



Envoi par courriel

À l'Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Berne, le 30.10.2018

8-2-1 / MJ / HU / KB / MW / KS / Im

Prise de position de la CDS relative à l'avant-projet du DFI du 14.9.2018 sur la révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner la possibilité de prendre position sur l'avant-projet et les explications du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet ».

Lors de sa séance du 25 octobre 2018, le Comité directeur de la CDS a examiné le projet mis en consultation et il prend position comme suit en la matière.

1 Remarques générales

Acteurs essentiels dans la garantie et le cofinancement de la prise en charge, les cantons sont vivement intéressés à optimiser les systèmes de pilotage et de financement de la santé. L'évolution des coûts du système de santé préoccupe aussi les cantons. Ainsi saluent-ils l'orientation générale du programme visant à freiner la hausse des coûts et sont-ils prêts à contribuer à sa mise en œuvre.

La CDS estime toutefois qu'il faut absolument garder une vue d'ensemble du système au cours du suivi et de la mise en œuvre des mesures visant à freiner les coûts. Les mesures proposées dans le 1^{er} volet prévoient de nouveaux rôles et tâches pour la Confédération, les cantons, les assureurs aussi bien que les fournisseurs de prestations. On s'expose au risque de générer des interactions imprévues et involontaires avec des réglementations existantes tout comme avec d'autres projets de réforme (p. ex. le projet relatif à l'admission de fournisseurs de prestations). Il est par conséquent indispensable d'évaluer scrupuleusement d'éventuelles retombées. Il faudra notamment surveiller les effets sur les autres financeurs et sur la prise en charge.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que certaines mesures ne sont pas encore au point ni guère efficaces par rapport aux objectifs visés.



C'est avec plaisir que nous vous détaillons ci-après notre position en la matière.

2 Remarques sur les différentes propositions de mesures

2.1 Article expérimental (M02) (art. 59b, P-LAMal)

La CDS approuve fondamentalement la création d'un article expérimental. Elle estime néanmoins que le présent projet de l'art. 59b est trop restrictif en son contenu et qu'il limite la marge de manœuvre actuelle de la LAMal. Celle-ci offre aujourd'hui un périmètre d'action inexploité, p. ex. pour de nouveaux modèles de rémunération, d'assurance ou de soins, que les acteurs (notamment les fournisseurs de prestations et les assureurs) n'utilisent toutefois pas. De même, au niveau cantonal, il est aujourd'hui possible d'adopter d'autres modèles de financement et de soins si ceux-ci se basent sur des lois cantonales en vigueur. En tenant compte du système dans son ensemble, la CDS considère en outre qu'il faut élargir le champ d'application de l'article en y ajoutant explicitement la promotion des soins intégrés et de la prévention. Dans le cadre d'un projet pilote, il faut également prévoir le financement de nouvelles prestations si cela permet d'aboutir à une prise en charge plus efficace.

La CDS est en outre de l'avis que seule l'autorisation de projets pilotes ayant un champ d'application national peut relever du DFI, tandis que les cantons doivent pouvoir autoriser les projets cantonaux et régionaux. D'une manière générale, il ne faut pas que les compétences constitutionnelles des cantons soient remises en cause. La disposition selon laquelle les cantons peuvent être obligés de participer à un projet pilote limite le principe de la compétence cantonale dans le système de santé et viole le principe de subsidiarité. C'est pourquoi il faut supprimer ladite disposition.

Le rapport explicatif du Conseil fédéral spécifie qu'il convient de préserver les droits des assurés pendant la durée des projets pilotes. En conséquence, nous considérons comme critique l'obligation pour les assurés de participer à des projets pilotes, cela entre autres du point de vue de l'égalité juridique et de la sécurité du droit. Des mesures limitant l'accès à des prestations ou obligeant les assurés d'assumer davantage de frais seraient particulièrement préjudiciables aux droits des assurés et donc inadmissibles. Il faut par ailleurs se poser la question de savoir si les citoyennes et citoyens dans l'obligation de participer n'ont pas droit à une compensation.

Il est probable que l'exécution de certains projets pilotes demandera un financement spécial qui devrait être réglé de façon opportune dans l'article.

Finalement, il faut stipuler que les projets doivent être réversibles. Si un projet se révèle inefficace, il faut pouvoir revenir à l'ancienne réglementation sans préjudice.

Propositions

- Modification de l'intitulé du chapitre : « Projets pilotes visant à maîtriser les coûts et à promouvoir les soins intégrés et la prévention »
- Al. 1 : « Dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles de maîtrise des coûts, le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux et les gouvernements cantonaux peuvent autoriser des projets pilotes régionaux/cantonaux ; cela notamment dans les domaines suivants... »
- Complément à l'al. 1 : « g. financement de nouvelles prestations visant à augmenter la qualité et l'efficacité des soins »
- Complément à l'art. 59b, l'al. 1 : « h. prévention »
- Al. 2 : « Les projets pilotes sont limités dans leur objet, leur durée et leur application territoriale et ils sont réversibles. »
- Al. 4 : « Les ~~cantons~~, les assureurs, les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives ~~et les assurés~~ peuvent être tenus de participer à un projet pilote si une parti-



ciation volontaire ne permet pas d'évaluer de manière adéquate les effets d'une généralisation ultérieure du projet pilote. »

- Al. 6 : « Au terme du projet pilote, le Conseil fédéral peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 3 restent applicables pendant trois ans au maximum si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, respectivement de promouvoir les soins intégrés ou la prévention, et dès lors qu'un projet législatif va être lancé. ».

2.2 Contrôle des factures (art. 42, al. 3, 3^e phrase, P-LAMal)

La CDS est d'accord avec le but de cette mesure, à savoir augmenter la transparence des prestations facturées et de leurs coûts afin que les assurés prennent davantage conscience des coûts en jeu. Nous estimons cependant que la réglementation proposée est inadéquate pour atteindre ce but. Elle occasionnerait une surcharge importante pour les fournisseurs de prestations, sans utilité significative en contrepartie, étant donné que les contenus des factures sont difficiles à interpréter par les personnes assurées.

En conséquence, nous proposons au lieu de l'envoi d'une copie de facture à la personne assurée de créer un droit aux renseignements ; celui-ci accorde à la personne assurée le droit d'obtenir sur demande des informations du fournisseur de prestations au sujet des prestations facturées et de leurs coûts.

Les assureurs devraient en outre compléter la facturation des prestations en y mentionnant la part assumée par le canton.

Cette alternative permettrait d'atteindre le but de la mesure sans grever le système d'une surcharge administrative considérable.

Proposition

- Supprimer la disposition et en élaborer une alternative
- Complément à l'art. 42, al. 3 : «... Y figurera aussi la part assumée par le canton. »

2.3 Tarifs et pilotage des coûts

2.3.1 Promouvoir les forfaits dans le secteur ambulatoire (M15) et uniformité des structures tarifaires ambulatoires (art. 43, al. 5, 1^{ère} phrase, P-LAMal)

La CDS appuie fondamentalement l'objectif selon lequel le Conseil fédéral doit pouvoir déterminer des forfaits ambulatoires également. Cela augmente la pression exercée sur les partenaires tarifaires d'élaborer eux-mêmes de tels forfaits où ceux-ci sont utiles du point de vue médical et économique.

Une structure uniforme des tarifs forfaitaires pour l'ensemble du pays n'est cependant opportune que si la prise en charge est standardisée dans toute la Suisse et liée à des prestations clairement définies. Cela n'est toutefois pas le cas dans nombre de domaines (p. ex. dans la rééducation cardiaque, les structures psychiatriques de jour et de nuit, les traitements à la méthadone) où il existe différents types de structures de prise en charge. Pour ces domaines, des structures tarifaires cantonales doivent pouvoir rester applicables.

Eu égard à ce qui précède, nous proposons un remaniement général de la teneur de cette disposition. Si cette réglementation vise à se substituer à long terme aux tarifs à la prestation dans le secteur ambulatoire, il faudrait l'indiquer explicitement.

Proposition

- Remaniement de la disposition
- Éventuellement : « Les tarifs à la prestation ainsi que les tarifs des forfaits par patient liés aux à des traitements ambulatoires standardisés et clairement définis doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Des struc-



tures tarifaires cantonales continueront de régir les traitements ambulatoires plus complexes. »

2.3.2 Créer une organisation tarifaire nationale (M34) (Art. 47a, P-LAMal)

La CDS approuve la création d'une organisation tarifaire nationale. Elle peut constituer une issue raisonnable de l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration et de développement ainsi que d'adaptation et de gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. Il faut cependant prévoir une participation paritaire des cantons à cette organisation.

Les compétences de l'organisation tarifaire doivent se limiter aux structures tarifaires valables dans toute la Suisse (cf. prise de position sur la M15). Même si une organisation faitière avec des subdivisions par domaine de fournisseurs de prestations ou une organisation séparée par structure tarifaire sont envisageables, l'organisation tarifaire devra, dans la phase de lancement pour le moins, assumer avant tout les structures tarifaires relatives aux prestations médicales.

À l'instar du secteur stationnaire, la question du financement de l'organisation tarifaire nationale doit être mise au point au niveau législatif.

Afin d'aboutir à une analogie dans le secteur stationnaire, nous proposons d'adapter en conséquence l'art. 49, al. 2, LAMal. Cela permettra de résoudre le problème de l'intégration de curafutura au sein de la Swiss DRG SA et de charger l'organisation tarifaire nationale avec la soumission de la demande d'approbation à l'intention du Conseil fédéral. En effet, si tous les partenaires sont représentés au sein de l'organisation, celle-ci pourra aussi soumettre la demande au Conseil fédéral.

Propositions

- Al. 1 : « Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, de concert avec les cantons, une organisation composée sur une base paritaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires pour les ~~traitements ambulatoires~~ tarifs à la prestation, l'accent étant placé sur les prestations médicales, ainsi que pour les forfaits ambulatoires dans la mesure où les partenaires tarifaires le souhaitent. »
- Al. 3 : «... le Conseil fédéral l'institue pour ~~les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs~~ les parties selon l'alinéa 1. »
- Al. 4 : « Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par ~~les partenaires tarifaires~~ l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »
- Institution d'une disposition légale régissant le financement de l'organisation.
- Adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal : « Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par ~~les partenaires tarifaires~~ l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »

2.3.3 Maintenir la structure tarifaire à jour (M25) (Art. 47b, P-LAMal)

La CDS est d'accord avec l'obligation de communiquer des données au Conseil fédéral. Mais l'obligation de communiquer des données aux cantons doit elle aussi obtenir une base légale nette et explicite dans la LAMal. Cela à plus forte raison si la réglementation vise à éviter les doublons et les redondances.

Si la communication des données doit être réglée pour les tarifs selon l'art. 46, al. 4, LAMal également, il faudrait y procéder à l'art. 46 en élargissant en même temps le champ d'application aux procédures cantonales d'approbation ou de fixation. Nous estimons que la disposition proposée concernant la délimitation entre la structure tarifaire et les tarifs n'est pas encore mûre.



La CDS propose d'introduire des possibilités de sanction analogues pour le secteur stationnaire ou bien d'examiner l'introduction générale d'un article de sanction dans la LAMal.

Propositions

- Al. 2 : « Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visée à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral et aux cantons les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des ~~tarifs et des prix~~ structures tarifaires... »
- Al. 3 : « Le Conseil fédéral et les cantons peut peuvent prononcer des sanctions à l'encontre des fédérations des fournisseurs de prestations et de celles des assureurs ainsi qu'à l'encontre de l'organisation visée à l'art. 47a lorsque celles-ci ne respectent pas l'obligation de communiquer les données, prévue à l'al. 2 ... »
- Adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal : « Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Le Conseil fédéral et les cantons peuvent prendre des sanctions contre les fournisseurs de prestations qui violent cette obligation. ... »
- Éventuellement, créer un article nouveau relatif aux sanctions : « Le Conseil fédéral et les cantons peuvent ordonner des sanctions si les obligations ou les conditions de cette loi ne sont pas respectées. »

2.3.4 Mesures visant à piloter les coûts (Art. 47c, P-LAMal)

La CDS reconnaît que par cette nouvelle disposition on propose un instrument potentiellement efficace en vue de maîtriser les coûts, susceptible de renforcer la responsabilité en matière de coûts des fournisseurs de prestations dans un marché axé sur l'offre.

La responsabilité de la prise en charge et les compétences de pilotage demeurent cependant du ressort des cantons, ce dont la réglementation proposée ne tient pas suffisamment compte. Elle englobe en effet un pilotage des prestations par les partenaires tarifaires également, ce qui peut entamer des compétences cantonales existantes (notamment la planification hospitalière, les mandats de prestations, l'admission des fournisseurs de prestations) selon l'interprétation qu'on lui donne (seulement volume ou aussi contenu des prestations). Elle risque en outre de conduire à un nombre très élevé de différents accords contractuels, ce qui complique le pilotage et remet en cause le principe même de sa réalisation. La manière dont elle se positionne par rapport à d'autres projets de révision en cours de la LAMal, en particulier à l'égard du projet sur le pilotage de l'admission, n'est pas claire non plus.

La CDS est d'avis qu'il faut retravailler la disposition en tenant compte des paramètres ci-après.

- La responsabilité cantonale en matière de planification de la prise en charge demeure intacte.
- Le pilotage étatique a la primauté par rapport au pilotage contractuel convenu entre les partenaires tarifaires.
- Il faut également prévoir un mécanisme de pilotage en cas d'offre insuffisante.
- Toute interférence avec d'autres projets de révision en cours de la LAMal est supprimée.

Propositions

- Remaniement de la disposition
- Éventuellement : compléter l'art. 47c par l'al. 3 (nouveau) : « Les mesures selon l'alinéa 1 peuvent être intégrées aux contrats tarifaires cantonaux en vigueur ou faire l'objet de contrats cantonaux à part ; ceux-ci seront soumis au gouvernement cantonal pour approbation. » Les dispositions prévues dans les contrats nationaux devraient en effet s'appliquer par analogie aux contrats tarifaires cantonaux. Dans ce cas, l'approbation devra relever des gouvernements cantonaux.



- Éventuellement : al. 3 (qui deviendrait al. 4) : «... Ces mesures doivent être harmonisées avec une planification et un pilotage par les autorités compétentes et avec les bases mêmes de cette planification, en particulier avec la planification hospitalière ou celle des établissements médico-sociaux selon l'art. 39 de la LAMal, et elles tiendront compte de manière adéquate de tout risque d'offre insuffisante ou excédentaire. »
- Éventuellement : al. 4 (qui deviendrait al. 5) : « Elles doivent prévoir des règles mesures correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport à l'année précédente. »
- Éventuellement : al. 6 (qui deviendrait al. 7) : « Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation les mesures convenues à l'autorité cantonale ou nationale responsable de la planification et du pilotage dans le domaine visé. À défaut d'une compétence établie, l'approbation relève de la Confédération. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral l'autorité responsable de la planification et du pilotage ou, à défaut d'une telle compétence établie, la Confédération les fixe. Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement ~~au Conseil fédéral~~ à l'autorité compétente, sur demande, les données nécessaires à cette fin. »
- Al. 7 (qui deviendrait al. 8) : supprimer, sa teneur étant évidente.

2.4 Système de prix de référence pour les médicaments (Art. 44, al. 1, 2^e phrase, P-LAMal)

La CDS présume que cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. Nous soulignons par contre que la réglementation proposée risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés.

2.5 Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal (Art. 53, al. 1^{bis}, P-LAMal)

La CDS rejette catégoriquement le droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39, LAMal.

La disposition ne contribuerait pas à maîtriser les coûts mais aurait au contraire un effet de hausse sur ceux-ci et ajouterait à la sécurité juridique aléatoire de la validité des mandats de prestations/listes hospitalières. Il est à craindre que bien au-delà de quelques mandats de prestations ou de fournisseurs de prestations on finirait par contester des listes/planifications hospitalières tout entières. L'effet suspensif qu'exerceraient de tels recours sur les décisions relatives à la planification hospitalière saperait celle-ci et en menacerait l'efficacité. Les assureurs deviendraient ainsi des planificateurs hospitaliers sans pour autant avoir à assumer - comme le doivent les cantons - la responsabilité constitutionnelle de la prise en charge.

Aussi longtemps que l'assurance de base et l'assurance complémentaire ne sont pas séparées, les assureurs se trouvent en outre face à un conflit d'intérêts à l'égard de certains fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu des contrats avantageux pour eux dans le domaine de l'assurance complémentaire. Par conséquent, on ne peut pas exclure que dans ces cas de figure des recours soumis par des assureurs ne contreviennent à l'objectif d'une planification hospitalière conforme aux besoins et, partant, à celui de la maîtrise des coûts.

Les décisions d'investissement que prennent les hôpitaux ou les cantons (si ceux-ci sont propriétaires d'un hôpital) ne seraient de toute façon pas touchées par ce droit de recours.

Proposition

- Renonciation à une nouvelle réglementation de l'art. 53, al. 1^{bis}, P-LAMal



2.6 Mesures à prendre dans l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire

La CDS juge ces modifications d'un œil critique. La LAI table sur le principe de la prestation en nature et ne prévoit donc ni une obligation de contracter ni une obligation d'admission. De même, certains principes stipulés par la LAMal ne sont pas réglementés dans la LAI sur le plan législatif, p. ex. la structure tarifaire et les critères EAE. En conséquence, la raison pour laquelle il faudrait prévoir une telle réglementation au niveau législatif n'est pas claire. Celle-ci serait plutôt à régler dans les conventions tarifaires, par analogie avec la structure tarifaire, le montant des tarifs et l'obligation d'admission.

Si l'on retient une réglementation, il faudrait veiller à ce que les assureurs ne portent pas atteinte à la garantie de la prise en charge par ces mesures. Aujourd'hui, il existe déjà des domaines de prestations pour lesquels les cantons sont obligés d'assumer les coûts résiduels non couverts étant donné que les tarifs de l'AA et de l'AI ne financent pas l'intégralité des coûts, p. ex. pour des prestations de mise à disposition (p. ex. soins pédiatriques à domicile).

3 Remarques relatives aux conséquences pour les cantons

En synthèse, nous retenons que la CDS appuie tout à fait certaines mesures issues du volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Cependant, une série de mesures touchent sensiblement aux compétences des cantons dans la réglementation proposée et requièrent, selon l'avis de la CDS, une rectification ou une concrétisation qui respecte les compétences des cantons.

En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos remarques, nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS
CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

En copie :

- Directions cantonales de la santé
- Département fédéral de l'intérieur