



Berne, le 23 juin 2021

Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs

Rapport intermédiaire du Conseil fédéral
en réponse au postulat
20.3135 CSSS-CE du 21 avril 2020

Table des matières

Liste des tableaux	2
Liste des abréviations.....	3
Sommaire	4
1 Introduction.....	5
1.1 Texte du postulat	5
1.2 Contexte.....	5
2 Coûts générés par la pandémie dans le secteur de la santé	7
2.1 Définitions et délimitation	7
2.2 Coûts de la pandémie assumés par la Confédération.....	8
2.2.1 Coûts des biens médicaux et des produits thérapeutiques	8
2.2.2 Remboursement du coût des analyses pour le SARS-CoV-2	10
2.2.3 Engagement de l'armée au profit du système de santé	11
2.3 Coûts de la pandémie assumés par les cantons.....	11
2.3.1 Coûts des traitements stationnaires des patients atteints du COVID-19	12
2.3.2 Coûts de mise à disposition de capacités spécifiques pour la lutte contre la pandémie.....	13
2.3.3 Coûts de vaccination de la population	14
2.3.4 Coûts de distribution ou de remise des biens médicaux	14
2.3.5 Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2	14
2.3.6 Coûts dus au financement résiduel des prestations de soins	15
2.4 Coûts de la pandémie assumés par les assureurs	15
2.4.1 Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 (non couverts par la Confédération)	15
2.4.2 Coûts de vaccination.....	16
2.4.3 Coûts du traitement stationnaire ou ambulatoire des patients COVID-19.....	16
2.4.4 Évolution des réserves des assureurs AOS	17
2.4.5 Assurance-accidents, assurance-invalidité et assurance militaire	18
2.5 Coûts de la pandémie assumés par les assurés	18
2.5.1 Participation aux coûts de traitement du COVID-19 et analyses pour le SARS-CoV-2	18
2.5.2 Conséquences sur les primes des assurés	19
3 Bilan.....	20

Liste des tableaux

Tableau 1 : Vue d'ensemble des coûts directs, ventilés par agent payeur, de la pandémie de COVID-19 dans le secteur de la santé	8
Tableau 2 : Dépenses destinées aux biens médicaux et aux produits thérapeutiques (en millions de francs).....	10
Tableau 3 : Coûts des cantons dus au traitement stationnaire de patients COVID-19 (estimation pour l'année 2020).....	13
Tableau 4 : Aperçu des coûts des analyses de biologie moléculaire de l'AOS pour l'année 2020	16
Tableau 5 : Coûts des assureurs dus au traitement stationnaire de patients COVID-19 (estimation pour l'année 2020).....	17

Liste des abréviations

AA	assurance-accidents
AI	assurance-invalidité
AM	assurance militaire
AOS	assurance obligatoire des soins
BLA	Base logistique de l'armée
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CRS	Croix-Rouge suisse
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
DDPS	Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports
DFI	Département fédéral de l'intérieur
LAA	loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAAM	loi fédérale sur l'armée et l'administration militaire (loi sur l'armée)
LAMal	loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAP	loi fédérale sur l'approvisionnement économique du pays (loi sur l'approvisionnement du pays)
LEp	loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies)
OEp	ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (ordonnance sur les épidémies)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OOP	out-of-pocket, paiements directs
OPAS	ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins)
OSAMAL	ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie
PIG	prestations d'intérêt général
SECO	Secrétariat d'État à l'économie

Sommaire

Le postulat 20.3135 adopté le 21 avril 2020 par la CSSS-CE chargeait le Conseil fédéral de présenter un rapport sur les conséquences financières de la pandémie de coronavirus sur les agents payeurs dans le secteur de la santé, à savoir la Confédération, les cantons, les assureurs et les assurés. Dans le cas des assureurs et des assurés, même si les coûts de la pandémie sont pris en considération pour toutes les assurances sociales (AOS, AA, AI, AM), l'accent est mis ici sur l'AOS. Le présent rapport livre pour chaque agent payeur une première analyse, essentiellement qualitative, des coûts de santé générés par la pandémie, selon l'état des connaissances au 31 mars 2021. On peut ainsi le considérer comme un rapport intermédiaire. À ce stade, seuls les coûts directs liés aux soins médicaux prodigués à la population pendant la pandémie sont pris en compte. Mais comme la pandémie n'est pas terminée et compte tenu du décalage habituel entre le moment de la collecte des données et celui de leur traitement, les données quantitatives relatives aux coûts par agent payeur ne peuvent être fournies que dans une mesure très limitée à ce stade.

La Confédération en tant qu'agent payeur a subi des coûts au titre de l'approvisionnement de la population en produits thérapeutiques, de l'achat et de la mise à disposition de biens médicaux, des tests et analyses pour le SARS-CoV-2, ainsi que de l'engagement de l'armée au profit du système de santé. Tant les cantons que les assureurs AOS ont eu à supporter des coûts liés au traitement stationnaire des patients COVID-19. Les cantons ont par ailleurs subi des coûts dus à la mise à disposition de capacités spécifiques pour lutter contre la pandémie, à l'injection du vaccin à la population et à la distribution ou remise de biens médicaux, ainsi qu'aux tests et analyses pour le SARS-CoV-2.

Au début de la pandémie, les assureurs AOS ont couvert une partie des coûts des tests et analyses pour le SARS-CoV-2 et supportent actuellement une partie des coûts de la vaccination. Ils ont également subi des coûts de traitements ambulatoires liés au COVID-19. Or de tels coûts ne peuvent être distingués avec une précision suffisante parmi les prestations ambulatoires. Les assurés enfin supportent eux-mêmes une partie des coûts liés à la pandémie, soit les coûts dus au traitement d'une maladie COVID-19, dans le cadre de leur participation aux coûts, et les coûts des tests et analyses pour le SARS-CoV-2. La prime moyenne en Suisse, toutes classes d'âges confondues, a renchéri en 2021 de 0,5 %, hausse très modérée par rapport aux années précédentes. Il faut dire que la grande majorité des assureurs n'ont inscrit dans leurs budgets 2021 aucun coût lié à la pandémie.

Comme indiqué plus haut, il n'est que ponctuellement possible à l'heure actuelle de fournir des données quantitatives sur les coûts de la pandémie par agent payeur. Dans le cas de la Confédération, on connaît essentiellement les postes budgétaires et les crédits acceptés. Le rapport, rédigé pour l'essentiel durant la seconde vague de la pandémie, a renoncé à procéder à une évaluation détaillée des coûts, alors que les cantons font face à une charge de travail élevée. Les données des assureurs permettent néanmoins une première estimation du coût des traitements stationnaires des patients COVID-19 en 2020. Les indications relatives aux autres coûts des assureurs reposent également sur des extrapolations ou estimations. Quant aux assurés, une grande partie de leurs coûts dus à la pandémie sont réglés par les autres agents payeurs. Ils participent aux coûts restants, même pendant la pandémie, à travers leur franchise, la quote-part à leur charge ainsi que les paiements directs (*out-of-pocket*, OOP).

La question des conséquences financières de la pandémie de coronavirus sur les agents payeurs dans le secteur de la santé ne pourra faire l'objet d'une analyse complète et obtenir une réponse circonstanciée qu'une fois la pandémie terminée, lorsque les données correspondantes seront disponibles. Il s'agira donc d'élaborer un rapport de suivi complet basé sur le présent rapport – selon l'évolution de la pandémie – d'ici la fin de 2022. Le cas échéant, d'autres chiffres seront collectés auprès des assureurs ainsi que des cantons.

1 Introduction

1.1 Texte du postulat

Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport concernant les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les agents payeurs (Confédération, cantons, assureurs et assurés). Ce rapport indiquera :

- les coûts d'infrastructure que les cantons doivent supporter dans le cadre de la lutte contre la pandémie ;
- les capacités usuelles et nouvelles, depuis le début de la crise, dont disposent les cantons pour lutter contre la pandémie (lits, soins intensifs, etc.) ;
- les coûts des prestations d'intérêt général que les hôpitaux fournissent dans les cantons pour lutter contre la pandémie (protection contre les catastrophes) ;
- les conséquences sur les assurés et sur les primes d'assurance-maladie pour 2021 ;
- l'utilisation des réserves des caisses-maladie.

1.2 Contexte

Le postulat 20.3135 « Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs »¹, adopté le 21 avril 2020 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE), charge le Conseil fédéral de présenter un rapport concernant les conséquences financières de la pandémie sur les acteurs du secteur de la santé. Sont concrètement visés les coûts générés par la pandémie dans le secteur de la santé et qui sont à la charge des divers agents payeurs, soit la Confédération (ch. 2.2), les cantons (ch. 2.3) et les assureurs (ch. 2.4), ainsi que les assurés (ch. 2.5) de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le rapport devra aussi indiquer leurs conséquences sur les primes et réserves des assureurs de l'AOS. Par souci d'exhaustivité, le présent rapport inclut aussi les coûts supportés par d'autres assurances sociales – soit concrètement l'assurance-accidents (AA), l'assurance-invalidité (AI) et l'assurance militaire (AM).

L'analyse n'aborde ni les pertes de revenus subies par les fournisseurs de prestations en raison de la pandémie, ni les coûts de la santé absents de la structure tarifaire et ne pouvant ainsi être imputés à aucun agent payeur. Ces derniers sont en premier lieu du ressort des partenaires tarifaires. Il leur incombe, selon le principe de l'autonomie tarifaire ancré dans la loi, de trouver des solutions de prise en charge des coûts résultant de la pandémie ne pouvant être facturés à aucun agent payeur. La Confédération a organisé à cet effet, depuis le début de la pandémie, des entretiens qui ont rendu possibles les discussions techniques en la matière. Les acteurs du secteur ont encore eu l'occasion, lors d'une rencontre avec le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI), d'évoquer leurs coûts supplémentaires éventuels liés à des prestations de l'AOS imputables à la pandémie de COVID-19 et de les soumettre à l'office compétent, à savoir l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

L'OFSP a publié sur son site Internet des fiches d'information sur les modalités de prise en charge de certaines prestations ambulatoires ou stationnaires liées à la pandémie.² Dans le domaine stationnaire, des directives ont été formulées d'entente avec les associations faïtières concernées (H+ Les Hôpitaux de Suisse, santésuisse et curafutura), SwissDRG SA et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), afin de garantir une pratique uniforme au niveau national pour

¹ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20203135>

² Les fiches d'information actuelles comme les anciennes figurent ici : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>

régler les traitements stationnaires des patients COVID-19 et leur remboursement. Par ailleurs, SwissDRG SA a publié des recommandations concernant l'application de la structure tarifaire, afin que les traitements des patients atteints du COVID-19 puissent être rémunérés de manière uniforme et appropriée dans les hôpitaux. Dans le domaine ambulatoire, d'entente là encore avec les fédérations d'assureurs-maladie (curafutura et santésuisse) ainsi que la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), des recommandations ont été formulées en matière de solutions temporaires pour la facturation des examens, des traitements et des thérapies à distance. De l'avis du Conseil fédéral, cette solution a permis de préciser le remboursement des prestations de l'AOS liées à la pandémie.

En ce qui concerne les pertes de revenus consécutives à l'interdiction des traitements ordonnée par le Conseil fédéral pendant la première vague du printemps 2020, il n'existe aucune base légale qui permette à la Confédération d'indemniser le manque à gagner subi. En interdisant les traitements non urgents, le Conseil fédéral a assumé sa responsabilité dans cette situation extraordinaire, conformément à la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies, LEp ; RS 818.101) et prévenu une surcharge des hôpitaux – des unités de soins intensifs notamment. Les acteurs privés de la santé dont le chiffre d'affaires a chuté de plus de 40 % peuvent recevoir le soutien prévu par l'ordonnance sur les cas de rigueur COVID-19, à condition de remplir les exigences fixées par la Confédération et le canton concerné. De l'avis du Conseil fédéral, il n'existe à l'heure actuelle aucune autre base légale permettant à la Confédération d'indemniser financièrement les pertes de revenus subies. Pour sa part, l'AOS ne peut rembourser que les coûts des traitements prodigués.

Les coûts engendrés par la pandémie en dehors du secteur de la santé ne font pas non plus partie de la présente analyse. Le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) enregistrera et analysera les conséquences économiques de la pandémie de COVID-19, dans son activité permanente d'observation de la conjoncture et en réponse au postulat 20.3132 « Conséquences économiques de la crise du coronavirus »³. La réponse à ce postulat est attendue en 2022.

Le présent rapport propose donc une première analyse, avant tout qualitative, des coûts de santé dus à la pandémie pour chaque agent payeur, et peut être considéré comme un rapport intermédiaire. Dans un premier temps, il délimite les coûts de santé de la pandémie qui sont pertinents pour le présent rapport. Des explications sont ensuite données sur les genres de coûts engendrés par agent payeur. Les coûts générés par la pandémie ont été pris en compte selon l'état des connaissances au 31 mars 2021. Mais comme la pandémie n'est pas terminée et compte tenu du décalage habituel entre le moment de la collecte des données et celui de leur traitement, très peu de données fiables sont disponibles à l'heure actuelle. Autrement dit, des considérations quantitatives ne sont possibles que dans une certaine mesure. Là où les données disponibles le permettent déjà, de premières estimations ou interprétations de données ont été intégrées dans le rapport. Il renferme par ailleurs des réflexions sur les prochaines étapes liées à l'analyse plus détaillée qui suivra des coûts occasionnés par la pandémie au système de santé.

³ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaef?AffairId=20203132>

2 Coûts générés par la pandémie dans le secteur de la santé

2.1 Définitions et délimitation

Les dépenses de santé renseignent sur le volume (quantité et prix) des ressources allouées à la santé sur le plan suisse, et donc mesurent la consommation des biens et services de santé. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les dépenses totales du secteur de la santé ont atteint en Suisse, au total, 81,9 milliards de francs en 2018, soit 2,8 % de plus que l'année précédente. L'analyse des coûts de la santé est faite par catégorie de fournisseurs de prestations (hôpitaux, cabinets médicaux, pharmacies, etc.) ou par genre de prestation fournie (soins stationnaires, soins ambulatoires, soins de longue durée, etc.). Bien que la définition des coûts de santé paraisse claire, des problèmes de délimitation et des difficultés de méthode se posent dans la pratique. D'autant plus que la pandémie de coronavirus est un événement inédit et d'une ampleur imprévue, avec pour effet que les agents payeurs sont parfois confrontés à de nouveaux postes de coûts, situés en dehors du périmètre défini pour les coûts de la santé. Le présent rapport différencie et définit de la manière suivante les coûts directs ou indirects générés par la pandémie dans le secteur de la santé :

- **Coûts directs :** coûts générés, en cas de pandémie, par la prise en charge médicale de la population. En font notamment partie le traitement des patients COVID-19, l'utilisation des biens médicaux ou les vaccinations.
- **Coûts indirects :** coûts occasionnés aux collectivités publiques par leurs réponses organisationnelles à une pandémie. Le déploiement d'un état-major de crise dans l'administration ou le traçage des contacts par les cantons en font notamment partie.

Par souci de simplification, ce rapport n'examine dans un premier temps que les coûts directs. Il englobe les sources de financement tant publiques que privées. Les dépenses de santé privées représentent les coûts directement assumés par les assurés, soit les paiements out of-pocket (OOP)⁴ et la participation aux coûts. Les paiements OOP désignent les dépenses effectuées par les particuliers pour les prestations médicales (p. ex. médicaments ou prestations médicales) qui ne sont pas couvertes par les assurances ou pour lesquelles les fournisseurs de prestations ne reçoivent aucune subvention étatique, déduction faite des participations aux coûts. Dans l'assurance-maladie, la participation aux coûts désigne la quote-part absolue (franchise) et la quote-part proportionnelle prélevées auprès des assurés sur les coûts des prestations médicales dont ils ont bénéficié.⁵

Tableau 1 figure les coûts directs de la santé assumés jusqu'ici par les divers agents payeurs en raison de la pandémie. Les divers postes de coûts indiqués pour chaque agent payeur montrent qu'il faudra consulter différentes sources de données pour quantifier les coûts. Or une bonne partie des données nécessaires ne sont pas disponibles à ce jour.⁶ Par conséquent, la liste du Tableau 1 n'est pas exhaustive. Il arrive par ailleurs que les bases de données ne distinguent pas, dans le secteur de la santé, entre les coûts dus à la pandémie et les coûts ordinaires. Autrement dit, certains postes de coûts ne pourront probablement jamais être quantifiés, à moins de formuler certaines hypothèses restrictives.

⁴ Le montant des paiements OOP dépend de l'étendue des prestations de l'AOS. Par exemple, les factures de dentiste font partie en Suisse des paiements OOP, à moins d'être couvertes par une assurance privée, alors que dans d'autres pays (comme l'Allemagne), elles sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

⁵ Observatoire suisse de la santé (Obsan (2011) : Versements directs des ménages privés pour la santé ; <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/direkte-gesundheitsausgaben-der-privaten-haushalte>

⁶ Les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) couvrant l'exercice 2020 (p. ex. Statistique des hôpitaux, Chiffres-clés des hôpitaux suisses) seront disponibles au plus tôt à la fin de 2022. Il faudra donc accorder suffisamment de temps aux cantons pour leurs éventuelles autres exploitations spécifiques de données (p. ex. prestations d'intérêt général, mise en place de l'infrastructure).

Tableau 1 : Vue d'ensemble des coûts directs, ventilés par agent payeur, de la pandémie de COVID-19 dans le secteur de la santé

Confédération	Cantons	Assureurs AOS	Assurés AOS
<ul style="list-style-type: none"> • Coûts liés à l'achat de produits thérapeutiques (vaccins notamment) • Coûts liés à l'achat de biens médicaux • Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 • Coûts liés à l'engagement de l'armée au profit du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts liés à la mise à disposition de capacités spécifiques pour la lutte contre la pandémie (coûts d'infrastructure, triage, lits supplémentaires en soins intensifs, prestations d'intérêt général [PIG], etc.) • Coûts liés au traitement (stationnaire) des patients COVID-19 • Coût de distribution ou de remise des biens médicaux • Coûts liés à la vaccination (coûts d'infrastructure des centres de vaccination, quote-part des assurés, organisation du programme de vaccination) • Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 (non couverts par la Confédération)⁷ • Financement résiduel des prestations de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts liés au traitement (stationnaire ou ambulatoire) des patients COVID-19 • Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 (non couverts par la Confédération)⁷ • Coûts de vaccination (non couverts par la Confédération et les cantons) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 (non couverts par la Confédération)⁷ • Coûts liés au traitement du COVID-19, dans le cadre de la participation aux coûts • Paiements <i>out-of-pocket</i> (OOP)

2.2 Coûts de la pandémie assumés par la Confédération

La LEp précise d'un point de vue juridique la répartition des compétences et des tâches entre la Confédération et les cantons, aux fins de la gestion de situations comportant un risque accru pour la santé publique, par exemple en cas de pandémie. L'administration fédérale a collecté les informations pertinentes pour pouvoir évaluer, dans le secteur de la santé, les coûts de la pandémie couverts par la Confédération.

2.2.1 Coûts des biens médicaux et des produits thérapeutiques

En vertu de l'art. 44 LEp, la Confédération assure l'approvisionnement de la population en produits thérapeutiques les plus importants en matière de lutte contre les maladies transmissibles, à l'instar des vaccins et des médicaments antiviraux, dans la mesure où cet approvisionnement ne peut être garanti

⁷ La Confédération finance ces coûts depuis le 25 juin 2020.

Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs

au moyen des mesures prévues par la loi du 17 juin 2016 sur l'approvisionnement économique du pays (loi sur l'approvisionnement du pays ; RS 531). Outre les coûts liés à l'achat de vaccins (p. ex. contrats de réservation), elle couvre les coûts des vaccins non utilisés (compétence subsidiaire d'approvisionnement en produits thérapeutiques selon l'art. 44 LEp et l'art. 73, al. 1, LEp) et ceux qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales (art. 73, al. 2 et 3, LEp). La Confédération prend en charge les coûts du transport et de la distribution du vaccin aux cantons (art. 64, al. 1, de l'ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (ordonnance sur les épidémies, OEp ; RS 818.101.1).

La pharmacie de l'armée a reçu durant la pandémie de COVID-19, par décision du Conseil fédéral du 20 mars 2020, la tâche supplémentaire d'acquiescer selon les directives de l'OFSP d'importants biens médicaux pour la santé publique, afin d'écartier la menace de pénurie. Concrètement, les achats de biens médicaux et de vaccins sont faits à la demande de l'OFSP par le Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS), plus précisément par la Base logistique de l'armée (BLA) et la pharmacie de l'armée. Dès lors que les canaux usuels d'achat ne suffisent pas à couvrir le besoin de produits médicaux, la pharmacie de l'armée peut venir en aide aux cantons et à leurs institutions de santé, en procédant à l'achat d'importants biens médicaux – équipements de protection individuelle (p. ex. masques, blouses d'opération, vêtements de protection), dispositifs médicaux (appareils de respiration et appareils de surveillance ainsi que leurs accessoires), désinfectants (désinfectants pour les mains et désinfectants de surfaces), matériel de laboratoire et médicaments, etc. La Confédération préfinance les coûts d'acquisition de ces biens et les refacture aux destinataires. Elle prend en charge les coûts de livraison aux cantons des biens médicaux importants acquis. Les cantons ont à supporter les coûts de distribution de ces biens médicaux sur leur territoire.

Dans le cas de la présente pandémie de coronavirus, la Confédération couvre les coûts dépassant le montant de cinq francs par dose (vaccin et matériel). En outre, elle assume le coût de la vaccination des personnes non affiliées à l'AOS (p. ex. diplomates, travailleurs détachés), des vaccinations effectuées par des pharmaciens (art. 64a OEp), ainsi que les vaccinations uniquement prescrites pour une indication épidémiologique (et donc non destinées à protéger des assurés particulièrement menacés au sens de l'art. 26 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)).

En 2020, la Confédération a dépensé 428 millions de francs pour l'achat de matériel sanitaire (logistique comprise) et 190 millions de francs pour l'achat de vaccins (logistique comprise). Le budget pour 2021 s'élève à 1,2 milliard de francs pour l'achat de matériel sanitaire et la vaccination. Cette somme est notamment prévue pour l'achat de vaccins contre le COVID-19.

Tableau 2 : Dépenses destinées aux biens médicaux et aux produits thérapeutiques (en millions de francs)

	Comptes 2020	Budget 2021
Achat de biens médicaux	428	80
Achat de vaccins	190	1120
Prestations de vaccination prises en charge par la Confédération, dans les pharmacies et pour les personnes dépourvues d'assurance LAMal	-	29
Produits thérapeutiques	3	104

Comme la Confédération prend des engagements pluriannuels pour l'achat de vaccins et de matériel sanitaire, le Conseil fédéral a dû solliciter à cet effet auprès du Parlement un crédit d'engagement de 500 millions de francs (soit 400 millions de francs pour l'achat de vaccins et 100 millions de francs pour le matériel sanitaire). Le Parlement l'a adopté dans le cadre du supplément la au budget 2021.

2.2.2 Remboursement du coût des analyses pour le SARS-CoV-2

La Confédération prend en charge les coûts des analyses effectuées en ambulatoire pour le SARS-CoV-2, dans le cas des personnes qui remplissent les critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration (art. 26, al. 1 de l'ordonnance 3 du 19 juin 2020 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (ordonnance 3 COVID-19 ; RS 818.101.24))⁸. Le présent alinéa indique par ordre chronologique les critères de remboursement en vigueur :

Au début de la pandémie, les coûts ont été pris en charge par les cantons, par l'AOS et par les patients payants (voir ch. 2.4.1). Depuis le 25 juin 2020, la Confédération couvre les coûts des analyses diagnostiques par biologie moléculaire et des analyses immunologiques des anticorps contre le SARS-CoV-2 qui sont effectuées en ambulatoire pour les personnes qui répondent aux critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration de l'OFSP. Depuis le 2 novembre 2020, elle assume également les coûts des analyses immunologiques des antigènes du SARS-CoV-2 et des tests rapides non automatisés à usage unique pour la détection directe du SARS-CoV-2. Depuis le 28 janvier 2021, la Confédération prend en charge les coûts des tests et du dépistage précoce des flambées dans l'entourage de personnes vulnérables et dans les situations présentant un risque accru de contagion. Le cercle des fournisseurs de prestations admis a en outre été élargi. Conformément à la modification de l'ordonnance 3 COVID-19, la Confédération assume, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2021, les coûts d'un deuxième test PCR spécifique aux mutations en cas de résultat positif à une analyse de biologie moléculaire. Depuis le 28 janvier 2021, elle prend encore en charge les coûts d'un séquençage diagnostique prescrit par un médecin cantonal. Enfin, la Confédération couvre depuis le 15 mars 2021 tant les coûts des tests des personnes symptomatiques que ceux des personnes asymptomatiques. Depuis le 15 mars 2021 également, elle prend en charge les coûts de cinq autotests SARS-CoV-2 au maximum par personne sur 30 jours.

⁸ Pour en savoir plus, voir la fiche d'information « Coronavirus – prise en charge de l'analyse et des prestations associées » : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html#-1392119554>

La quantification de ces coûts est possible en permanence, car ils sont pris en charge par les assureurs-maladie, l'assurance militaire et les cantons, qui les refacturent à la Confédération. En 2020, les dépenses de la Confédération liées aux factures déjà reçues se sont montées à 194 millions de francs.⁹ De plus, 2,4 milliards de francs ont été budgétisés en 2021 pour les analyses. Ces coûts proviennent, pour moitié à chaque fois, des tests réalisés sur les personnes symptomatiques et, depuis avril, de l'extension de la stratégie de test aux personnes asymptomatiques (p. ex. dans les écoles et les entreprises, ou lors d'autotests).

2.2.3 Engagement de l'armée au profit du système de santé

Selon l'art. 67, al. 1, let. d et e de la loi fédérale sur l'armée et l'administration militaire (loi sur l'armée, LAAM ; RS 510.10), des engagements de l'armée sont possibles dans le cadre d'un service d'appui en faveur des autorités civiles. La tâche en question doit être d'intérêt public, et les autorités civiles ne doivent pas pouvoir l'accomplir avec leurs moyens sur le plan personnel, matériel ou temporel.

Le 16 mars 2020, le Conseil fédéral a approuvé l'engagement de 8000 militaires au maximum pour soutenir les autorités civiles jusqu'au 30 juin 2020. Jusqu'à 6000 militaires se sont trouvés en service simultanément pour appuyer de façon subsidiaire les autorités civiles dans le système de santé publique, ainsi que pour la protection des frontières et des infrastructures diplomatiques. Le 4 novembre 2020, un nouvel engagement a commencé pour lequel le Conseil fédéral a de nouveau approuvé la convocation de 2500 militaires au maximum. Au total, près de 215 000 jours de service ont été accomplis en 2020 pendant la première vague, et 28 000 lors de la seconde pour un appui subsidiaire directement fourni au système de santé.

L'armée a soutenu le système de santé avec des prestations sanitaires, notamment de soins, de surveillance des patients, de transport sanitaire et de logistique hospitalière (p. ex. désinfection des lits, cuisine, buanderie, nettoyage) et s'est chargée, si nécessaire, de tâches logistiques en transportant et en montant notamment des infrastructures improvisées. Ses autres tâches comprenaient la logistique ainsi que la protection des vaccins et du matériel d'injection : elle était responsable du stockage sûr et de la distribution dans les règles de l'art des vaccins et du matériel d'injection aux cantons.

2.3 Coûts de la pandémie assumés par les cantons

Constitutionnellement, il incombe en Suisse aux cantons de garantir les soins de santé à la population (art. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, Cst. ; RS 101). Aussi chaque canton possède-t-il sa propre législation en la matière. En outre, il incombe aux cantons de mettre en œuvre les prescriptions du droit fédéral portant sur la planification hospitalière, le cofinancement des soins stationnaires, etc. Si dans le cadre de la pandémie des mesures sont ordonnées par la Confédération pour maintenir un approvisionnement suffisant de la population en soins, les coûts qui s'ensuivent sont en principe à la charge des cantons. Il leur incombe en particulier de compléter les infrastructures hospitalières en vue du tri des patients, de prévoir des lits supplémentaires de soins intensifs et de fournir des prestations d'intérêt général (PIG). Les cantons ont également des coûts indirects à supporter – par exemple pour la mise en place d'un état-major de crise au sein de leur administration ou pour le traçage des contacts. Mais comme de tels postes n'entrent pas dans la délimitation des coûts pertinents définie au ch. 2.1, ils n'apparaissent pas dans le présent rapport.

Les sources de données secondaires à disposition, comme la statistique des hôpitaux ou la statistique médicale des hôpitaux, ne suffisent pas à elles seules pour pouvoir quantifier les coûts directs subis par

⁹ Administration fédérale des finances AFF (2021) : Tome 2A – Compte d'État 2020 des unités administratives 1^{re} partie (autorités et tribunaux, DFAE, DFI, DFJP, DDPS)
<https://www.efv.admin.ch/dam/efv/fr/dokumente/Finanzberichte/finanzberichte/rechnung/2020/rg2a-2020.pdf.download.pdf/RG2A-1-5-f.pdf>

les cantons pour la gestion de la pandémie. Il n'est donc pas possible d'en tirer des conclusions directes sur leurs activités de financement. Il aurait fallu mener une enquête approfondie auprès des directions de la santé publique des 26 cantons. Or, lors de la genèse du présent rapport, la deuxième vague de la pandémie déferlait sur la Suisse. Comme les directions cantonales de la santé publique étaient accaparées par la lutte contre le COVID-19, le Conseil fédéral a renoncé à recueillir les chiffres nécessaires auprès des cantons. Il est bien clair que les diverses mesures de lutte contre la pandémie ont plombé les finances cantonales. A ce propos, il est à remarquer qu'en raison de la hausse de la redistribution des bénéfices de la Banque nationale suisse, les comptes cantonaux ont bouclé sur une meilleure note que ceux de la Confédération. Une analyse complète des coûts générés suivra par conséquent à une date ultérieure. L'approche prévue est précisée dans le bilan (ch. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Les articles ci-après se contentent de décrire sommairement les coûts subis par les cantons, sans prétendre à l'exhaustivité. Par contre, les données des assureurs collectées pour l'année 2020 ont rendu possible une estimation chiffrée des dépenses cantonales liées à la rémunération du traitement stationnaire des patients touchés par le COVID-19.

2.3.1 Coûts des traitements stationnaires des patients atteints du COVID-19

La rémunération du traitement dans un hôpital ou une maison de naissance, séjour et prestations de soins compris, repose sur des forfaits qui sont basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse et soumises à l'approbation du Conseil fédéral. Même pendant une pandémie, la rémunération des traitements hospitaliers doit reposer sur des tarifs dûment approuvés. Une recommandation¹⁰ de SwissDRG, l'organisation chargée du développement de la structure tarifaire, garantit en outre une procédure uniforme dans toute la Suisse pour la rémunération des traitements hospitaliers des patients touchés par le COVID-19. Les cantons sont tenus par l'art. 49a LAMal de prendre en charge une part d'au moins 55 % de ces prestations.

Le Tableau 3 indique les coûts supportés en 2020 par les cantons pour le traitement stationnaire des patients atteints du COVID-19. Les données utilisées proviennent de quatre groupes d'assureurs (groupe Helsana¹¹, groupe SWICA¹², Groupe Mutuel¹³ et groupe CSS¹⁴), qui couvrent ensemble près de 50 % de toutes les personnes assurées dans l'AOS¹⁵. La collecte des données a eu lieu en janvier 2021, sur la base des décomptes disponibles à cette date. Les coûts ont été calculés à l'aide d'une estimation du prix moyen par cas et par jour, et multipliés par le total des jours de traitement des patients COVID-19, selon les chiffres officiels de l'OFSP¹⁶.

Une journée de traitement d'un patient COVID-19 recevant des soins stationnaires à l'hôpital a coûté en moyenne, selon une estimation, entre 1556 et 1778 francs, voire entre 3556 et 4444 francs en cas de traitement médical en unité de soins intensifs. Comme indiqué plus haut, la part à charge des cantons doit s'élever à au moins 55 %. Leurs coûts se situent par conséquent dans une fourchette de 856 à 978 francs, respectivement de 1956 à 2444 francs. Selon l'OFSP, il y a eu jusqu'au 31 décembre 2020 219 761 journées de traitement dans le cadre du service hospitalier normal, et 49 083 journées de

¹⁰<https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/swissdrg/notice-pour-la-saisie-des-prestations>, état le 26 février 2021

¹¹ Helsana Assurances SA et Progrès Assurances SA

¹² SWICA assurance-maladie SA et PROVITA Gesundheitsversicherung AG

¹³ SUPRA-1846 SA, Avenir Assurance Maladie SA, Easy Sana Assurance Maladie SA, CM Vallée d'Entremont, Mutuel Assurance Maladie SA, AMB Assurances SA et Philos Assurance Maladie SA

¹⁴ CSS Assurance-maladie SA, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA et Sanagate SA

¹⁵ Les effectifs proviennent de la statistique 2019 de l'assurance-maladie obligatoire (tableau KV505) : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>, [dernière visite le 8 février 2021]

¹⁶<https://www.covid19.admin.ch/fr/hosp-capacity/icu> [dernière visite le 8 février 2021]

traitement aux soins intensifs. Les coûts stationnaires des cantons en 2020 ont donc été compris entre 284 et 335 millions de francs.

Tableau 3 : Coûts des cantons dus au traitement stationnaire de patients COVID-19 (estimation pour l'année 2020)

Traitement des patients souffrant du COVID-19	Nombre de journées	
Service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	219 761	
Unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	49 083	
Coût moyen par journée de traitement	min. en francs	max. en francs
Service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	856	978
Unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	1956	2444
Coût total des cantons en 2020 (arrondi)	en millions de francs	
Traitement des patients souffrant du COVID-19 dans le service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	188	215
Traitement des patients souffrant du COVID-19 en unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	96	120
Traitement stationnaire des patients COVID-19 dans un hôpital de soins aigus	284	335

La lecture de ces données exige toutefois une certaine prudence, car les chiffres indiqués ici constituent des estimations sommaires et non des valeurs exactes. La difficulté de quantification des coûts tient à ce que les données des assureurs n'indiquent pas si une personne testée positive a dû être hospitalisée à cause d'une évolution sévère du COVID-19 ou pour une autre raison médicale. Autrement dit, les chiffres du Tableau 3 incluent aussi les coûts de traitement médical de personnes hospitalisées, par exemple, en raison d'un accident ou en vue d'un accouchement et dont le test de routine pour le SARS-CoV-2 s'est avéré positif.

2.3.2 Coûts de mise à disposition de capacités spécifiques pour la lutte contre la pandémie

Les cantons ont subi depuis le printemps 2020 de nombreuses dépenses additionnelles liées au maintien et à la fourniture de capacités destinées aux soins médicaux et à la gestion de la pandémie. Il convient de citer, par exemple, les charges financières liées au personnel supplémentaire requis en milieu hospitalier (médecins, soignants, thérapeutes, personnel administratif, personnel de nettoyage, achats de matériel, hygiène, etc.). À cela s'ajoutent les frais d'infrastructure destinés à la création de nouvelles chambres d'isolement, à l'adaptation des locaux dans une optique de sécurité (p. ex. matériel technique destiné aux systèmes de protection comme les vitres en plexiglas), à l'ouverture de centres de tri des patients équipés ou à la location d'espaces supplémentaires (centres de test, surfaces d'entreposage)¹⁷. En outre, les cantons ont subi des coûts liés aux prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les hôpitaux dans la lutte contre la pandémie (protection contre les catastrophes). Comme indiqué plus haut, les prestations hospitalières stationnaires selon la LAMal sont généralement rémunérées au moyen de forfaits liés aux prestations. Ces forfaits ne sont pas autorisés à inclure les

¹⁷H+ (2020) : Checkliste nationale COVID-19 : estimation de l'augmentation/diminution des coûts en 2020, https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/COVID-19_finanziell_bedingte_Auswirkungen/Nationale_Checkliste_Mehr_Minderkosten_und_Ertragsausfaelle_wegen_COVID-19_V2_F.xlsx [dernière visite le 16 septembre 2020]

parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général (art. 49, al. 3, LAMal). Les cantons (et les organismes privés responsables) sont toutefois libres d'octroyer des mandats ou de fixer des exigences supplémentaires à leurs hôpitaux.

Dans son rapport du 3 juillet 2019 en réponse à la motion 16.3623 CSSS-CE « Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons », le Conseil fédéral a notamment examiné le financement provenant des prestations d'intérêt général (PIG)¹⁸. Une étude externe consacrée à la question¹⁹ a passé au crible les sources de données secondaires disponibles²⁰. Il en ressort que les cantons ne définissent pas leurs PIG de manière uniforme, rendant difficilement possibles les comparaisons intercantionales ou nationales. Il faudrait donc collecter directement auprès des cantons les données sur les coûts des PIG fournies par les hôpitaux dans la lutte contre la pandémie. Or expérience à l'appui, les cantons ne définissent et ne publient pas de manière uniforme les PIG fournies par leurs hôpitaux pour la lutte contre la pandémie. Par conséquent, il faut s'attendre à des données dissemblables, difficiles à comparer au niveau national et globalement peu fiables. C'est ce qui a amené à renoncer, dans un premier temps, à effectuer un relevé. Aucune indication ne sera publiée à ce stade sur les coûts des PIG fournies par les hôpitaux pour lutter contre la pandémie.

2.3.3 Coûts de vaccination de la population

Les cantons financent notamment les coûts de logistique, d'organisation et d'infrastructure liés à la vaccination. La convention tarifaire relative au remboursement de la vaccination contre le COVID-19 par l'AOS a été négociée en décembre 2020 par la CDS et les communautés d'achat des assureurs et approuvée le 13 janvier 2021 par le Conseil fédéral²¹, qui a encore approuvé son supplément le 19 mars 2021. Afin que la vaccination effectuée dans le cadre de l'AOS soit gratuite pour la population, la convention tarifaire prévoit que les cantons assument les coûts de la quote-part sous forme de prestations propres (parts fournies à la mise en œuvre de la vaccination sur le plan de la logistique, de l'organisation et de l'infrastructure). Faute d'indications chiffrées, il est encore trop tôt pour estimer les coûts de vaccination des cantons.

2.3.4 Coûts de distribution ou de remise des biens médicaux

En vertu de l'ordonnance 3 COVID-19, la Confédération préfinance l'acquisition des biens médicaux importants lorsque c'est elle qui les acquiert. Comme déjà indiqué au ch. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, les cantons, les organisations d'utilité publique ainsi que les tiers remboursent à la Confédération les coûts pour l'achat des biens médicaux importants qui leur ont été livrés. En 2020, les cantons ont reçu de la Confédération du matériel sanitaire d'une valeur de 45 millions de francs.

2.3.5 Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2

En vertu de la LEp, les cantons assument une partie des coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 visant à lutter contre le COVID-19. En 2020, il leur a notamment fallu supporter les coûts des analyses

¹⁸ Rapport téléchargeable sous : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/2019/transparenz-bei-der-spitalfinanzierung-durch-die-kantone.pdf.download.pdf/transparenz-bei-der-spitalfinanzierung-durch-die-kantone.pdf> [dernière visite le 22 février 2021].

¹⁹ Ecoplan (2019). Financement des prestations d'intérêt général, des coûts d'utilisation des immobilisations et des garanties de déficit des hôpitaux par les cantons, synthèse de l'étude non traduite : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/kvg-spitalf/2019-gemeinwirtschaftliche-leistungen-spitaeler-executive-summary.pdf.download.pdf/2019-resume-prestations-interet-general-f.pdf> [dernière visite le 22 février 2021].

²⁰ Données de la statistique des hôpitaux de l'OFS, Chiffres-clés des hôpitaux suisses de l'OFSP, comptes d'État cantonaux et statistique financière de la Confédération, modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation d'H+ (ITAR_K).

²¹ Communiqué de presse du Conseil fédéral et de l'OFSP du 13 janvier 2021 : Le Conseil fédéral approuve la convention qui règle le remboursement de la vaccination contre le COVID-19 (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-81941.html>) [dernière visite le 23 mars 2021].

prescrites par leur médecin cantonal dans le but de protéger la population, avant qu'elles ne figurent depuis le 4 mars 2020 sur la liste des analyses et ne deviennent ainsi une prestation à charge de l'AOS. Dès le 4 mars 2020, les cantons ont supporté les coûts des analyses prescrites pour des raisons de santé publique mais qui n'étaient pas couvertes à ce moment-là par l'AOS ou par la Confédération. Depuis l'élargissement de la stratégie de test de la Confédération le 15 mars 2021, la Confédération finance même les tests des personnes asymptomatiques, avec pour résultat que les cantons ne doivent plus rien déboursier pour des tests supplémentaires.

2.3.6 Coûts dus au financement résiduel des prestations de soins

La répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'AOS, les assurés et les cantons ont été redéfinies à l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2011, de la réforme du financement des soins et des dispositions d'exécution correspondantes. Au cas où la contribution de l'AOS et la participation des assurés ne couvriraient pas intégralement les coûts des prestations (besoin de soins), le canton de domicile doit prendre en charge le financement résiduel. Autrement dit, les coûts des soins de longue durée ou ambulatoires liés à la pandémie (niveau de soins plus élevé, coût par minute de soins supérieur ou relèvement des coûts normalisés) sont également à la charge des cantons. Mais comme l'ont montré les entretiens organisés par la Confédération entre les acteurs concernés, une solution a pu être trouvée dans la plupart des cantons en vue du remboursement des coûts résiduels des soins de longue durée ou ambulatoires liés à la pandémie. Les cantons et les fournisseurs de prestations poursuivent d'ailleurs leurs discussions au sujet du financement résiduel.

2.4 Coûts de la pandémie assumés par les assureurs

Comme indiqué en introduction, la présente section se concentre sur l'AOS. Les autres assurances sociales – soit concrètement l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire – y sont toutefois aussi abordées, par souci d'exhaustivité (voir ch. 2.4.5).

Les données des assureurs (voir ch. 2.3.1) n'indiquent pas séparément la participation aux coûts des assurés. Or ces derniers jouent un rôle d'agent payeur, dans le cas des traitements ambulatoires notamment, sachant que bien des patients qui en bénéficient possèdent la franchise à option la plus élevée. Tout indique donc que les coûts assumés par les assureurs sont plutôt surestimés dans le secteur ambulatoire. Quant à leurs coûts imputables aux prestations stationnaires, on peut considérer que la plupart des assurés possèdent la franchise légale minimale de 300 francs et donc contribuent moins au financement des coûts générés. Les coûts stationnaires à la charge des assureurs ne sont dès lors que légèrement surestimés (voir ch. 2.5).

2.4.1 Coûts des analyses pour le SARS-CoV-2 (non couverts par la Confédération)

Avant que la Confédération ne rembourse les analyses de biologie moléculaire effectuées en ambulatoire pour le SARS-CoV-2, l'AOS a dû supporter depuis le 4 mars 2020 les coûts de tels tests. L'OFSP a déterminé dans plusieurs fiches d'information les analyses prises en charge par l'AOS.²²

Le Tableau **4** donne un aperçu des coûts estimés à charge de l'AOS en 2020 liés aux tests. L'approche utilisée se fonde sur le nombre de tests réalisés. Un forfait fixe a été pris en compte pour les coûts de l'analyse de laboratoire. Il ne contient pas les coûts de médecine ambulatoire liés aux tests, dont le montant varie considérablement et donc qui ne se prêtent pas à une estimation forfaitaire. Des données supplémentaires collectées sur les tests payés par les groupes d'assurance susmentionnés ont encore

²² Les fiches d'information actuelles ou anciennes sont téléchargeables sous : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>

servi à extrapoler la part du nombre total de tests financée par l'AOS.²³ Les forfaits pour les tests estimés de manière grossière diffèrent selon la date du test. Entre le 4 mars et le 29 avril 2020, les assureurs ont réglé 169 168 tests (sur un total de 267 453 tests).²⁴ Sur la base du forfait estimé à 200 francs, leurs coûts ont avoisiné 34 millions de francs. Dès le 30 avril 2020, le forfait utilisé dans les calculs a été ramené à 100 francs (suite à la réduction du prix des analyses de laboratoire), avant que la Confédération ne paie toutes les analyses dès le 25 juin 2020. Sur les 268 430 tests signalés durant cette deuxième période, 143 068 ont pu être imputés à l'AOS, par extrapolation. Les coûts à charge de l'AOS seraient de l'ordre de 14 millions de francs.

Tableau 4 : Aperçu des coûts des analyses de biologie moléculaire de l'AOS pour l'année 2020

	04.03.2020- 29.04.2020	30.04.2020- 24.06.2020	04.03.2020- 24.06.2020
Nombre total de tests	267 453	268 430	535 883
Nombre de tests AOS	169 168	143 068	312 236
Prix forfaitaire en francs	200	100	
Coûts des tests dans l'AOS en millions de francs (montant arrondi)	34	14	48

Comme indiqué au ch. 2.2.2, les coûts des tests pris en charge par la Confédération ont été en majeure partie traités par les assureurs-maladie. Ceci peut entraîner une légère hausse des coûts administratifs des assureurs.

2.4.2 Coûts de vaccination

L'AOS prend en charge, pour les personnes assurées, les coûts des prestations de vaccination (information, pose de l'indication, vaccination, documentation, établissement du certificat), ainsi que du vaccin et du matériel de vaccination. De son côté, la Confédération couvre les coûts dépassant le montant de cinq francs par dose (vaccin et matériel). Le DFI a adapté à cet effet au 1^{er} janvier 2021 l'art. 12a, let. n, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31). Aucune franchise n'est prélevée, et la quote-part doit être couverte par les cantons (elle est réputée couverte par les prestations fournies par le canton lui-même, voir ch. 2.3.3). La population ne subit pas d'autres coûts. Les coûts de vaccination à charge de l'AOS en 2021 peuvent être estimés dans une fourchette de 200 à 250 millions de francs.

2.4.3 Coûts du traitement stationnaire ou ambulatoire des patients COVID-19

Les assureurs-maladie prennent en charge les coûts afférents aux prestations prévues dans la LAMal, aux tarifs et prix approuvés ou fixés par l'autorité compétente. Ce principe vaut aussi pour les prestations fournies pendant la pandémie.

Prestations stationnaires

La plupart des coûts occasionnés à l'AOS par la pandémie sont dus aux frais de traitement des patients traités en milieu hospitalier après avoir contracté le COVID-19. En vertu de l'art. 49a LAMal, la part

²³ Les coûts des 40 % restants des analyses sont financés par divers autres acteurs, comme les cantons, des particuliers, l'assurance-accidents, etc. Il n'est toutefois pas possible de procéder à une claire répartition par agent payeur et à une analyse détaillée, en raison du manque de données.

²⁴ Les données concernant les tests sont publiées ici : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html> (état le 27 janvier 2021)

facturée aux assureurs s'élève à 45 %. Les coûts moyens, estimés au ch. 2.3.1 à partir des données des assureurs, d'une journée de traitement à l'hôpital d'un patient COVID-19 (soit de 1556 à 1778 francs) représentent par conséquent un coût de 700 à 800 francs pour l'AOS. Dans le cas des soins intensifs, la part à charge de l'AOS oscille entre 1600 et 2000 francs. Le nombre de journées d'hospitalisation annoncées pour l'année 2020 s'élève à 219 761 en service hospitalier normal et 49 083 aux soins intensifs. Il en résulte des coûts de l'ordre de 233 à 274 millions de francs imputables à l'AOS en 2020. Le tableau ci-après récapitule les coûts des assureurs.

Tableau 5 : Coûts des assureurs dus au traitement stationnaire de patients COVID-19 (estimation pour l'année 2020)

Traitement des patients souffrant du COVID-19	Nombre de journées	
Service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	219 761	
Unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	49 083	
Coût moyen par journée de traitement	min. en francs	max. en francs
Service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	700	800
Unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	1600	2000
Coût total des assureurs en 2020 (arrondi)	en millions de francs	
Traitement des patients souffrant du COVID-19 dans le service hospitalier habituel d'un hôpital de soins aigus	154	176
Traitement des patients souffrant du COVID-19 en unité de soins intensifs d'un hôpital de soins aigus	79	98
Traitement stationnaire des patients COVID-19 dans un hôpital de soins aigus	233	274

À l'instar des coûts stationnaires des cantons, les chiffres indiqués ici ne sont qu'une estimation sommaire et non des valeurs exactes. Les calculs n'ont pas permis de distinguer, parmi les patients testés positifs, ceux qu'il avait fallu hospitaliser en raison du COVID-19 ou pour une autre cause. Là encore, il convient d'interpréter avec prudence les chiffres publiés.

Prestations ambulatoires

Les coûts des traitements ambulatoires font également partie des coûts de l'AOS dus à la pandémie. Ils comprennent en particulier les consultations médicales en cas de COVID-19, les médicaments destinés à soulager les symptômes, ainsi que les analyses pour le SARS-CoV-2 avant leur remboursement par la Confédération. Les coûts des tests remboursés par les assureurs (sans les coûts ambulatoires liés aux analyses) sont traités au point 2.4.1. Par contre, il n'est pas possible de distinguer avec une netteté suffisante les autres coûts de traitement ambulatoire du COVID-19 de ceux de prestations sans rapport avec une telle maladie. On peut d'ailleurs considérer que les assurés financent directement, dans le cadre de leurs dépenses de santé privées, une part importante des coûts ambulatoires liés à la pandémie, à commencer par les personnes ayant une franchise élevée ou n'ayant pas épuisé leur franchise. De tels facteurs rendent très difficile toute quantification des frais de traitement ambulatoire, et donc le présent rapport renonce à traiter la question plus en détail.

2.4.4 Évolution des réserves des assureurs AOS

Les assureurs-maladie doivent constituer, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, des réserves financières suffisantes pour garantir leur solvabilité. Les réserves alimentées par les bénéfices réalisés servent à couvrir les éventuelles pertes des assureurs-maladie. Autrement dit, l'argent des

primes ne sort pas du système. Le niveau minimal des réserves ainsi que le montant des réserves disponibles sont déterminés, pour l'intégralité des tâches et des activités LAMal de l'assureur-maladie, à l'aide du test de solvabilité LAMal. Concrètement, les risques spécifiques aux assureurs sont pris en compte pour calculer le niveau minimal des réserves, et une évaluation du bilan proche du marché sert à déterminer les réserves disponibles. Les chiffres correspondants, et donc aussi l'évolution des réserves de l'AOS, sont publiés chaque année en septembre.²⁵ En raison du niveau élevé des réserves, le Conseil fédéral a adopté le 14 avril 2021 la révision de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal ; RS 832.121). Les réserves des assureurs-maladie doivent être réduites au profit des assurés. La révision de l'ordonnance encourage les assureurs à calculer les primes au plus juste et à procéder à une réduction des réserves lorsque ces dernières le permettent.

2.4.5 Assurance-accidents, assurance-invalidité et assurance militaire

Les sinistres dûment signalés dans l'assurance-accidents au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) ont légèrement diminué en 2020 par rapport à l'année précédente. Les raisons tiennent à la mobilité en baisse, aux recommandations de télétravail, au chômage partiel ainsi qu'aux restrictions imposées aux activités sportives. Il est toutefois trop tôt pour porter un jugement définitif sur les effets constatés et pour les chiffrer en termes de coûts. Les assureurs-accidents privés ont par contre enregistré une explosion des maladies professionnelles, étant donné que dans les professions de la santé les cas de COVID-19 sont parfois assimilés à une maladie professionnelle. L'effet est plus ou moins marqué, selon la place qu'occupent les établissements du secteur de la santé (hôpitaux, laboratoires, etc.) dans leur portefeuille. Il s'agit d'assez peu de cas graves de COVID-19 (aux conséquences financières à long terme difficilement chiffrables) et d'une multitude de cas comportant peu de prestations, mais qui exigent d'importantes investigations.

La pandémie de COVID-19 ainsi que les mesures adoptées pour y faire face (fiches d'information nouvelles ou adaptées pour les fournisseurs de prestations et les agents payeurs) n'ont pas entraîné à ce jour de hausse de coûts sensible dans l'AI ni n'ont eu de répercussions financières.

Dans le cas de l'assurance militaire, il est encore trop tôt pour évaluer les coûts des cas de maladie liés au COVID. Le compte financier 2020 n'indique toutefois aucune augmentation des coûts.

2.5 Coûts de la pandémie assumés par les assurés

2.5.1 Participation aux coûts de traitement du COVID-19 et analyses pour le SARS-CoV-2

Les agents payeurs susmentionnés couvrent une grande partie des coûts de la pandémie. En ce qui concerne les autres coûts de la pandémie ou les coûts des tests quand ils n'étaient pas encore remboursés par la Confédération, les assurés y participent comme en temps normal à travers leur franchise, la quote-part à leur charge ainsi que les paiements directs (*out-of-pocket*, OOP). De tels coûts seront plus ou moins élevés selon la franchise choisie, mais cette différence se reflète également dans la prime payée. D'ailleurs, bien des traitements ambulatoires ou des achats de médicaments sont directement réglés par les assurés qui doivent de toute façon les payer, a fortiori ceux possédant une franchise élevée. De même, les personnes qui ne répondent pas aux critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration de l'OFSP doivent elles aussi financer de leur propre poche (OOP) les analyses pour le SARS-CoV-2.

Il ne sera donc pas possible de quantifier les coûts de la pandémie assumés par les assurés. D'une part, les assurés règlent directement certains coûts, qui n'apparaissent dans aucune statistique. D'autre

²⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/kvg-solvenztest.html> [dernière visite le 21 février 2021]

part, les assureurs ne sont pas toujours en mesure de distinguer, notamment dans le secteur ambulatoire, entre les coûts qui sont dus à la pandémie et les autres coûts.

2.5.2 Conséquences sur les primes des assurés

Les assureurs ont déposé leurs primes de l'AOS pour l'année 2021 en été 2020, et l'OFSP les a approuvées au mois de septembre. La prime moyenne sur le plan suisse, toutes classes d'âge confondues, a renchéri de 0,5 %, soit une hausse minimale par rapport aux années précédentes. Il est vrai que selon le canton, les primes moyennes affichent parfois une variation bien plus forte. La plupart des assureurs n'ont pas inscrit dans leur budget 2021 de coûts liés à la pandémie.

Si l'on considère les coûts de l'AOS pour l'année de traitement 2020, tout indique que la hausse de coûts entre 2019 et 2020 sera inférieure à la moyenne. Il n'est toutefois pas possible d'en dire plus pour le moment, compte tenu du décalage habituel lié à la facturation. La principale raison de l'évolution plutôt faible des coûts tient aux nombreuses interventions électives qu'il a fallu reporter ou qui ont été annulées en raison de la pandémie. La Swiss National COVID-19 Science Task Force estimait en janvier 2021 que près de 19 000 opérations ont été ajournées depuis la deuxième vague.²⁶ Les coûts ainsi évités n'ont toutefois pas été chiffrés. Une autre raison de l'évolution modérée des coûts tient, selon le Conseil fédéral, aux traitements n'ayant pas (encore) été effectués à cause des réticences des patients. En outre, les accidents signalés d'assurés couverts contre un tel risque dans le cadre de la LAMal ont probablement aussi diminué.

Les primes de l'année 2022 seront déposées en été 2021 et approuvées en septembre. Les futures hausses de primes dépendront fortement de l'évolution des coûts de l'AOS en 2021. À ce propos, les assureurs joindront à leurs propositions de primes pour 2022 une extrapolation des coûts de l'exercice 2021. Les estimations sont susceptibles de varier fortement, en fonction du niveau de coût des traitements reportés à 2021 ou de l'évolution de la pandémie. Il est donc trop tôt pour aborder la question dans le cadre du présent rapport.

²⁶ Swiss National COVID-19 Science Task Force (2021) : [The double burden of operating near intensive care saturation in Switzerland](https://scienctaskforce.ch/en/policy-brief/the-double-burden-of-operating-near-intensive-care-saturation-in-switzerland/) <https://scienctaskforce.ch/en/policy-brief/the-double-burden-of-operating-near-intensive-care-saturation-in-switzerland/> [dernière visite le 21 février 2021]

3 Bilan

À la demande de la CSSS-CE, le présent rapport a étudié les conséquences financières de la pandémie sur les différents agents payeurs du secteur de la santé et dresse un premier état des lieux. Une grande partie des acteurs sont touchés. En outre, on assiste à l'émergence de nouveaux postes de coûts, qu'il n'est pas toujours possible de distinguer clairement de la notion de coûts de la santé telle qu'elle était définie jusqu'ici. Comme la pandémie perdure, bien des informations ou données nécessaires pour répondre au postulat ne seront disponibles que bien plus tard, et donc à l'heure actuelle il n'est possible de fournir que de rares indications quantitatives. La question des coûts occasionnés par la pandémie dans le secteur de la santé ne recevra dès lors une réponse définitive qu'une fois la pandémie terminée, lorsque les données nécessaires auront été collectées et dûment exploitées.

Le Conseil fédéral juge prématuré de prendre sur cette base toute décision de grande portée. Les incertitudes sont trop grandes pour permettre d'estimer toutes les conséquences financières pour l'ensemble du secteur de la santé. Mais compte tenu de la hausse des coûts de la santé et des travaux actuels entrepris par la Confédération en vue de la maîtrise des coûts, le Conseil fédéral tient beaucoup à analyser de manière approfondie les coûts dus à la pandémie dans le secteur de la santé. Il s'agira d'élaborer dans une prochaine étape, à partir du présent rapport, un rapport de suivi complet. Outre les données secondaires déjà disponibles, d'autres chiffres seront collectés le cas échéant auprès des assureurs et des cantons, afin d'obtenir une vision aussi différenciée que possible des faits. Le calendrier exact dépendra toutefois de l'évolution future de la pandémie, ainsi que de la disponibilité des données correspondantes. Un nouveau rapport sur les coûts occasionnés par la pandémie dans le secteur de la santé sera réalisé d'ici la fin de 2022.