

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance maladie et
accidents
Division Prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Par email à :
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch/](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 13 décembre 2018

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet soumis à consultation

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée. Vous trouverez en annexe notre prise de position détaillée, dont nous vous livrons ci-dessous une synthèse.

Article relatif aux projet pilotes – MO2

La FRC se prononce en faveur de cet article avec des réserves : elle demande que les projets pilotes ne remettent en cause ni la liberté de contracter ni la couverture garantie aux assurés par la LAMal.

Organisation tarifaire nationale – M34 Maintien de la structure tarifaire à jour – M25

La FRC soutient ces deux mesures, mais demande qu'y soit incluse une représentation des assurés. Il n'est plus possible aujourd'hui de considérer que les intérêts des assurés soient représentés par les assureurs. Les mutuelles d'antan ont vécu.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

La FRC soutient cette mesure pour autant que soit garantie l'homogénéité des méthodes permettant de hiérarchiser la gravité des cas, afin d'éviter surdiagnostics et surmédicalisation.

Système de prix de référence pour les médicaments – M22

La FRC soutient cette mesure mais regrette que le système de prix de référence ne soit prévu que pour des médicaments dont la substance active est identique. Elle plaide pour un élargissement aux médicaments de type « me too ». La variante I est préférée à la variante II.

Copie de la facture pour les assurés et renforcement du contrôle des factures – M09 Création d'un organe indépendant de contrôle des factures – M35

La FRC soutient ces deux mesures. Concernant M09, elle demande toutefois que des moyens soient mis rapidement à la disposition des représentants des consommateurs et des patients pour les accompagner et développer les compétences nécessaires à la compréhension et, le cas échéant, à la contestation d'une facture. Au sujet de M35, la FRC souhaite que la création de cet organe ne soit pas conditionnée au manque d'efficacité des mesures renforçant le système actuellement en place. Elle plaide, au contraire, pour sa mise en place immédiate.

Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux

La FRC ne soutient pas cette mesure qui est susceptible de paralyser durablement le système au détriment des consommateurs de soin.

Tout en réitérant nos remerciements pour la participation à cette consultation, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé

Position de la Fédération romande des consommateurs relative à la Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet soumis à consultation

1. Remarque introductive générale

La FRC salue la volonté du Conseil Fédéral, après avoir mandaté un collège d'experts internationaux, de mener une réforme globale du système de santé et d'assurance des soins. Elle note toutefois que la plupart des mesures préconisées s'attachent à corriger des aspects du système pour juguler la hausse des coûts, mais elles ne s'attaquent à aucun des fondamentaux qui ont contribué ces vingt dernières années à faire augmenter de façon incessante la part financière que les ménages dédient à leur santé et, surtout, à leurs primes d'assurance. Face au vieillissement de la population, le risque est grand pour qu'en dépit des efforts préconisés, la hausse se perpétue, risquant alors de pousser à leurs limites non seulement le système de santé, mais aussi les assurés qui, en Suisse, assument la part la plus élevée dans les pays de l'OCDE. En l'état, la FRC considère que si les mesures mises en consultation permettront, pour certaines d'entre elles, quelques corrections, elles n'enlèveront pas la pression structurelle qui repose sur les épaules des assurés.

2. Article relatif aux projets pilotes – M02

La FRC se prononce en faveur de cet article avec toutefois quelques réserves. Il semblerait qu'il puisse favoriser l'éclosion de nouvelles approches en matière de santé. Par exemple, des projets pilotes tels que le « modèle fribourgeois d'assistance pharmaceutique » – rémunération forfaitaire des médicaments dans les EMS fribourgeois, projet remis en question par les assureurs – auraient pu avec un tel article de loi être analysés puis éventuellement généralisés. Mais, il manque dans le rapport explicatif et les modifications de l'art. 59b la définition d'un cadre précisant la marge accordée aux projets pilotes. Un canton ou une assurance peut-il ainsi suspendre dans le cadre d'un projet pilote la liberté de contracter ou l'obligation de s'assurer ? Serait-il possible de suspendre le principe de « territorialité » ? En fonction des conséquences encourues par les patients-assurés-consommateurs « tests », comment ceux-ci sont-ils couverts ? Par ailleurs, comment sont-ils associés dans la mise en place dudit projet et en fonction de quels critères ? Quand et comment sont-ils consultés ? Bref, jusqu'à quel point les principes cadres de la LAMal peuvent-ils être suspendus dans la mise en place de projets pilotes ? Le rapport explicatif ne donne aucune indication à ce sujet. Il paraît donc important pour la FRC de poser des principes cadres auxquels les projets pilotes ne peuvent déroger, ceux-ci concernant avant tout la liberté de contracter et l'obligation d'offrir aux assurés une couverture au moins égale à celle proposée par les modèles standard ou alternatif d'assurance.

3. Organisation tarifaire nationale – M34

Maintien de la structure tarifaire à jour – M25

La FRC salue la mise en place d'une structure similaire à SwissDRG SA pour les prestations ambulatoires dont l'objectif est la négociation des points attribués aux prestations. Afin d'éviter des blocages en cas de non-entente entre les partenaires, la FRC se satisfait également de la possibilité faite au Conseil Fédéral d'intervenir de façon contraignante. La FRC s'étonne toutefois que le Conseil Fédéral considère que les intérêts des assurés soient automatiquement défendus par les représentants des assureurs, la mutuelle d'antan qui aurait légitimé cette représentation a vécu ! En ce sens, la FRC milite pour une représentation plus directe des patients-assurés et de la mise à disposition des moyens afférents (voir infra prise de position relative à M09 et M35).

La FRC souhaite en effet éviter le cas de figure de l'article 43 al. 4 de la LAMal où il est prévu que les assurés soient consultés lorsqu'une convention tarifaire est passée entre des fédérations : régulièrement sollicitée, la FRC ne peut donner suite à cette obligation légale dans la mesure où aucun moyen pour ce faire ne lui est alloué.

4. Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

La FRC soutient cette mesure. Toute mesure qui vise à rompre avec une tarification à l'acte est accueillie favorablement par la FRC. Les forfaits apportent la souplesse nécessaire à une prise en charge adéquate des patients tout en œuvrant à une maîtrise des coûts. Néanmoins, elle plaide pour une certaine vigilance afin d'éviter les distorsions connues dans les DRG où des forfaits sont déjà pratiqués, notamment celles qui résultent de méthodes trop disparates dans l'évaluation des cas et de leur gravité, ce qui peut conduire à des surdiagnostics aussi bien qu'à une surmédicalisation néfaste pour les patients et, en conséquence, pour la bonne maîtrise des dépenses de santé.

5. Système de prix de référence pour les médicaments – M22

La FRC salue cette mesure, qu'elle soutient de longue date. A moyen terme, cette mesure devrait permettre des économies. A court terme, il faut toutefois se demander si une période transitoire est prévue pour permettre une bonne gestion du stock actuel. Cette question se pose en particulier pour les établissements de soins afin d'éviter un gaspillage écologique, médical et financier, et d'assurer une bonne transition aux patients, en particulier malades chroniques. La question de la transition se pose également de façon plus durable. On ne peut en effet exclure que les deux variantes proposées entraînent des substitutions obligatoires dans les traitements, lorsque notamment le prix de référence baisse avec l'arrivée sur le marché d'un générique meilleur marché. En l'état, le projet de loi n'est clair ni sur la façon dont les transitions seront gérées, ni sur la marge laissée aux patients dont la compliance à un traitement chronique dépend beaucoup de sa stabilité de fond et formelle. Il conviendrait au moins d'inclure, selon les classes des médicaments, des indications sur la forme galénique et non exclusivement sur la seule substance active.

La question de la pénurie se pose déjà. D'une certaine façon, dans la mesure où la plupart des pays du Nord tendent à baisser les prix des médicaments, le risque d'assèchement (pénurie par retrait de produits) du marché suisse – dont les prix continuent à être élevés par rapport à leurs voisins européens en dépit des pressions régulières exercées sur les prix – doit être pris en compte mais dans sa juste mesure. Le même risque est mentionné en France ou en Allemagne, l'industrie pharmaceutique ne peut désertier tous ces marchés en même temps. D'un côté, la petite taille du marché en Suisse le rend particulièrement vulnérable, de l'autre les prix malgré tout plus élevés qu'ailleurs la préservent encore quelque peu. En ce sens, il faudrait se demander dans quelle mesure la Suisse n'est pas en mesure de s'associer à (ou au moins, de s'aligner sur) des initiatives de négociations de prix conjointes, type BENELUXA. Ces initiatives représentent une piste à creuser pour éviter des disparités nationales trop marquées et, en conséquence, quelques dégâts collatéraux.

Selon la FRC, le problème plus fondamental est celui de la liberté que peuvent s'octroyer les fabricants de retirer du marché un traitement qu'ils continuent à produire : quels mécanismes est-il prévu afin d'éviter des situations de pénurie dont la cause est le souci de l'industrie pharmaceutique de maintenir ses marges plutôt qu'un problème logistique (panne, matière première, etc.) ? A cet effet, la FRC plaide – comme le préconise le rapport des experts dont est tiré ce premier paquet de mesures – pour que les préparations dites « me too » dont la composition est fondée sur des substances actives ayant le même mécanisme d'action que des médicaments déjà autorisés, soient incluses dans ce premier train de mesures. Suivant la variante I et en lissant les prix d'une large gamme de produits, une telle inclusion permettrait de diminuer la pression sur les patients-consommateurs-assurés. Sans cela, ces derniers risquent bien de devoir assumer une charge excessive soit financièrement, soit en adaptant constamment leurs traitements. Une telle mesure conduirait également à des économies plus importantes dans l'AOS, et aurait le mérite de stopper la mise sur le marché de médicaments dont le niveau d'innovation n'amène que peu (ou pas) de plus-value thérapeutique aux traitements déjà autorisés.

Entre la variante I et II, la FRC privilégie la première variante. En effet, comparativement, la variante I laisse davantage de marge aux patients et consommateurs. Si le projet de modification de la loi intègre nos remarques ci-dessus, la variante I est susceptible de limiter les substitutions obligatoires pour les hôpitaux comme pour les patients. Le problème de la variante II tient principalement au fait qu'elle laisse aux caisses-maladie toute la latitude pour définir quels traitements elles prennent en charge. Elle les incite ainsi à le faire autant de fois qu'elle le juge nécessaire. Ce mécanisme aura des répercussions fâcheuses pour les patients. Ceux-ci auront le choix entre payer une part de leur traitement jusque-là totalement remboursé pour le conserver ou, alors, le changer. Or, des changements de traitement trop fréquents peuvent avoir un impact négatif sur la compliance et, au final, entraîner des coûts supplémentaires dans la prise en charge (liés aux effets de la non-compliance). Par ailleurs, ces possibles substitutions en chaîne auront un coût également pour les prestataires de soins qui devront à chaque fois réorganiser leur stock. En définitive, ces impacts négatifs risquent de peser tout aussi lourdement dans la balance que les économies prévues et, donc, n'avoir des répercussions que minimales sur les primes des assurés. Pour cette raison, la FRC préfère la variante I moyennant l'élargissement de la gamme de médicaments soumis au prix de référence.

6. Copie de la facture pour les assurés et renforcement du contrôle des factures – M09

Création d'un organe indépendant de contrôle des factures – M35

La FRC soutient avec force la remise automatique de la facture aux assurés, indépendamment du régime d'assurance pour lequel ces derniers ont opté – tiers payant, tiers garant. Dans les faits, les assurés sous le régime du tiers payant ne reçoivent pas automatiquement leurs factures. Le renforcement et l'élargissement des dispositions déjà existantes de la LAMal (art. 59) en cas de négligence de la part des fournisseurs de prestations sont ainsi bienvenus.

La FRC nuance toutefois l'étendue des possibilités relatives à la remise automatique d'une copie de la facture. Cette remise ne « responsabilise » pas le patient mais l'incite à se montrer vigilant. Cette vigilance n'est pas possible partout et en tout temps : par exemple, une personne hospitalisée d'urgence et/ ou subissant une anesthésie générale peut bien recevoir sa facture, elle ne sera pas en mesure de s'exprimer sur la grande partie de son contenu. Plus généralement, en l'état actuel des choses, les factures sont illisibles pour une large frange de patients. Il est bien précisé dans le rapport explicatif qu'il faudrait faciliter la lisibilité des factures. Quels moyens le DFI et l'OFSP envisagent-ils à cette fin ? Sans l'apport d'un soutien aux organismes qui défendent et/ ou accompagnent les patients et les consommateurs pour qu'ils puissent les soutenir dans l'exercice de leur vigilance, cette mesure risque de n'atteindre que de façon partielle les objectifs visés.

Plus précisément, il faut se demander quelles sont les compétences requises aux assurés pour qu'ils fassent valoir leurs prérogatives. Ils doivent connaître les modalités de remboursement mais également disposer de quelques bases relatives aux systèmes de tarification. Le développement de ces connaissances est possible par un renforcement des permanences d'assistance ou de conseil déjà existantes (FSP, FRC, SKS, ACSI) et la mise en place de prestations favorisant « l'empowerement » des patients, assurés et consommateurs. Il faut aussi envisager le lancement de campagnes d'information autour de la tarification et la facturation. La FRC plaide, en particulier, pour la mise en place d'un format de facture « à lecture facilitée » qui accompagnerait la facture standard. La mise en place d'un tel format exige une concertation entre les différentes parties concernées. Indépendamment du résultat des consultations, la FRC souhaite que l'ensemble de ces prestations puissent être développées et se tient bien entendu à disposition pour y participer, via notamment des projets existants adressés aux consommateurs.

La FRC accueille favorablement toutes les mesures qui visent un renforcement des contrôles des factures et des audits en la matière. En particulier sous le régime du tiers-payant, il est compliqué pour un assuré de savoir quand et pourquoi une facture est contestée ou non par son assurance. La définition de normes minimales et communes entre assurances en matière de contrôle des factures devraient aboutir à davantage de transparence afin d'aider les assurés à mieux s'insérer dans des tractations qui les concernent (sous réserve de la réalisation des conditions mentionnées ci-dessus relatives au renforcement de leurs compétences).

Enfin, la création d'un service national de médecin-conseils obtient le soutien de la FRC. Il apporterait de l'indépendance et une centralisation accrue dans un système où les intérêts sont divergents et les fragmentations nombreuses. Il aurait pour effet également de fournir des données uniformisées très utiles pour la mise en place de programmes de santé publique adéquats. A ce titre, la FRC suggère de mettre sur pied une telle structure sans la conditionner au manque d'efficacité résultant de l'intensification du contrôle existant qui, précisément, manque de cohérence. Elle pourrait y apporter sa contribution sous forme de conseil avec l'aide des associations qui défendent avec elle les intérêts des patients, des assurés et des citoyens (FSP, OSP, SKS, ACSI).

7. Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux

La FRC ne soutient pas cette mesure. Tout indique que ce droit de recours octroyé aux assureurs est susceptible de créer des paralysies supplémentaires dans le système de santé, au détriment des patients-assurés, sans possibilité de déblocage par l'entremise du pouvoir exécutif fédéral.

Fédération romande des consommateurs, Lausanne le 13 décembre 2018



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé