diminution des prestations remboursables par les caisses. Mais le patient en retire un bénéfice immédiat et cela ne se reflète pas dans les coûts. En résumé, même si l'utilité d'une nouvelle thérapie médicamenteuse n'est la plupart du temps pas visible au niveau des coûts de l'assurance-maladie, il est

important de prendre en compte cet aspect dans l'appréciation du prix de nouveaux médicaments.

Les prix des médicaments sont élevés en Suisse; c'est statistiquement prouvé. Une analyse plus différenciée met néanmoins en lumière quelques faits intéressants. Ainsi, l'indice du prix des médicaments établi par l'Of-

**Les hausses de prix sont avant tout la conséquence du remplacement des anciens médicaments par de nouveaux, plus coûteux.**

fice fédéral de la statistique – le seul indice des prestations de santé – est pratiquement resté stable, voire même a légèrement régressé de 1993 à 2001. Durant la même période, le volume, estimé en nombre d'emballages, a légèrement augmenté, en moyenne de moins de 1 %. Les hausses des coûts à charge de l'assurance-maladie résultent donc du remplacement des anciens médicaments, moins efficaces et meilleur marché, par des nouveaux produits, plus efficaces mais aussi plus coûteux. Par rapport au niveau européen, les nouveaux médicaments ont des prix identiques, tandis que les anciens sont beaucoup plus chers. Il ne faut pas chercher les raisons de ces disparités dans la politique d'admission ou de régulation des prix, mais dans les différences et les variations des cours du change.

Il est important de poursuivre les efforts visant à amener les prix suisses à un niveau correct.<sup>1</sup> C'est dans cette optique qu'il faut comprendre les mécanismes de contrôle que sont la «comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger» et la «comparaison avec des médicaments offrant une équivalence thérapeutique». De plus, l'amélioration de la procédure d'admission permet d'assurer que les procédures de comparaison s'effectueront dans un délai raisonnable et sur la base de prix concrets. L'objectif de ces mesures est d'arriver à obtenir en Suisse, pour les nouveaux et les anciens médicaments, des prix qui soient comparables à ceux pratiqués au niveau européen.

<sup>1</sup> Voir à ce sujet sur Internet la feuille «Instruments de la LAMal pour freiner les coûts des médicaments» sous <http://www.bsv.admin.ch/kv/aktuell/d/d/FB4-Instrumente-KVG.pdf>.

## Quels médicaments sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire ?

L'assurance-maladie obligatoire rembourse les médicaments qui figurent sur une liste établie par l'OFAS. Pour être admis dans cette liste, un médicament doit être au bénéfice d'une autorisation de mise sur le marché suisse. De plus, il doit être efficace, approprié et économique. Afin de pouvoir déterminer si les conditions d'admission sont remplies, l'OFAS est conseillé par la Commission fédérale des médicaments qui comprend notamment des représentants des facultés de médecine et de pharmacie ainsi que des assurances-maladie.



**Dominique Marquard**  
Section médicaments, OFAS  
dominique.marquard@bsv.admin.ch

### Bases légales

La **loi fédérale sur l'assurance-maladie** (LAMal) du 18 mars 1994 prévoit que l'OFAS édicte une liste des médicaments prêts à l'emploi qui sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire (assurance de base). Celle-ci ne peut pas prendre en charge, pour les traitements ambulatoires, d'autres médicaments que ceux qui figurent expressément dans cette liste, appelée liste des spécialités (LS).

De plus, la LAMal prévoit que le Département fédéral de l'intérieur édicte une liste des substances actives et matières auxiliaires utilisées pour les prescriptions magistrales (liste des médicaments avec tarif, LMT). Les médicaments préparés individuellement par les pharmaciens sur prescription médicale en employant les substances de la LMT sont remboursés par l'assurance de base. Ces préparations ne représentant toute-

fois plus qu'une part modeste du coût des médicaments, nous nous limitons ci-après aux médicaments de la LS.

Le prix indiqué dans la LS ou dans la LMT est le prix maximal qui sera remboursé. Le pharmacien ou le médecin ne peut pas facturer un prix supérieur. Le remboursement n'a lieu que si le médicament a été prescrit par un médecin ou, dans certains cas, par un chiropraticien.

Dans l'**ordonnance sur l'assurance-maladie** (OAMal) du 27 juin 1995, le Conseil fédéral a réglementé en particulier les conditions d'admission d'un médicament dans la LS, la procédure d'admission et de radiation ainsi que le réexamen 15 ans après l'admission dans la LS.

Le Département fédéral de l'intérieur a réglementé, dans l'**ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins** (OPAS) du 29 septembre 1995, les critères d'admission, soit l'efficacité, l'adéquation et l'économicité.

La LAMal prévoit que les établissements hospitaliers et les assureurs maladie conviennent de forfaits journaliers en cas d'hospitalisation en division commune. Ceux-ci englobent en principe également le coût des médicaments. C'est pourquoi des médicaments qui ne figurent pas dans la LS peuvent être remboursés en cas de traitement hospitalier.

### Conditions d'admission

#### Autorisation de mise sur le marché suisse

Pour être admis dans la LS, un médicament doit être au bénéfice d'une autorisation de mise sur le marché suisse. Jusqu'ici l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) était compétent pour l'enregistrement des médicaments alors que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) autorisait la mise sur le marché des produits immunobiologiques et des vaccins. Avec l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2002 de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques, le nouvel Institut suisse sera compétent pour l'admission de l'ensemble des produits thérapeutiques. Il examinera en particulier le rapport risques-utilité du médicament. L'autorité qui délivre l'autorisation de mise sur le marché classe chaque médicament dans une catégorie de remise (soumis à ordonnance, vente libre, etc.). La LS contient à peu près 80 % de produits thérapeutiques soumis à ordonnance. Elle en comprend aussi un certain nombre non soumis à ordonnance, notamment dans le domaine de la médecine complémentaire.

### Efficacité, adéquation et économicité

La LAMal prévoit que l'assurance de base ne prend en charge que les prestations qui sont efficaces, appropriées et économiques. Seuls les médicaments qui remplissent ces conditions sont admis dans la LS.

C'est l'autorité qui autorise la mise sur le marché qui examine l'**efficacité** du médicament. L'autorisation apporte donc la preuve d'une certaine efficacité. Celle-ci, comparée à celle d'autres médicaments, influence l'appréciation de l'économicité.

Concernant l'**adéquation**, l'autorité qui délivre l'autorisation de mise sur le marché contrôle que les emballages et les dosages proposés sont appropriés aux utilisations et dosages qu'elle recommande elle-même. L'OFAS peut considérer qu'un médicament n'est pas approprié lorsque aucun emballage de dimension réduite, permettant de tester si un médicament est bien toléré, n'est proposé à l'admission dans la LS. Un générique est en principe déclaré approprié à la condition expresse que tous les emballages et dosages de la forme galénique du médicament original pour adultes soient annoncés.

L'**économicité**, troisième condition d'admission, est au premier plan des préoccupations de l'OFAS. L'examen porte sur le rapport coût-utilité. L'OFAS juge du caractère économique d'un médicament sur deux niveaux: son prix est comparé, d'une part, avec celui d'autres médicaments semblables et, d'autre part, avec les prix pratiqués à l'étranger.

Pour la *comparaison avec des médicaments semblables*, l'efficacité et le coût d'un médicament par jour ou par cure sont comparés avec ceux d'autres médicaments utilisés pour la même maladie ou présentant des effets analogues. Lorsque le nouveau médicament présente un avantage thérapeutique par rapport aux produits utilisés jusque-là, l'OFAS peut accorder une prime à l'innovation; celle-ci tient compte de manière appropriée des coûts de recherche et de développement.

Pour la *comparaison avec les prix à l'étranger*, l'OPAS prend en considération trois pays dont le secteur pharmaceutique présente des structures économiques comparables au nôtre. L'OFAS effectue actuellement des comparaisons avec l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas. Présentement, il examine avec des représentants de la branche pharmaceutique, des assureurs maladie, de la commission de la concurrence et de la surveillance des prix si le système de comparaison ou les pays de référence devraient être modifiés.

### Réexamen d'un médicament à l'expiration du brevet ou 15 ans après son admission dans la LS

A l'expiration du brevet, mais au plus tard 15 ans après son admission dans la LS, l'OFAS examine si le médicament remplit toujours les conditions d'admission. C'est ainsi que l'OFAS a procédé depuis 1996 à

des comparaisons de prix pratiqués à l'étranger et, en se fondant sur celles-ci, a ordonné des baisses de prix.

### Procédure

#### Commission fédérale des médicaments

La LAMal prévoit que le Conseil fédéral institue plusieurs commissions qui le conseillent pour l'établissement de la liste des prestations qui sont remboursées par l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, la Commission fédérale des médicaments (CFM) conseille l'OFAS pour l'établissement de la LS. Elle est composée de 24 membres qui représentent les groupes d'intérêts suivants:

- quatre personnes des facultés de médecine et de pharmacie (experts scientifiques);
- trois personnes du corps médical, dont au moins une qui représente la médecine complémentaire;
- trois personnes de la corporation des pharmaciens, dont au moins une représentant la médecine complémentaire;
- une personne des établissements hospitaliers;
- cinq personnes des assureurs maladie et accidents;
- deux personnes représentant les assurés;
- deux personnes représentant l'industrie pharmaceutique;
- une personne représentant respectivement l'Office fédéral de la santé publique, les cantons, l'autorité délivrant les autorisations de mise sur le marché et la pharmacie de l'armée.

De plus, la surveillance des prix participe aux séances.

La CFM a institué des sous-commissions qui siègent une fois par trimestre et traitent les requêtes concernant les différents médicaments. Des questions de principe lui sont aussi soumises deux fois par année, en séance plénière.

#### Procédure d'admission

La firme qui commercialise un médicament en Suisse décide si elle veut présenter une requête pour son admission dans la LS. L'OFAS soumet la requête à la CFM. Celle-ci fait une proposition à l'OFAS, qui décide.

Pour un médicament qui remplit les conditions d'admission, la procédure ordinaire dure environ une demi-année. En 1997, l'OICM a introduit une procédure d'enregistrement accélérée pour les nouveaux médicaments contre des maladies graves pour lesquelles aucune thérapie satisfaisante n'existe. Les médicaments qui ont été enregistrés par l'OICM en procédure accélérée sont en règle générale également traités de manière accélérée par l'OFAS. Depuis 1997, une vingtaine d'entre eux ont été admis dans la LS en procédure accélérée.

Les médicaments qui apportent un avantage thérapeutique important ne sont souvent pas ou peu compa-

rables à d'autres produits, et parfois pas encore commercialisés dans les pays de comparaison. Depuis quelques années, l'OFAS admet de tels produits dans la LS, mais pour une *durée limitée*. Après deux ans en général, il compare leur prix à celui qui est pratiqué à l'étranger. L'admission limitée dans le temps peut être assortie de conditions, par exemple l'obligation de livrer certaines données. Depuis 1999, six médicaments ont été admis pour une durée limitée dans la LS.

Si les conditions d'admission sont remplies, l'OFAS décide d'inscrire le médicament dans la LS à partir d'une certaine date et à un prix déterminé. En même temps, il publie l'admission sur Internet<sup>1</sup>. Une fois par année, il publie également une liste imprimée. Dans l'intervalle, les modifications de la LS paraissent dans le bulletin hebdomadaire de l'OFSP.

Les médicaments peuvent aussi être admis avec des limitations. Celles-ci se rapportent principalement à la quantité et à l'indication médicale. Pour des calmants par exemple, un certain nombre d'emballages seulement est remboursé sur une période de trois mois. Autre limitation, certains médicaments coûteux ne sont

remboursés que pour certaines formes de cancer. Il arrive parfois que la firme distributrice puisse prouver ultérieurement d'autres indications médicales à l'autorité responsable de la mise sur le marché. Elle peut, dès lors, présenter à l'OFAS une demande d'élargissement des indications médicales.

Si les conditions d'admission ne sont pas remplies, l'OFAS le communique à la firme requérante. Celle-ci peut dès lors compléter sa demande. Si la contestation porte uniquement sur la condition de l'économie, la firme est parfois prête à baisser suffisamment le prix de son médicament, de manière à ce que l'OFAS puisse le considérer comme économique.

Si l'OFAS considère que les conditions d'admission ne sont pas remplies, la firme requérante peut exiger de l'OFAS une décision négative, susceptible de recours. La Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités (CRLS) constitue la première instance, la deuxième étant le Tribunal fédéral des assurances (TFA).

<sup>1</sup> [www.bsv.admin.ch/sl/liste/ff/index.htm](http://www.bsv.admin.ch/sl/liste/ff/index.htm)

## Les exemples du Xenical et du Viagra

En septembre 1998, la firme Roche SA a déposé une requête pour l'admission dans la LS du **Xenical**, enregistré pour le traitement de personnes souffrant d'un excès de poids. La CFM a proposé une admission pour deux ans, avec limitations : le médicament n'est remboursé qu'en cas d'excès de poids très important (indice de masse corporelle de  $\geq 35$ ) et avec l'accord préalable du médecin-conseil de l'assureur maladie. Sur cette base, l'OFAS a décidé d'admettre le Xenical dans la LS dès octobre 1999. Le Concordat des assureurs maladie suisses et un assureur ont contesté cette décision auprès de la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités (CRLS). En septembre 2000, ladite Commission a accepté le recours. L'OFAS et Roche SA ont contesté cette décision en formant un recours auprès du TFA. Celui-ci a décidé, en date du 3 mai 2001, que les assureurs maladie n'étaient pas habilités à faire recours contre des décisions concernant la LS (ATF 127 V 80 ss). Le TFA avait déjà statué précédemment que le Xenical devait être admis dans la LS pendant la durée de la procédure. Ainsi ce médicament est remboursé depuis octobre 1999, dans le cadre des limitations fixées dans la LS.

En juin 1998, la firme Pfizer SA a déposé une requête pour l'admission dans la LS du Viagra, enregistré pour le traitement de dysfonctionnement érectile. La majorité de la CFM a proposé l'admission avec la limitation suivante : la dysfonction doit exister depuis six mois au moins et être imputable en particulier à des blessures touchant la moelle épinière, à une sclérose en plaques, à la radiothérapie, à des blessures génitales, au diabète ou à des antidépresseurs. De plus, elle demandait de rembourser au maximum quatre tablettes par mois. L'OFAS a suivi l'avis de la minorité de la CFM et a refusé l'admission en juin 1999. Pfizer SA a fait recours contre cette décision auprès de la Commission fédérale de recours en matière de liste des spécialités. Celle-ci a décidé, le 26 mars 2001, que le Viagra devait en principe être admis, avec les limitations proposées par la CFM, complétées par l'accord préalable du médecin-conseil de l'assureur maladie, et en dépit du fait que la question du prix nécessitait encore des éclaircissements. L'OFAS a recouru contre cette décision auprès du TFA, en faisant valoir qu'il est difficile de contrôler l'utilisation limitée du Viagra. De plus, en faisant paraître des annonces rendant le public attentif à la possibilité de traiter l'impotence en allant trouver le médecin, la firme n'a pas tenu compte de l'interdiction de faire de la publicité pour les médicaments inscrits dans la LS. Ainsi le Viagra n'est actuellement pas remboursé par l'assurance-maladie obligatoire. Quelques assureurs le remboursent dans le cadre des assurances complémentaires.

## Le marché des médicaments du point de vue de la Surveillance des prix

L'étude comparative effectuée par la Surveillance des prix dans son Rapport annuel 2000 montre que les efforts accomplis pour maîtriser les prix des préparations remboursées par les caisses portent leurs fruits. Mais elle montre aussi que la simulation du marché doit être renforcée et complétée par des éléments commerciaux réels ; elle ne suffit pas à elle seule.



**Josef Hunkeler**  
Surveillance des prix, Berne  
Josef.Hunkeler@pue.admin.ch

Dès les années quatre-vingts, la Surveillance des prix s'est investie pour une formation des prix des médicaments suisses conforme aux lois du marché.<sup>1</sup> Les différences de prix considérables et dérangeantes par rapport aux autres pays européens, engendrées par les variations du cours du change du début des années septante, ont constitué le point de départ de ses analyses. L'origine du problème a rapidement été identifiée d'une part dans le cloisonnement du marché suisse par rapport à son environnement européen, d'autre part dans l'existence de forces puissantes cherchant à faire profiter aussi longtemps que possible les fournisseurs des avantages de la politique monétaire suisse.

Comme le marché des médicaments, bien organisé en un enchevêtrement d'entraves à l'entrée sur le marché, de marchés et de marges, représentait un système intégré,<sup>2</sup> il a paru nécessaire de rétablir, dans un premier temps au moins au niveau des prix publics, un minimum de vérité des prix. C'est ce qu'a permis d'obtenir l'utilisation conséquente de la comparaison de prix avec l'étranger, prescrite depuis 1996 dans les ordonnances accompagnant la LAMal, pour la majeure partie du marché, c'est-à-dire pour les médicaments remboursables par les caisses-maladie.

### Les prix en Suisse sont encore trop élevés par rapport aux prix à l'étranger

La comparaison des prix de 1700 préparations identiques a montré que le problème des prix élevés, voire excessifs, des médicaments en Suisse n'est toujours pas résolu.

Les prix publics moyens, corrigés de la TVA, sont en 2000 encore plus élevés de 18,7 % en Suisse qu'en Allemagne (CH/D[PP]). Mais cette différence est plus de deux fois plus importante pour les médicaments «hors liste» (33,3 %) que pour ceux délivrés sur ordonnance et admis sur la liste des spécialités (15,9 %).

### Le contrôle des prix dans le domaine de la LS donne des résultats

L'évolution passée montre que les corrections des prix des anciens médicaments, induites par la Surveillance des prix, ont porté leurs fruits, en dépit de quelques concessions réglées dans un «accord» avec la branche pharmaceutique.<sup>4</sup> Il en va de même de l'application systématique des règles de comparaison interna-

#### Comparaison de prix de médicaments identiques<sup>3</sup>

Groupe	n-OICM	CH/D (PP)	PP-CH-(CHF)
LS	1344	1,159	133.40
ex-LS	84	1,156	48.33
Hors liste	272	1,333	104.30
<b>Total</b>	<b>1700</b>	<b>1,187</b>	<b>124.54</b>

#### Structure d'âge des médicaments de la LS

Année intro	n-OICM	CH/D (PP)	PP-CH-(CHF)	
Anciens	50-60	49	0,941	29.27
	61-65	74	1,241	30.84
	66-70	63	1,211	33.53
	71-75	102	1,097	47.96
	76-80	118	1,195	52.52
	81-85	182	1,238	68.32
Nouveaux	86-90	225	1,254	118.21
	91-95	182	1,109	190.40
	96-00	349	1,092	254.11
<b>Total</b>	<b>1344</b>	<b>1,159</b>	<b>133.40</b>	

tionale de prix pour les nouveaux médicaments. Les «classes d'âge» 1981–1985 et 1986–1990 font néanmoins encore apparaître d'importantes disparités par rapport aux ordres de grandeur prévus par les dispositions de l'ordonnance.<sup>5</sup> Le «délai de protection des prix» de ces préparations n'était de toute façon pas encore échu au moment de l'enquête.<sup>6</sup>

L'évolution des prix unitaires des médicaments récemment introduits est intéressante. Le prix de lancement des nouveaux médicaments a massivement augmenté ces dernières années.<sup>7</sup>

### Les disparités sont plus importantes pour les préparations en vente libre que pour celles délivrées sur ordonnance

Si l'on considère l'ensemble des préparations comparées, on observe un phénomène allant à l'encontre de l'effet d'égalisation des prix que l'on attend de la concurrence. Il semble en effet que le rapprochement de la clientèle n'entraîne pas une atténuation des différences de prix internationales. Par exemple, cette différence est pratiquement deux fois plus importante pour les préparations en vente libre (OTC) que pour les préparations délivrées sur ordonnance (Rx), dont l'achat dépend de tierces personnes et qui sont en grande partie remboursées par les caisses. Ce sont les médicaments «hors liste» qui présentent les plus grandes différences de prix.

Les effets du cloisonnement du marché dû à la pratique des autorités chargées des autorisations sont visiblement plus marqués dans ce domaine, et on ne peut guère s'attendre à un effet de maîtrise des coûts du côté des médicaments remboursables contrôlés.

1 Cette présentation se fonde sur les explications données dans le Rapport annuel 2000 de la Surveillance des prix. La version complète se trouve sous [www.Monsieur-Prix.admin.ch](http://www.Monsieur-Prix.admin.ch).

2 Rapport annuel 1994 de la Surveillance des prix, CCSP 1b/1995, p.117–136.

3 L'Allemagne, principal partenaire commercial, a été considérée comme représentative pour cette comparaison. Explication des abréviations: n-OICM = nombre de numéros OICM relevés; CH/D = surestimation des prix suisses (corrigés de la TVA, valeur moyenne); PP-CH-(CHF) = prix moyen actuel en francs suisses (TVA de 2,3% comprise); PP = prix public; PF = prix de fabrication; «ex-LS» concerne les préparations qui ont été supprimées de la LS.

4 Rapport annuel 1998, DPC 1998/5, p. 818–822.

5 Art. 35, al. 1, OPAS: «En règle générale, le prix d'un médicament ne dépasse pas, déduction faite de la taxe à la valeur ajoutée, la moyenne des prix pratiqués dans trois pays dont le secteur pharmaceutique a des structures économiques comparables.» Les pays de référence sont actuellement l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas.

6 Selon cette règle discutable, les prix qui, lors de l'introduction d'un médicament dans la LS, s'étaient formés «correctement», ne devraient pas être corrigés à la baisse «sans raison majeure» durant une période de quinze ans.

7 Remplacer des préparations «anciennes» bon marché par de nouvelles plus chères provoque un phénomène de «renchérissement dû au changement». Ce phénomène est totalement ignoré par les indicateurs de renchérissement de l'indice fédéral des prix à la consommation, mais il joue un rôle important dans l'augmentation actuelle des coûts dans le domaine des médicaments.

### Médicaments LS versus préparations «hors liste»

Groupe	Type	n-OICM	CH/D (PP)	PP-CH-(CHF)
LS	Rx	1240	1,155	142.82
	OTC	104	1,213	21.01
ex-LS	Rx	68	1,130	55.01
	OTC	16	1,268	19.91
Hors liste	Rx	153	1,277	171.30
	OTC	119	1,405	18.17
<b>Total</b>		<b>1700</b>	<b>1,187</b>	<b>124.54</b>

### Protection des prix et brevets

L'analyse actuelle montre que la moitié des médicaments enregistrés sont sur le marché depuis plus de 15 ans, mais que les agents thérapeutiques sont pour la plupart encore plus anciens, ce qui signifie qu'au moins la moitié des médicaments proposés, soit plus d'un tiers du volume du chiffre d'affaires, ne sont plus protégés par un brevet. Ces médicaments peuvent donc être substitués par des génériques et faire l'objet d'importations parallèles. Ces chiffres sont considérablement plus élevés que ceux qui ont été cités lors de la révision de la LAMal à propos de la substitution par les génériques ou à l'occasion du débat sur l'arrêt «Kodak» du Tribunal fédéral concernant les importations parallèles.

### Conclusions

La comparaison de prix avec l'Allemagne montre que les prix sont toujours très élevés en Suisse. Mais elle montre aussi que les mesures prises jusqu'ici ont porté leurs fruits et que les économies réalisées par l'assurance-maladie sociale se chiffrent en centaines de millions de francs.

Même si des différences de prix demeurent, surtout dans quelques groupes thérapeutiques où certains dividendes historiques sont toujours possibles, le marché des médicaments en Suisse, ces dix dernières années – depuis la première intervention de la Surveillance des prix – fait un pas important vers «davantage de concurrence».

Des efforts accrus sont toutefois nécessaires dans cette direction: concrètement, il s'agit d'améliorer la simulation du marché par l'élargissement du nombre des pays de référence et de réduire le «délai de protection des prix» contraire aux lois du marché, voire de le supprimer.

Il faut en outre garantir aux importations parallèles et aux médicaments génériques l'accès libre au marché et appliquer rigoureusement le principe des prix les plus avantageux pour les médicaments remboursables par les caisses. Pour les médicaments de la LS, «nouveau» doit vouloir dire «meilleur ou moins cher».

## Les médicaments permettent-ils de faire des économies dans d'autres domaines ?

La pénurie de ressources disponibles fait l'objet de discussions constantes dans le débat sur le système de santé. Les différents médicaments et groupes de médicaments constituent une ressource dont la contribution est positive en termes de productivité, comme l'ont prouvé de très nombreuses études coût-utilité. Nous n'aborderons pas ci-dessous le domaine de la pharmaco-économie, qui compte désormais parmi les branches reconnues de la recherche, mais nous donnerons quelques indications en renvoyant à des ouvrages spécialisés.



**Thomas D. Szucs**  
Chief Medical Officer  
Hirslanden Holding, Zurich  
thomas.szucs@hirslanden.ch

### Médicaments et innovation

Aujourd'hui, la discussion sur les innovations dans le domaine de la thérapie médicamenteuse n'est plus un débat académique. Sont désormais en cause, très concrètement et pour une durée indéterminée,

- le comportement des médecins en matière de thérapeutique,
- la capacité de financer les innovations et par conséquent aussi
- les bases susceptibles d'assurer le refinancement des firmes pharmaceutiques engagées dans la recherche.

Au sens de la théorie économique de la protection sociale, le postulat d'efficacité exige de garantir, avec les ressources limitées d'une économie nationale, le maximum de bien-être à l'ensemble de la population. Dans un monde où les ressources sont rares, chaque fois qu'on utilise des fonds dans un domaine, on renonce inévitablement à mettre en place un autre projet, et donc on ne peut pas satisfaire le besoin sur lequel aurait été fondé ce projet. Même si, selon les enquêtes réalisées auprès du public, celui-ci accorde une grande impor-

tance à la santé, il n'est pas sûr que si l'on raisonne en termes d'efficacité, l'utilité sociale attendue justifie tous les coûts d'opportunité découlant de tous les projets et de toutes les mesures de santé publique. Afin de concrétiser ce postulat, il faut mettre systématiquement en parallèle les coûts et les prestations de la thérapie médicamenteuse.

La situation est explosive; elle oblige à entamer un vaste débat sur la question de l'efficacité et de l'efficacité des médicaments, au premier plan duquel se trouvent les effets macroéconomiques.

### Emploi des médicaments et macroéconomie

Les études les plus récentes apportent, y compris sur le plan macroéconomique, la preuve qu'une contre-prestation est liée au recours aux médicaments et que, de ce fait, l'opération peut se solder par des économies. L'étude de Frank Lichtenberg a ouvert la voie; elle représente l'une des premières recherches approfondies sur la valeur macroéconomique des produits pharmaceutiques.

Frank Lichtenberg<sup>1</sup> a constaté, durant la période qu'il a étudiée, à savoir de 1980 à 1991/1992, une augmentation considérable des prescriptions de médicaments, accompagnée d'une augmentation des consultations ambulatoires ainsi que d'une nette diminution des admissions en hôpital et des journées d'hospitalisation. Il en arrive par exemple au résultat suivant: une augmentation de 100 prescriptions est associée à une diminution de 1,48 des admissions à l'hôpital et de 16,3 des journées d'hospitalisation. Lichtenberg résume ainsi ses résultats en termes monétaires: une dépense d'un dollar supplémentaire pour les médicaments équivaut à une augmentation des coûts de 1,54 \$ pour les prestations ambulatoires et d'une réduction de 1,11 \$ de l'ensemble des dépenses de santé (cf. **figure** page 317).

Une étude allemande portant sur un thème similaire a été réalisée durant les années 1991 à 1997. Les relations réciproques entre la ressource que constituent les médicaments et les autres biens et prestations de santé, mises en évidence par Lichtenberg et al., ont été confirmées par une étude empirique de Horn et al.<sup>2</sup> Cette étude avait pour objectif de déterminer les effets résultant des différentes stratégies de maîtrise des coûts des HMO, et notamment de l'utilisation de listes de médicaments, sur l'ensemble des ressources utilisées. Elle portait en particulier sur la fréquence des visites de médecins, des admissions à l'hôpital ou aux urgences et des prescriptions de médicaments. Elle se basait sur une

étude prospective réalisée aux Etats-Unis, sur une durée de douze mois, dans six HMO employant différentes stratégies de maîtrise des coûts. Elle prenait en compte l'arthrite, l'asthme, les douleurs et pathologies gastro-intestinales, l'hypertension et les otites, avec un échantillon de 1300 à 3900 patients par maladie. L'analyse mettait en évidence, pour quatre des cinq pathologies étudiées, un lien significatif entre une réduction croissante du nombre de médicaments disponibles – par le biais de listes – et une augmentation des admissions à l'hôpital et aux urgences. Elle montrait aussi une corrélation (quoique statistiquement non significative) avec le nombre de consultations. Les auteurs concluent de ces résultats que les limitations par des listes de médicaments entraînent une augmentation de l'utilisation d'autres biens et prestations de santé. Ils estiment par ailleurs nécessaire de développer des concepts de soins intégrés plutôt que de simples mesures de maîtrise des coûts, seul moyen d'éviter que l'interaction des différentes ressources, au lieu de permettre d'atteindre le but fixé, ait d'autres conséquences contraires à l'objectif de départ.

### Consommation de produits pharmaceutiques et santé de la population

Afin de déterminer les conséquences de la consommation pharmaceutique dans son ensemble sur la santé de la population, Frech et Miller<sup>3</sup> ont analysé la situation dans 21 pays de l'OCDE. Ils ont montré que la consommation pharmaceutique a un effet positif et significatif (tant du point de vue économique que statistique) sur l'espérance de vie résiduelle des personnes de 40 ans et de 60 ans. Les élasticités étaient respectivement de 0,017 et de 0,040. En ce qui concerne les coûts par année de vie sauvée, ils ont observé de grandes différences entre les pays ayant une consommation élevée et ceux ayant une consommation basse. Ces coûts étaient par exemple de 3800 dollars américains en Turquie et de 60000 en France. La non-consommation

pharmaceutique n'avait aucune influence sur la mortalité infantile. En revanche, les auteurs n'ont pas constaté de répercussion sur l'espérance de vie.

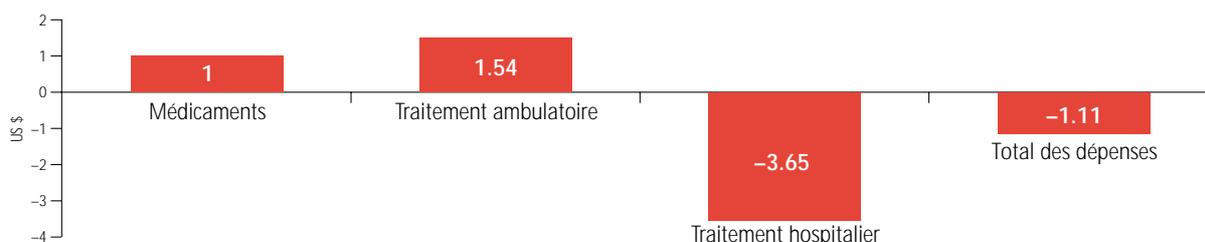
### Budgets des médicaments et comportement en matière de prescription

Schöffski et al.<sup>4</sup> ont étudié les modifications à court terme du comportement des médecins en matière de prescription et d'envoi à des confrères à la suite de l'introduction d'un budget des médicaments en 1993 en Allemagne. Ils ont observé que chez les médecins exerçant en cabinet, le niveau des prescriptions, mesuré d'après la remise de médicaments, avait chuté de plus de 30 % par rapport à la moyenne de l'année précédente. Pour les généralistes et les internistes, l'étude montre que le nombre d'envois à des spécialistes avait, en janvier 1993, augmenté de plus de 11 % par rapport à 1992, ce qui est statistiquement significatif.

- 1 Lichtenberg F. The effect of pharmaceutical utilization and innovation on hospitalization and mortality. Working Paper 5418, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 1996.
- 2 Horn SD et al. Intended and unintended consequences of HMO cost containment strategies. *Am J Managed Care* 1993 ; 3 : 253–264.
- 3 Frech HE, Miller RD. The productivity of Health Care and Pharmaceuticals. An International Comparison. AEI Press, Washington, 1999.
- 4 Schöffski O. Consequences of implementing a drug budget for office-based physicians in Germany. *PharmacoEconomics* 1996 ; 10 (Suppl. 2) : 37–47.

### Effets des médicaments sur le total des dépenses

1

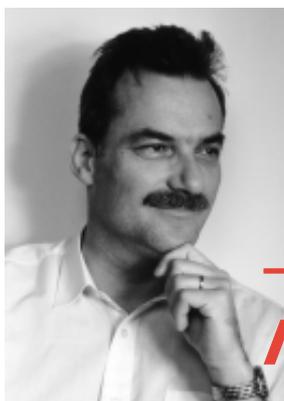


A un dollar dépensé en médicaments correspondent des coûts de 1,54 \$ pour les traitements ambulatoires, mais des économies de 3,65 \$ pour les coûts hospitaliers. Au total, les dépenses de santé diminuent donc de 1,11 \$.

Source : Lichtenberg F., National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, USA ; Working Paper 5418 (1996)

## La RBP va-t-elle juguler la hausse des coûts ?

L'introduction du nouveau système de rémunération basé sur les prestations (RBP), au début de juillet 2001, a bien soulevé des questions ici et là. Mais les partenaires contractuels de la RBP – santésuisse et la Société suisse des pharmaciens (SSPh) – considèrent ce modèle comme un progrès essentiel. Ils en attendent des effets sensibles sur les coûts, comme on a déjà pu le constater sur l'indice suisse des prix à la consommation au 3<sup>e</sup> trimestre 2001.



**Marcel Mesnil**  
Secrétaire général de la Société  
suisse des pharmaciens  
marcel.mesnil@sphin.ch

### La RBP atteint-elle son objectif ? Paramètres mesurables

Les paramètres qualitatifs et quantitatifs suivants démontrent que la RBP agit dans le sens d'une maîtrise des coûts.

#### Effets qualitatifs démontrables de la RBP

- A.1: La RBP neutralise l'incitation à remettre des préparations coûteuses.
- A.2: La RBP neutralise l'incitation à remettre de plus grandes quantités de médicaments.
- A.3: La RBP met fin à la participation automatique de la distribution à l'augmentation de prix.
- A.4: La RBP crée des incitations à une diminution active des coûts.
- A.5: La RBP est liée à des prestations pharmaceutiques qui favorisent l'efficacité.

#### Effets quantitatifs de la RBP

- B.1: Extrapolation des effets directs<sup>1</sup> du passage de l'ancien ordre des marges, réglementé par le marché, à la RBP accompagnée de la révision des prix de la LS et de la convention tarifaire entre la SSPh et santésuisse.

- B.2: Economies réalisables grâce à la substitution de préparations originales par des génériques.
- B.3: Economies réalisables lors de la facturation des médicaments grâce à un examen critique des habitudes de prescription des médecins dans un cercle de qualité médecins-pharmaciens.

### Effets qualitatifs de la RBP

**Ad A.1:** La RBP neutralise l'incitation à remettre des préparations coûteuses

La taxe pharmacien et la taxe patient sont indépendantes du prix des produits. Le prix des médicaments vendus sur ordonnance qui est indiqué sur la LS comprend un montant fixe pour la compensation des frais de distribution. Pour des prix de fabrique compris entre 15 francs et 879 fr. 95, ce montant fixe est constant. Pour couvrir le capital lié à la distribution, le prix de la LS comprend également 15 % du prix de fabrique (réduit à 10 % pour les prix de fabrique à partir de 879 fr. 95 et remplacé par un montant fixe dès 1799 fr. 95). Seule cette part de la rémunération relative à la distribution dépend encore du prix du médicament. Elle a cependant été sciemment ajustée sur le capital-risque effectif, et elle ne constitue donc pas une incitation au gain. Elle ne représente pas non plus un financement croisé des coûts de distribution des médicaments bon marché par des médicaments plus chers, comme c'était le cas dans le système des marges.

**Conclusion: Avec la RBP, le salaire des pharmaciens ne dépend plus du prix des médicaments. Il est lié à la prescription et aux patients.**

**Ad A.2:** La RBP neutralise l'incitation à remettre de plus grandes quantités de médicaments

Dans la quantité globale des médicaments remis, il faut distinguer la quantité des emballages et la quantité de doses uniques. Avec la RBP, seul le nombre d'emballages a encore une influence sur la rémunération des frais d'exploitation. En revanche, la facturation du travail de contrôle et de vérification du pharmacien est désormais indépendante du nombre d'emballages et de

1 On entend par effets directs les effets automatiques, purement mathématiques. En revanche, les potentiels d'économies mentionnés aux points B.2 et B.3 impliquent une participation active des pharmaciens.

2 La quantité de travail de vérification et de conseil ne dépend que du nombre de médicaments différents qui sont prescrits par le médecin. On parle de «ligne d'ordonnance» ou de «position de prescription».

3 3% sur le prix LS du 1.4.2000 au 30.6.2001, puis 3,2% du prix LS révisé dès le 1.7.2001.

doses et ne dépend donc plus que de la prescription.<sup>2</sup> Ce mode de faire est représentatif de la quantité de travail intellectuel des pharmaciens.

**Conclusion :** Dans la mesure où la RBP établit un rapport entre la rémunération et les dépenses, les pharmaciens ne sont plus incités à augmenter la quantité de médicaments vendus.

**Ad A.3 :** La RBP met fin à la participation automatique de la distribution à l'augmentation des prix

Voir A.1: La distribution n'entre plus dans l'augmentation des prix que par la petite marge en pour-cent du capital lié du pharmacien, ce qui est logique, car les coûts et les risques du capital lié augmentent simultanément avec le prix.

**Ad A.4 :** La RBP crée des incitations à une baisse active des coûts

Le remplacement de préparations originales par des génériques est rémunéré conformément à l'art. 4a, al. 1, let. c, OPAS. D'après la convention additionnelle à la RBP conclue entre santésuisse et la Société suisse des pharmaciens, le pharmacien touche 40 % de l'économie réalisée grâce à la substitution, mais au maximum 21 francs (= 20 points tarifaires à 1 fr. 05). La prestation du pharmacien rémunérée de cette façon comprend, d'une part, l'information des patients et le choix du générique approprié et, d'autre part, l'information du médecin (art. 52a LAMal). La rémunération introduite par la RBP pour la substitution par un générique favorise donc aussi le dialogue entre pharmacien et médecin, qui peut se traduire par des substitutions thérapeutiques réductrices de coûts, sans que la qualité ou l'efficacité en souffre.

**Conclusion :** La RBP crée des incitations qui diminuent efficacement les coûts.

**Ad A.5 :** La RBP est liée à des prestations pharmaceutiques qui favorisent l'efficacité

Les prestations contenues dans la taxe pharmacien et la taxe patient aident à éviter les problèmes liés à la prise de médicaments. L'examen soigneux de l'ordonnance (rémunéré par la taxe pharmacien) et la vue d'ensemble de la situation du patient, par rapport aux différents médicaments qu'il prend (rémunéré par la taxe patient), augmentent la sécurité du patient et permettent une prise en charge pharmaceutique optimale. Ce service supplémentaire, apprécié des patients, fidélise la clientèle et optimise du même coup la prise en charge pharmaceutique (pharmaceutical care) puisque le dossier du patient est complet. Autre nouveauté qui va dans le bon sens : l'intérêt des assureurs à encourager la fidélité de leurs assurés à une pharmacie, ce qui induit des économies directes et indirectes.

**Conclusion :** La RBP favorise la vue d'ensemble du pharmacien sur les médicaments que prend un patient et contribue ainsi de manière importante à l'augmentation de l'efficacité et à la sécurité de la pharmacothérapie. L'optimisation de la prise en charge pharmaceutique renferme un potentiel d'économies considérable pour les coûts de la santé.

### Effets quantitatifs de la RBP: pronostics

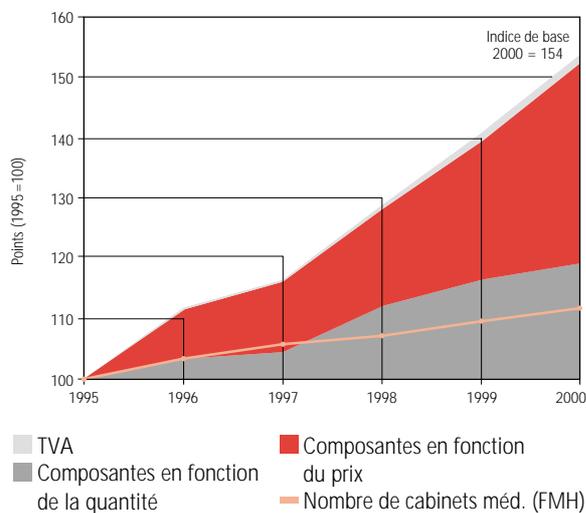
**Ad B.1 :** Extrapolation des effets directs du passage de l'ancien ordre des marges, réglementé par le marché, à la RBP, accompagnée de la révision des prix de la LS et de la convention tarifaire entre la SSPh et santésuisse

Dans l'ancien système, les 30 médicaments les plus vendus coûtaient environ 1 milliard de francs par année à l'assurance de base et représentaient 30 % du marché. Si la RBP était entrée en vigueur en 2000, une économie de 10 % aurait pu être réalisée sur la vente de ces médicaments. Avec la RBP, 27 des 30 préparations réalisant le plus gros chiffre d'affaires sont devenues plus avantageuses (2).

Grâce à la convention tarifaire entre la SSPh et santésuisse, ainsi qu'au montant de stabilisation des coûts de 3 %<sup>3</sup> qui l'accompagne, l'effet d'économie de la RBP a déjà pu se faire sentir depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000. Selon les pronostics, basés sur l'évolution des coûts des médicaments depuis 1996 (**graphique 1**), l'effet d'augmentation du prix moyen des médicaments en 2000 aurait précisément conduit à une augmentation des recettes brutes de la distribution de 3 %.

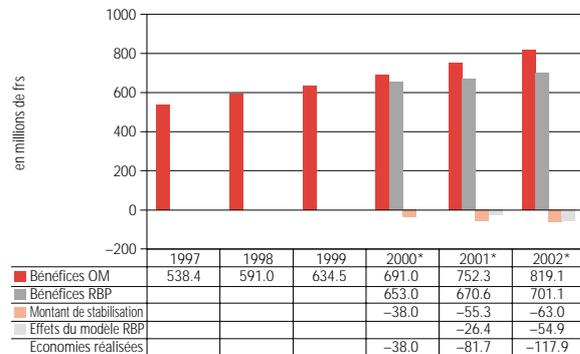
Les hypothèses du **graphique 2** sont fondées sur les données communes des partenaires tarifaires – SSPh et santésuisse – et tablaient sur une introduction de la RBP au 1<sup>er</sup> janvier 2001. Sur ces bases, le montant de stabilisation de 3 % et le modèle RBP génèrent des économies cumulées de 238 millions de francs jusqu'à la fin de 2002.

L'augmentation du coût des médicaments 1



## Economies grâce au système de rémunération basé sur les prestations (RBP) 2

Extrapolations concernant les coûts de 2000 à 2002



OM = ordre des marges ; RBP = rémunération basée sur les prestations ; montant de stabilisation = 3 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000

**Economies réalisées sur 3 ans = 238 millions de francs !**

### Ad B.2 : Economies réalisables grâce à la substitution

En 2001, la part du chiffre d'affaires des médicaments à charge de l'assurance obligatoire de soins non substitués par des génériques, mais qui pourraient l'être, est de l'ordre de 500 millions de francs. La différence de prix entre le médicament original et le générique étant de 20 % en moyenne, le potentiel d'économies se situe aux environs de 100 millions de francs. Mais chaque année, les brevets de préparations coûteuses tombent dans le domaine public, et celles-ci peuvent donc être remplacées par des génériques. La réalisation d'économies par ce biais constitue donc une mission de longue haleine pour les pharmaciens – une raison de plus pour opérer un changement de mentalité dans le sillage de la RBP.

**Conclusion : Un changement de mentalité chez les pharmaciens, les médecins et les patients est engagé par la RBP, mais cela demande du temps. La réalisation d'économies grâce à la substitution constitue une mission de longue haleine, à laquelle la RBP apporte logiquement sa contribution.**

### Ad B.3 : Economies réalisables dans des cercles de qualité médecins-pharmacien

En admettant que les médecins établissent leurs prescriptions sans être influencés par des incitations financières (c'est le cas des médecins prescripteurs, mais pas de ceux qui vendent eux-mêmes les médicaments) et que les pharmaciens soient rémunérés par rapport aux prestations fournies (c'est le cas avec la RBP), et si de plus, les deux professions sont prêtes à exploiter leurs compétences et à coopérer, il est prouvé désormais qu'un examen critique des types d'indication représentant le plus gros chiffre d'affaires suffit à réaliser des économies de l'ordre de 10 000 francs par cabinet médical et par année sur le coût des médicaments (3).

**Conclusion: La correction des incitations permet aux fournisseurs de prestations une collaboration conforme aux objectifs fixés. Le rapport coûts/utilité est ainsi optimisé tout en maintenant la qualité – voire même en l'améliorant.**

## Conclusion générale

Les comparaisons dans le domaine des paramètres qualitatifs montrent que le changement de système (passage de l'ancien ordre des marges à la RBP accompagnée de l'introduction du montant de stabilisation) va à lui seul générer jusqu'à la fin de 2002 **des économies de plus de 200 millions de francs.**

On ne peut pas encore mesurer l'effet quantitatif que la RBP produira selon la disposition des pharmaciens et des patients à opter pour la substitution par des génériques. On n'en a donc pas tenu compte dans les estimations, mais cela devrait entraîner des **économies supplémentaires.**

On n'a pas tenu compte non plus des économies de soins en général réalisables grâce à l'intensification des conseils (vue d'ensemble des médicaments pris par chaque patient, fidélisation de la clientèle, observation accrue du traitement prescrit de la part des patients et utilisation correcte des médicaments grâce à des demandes de conseil plus nombreuses). L'évaluation de ces paramètres n'est malheureusement pas possible dans un proche avenir, car aucun assureur représentatif ne dispose des données correspondantes sous la forme nécessaire.

Néanmoins, les premières analyses des données du marché pour le 3<sup>e</sup> trimestre 2001 montrent déjà que les nouveaux prix de la LS ont entraîné la baisse des coûts escomptée et confirment donc les modélisations effectuées. Mais les effets de la RBP sont également visibles dans l'indice suisse des prix à la consommation : les prix des médicaments ont baissé de 3,5 % en moyenne de juillet à octobre (5).

### Bibliographie:

1. Max Brentano und Bernd Schips, *System zur Honorierung der Apothekerleistungen, ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen*, Institut de recherches conjoncturelles de l'EPF de Zurich, avril 2001.
2. *Faits et chiffres du domaine de la santé, santé suisse*, octobre 2001.
3. *Cercles de qualité médecins-pharmaciens dans le canton de Fribourg*. Dossier et diverses publications sur demande.
4. *Convention tarifaire RBP et convention complémentaire RBP entre santé suisse et la SSPh, 2001*. Auprès du Conseil fédéral pour approbation.
5. *Communiqué de presse de l'OFS*, octobre 2001.

## Un nouveau «remède» pour baisser les coûts : les importations parallèles

Jusqu'à maintenant, les importations parallèles de médicaments – l'importation, par un autre distributeur, d'un médicament déjà enregistré en Suisse – n'étaient pas autorisées pour des raisons de police sanitaire. L'Office intercantonal de contrôle des médicaments appliquait le principe «un médicament, un distributeur», indépendamment du fait qu'il s'agisse ou non d'un produit protégé par un brevet. Ceci va changer avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques.



**Thomas Schuler**  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
thomas.schuler@bag.admin.ch

Dans son message du 1<sup>er</sup> mars 1999 relatif à la nouvelle loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPT), le Conseil fédéral prévoyait d'assouplir cette interdiction. Afin de garantir à la fois la sécurité des médicaments et la protection des patients ainsi que les droits des détenteurs de brevets, il a fixé des conditions-cadres légales claires. La même année, le Tribunal fédéral statuait que le principe de l'épuisement national prévalait selon la loi suisse sur les brevets (ATF 126 III 129 KODAK). Selon cet arrêt, le détenteur d'un brevet peut s'opposer à l'importation parallèle de médicaments protégés par des brevets. Dans ce contexte, les dispositions légales régissant les importations parallèles ont donné lieu à d'âpres controverses lors des débats parlementaires et ont été contestées jusqu'aux votations finales.

La loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2002, a fixé les trois principes suivants :

- l'importation d'un médicament déjà autorisé en Suisse par un autre responsable de la mise sur le marché est permise à certaines conditions ;
- ce médicament importé doit être préalablement autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (institut), mais selon une procédure simplifiée d'autorisation de mise sur le marché ;
- l'institut ne peut pas délivrer d'autorisation de mise sur le marché pour un médicament protégé par un brevet.

Concrètement, en vertu de l'art. 14, al. 2, LPT, un médicament importé ne peut bénéficier de la procédure simplifiée d'autorisation que s'il répond aux mêmes exigences que celui qui fait déjà l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en Suisse. De plus, il doit provenir d'un pays disposant d'un système d'autorisation de mise sur le marché équivalent au nôtre (par exemple d'un pays de l'UE). Enfin, le deuxième requérant doit être en mesure de garantir de façon durable que tous les médicaments dont il assure la distribution remplissent les mêmes exigences de sécurité et de qualité que ceux du premier requérant (médicament original).

Les conditions d'autorisation sont réglées en détail (art. 16–19) par l'ordonnance de l'Institut du 9 novembre 2001 sur l'autorisation simplifiée.<sup>1</sup> Le deuxième requérant doit notamment disposer d'une autorisation de fabrication ou d'importation et présenter certains documents administratifs, comme c'est d'ailleurs le cas pour une autorisation ordinaire de mise sur le marché. Il doit prouver en outre que la désignation du produit, l'information destinée aux professionnels et l'information destinée aux patients ainsi que les données figurant sur l'emballage du médicament importé sont identiques à celles du médicament original. Cette exigence permet de distinguer le médicament importé d'un médicament en co-marketing.

L'art. 14, al. 3, LPT stipule que les importations parallèles de médicaments ne sont pas autorisées aussi longtemps que la préparation originale est protégée par un brevet et charge le Conseil fédéral de régler la procédure visant à faire valoir cette protection. L'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments règle ladite procédure à l'art. 18. Il appartient au titulaire de l'autorisation du médicament original de rendre vraisemblable qu'il est protégé par un brevet. Il est donc clair qu'il n'a pas à apporter la preuve stricte, au sens juridique du

<sup>1</sup> Tant que la loi sur les produits thérapeutiques et les ordonnances d'application ne sont pas publiées dans la Feuille Fédérale, les textes provisoires peuvent être consultés à l'adresse Internet <http://www.bag.admin.ch/heilmitt/aktuell/f/index.htm>.



Photo : Keystone

terme, de l'existence de la protection du brevet : les exigences en la matière sont donc moins sévères. Cela signifie aussi que l'institut n'a pas la compétence de statuer définitivement sur l'existence ou la non-existence d'un brevet. L'art. 14, al. 3, LPT précise expressément que le droit de la propriété intellectuelle est réservé. Ainsi, le deuxième requérant est libre, après avoir reçu une décision négative, de porter l'affaire devant un tribunal civil.

Il est difficile de savoir si les «importations parallèles» de médicaments constituent un moyen efficace de faire baisser les prix des médicaments. Cela dépendra de la volonté des entreprises d'effectuer de telles importations dès 2002, en tenant compte des conditions légales en vigueur à cette date. Dans quelle mesure feront-elles usage de cette possibilité, et quelle en sera la répercussion sur le prix des médicaments? Pour l'instant, nous en sommes réduits à des spéculations.

Importations parallèles

## Mettre fin au protectionnisme envers les médicaments



**Rudolf Strahm**

Conseiller national, Herrenschwanden BE  
strahm.gmbh@bluewin.ch

La Suisse constitue, sur le marché des produits pharmaceutiques, un îlot de cherté. Le marché suisse des médicaments est presque entièrement cloisonné, empêchant le libre jeu de la concurrence, et toute éventuelle modification de la législation est contrecarrée par une alliance d'intérêts entre la branche pharmaceutique, les pharmaciens et les organes étatiques (OICM et Office fédéral de la santé publique). La stratégie de la branche pharmaceutique consiste à segmenter artificiellement le marché en multipliant procédés de conditionnement, obligations d'annoncer, tailles d'emballages et filières commerciales.<sup>1</sup>

Le principal problème réside dans l'interdiction des importations parallèles, c'est-à-dire des médicaments similaires importés de l'étranger par d'autres distributeurs que ceux officiant pour les multinationales pharmaceutiques. L'arrêt du Tribunal fédéral de décembre 1999, en l'affaire Kodak/Jumbomarkt, qui s'avère catastrophique du point de vue de la concurrence, a encore accentué le protectionnisme défavorable au consommateur qui règne dans l'îlot suisse.

### Une autorisation générale contrôlée des importations parallèles

Pour permettre les importations parallèles, quatre choix politiques s'imposent :

1. Le plus urgent est une *procédure simplifiée d'autorisation de mise sur le marché*, à partir de 2002, pour les médicaments dont le brevet est parvenu à expiration. On sait que dans la loi sur les agents thérapeutiques, l'art. 14, al. 2, a été introduit afin de faciliter enfin

l'importation parallèle des médicaments qui se trouvent dans ce cas (et qui représentent pratiquement 40 % du marché pharmaceutique).

L'arrêté d'application de l'institut des produits thérapeutiques semble se transformer en ordonnance d'empêchement. Un grossiste européen de premier plan a qualifié le projet de « clause d'empêchement ». Avec les dispositions formulées dans le projet, ce gros importateur ne pourrait pas organiser la moindre importation parallèle vers la Suisse.

L'ordonnance doit éliminer les obstacles bureaucratiques et administratifs ; elle doit autoriser, sans entraves ni contrôles bureaucratiques, les importations parallèles en provenance de pays ayant des procédures d'autorisation et des normes de qualité similaires. Il suffit qu'elle régleme la procédure d'inscription pour la Suisse et les contrôles par sondages.

2. La meilleure solution serait sans aucun doute une *autorisation générale des importations parallèles basée sur une pratique relevant du droit des cartels*. Il faut ajouter dans la loi sur les cartels, à l'occasion de la future révision, un article autorisant l'importation parallèle basée sur la concurrence. On sait que la CER du Conseil national, par sa motion 00.3412 (importations parallèles : modification de la loi sur les cartels), a demandé l'interdiction de tout obstacle à la concurrence sous prétexte de droit des brevets. Cette motion a été rejetée de justesse – par 89 voix contre 83 – au Conseil national le 22 mars 2001, après un lobbying intensif des milieux intéressés.
3. Une variante de l'autorisation générale des importations parallèles permettrait d'aller plus loin : ce serait, à moyen terme, de prévoir un *épuiement des droits des brevets sur le plan régional et européen intérieur*. Cette mesure, qui nécessiterait une modification du droit des brevets et un accord de réciprocité avec l'UE, rendrait impossible le cloisonnement du marché par pays.
4. La dernière mesure, nécessaire et urgente, est une *harmonisation avec l'autorisation de mise sur le marché des médicaments dans l'UE*. Jusqu'à présent, le Seco s'était opposé à cette harmonisation, là encore probablement sous l'influence des milieux intéressés. Pour les futures autorisations, les grandes firmes pharmaceutiques suisses utiliseront l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA). On ne voit pas pourquoi la Suisse devrait, à des fins de cloisonnement du marché, se singulariser une fois de plus par une procédure d'autorisation particulière.

<sup>1</sup> Vous trouverez le texte dans son intégralité sur le site [www.rudolfstrahm.ch/Aktuelles](http://www.rudolfstrahm.ch/Aktuelles) : Strategie Pharmakosten (une stratégie pour les coûts pharmaceutiques).

## ***Décisions de la conférence sur les médicaments du 2 juillet 2001***

Invités par la conseillère fédérale Ruth Dreifuss, les partenaires de la santé ont participé à Berne à une conférence sur la maîtrise des coûts des médicaments. Les participants ont assisté à un exposé sur les modifications de la pratique actuelle (substitution par des génériques, nouveau mode de rétribution). Puis ils ont réfléchi à des nouvelles mesures susceptibles de favoriser la maîtrise des coûts à court.

Fritz Britt, Chef de la division principale AMA, OFAS

Des représentants et représentantes des organisations de médecins, de pharmaciens, de l'industrie pharmaceutique (y compris les fabricants de génériques), d'assureurs-maladie et de patients et assurés ont débattu de quatre grands thèmes avec le préposé à la Surveillance des prix, des représentants de la Commission de la concurrence et d'autres organes de la Confédération. Les participants ont abouti à un consensus sur les buts que doivent atteindre les mesures de maîtrise des coûts discutées. Leur collaboration s'est concrétisée par divers projets mis en œuvre au cours du deuxième semestre 2001.

Les propositions vont dans le sens d'une meilleure information des patients, d'une formation améliorée des pharmaciens et des médecins, du développement des cercles de qualité, de la mise sur le marché de conditionnements d'une taille plus adéquate, de la promotion accrue des génériques ainsi que de l'examen de la procédure de fixation des prix.

### **Premier thème**

Dans le domaine de la maîtrise du volume des médicaments prescrits/«observance», il s'agit en premier lieu de favoriser les efforts communs en vue d'une meilleure information des patients, de veiller à mettre sur le marché des conditionnements adéquats et de soutenir les cercles de qualité réunissant médecins et pharmaciens. Concrètement, il est nécessaire de mener des campagnes d'information. Les fournisseurs de prestations, qui ont pour rôle de conseiller les patients dans le cas concret de la prescription ou de la remise de médicaments, doivent être formés en conséquence. Enfin, l'élimination de certains groupes thérapeutiques de la liste des spécialités (LS) permettra d'éviter des ordonnances inutiles, ce qui sera vérifié par un groupe d'experts.

### **Deuxième thème**

Dans le domaine de la distribution, il faut arriver à une plus grande transparence de la chaîne. La répercussion des avantages ou des rabais, ainsi que des conditions-cadre pour de nouvelles filières de distribution, feront l'objet d'un examen approfondi. La transparence peut être améliorée par la publication des prix et de leur structure. En outre, l'entrée en vigueur au 1er janvier 2002 des dispositions prévues à l'art. 33 de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques (LPT), ainsi qu'aux art. 56, al. 3 et 92, let. d, LAMal, sera suivie par un groupe de travail émanant de l'OFAS, avec pour objectif de mieux prendre en compte les rabais et bonus.

### **Troisième thème**

En ce qui concerne la substitution par des génériques, il s'agit surtout de veiller à une application efficace en pratique des mesures légales déjà en vigueur. L'information des patients joue un rôle essentiel pour renforcer la confiance dans ce type de médicaments. On examinera de plus près l'obligation d'indiquer systématiquement les principes actifs, ainsi que la pratique du «bundling» (obligation d'acheter l'ensemble d'un assortiment), notamment dans les hôpitaux.

### **Quatrième thème**

En matière de procédure, un groupe de travail examinera les points suivants :

- a. L'examen de la procédure d'admission à l'assurance-maladie pour ce qui concerne les documents à fournir, le parallélisme de la procédure ainsi que l'introduction d'une période probatoire de deux ans, c'est-à-dire l'éventualité d'une admission provisoire avec vérification définitive dans un délai de deux ans. Ce délai correspond à la limitation à deux ans des autorisations récemment accordées par la Commission fédérale des médicaments.
- b. L'adaptation ou du moins l'élargissement du groupe des pays de référence, qui permettrait de rapprocher les prix du niveau européen, mais aussi de mieux étayer le contrôle des prix.
- c. Enfin, le contrôle des procédures visant à faire rembourser les importations parallèles par les caisses-maladie, ainsi que d'autres autorisations simplifiées prévues par la LPT.

Conscients de leurs obligations en matière de protection des consommateurs, les représentants des pharmaciens et des médecins pharmaciens se sont déclarés d'accord pour indiquer le prix sur l'emballage du médicament.

Le train de mesures proposé par le Parti socialiste suisse (PS)

## Economiser un milliard de francs sur les coûts des médicaments ?

En l'an 2000, les dépenses pour les médicaments ont franchi en Suisse la barre des 5 milliards de francs. Les coûts des médicaments dans l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) se sont élevés à 3,24 milliards de francs, soit 21 % du total des prestations, en augmentation de 11,5 % par rapport à 1999. Dans les années précédentes, ce type de prestations était celui qui connaissait les plus forts taux de croissance, avec bon an mal an 7 à 10 %. «Cela ne peut plus continuer ainsi !», proteste le PS, qui publie sur Internet ses recettes pour renverser la vapeur.<sup>1</sup> La rédaction

La plupart des propositions présentées par le PS ne sont pas nouvelles, mais c'est la première fois que toutes les mesures qu'il préconise sont réunies dans un seul et même document et que les économies qu'elles permettraient de réaliser sont, lorsque c'est possible, chiffrées. Le PS estime que l'on pourrait économiser un milliard de francs par année.

### 1. Bannir les médicaments des poubelles

Chaque année, des médicaments pour une valeur de plus de 500 millions de francs atterrissent dans les poubelles. Des enquêtes montrent que les patients interrompent jusqu'à 40 % des thérapies médicamenteuses. Ces quantités élevées de déchets peuvent être réduites de moitié au moins avec des moyens simples.

Proposition: les médicaments doivent être remis dans des emballages aussi petits que possible et adaptés à la thérapie suivie. Il faut de la part des médecins une pratique de prescription adaptée au patient. Les personnes en traitement doivent être associées de manière plus soutenue aux décisions portant sur la prise ou non de médicaments et être mieux informées sur les avantages et les inconvénients de ceux-ci.

### 2. Prescrire des génériques

La part de marché des génériques en Suisse est plus faible que dans tout autre pays européen.<sup>2</sup> Elle dépasse à

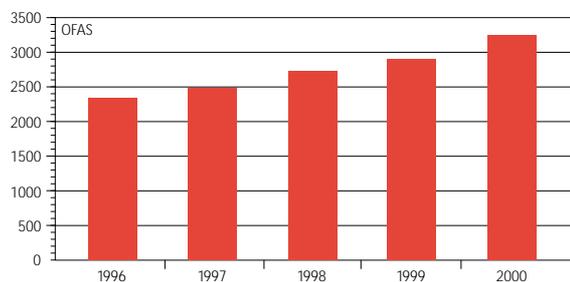
peine les 3 %, alors même que 40 % des médicaments du marché pourraient être remplacés par des génériques. Il est vrai que, depuis le 1er janvier 2001, les pharmaciens ont le droit de remplacer des médicaments originaux par des génériques. Mais ce droit de substitution reste pratiquement sans effet, car le dédommagement minime promis au pharmacien n'est pas suffisant pour l'inciter à modifier le choix du médecin et à convaincre le patient du bien-fondé de cette substitution.

**Proposition:** on n'obtiendra l'effet d'économie souhaité que si les premières personnes de confiance (médecins hospitaliers, médecins en cabinet privé) ont l'obligation de prescrire des génériques à la place de préparations originales coûteuses, pour autant qu'aucune raison médicale ne s'y oppose.

### 3. N'admettre de nouveaux médicaments que s'ils sont meilleurs ou moins chers

Si les coûts dus aux médicaments augmentent fortement, cela tient moins à une augmentation de la quantité des préparations qu'au fait que les médicaments deviennent de plus en plus chers, des médicaments bon marché étant de surcroît remplacés par des médicaments chers. Les prix par emballage augmentent chaque année de 5 %. Or, le principe de l'économicité des prestations inscrit dans la LAMal donne la possibilité de n'admettre des médicaments que s'ils sont effec-

### Médicaments en ambulatoire: 1 1996–2000 plus 43,5 %



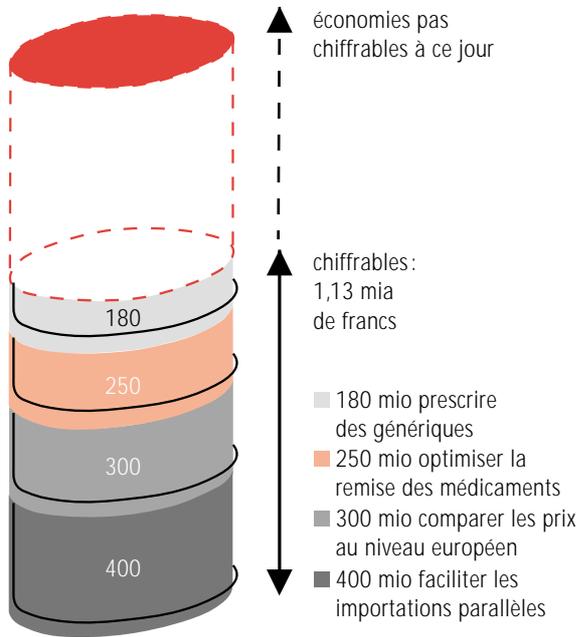
Les coûts des médicaments qui sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire n'ont pas cessé d'augmenter ces dernières années. En 1996 ils atteignaient 2,3 milliards de francs ; en 2000, 3,3 milliards de francs. L'augmentation est donc de 43,5 %. Ces chiffres ne concernent que les médicaments délivrés en ambulatoire (médecins et pharmaciens). Ne sont pas compris les médicaments utilisés dans les hôpitaux et dans les homes pour personnes âgées.

1 Les prix des médicaments donnent la migraine : économisons 1 milliard de francs par an ! Un train de mesures proposé par le Parti socialiste suisse lors de la conférence de presse du 7 septembre 2001.

2 La part de marché des médicaments génériques s'élève en Suisse à 3,2 % du marché pharmaceutique, contre 30 % en Hollande, 17 % en Allemagne, 18 % au Canada et 12 % aux Etats-Unis (estimations Mepha Pharma, «NZZ» du 17.7.2001, p. 22).

## Economies possibles grâce aux mesures préconisées par le PS

2



Ne sont pas retenus ici environ 130 mio de francs avec la réduction de la marge pour les pharmacies (après environs 5 ans).

tivement meilleurs ou plus avantageux. La pratique actuelle ne tire pas profit de cette possibilité.

**Proposition:** n'autoriser de nouveaux médicaments que pour autant qu'ils comportent une nouvelle utilité médicale démontrable ou qu'ils réduisent les coûts du traitement. Pour éviter que l'admission de nouveaux médicaments ne puisse être obtenue de force après avoir retiré du marché d'anciennes préparations importantes, il faut introduire la possibilité des importations parallèles.

### 4. Généraliser l'admission contrôlée des importations parallèles

Se fondant sur la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques (LPT), qui doit entrer en vigueur au début de 2002, le Conseil fédéral va publier prochainement une «ordonnance sur la procédure simplifiée d'autorisation de mise sur le marché des médicaments». Cette ordonnance doit notamment réglementer l'admission de médicaments pour lesquels la durée de protection du brevet a expiré. Le PS craint que l'admission des importations parallèles n'en demeure pas moins extrêmement restrictive. A l'heure actuelle, la loi sur les cartels n'offre pas non plus de bases permettant de faire jouer la concurrence des importations parallèles.

**Proposition:** dans le cadre de la révision prochaine de la loi sur les cartels, il faut introduire une disposition affirmant que le droit de la propriété intellectuelle (brevets) ne peut être invoqué pour constituer un obstacle au marché. En d'autres termes, la protection des brevets doit rester une garantie aussi bien pour les produits étrangers qu'indigènes, mais elle ne doit pas servir de prétexte pour empêcher abusivement les importations parallèles. Les autres propositions visant à faciliter ces dernières sont précisées dans l'article du conseiller national Rudolf Strahm, à la page 323.

### 5. Comparer de préférence les prix avec la moyenne européenne

La comparaison des prix introduite sous l'influence du lobby des pharmaciens ne prend en considération que les trois pays connaissant les prix les plus chers: l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas.

**Proposition:** la comparaison des prix doit se fonder sur la moyenne des prix des produits pharmaceutiques dans les pays de l'UE. Il faut modifier en ce sens l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). En outre, le prix des nouveautés pour lesquelles il n'existe pas encore de comparaison avec les autres pays doit être fixé provisoirement pour deux ans, puis être soumis à la comparaison internationale normale.

### 6. Harmoniser l'admission des médicaments avec le système en vigueur dans l'UE

L'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) est au niveau de l'UE l'organisme compétent pour l'admission de tous les produits pharmaceutiques. Elle est indépendante du lobby pharmaceutique et plus sévère que les autorités suisses correspondantes. On ne comprend pas pourquoi la Suisse devrait se distinguer une nouvelle fois par des procédures d'admission particulières.

**Proposition:** La Suisse doit reconnaître les déclarations d'admission de médicaments prononcées par l'EMA, ou à tout le moins chercher à collaborer plus étroitement avec elle.

### 7. Réduire la marge des pharmacies

La densité des pharmacies en Suisse est beaucoup trop forte en raison de la marge trop confortable autorisée sur les produits, et cela se traduit par des prix trop élevés.

**Proposition:** il faut réduire cette marge de 1 % par an (par rapport au prix de vente) pendant les dix prochaines années. Cette mesure est du ressort de l'Office fédéral des assurances sociales et de la Commission fédérale des médicaments. Mais il faut aussi modifier pour cela l'OPAS.

Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?

## Des personnalités de la politique et de l'économie répondent



**Thomas B. Cueni**  
Secrétaire général Interpharma  
tcueni@interpharma.ch

### 1. Les coûts des médicaments sont-ils trop élevés en Suisse ?

Non,

- car nous dépensons en Suisse seulement 11 % de nos coûts de santé pour les médicaments, contre 21 % en France, par exemple ;
- car souvent les nouveaux médicaments augmentent les chances de survie et accélèrent la guérison ;
- car les nouveaux médicaments contribuent à économiser des frais en réduisant la durée des hospitalisations et le nombre des consultations.

### 2. Où pourrait-on selon vous économiser le plus ?

Le médicament le plus cher est celui que le médecin prescrit, que la caisse rembourse, mais que le patient ne prend pas ou ne prend pas correctement. Nous obtiendrions un approvisionnement en médicaments bien plus efficace si nous consacrons, à améliorer la qualité de cet approvisionnement et à augmenter la compliance, ne fût-ce qu'une partie des énergies que nous gaspillons aujourd'hui dans des discussions sur les prix et les coûts. Pour donner juste un exemple : près de 60 % des frais de traitement en cas de diabète sont dus aux hospitalisations. Pris à temps et correctement, les médicaments permettent d'éviter les hospitalisations coûteuses ou de réduire leur durée.

### 3. Le nouveau modèle de rémunération est-il le bon moyen ?

L'industrie pharmaceutique approuve la direction prise par le nouveau modèle. Le principe d'une rémunération des prestations du commerce et des pharmacies qui soit pour l'essentiel indépendante des prix a pour effet de faire baisser le prix de médicaments nou-

veaux, innovateurs et, en règle générale, plus chers. Il permet de freiner la hausse des coûts à l'avantage des caisses-maladie et des patients.

### 4. Quelles autres mesures tenez-vous pour efficaces et réalisables ?

Si la Suisse entend maintenir sa position de leader mondial de la recherche pharmaceutique, elle continuera de récompenser l'innovation et de respecter la protection des brevets et la liberté thérapeutique. Mais les firmes engagées dans la recherche sont prêtes à apporter leur contribution à la maîtrise des coûts. Outre les mesures déjà mises sur les rails – importations parallèles après expiration des brevets, autorisation de la substitution par des génériques, rémunération basée sur les prestations, comparaison des prix après expiration des brevets, – nous envisagerions un renforcement de la pression sur les prix après expiration des brevets, le retrait de certains groupes thérapeutiques de l'assurance de base, ainsi que des mesures dans le domaine de la participation des patients aux frais.

*Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?*

**Walter P. Hölzle**  
 Directeur VIPS  
 walter.hoelzle@hbpc.ch

L'Association des importateurs de spécialités pharmaceutiques (VIPS) attache une grande importance à ce qu'on donne enfin une chance aux nombreux changements décidés et à ce qu'on abandonne le principe de l'action pour l'action, dont les conséquences sont plutôt chaotiques. De manière générale, il faut bien voir que la thérapie médicamenteuse constitue la possibilité la plus avantageuse et la plus éprouvée d'aider durablement les patients. L'industrie pharmaceutique a déjà passablement contribué à ce que les frais de thérapie en Suisse soient adaptés à ceux pratiqués dans des pays comparables.

### 1. Les coûts des médicaments sont-ils trop élevés en Suisse ?

Les prix de fabrication en Suisse sont aujourd'hui plutôt dans le bas de la gamme des prix européens, ce qui pose des problèmes aux firmes locales, car elles ne peuvent pas agir sur le niveau des prix en Suisse. Celui des innovations est dans la moyenne européenne, et celui des produits plus anciens est adapté au bout de quinze ans. En conclusion, les médicaments sont extrêmement avantageux en Suisse, surtout si l'on compare le pouvoir d'achat.

### 2. Où pourrait-on selon vous économiser le plus ?

Il est possible de réaliser des économies importantes en mettant l'accent sur l'information, afin d'améliorer durablement la compliance. Il est également prouvé par de bonnes études scientifiques que la promotion de nouvelles thérapies modernes peut produire des économies. (Lichtenberg Frank : « Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence from the 1996 MEPS. » Health Affairs, vol. 20, No 5, sept. 2001.)

### 3. Le nouveau modèle de rémunération est-il le bon moyen ?

L'industrie juge positivement le nouveau modèle de rémunération basée sur les prestations, qui va selon elle dans le sens d'une neutralisation des incitations. Nous

tenons à ce que le nouveau système soit appliqué, afin que nous puissions par la suite en analyser les résultats.

### 4. Quelles autres mesures tenez-vous pour efficaces et réalisables ?

La VIPS est convaincue qu'un marché libre et libéral est susceptible de produire les meilleurs résultats pour tous les intéressés, dans le secteur pharmaceutique comme dans les autres.



Photo : Keystone

*Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?***Simonetta Sommaruga**

Conseillère nationale, présidente de la Fondation pour la protection des consommateurs  
 sommaruga@konsumentenschutz.ch

**1. Les médicaments coûtent-ils trop cher en Suisse ?**

En Suisse, les médicaments coûtent en moyenne de 50 à 70 % plus cher que dans les pays d'Europe où les prix sont soi-disant normaux, comme la France, la Belgique ou le Royaume-Uni. Mais une comparaison avec les pays où les prix sont élevés, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, montre que dans ce cas aussi les ménages suisses déboursent au bas mot un milliard de trop pour leurs produits pharmaceutiques.

Le niveau exagérément élevé des prix résulte d'une politique de cloisonnement qui dure depuis longtemps et ne permet pas à la concurrence de jouer. Cela est d'autant plus absurde que les premiers bénéficiaires de cette situation ne sont pas les entreprises suisses ni, par conséquent, la place économique suisse. Plus des deux tiers (68 %) des médicaments sont en effet importés. Autrement dit, des entreprises pharmaceutiques étrangères, actives au niveau international, réalisent de gros bénéfices sur le dos des consommateurs suisses.

**2. Selon vous, dans quel domaine pourrait-on faire le plus d'économies ?**

Pour favoriser la concurrence, une première mesure est nécessaire dans le domaine des importations parallèles. Les brevets doivent être respectés, sans que cela conduise pour autant à une mise hors-jeu de la concurrence. La loi sur les agents thérapeutiques prévoit que, dès l'année prochaine, une procédure d'autorisation simplifiée pourrait s'appliquer pour les produits dont la patente est échue. Mais pour que la concurrence joue dans ce domaine au moins, il ne faut pas créer de nouveaux obstacles bureaucratiques et administratifs. La Suisse doit au contraire modeler sa procédure d'autorisation des médicaments sur celle de l'Union européenne.

Du point de vue de la politique de la santé, il faut avant tout agir sur les accords tacites entre l'industrie pharmaceutique et les médecins et les hôpitaux. S'il est très rare que des génériques soient prescrits en Suisse, c'est largement à cause de ces liens de dépendance. Il faut enfin revoir aussi la procédure d'inscription des médicaments sur la liste des spécialités (LS). Les critères d'admission

dans la LS ne sont pas assez stricts. C'est là une des raisons pour lesquelles des médicaments relativement bon marché sont sans cesse remplacés par de nouveaux médicaments souvent beaucoup plus chers.

Des liens de dépendance existent de plus en plus souvent entre les groupes de personnes qui prennent les décisions et l'industrie pharmaceutique. Seuls des changements d'ordre structurel permettront de s'attaquer à ce problème.

**3. Que pensez-vous du nouveau modèle de rémunération ?**

Le nouveau modèle de rémunération garantit aux pharmacies la préservation de l'acquis, alors que durant les années passées la branche a retiré beaucoup d'avantages de l'augmentation des coûts des médicaments.

En tant que défenseurs des consommateurs, nous ne sommes pas du tout d'accord qu'une taxe pour conseil doive également être payée lorsqu'un conseil n'est ni souhaité ni donné. Les pharmacies veulent facturer le conseil même lorsqu'une telle prestation n'a pas été fournie. Enfin la taxe relative au patient permet aux pharmaciens de constituer un marché captif en liant à eux les clients. Il existe d'autres moyens de fidéliser les clients : certaines entreprises ont introduit des cartes de clients ou des systèmes de bonus.

Ce qu'il y a de particulièrement critiquable dans le nouveau modèle de rémunération, c'est qu'il entraîne une modification du système de répartition des coûts des médicaments au détriment des assurés. En effet, le renchérissement des médicaments des classes de prix inférieures entraîne une augmentation des dépenses relevant de la franchise et de la quote-part, or ce sont précisément là les instruments qui permettent aux assurés d'être plus responsables.

**4. Quelles autres mesures tenez-vous pour efficaces et réalisables ?**

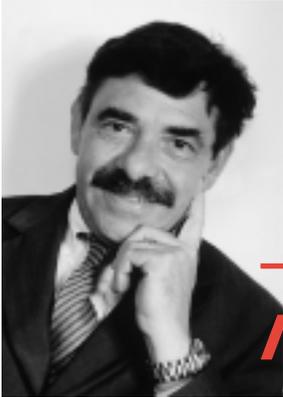
La manière dont les médecins prescrivent des médicaments laisse souvent à désirer. Il est rare que les patients soient invités à se prononcer. L'accent est mis sur la prescription des médicaments et les effets secondaires ne sont pas suffisamment pris en compte. Cela explique pourquoi quatre traitements médicamenteux de longue durée sur dix sont interrompus.

Une énorme quantité de médicaments, valant plus de 500 millions de francs, finissent chaque année à la poubelle. En prescrivant des emballages ne contenant pas plus de médicaments que ceux qui sont requis par la thérapie, on peut contribuer à lutter contre ce gaspillage.

Les comparaisons de prix avec l'étranger ne doivent plus être effectuées uniquement avec des pays européens dans lesquels les prix sont élevés. Il faut que les prix pratiqués dans huit pays au moins soient pris en considération.

*Suite au bas de la page 330*

## Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?


**Max Brentano**

 Président de la Société suisse des pharmaciens  
 sav@sphin.ch

**1. Les médicaments coûtent-ils trop cher en Suisse ?**

Vous posez la question du prix des médicaments avec l'idée de faire une comparaison. Effectivement, si l'on compare la Suisse aux autres pays, les médicaments occasionnent des dépenses légèrement inférieures, mais leurs prix sont, comme les salaires, un peu plus élevés. Mais ce qui est certain, c'est que le rapport prix-résultat est dans l'ensemble excellent pour les traitements médicamenteux.

**2. Selon vous, dans quel domaine pourrait-on faire le plus d'économies ?**

Comme le dit un dicton anglais «Not only make better medicines but make working medicines better», je pense que dans le domaine des traitements médicamenteux, il est possible de faire des économies en choisissant le bon médicament et en faisant en sorte de l'utiliser à bon escient (observance médicamenteuse).

Les mesures concrètes envisageables reposent sur des concepts tels que les cercles de qualité médecins/pharmaciens et le *pharmaceutical care*, plus efficaces que les baisses de prix ponctuelles.

**3. Que pensez-vous du nouveau modèle de rémunération ?**

Malheureusement, le système de rémunération basé sur les prestations (RBP) est encore souvent mal compris. Il constitue pourtant, sans aucun doute, le bon moyen pour améliorer les résultats en matière de traitements médicamenteux, car il inverse les incitations: les

**Suite des réponses de M<sup>me</sup> Sommaruga**

Enfin, les comparaisons devraient être répétées tous les deux ans et, s'il existe des différences, les prix devraient être abaissés.

Les mesures préconisées sont-elles réalisables ? Cela dépend dans une large mesure de la détermination affichée par les politiques. Mais c'est précisément là que les résistances sont les plus farouches, car la pression exercée par le lobby des entreprises pharmaceutiques est très forte.

pharmaciens ne sont plus poussés à faire le maximum de chiffre d'affaires, mais à rechercher le médicament garantissant le meilleur rapport prix-résultat. Avec cette nouvelle donne, des économies durables devraient être possibles dans le domaine des médicaments.

En outre, avec la contribution de stabilisation des coûts de 3,2 %, les pharmaciens suisses font entrer directement dans les caisses de l'Etat environ 60 millions de francs par an. Il est certain que ce modèle entraîne des économies notables pour les patients chroniques (même pour ce qui est de la quote-part), tandis que les malades aigus ayant opté pour une franchise élevée doivent payer un peu plus. En santé publique comme ailleurs, la réalité économique est incontournable, et cette réalité, c'est qu'un malade aigu demandant un antalgique dans une pharmacie, par exemple, coûte aussi cher qu'un patient chronique. Jusqu'à présent, le dernier a payé pour le premier. La RBP, qui a permis de remédier à cette situation, n'a d'ailleurs pas trouvé un écho favorable auprès des malades aigus.

Pourtant, elle permettra à l'assurance sociale de faire des économies de l'ordre de 200 millions de francs en 2001 et 2002. Ce chiffre sera encore plus élevé les années suivantes, une fois la dynamique lancée. Supprimer la RBP, comme le souhaitent certains politiciens, constituerait un retour au système des incitations perverses. Certes, «plus de chiffre d'affaires signifie davantage de recettes», mais, d'après ce que j'en sais, plus de chiffre d'affaires pour les pharmaciens signifie aussi davantage de coûts pour les assureurs-maladie. Ces derniers n'ont pas encore reçu les premières factures; c'est ce que le mouvement politique qui demande de renverser la RBP ne comprend absolument pas. Si c'est là leur politique du futur, elle vise davantage le spectaculaire qu'une réelle amélioration de l'efficacité.

**4. D'autres mesures seraient-elles, selon vous, efficaces et réalisables ?**

Je persiste à croire qu'un contrôle des prix par l'Etat, tel qu'il se pratique notamment en Suisse, aide à stabiliser les coûts des médicaments dans l'assurance de base.

Si les médecins prescrivaient les médicaments en fonction de la substance active qu'ils renferment et non pas en choisissant parmi différents produits, les économies supplémentaires réalisées pourraient être de l'ordre de 2 à 3 %. Dans certains modèles d'assurance, où chaque fournisseur de prestations prend sa part de responsabilité dans le contrôle des coûts, la fourniture des soins est plus efficace. Enfin, l'essentiel de nos efforts, y compris au niveau de l'Etat, devrait viser à améliorer la collaboration entre spécialistes – médecins, médecins hospitaliers, physiothérapeutes, pharmaciens; on éviterait ainsi une concurrence absurde qui empêche de tirer le meilleur parti des connaissances spécialisées existantes et de les utiliser pour le bien des patients.