

OFSP
Schwarzenburgstrasse 157,
3097 Liebefeld

Par courriel:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 17 novembre 2020

Consultation concernant Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet)

Madame, Monsieur,

La Fédération romande des consommateurs (FRC) vous remercie de l'opportunité qui lui est donnée de prendre position sur l'objet mentionné ci-dessus.

Remarque générale

Depuis l'instauration de la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) en 1996, les primes des assurés n'ont cessé d'augmenter, passant du simple à plus qu'au double en l'espace de 25 ans (140 % d'augmentation environ). L'indice des primes de l'assurance maladie (IPAM), permettant de connaître le poids que représentent les primes AOS dans un ménage, ne cesse d'augmenter. Dès lors que le montant des primes est indexé sur les coûts de la santé, la FRC estime qu'une action concertée pour maîtriser la hausse des coûts est justifiée.

Nous avons déjà eu l'occasion, lorsque nous nous sommes exprimés sur le premier paquet, d'avancer cet argument. Toutefois, nous remarquons que le volontarisme (mesuré mais remarquable) du premier paquet a quelque peu perdu de sa vigueur lorsque le Parlement s'en est emparé : au moment où nous rédigeons notre réponse, le prix de référence pour les médicaments génériques a été abandonné par le Conseil national (votes sur les projets 1a et 1b de l'objet 19.046), et l'instauration d'un principe

d'adaptation des tarifs médicaux ou de tarifs digressifs passé un certain seuil dans le volume des prestations a subi le même sort. Tout laisse penser que les économies seront moindres que celles espérées à la lecture du rapport d'experts dont le premier et le second paquet de mesures sont issus. Plus spécifiquement encore, le refus par le Conseil national d'un tarif dégressif mine déjà à ce stade les mesures préconisées dans ce deuxième paquet, qui est un contre-projet indirect proposé en alternative à l'initiative du PDC pour maîtriser les coûts de la santé.

Malgré tout, comme pour le premier paquet, la FRC estime que la plupart des mesures vont dans le bon sens, mais leur complexité effrayante et, parfois, le fait qu'elles ratissent trop large leur font perdre en efficacité. Il est à craindre qu'au final ces caractéristiques diminuent leur chance de succès devant le Parlement ou devant le peuple en cas de référendum.

Par ailleurs, la FRC s'oppose avec force à la proposition no 6 visant à créer un régime d'exception à la loi sur la transparence. Elle concerne l'accès aux documents relatifs au calcul des prix des médicaments et des restitutions aux assureurs (ou à l'institution commune) découlant des rabais négociés avec les fabricants. Une telle mesure consiste à signer un blanc-seing à l'industrie pharmaceutique dont la marge de manœuvre est déjà énorme, favorisant un climat déjà très opaque en matière de prix et de tarification. Si une telle mesure peut amener à court terme une baisse des prix, elle créerait un précédent qui risque de toucher à plus long terme d'autres branches de l'économie au détriment des consommateurs et de l'information qui leur est fournie.

Enfin, la FRC remarque et déplore le fait que le Conseil fédéral continue à ne pas miser sur la prévention pour tenter d'agir sur les coûts. Il serait pourtant nécessaire de compléter des mesures tendanciellement réactives avec un renforcement de l'arsenal (déjà très faible en Suisse) des outils de prévention et de promotion de la santé. Aujourd'hui déjà, un quart de la population suisse souffre d'une maladie non transmissible (MNT), une proportion qui augmente avec l'âge ; or 80% des coûts de santé sont causés par les maladies non transmissibles. Le Conseil fédéral a déclaré pourtant vouloir renforcer la prévention des maladies non transmissibles conformément à sa stratégie "Santé 2030". De même, dans le plan législatif 2019-2023, le Parlement et le Conseil fédéral se sont fixés comme objectif une prévention efficace, en plus du maintien de soins de qualité et financièrement viables. Il est donc d'autant plus incompréhensible pour la FRC que tout comme le premier paquet de réduction des coûts, le présent paquet ne comporte aucune mesure correspondante.

Afin de réduire les coûts des soins de santé, il convient de promouvoir la compétence des citoyens suisses en matière de santé. L'accès à des informations valides et complètes permettant aux citoyens/assurés/patients de prendre de bonnes décisions concernant leur santé doit être garanti. À l'heure actuelle, selon les études réalisées sur mandat de l'OFSP, seule une personne sur dix en Suisse a une excellente compétence en santé et dans un peu plus d'un tiers de la population, elle est suffisante ; mais environ 45 % ont un niveau de compétence problématique et 9 % ont une compétence insuffisante en matière de santé. Selon ces études, les coûts d'une compétence sanitaire limitée représentent 3 à 5 % des coûts de santé. Pour la Suisse, cela correspond à 2,5 à 4 milliards de francs par an. La FRC essaie pourtant à son échelle d'améliorer la situation, notamment à travers son projet Tous consomm'acteurs de la santé.

La suite du document détaille notre prise de position sur les mesures présentées dans ce second paquet.

A. Mesure 1 : introduction d'un objectif de maîtrise des coûts visant à définir des objectifs concernant la croissance des coûts dans l'AOS et à fixer des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs.

La FRC est satisfaite de l'opposition du Conseil fédéral à l'initiative du PDC dite initiative de « frein aux coûts de la santé ». En effet, cette initiative n'accomplit que la moitié du chemin : si les initiants ont raison de plaider pour la mise en place de mesures rapides à partir du moment où les coûts annuels dépassent un certain seuil, ils se trompent en ne spécifiant absolument aucune mesure ou ne donnant aucune indication quant au type de mesures à prendre et aux garde-fous à respecter. De telles lacunes risquent de se retourner contre les assurés. La position du Conseil fédéral est louable en ce qu'elle s'attache à combler les manques de l'initiative.

Cependant, le Conseil fédéral propose des procédures bien trop complexes. La chaîne de décisions est bien trop longue partant d'une commission consultative pour aller vers le Conseil fédéral, puis vers les cantons, ceci dans le seul but de fixer un objectif (théorique) en matière de coût. Le système – souple – prévoit par ailleurs une marge de tolérance. Un mécanisme parallèle pour la répartition entre les différentes catégories de coûts est prévu. Il ne s'agit là que de la première étape qui en comprend trois autres qui engagent les cantons, les fournisseurs de prestation et les acteurs locaux de la santé. Des divisions et subdivisions sont en outre prévues pour adapter les objectifs. Enfin, afin de savoir si les mesures à prendre sont contraignantes ou non et à quel degré, deux variantes sont prévues. Les fournisseurs de prestations, hôpitaux et médecins, peuvent bien craindre la mise en place d'un budget dit global, toutes les précautions prises pour ne pas tendre vers un modèle trop vertical nuisent aux propositions pour les inciter à contrôler les volumes de leurs prestations.

Ce projet est bien trop complexe et ne participe nullement à simplifier un système que plus personne ne parvient ni à comprendre ni à maîtriser dans sa globalité.

Nous notons, par ailleurs, que les mesures correctives suggérées par le Conseil fédéral, avec ce mécanisme, consisteraient surtout à adapter les conventions tarifaires. Si la mesure, en elle-même, est limpide et louable, il subsiste un certain flou à son sujet. En effet, lors de la session spéciale d'octobre 2020 du Conseil national, il était déjà prévu d'amender l'article 47c de la LAMAL pour introduire cette mesure. Le Conseil national a rejeté cette mesure. Cette sorte de « conflit d'agenda » entre le paquet 1 et le paquet 2, et entre le processus parlementaire et la procédure de consultations rajoute de l'incertitude à la complexité.

En soi, la FRC pourrait soutenir le principe de l'instauration d'un tarif dégressif passé un certain seuil dans les volumes. Mais une mesure aussi radicale doit passer par une procédure beaucoup plus simple, guidée par la Confédération. Elle doit aussi garantir que les fournisseurs de prestations, respectivement les médecins, ne soient ni empêchés de prescrire, ni incités à différer une intervention afin qu'elle ait lieu lorsque les compteurs sont remis à zéro, ceci aux dépens de l'intérêt des patients, de leurs besoins et de leur porte-monnaie.

Si le Conseil fédéral puis le Parlement persistent malgré tout à aller dans le sens du contre-projet ici proposé et à créer une Commission consultative sur les objectifs en

matière de coûts de la santé, il est évident que trois sièges au moins doivent être prévus pour les associations représentant les patients et les assurés.

B. Mesure 2 : Institution d'un premier point de contact, auquel les assurés s'adressent d'abord lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Celui-ci conseille et traite les patients ou les adresse à un autre fournisseur de prestation

Mesure 3 : Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts

Mesure 4 : Promotion de programme de prise en charge des patients afin de renforcer les soins coordonnés

En 2012, la FRC avait soutenu l'initiative pour des soins intégrés dits de « Managed care ». Huit ans plus tard, elle est heureuse de constater que la structuration des parcours de soins et de prise en charge est considérée comme un moyen qui peut permettre des économies tout en garantissant une prise en charge de qualité, voire son amélioration. En dépit de ces arguments, la FRC demeure sceptique face à autant de complexité. Elle est d'avis que le projet soumis à consultation court trop de lièvres à la fois. Soit l'orientation des patients et la coordination de leurs soins au sein du système doit reposer sur les épaules des médecins généralistes, soit cette même tâche incombe aux réseaux de soins qui peuvent, au sein dudit réseau, déléguer une partie des tâches de coordination à un intervenant pas forcément médecin.

Si d'un point de vue théorique, l'articulation de ces trois mesures n'est pas mauvaise, elle pose dans la pratique une série d'interrogations qui pourraient avoir raison de sa bonne concrétisation. La mise en place d'un premier point de contact obligatoire doit être accompagné d'une méthodologie qui n'en fait pas un simple « gate-keeper » comme on les connaît dans les centrales de télémédecine auxquelles recourent les caisses-maladie. Le premier contact nécessite une promotion encore accrue du rôle des généralistes, ainsi qu'une formation qui intègre de façon complète les enjeux de la coordination. Du côté des patients, il est nécessaire de les inciter à se doter d'un médecin généraliste ou à se diriger toujours vers la même porte d'entrée lorsqu'ils font face à un problème de santé, bénin ou non (en dehors des urgences).

Le Danemark a mis en place un tel système qui promeut systématiquement l'inscription chez un médecin. A chaque déménagement, tout citoyen danois est simultanément accueilli par sa nouvelle commune par un message de bienvenue et dirigé vers un médecin généraliste qu'il peut ensuite choisir de remplacer par un autre médecin figurant sur une liste. Chaque patient doit en toutes circonstances s'adresser d'abord à son médecin généraliste (excepté en situation d'urgence) qui est responsable pour la santé et les soins de ses patients. Ce dernier a donc un intérêt de bien les connaître et réciproquement. Chaque médecin est rémunéré en fonction du nombre de patients qui s'adressent à lui, mais il est également rémunéré dans un tarif bien moins détaillé que TARMED pour les prestations qu'il fournit.

Les propositions du Conseil fédéral semblent en partie s'inspirer du modèle danois, mais il ne semble guère s'intéresser aux conditions proprement systémiques (nombre de MPR), méthodologiques (affinement des compétences interprofessionnelles) et culturelles qui permettent à ce système d'être efficace et accepté par la population. Ces conditions ne sont pas réunies en Suisse où les médecins agitent trop souvent

l'argument de la liberté de choix du patient (qui reçoit un bon écho chez les assurés, même ceux qui ont opté pour un modèle alternatif) pour saper tout effort de coordination et toute révision du système de tarification. Dès lors, si la proposition du Conseil fédéral est bienvenue, elle constituerait une révolution en soi qui nécessiterait beaucoup d'efforts. La FRC doute grandement que l'introduction simultanée d'un premier point de contact obligé, d'une promotion des réseaux et la création d'un statut de coordinateur qui n'incombe pas nécessairement aux médecins soient réalisables. A minima, il faudrait échelonner l'introduction de ces mesures et définir les conditions pour que le premier point de contact soit également le point de coordination et d'orientation.

La FRC est d'avis qu'il faut débiter cette réforme par la mise en place de centres de coordination, tel que les définit la Plateforme de médecine sociale. Ces centres de coordination peuvent être des cabinets individuels ou des cabinets collectifs de praticiens qui seraient responsables des premières consultations mais également de la coordination des prestations et de la gestion des dossiers (notamment du dossier électronique). Ces centres assureraient ainsi un suivi continu et un accompagnement des patients qui permettraient une meilleure coordination, et empêcheraient les examens inutiles ou faits à double.

En tous les cas, il serait judicieux de spécifier si les malades chroniques, ayant été dirigés vers un spécialiste, devront repasser chaque début d'année et/ou pour chaque épisode thérapeutique devant leur premier point de contact pour se faire renouveler le bon de délégation. La FRC est d'avis qu'il faudrait disposer d'exigences souples et adaptées afin d'éviter une saturation inutile.

Il faut également prévoir un système de compensation ou prévoir de rémunérer les tâches de coordination – en particulier dans la mesure 2 – afin d'éviter qu'une sélection des risques se mette en place à l'entrée des points de contact obligatoires (ou de quelques structures qui rempliraient une fonction analogue).

Dans la promotion des réseaux de santé, il importe d'exiger, comme le fait déjà le Conseil fédéral, que les réseaux soient dirigés par des professionnels de soins (médecin ou infirmiers) afin de s'assurer que leur gestion repose avant tout sur une approche médicale et, ensuite, sur une logique économique.

En conclusion, la FRC peut soutenir les propositions du Conseil fédéral visant à instaurer une meilleure coordination, mais elle doute que ces mesures, par leur morcellement propre comme celui du système, permettent d'atteindre les effets escomptés et l'adhésion de la population.

C. Mesure 5 : Règlementation visant à convenir de modèles de prix et de restitutions éventuelles

Mesure 6 : Exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul, et les modalités de restitutions dans le cadre des modèles de prix

La FRC est acquise à la méthode dite des modèles des prix afin d'adapter les prix aux risques ou aux incertitudes liées au manque de données disponibles (quant à l'efficacité du traitement, ses bénéfices par rapport aux traitements existants, ou ses possibles effets secondaires) pour un traitement nouveau. Elle ne voit pas d'inconvénients à ce que les reversements liés aux rabais négociés passent par l'Institution commune LAMAL.

En revanche, la FRC refuse catégoriquement l'instauration d'un régime d'exception à la loi sur la transparence. Alors que les groupes pharmaceutiques jouissent déjà de toute la latitude pour fixer des tarifs élevés sans avoir à fournir des données détaillées, notamment au sujet des investissements consentis pour le développement d'un produit, cette mesure vise à agrandir leur marge aux dépens d'un acquis démocratique. Une telle mesure risque de créer un dangereux précédent susceptible de réduire le droit à la transparence dans d'autres domaines que la santé.

D. *Mesure 7 : Création des bases juridiques pour un examen différencié des critères EAE et pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des analyses, des médicaments, ainsi que des moyens et des appareils*

La FRC est extrêmement favorable à cette mesure afin qu'elle puisse apporter un appui supplémentaire aux mesures déjà prises par le Conseil fédéral pour continuer à faire baisser le prix des médicaments (notamment à travers l'analyse triennale, en passe d'être annualisée). Il est important que le choix de la méthode la plus avantageuse soit systématique, et non simplement « envisageable » comme le laisse sous-entendre le rapport explicatif aux pages 51 et 52 (« Dans certains cas, il sera *envisageable* de ne plus tenir compte que de l'une ou l'autre de ces comparaisons, ou encore de prendre en considération d'autres critères tenant compte du caractère avantageux »). Il ne sert à rien de créer une base légale et, en même temps, d'offrir la possibilité de la contourner.

E. *Mesure 8 : Fixation de tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré afin d'encourager la concurrence intercantonale entre les hôpitaux*

Actuellement, en théorie tout assuré peut se faire soigner dans un canton différent de celui dans lequel il réside. A cette fin, certains cantons définissent un tarif plafond pour ne pas avoir à payer trop cher une prise en charge d'un de leurs résidents dans un autre canton. Ce plafond est souvent volontairement défini à un niveau trop bas (à des tarifs inexistantes) pour casser la concurrence intercantonale et inciter les assurés à rester dans leur canton de résidence (puisque la différence est à leur frais...). L'introduction d'un tarif de référence mettrait un terme à cette pratique qui freine la concurrence et donc le choix des usagers. Cette mesure serait un premier pas pour une centralisation du système et une régionalisation de la prise en charge. La FRC y souscrit donc pleinement.

F. *Mesure 9 : obligation des fournisseurs de prestations et des assureurs de transmettre les factures par voie électronique*

La FRC soutient cette mesure, même si elle estime qu'elle ne changera que peu de chose au contrôle des factures. Elle a déjà eu l'occasion de souligner son point de vue sur le sujet (sans être entendue) : la remise de la facture automatique aux patients et assurés n'atteindra pas l'objectif escompté sans que l'on mandate des organisations tierces pour les aider à lire lesdites factures, si l'on ne met pas en place un format de factures plus lisibles ou si l'on ne promeut pas de manière plus substantielle des moyens pour renforcer leurs connaissances et leurs compétences.

La FRC émet une réserve importante à son soutien. La remise en version papier doit pouvoir être obtenue gratuitement par les patients et assurés qui en font la demande.

G. Autres mesures : participation aux coûts de la maternité, égalité de traitement des patientes

La FRC soutient sans réserve cette mesure qui a exposé les assurées à une inégalité de traitement en fonction de la caisse maladie à laquelle elles étaient affiliées et de la lecture que ces dernières faisaient de l'article 64, al. 7, let b. de la LAMAL. Une lecture trop restrictive de cet article, à contre-courant des recommandations de l'OFSP, a confronté de nombreuses assurées à une double épreuve, à savoir celle de subir parfois une interruption de grossesse et d'avoir à en assumer les frais. La FRC suggère même d'aller plus loin en suspendant toute participation aux frais médicaux dès la première semaine de grossesse, afin que les femmes subissant une fausse couche n'aient pas non plus à assumer les frais d'une épreuve bel et bien liée à leur grossesse.

F. Propositions additionnelles de la FRC

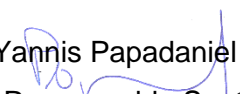
Le paquet de mesure fait appel à la participation de tous les acteurs, sauf les assureurs. A ce titre, la FRC invite le Conseil fédéral à réviser la LSAMal de manière à limiter et à uniformiser les frais d'administration des assureurs. La FRC constate que ces frais restent extrêmement élevés, à savoir 1,475 milliards de francs en 2019 selon les statistiques de l'OFSP sur la surveillance de l'assurance-maladie. Ces frais varient en outre énormément d'un assureur à l'autre (de 2,9 à 18,5% des dépenses).

En ce sens, il semble important, dans le présent projet, de faire un geste pour faire baisser les coûts assumés dans le faits par les primes versées par les assurés. À ce titre, la FRC estime que :

- Les frais administratifs des assureurs doivent être limités de manière globale, p.ex. par l'introduction d'un plafond de dépense ;
- Les dépenses de publicité et le recours à des intermédiaires pour conclure des contrats d'assurance obligatoire doivent être interdits pour tous les assureurs soumis à la LSAMal, dans la mesure où les prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins sont identiques d'une assurance à l'autre.

Nous vous remercions de nous avoir consultés ainsi que de l'attention que vous porterez à notre prise de position et restons à votre disposition pour toute demande complémentaire. Dans l'intervalle nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale


Yannis Papadaniel
Responsable Santé