

À l'intention de la Commission
de la sécurité sociale et de la
santé publique du Conseil na-
tional (CSSS-CN)

7-8 / KB / Im

Berne, le 28 juin 2019

**Iv. pa. 16.419 (Humbel) « Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils. Insta-
taurer la concurrence sur les prix »**

Madame la Conseillère nationale,
Monsieur le Conseiller national,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir invité la CDS à une consultation préalable en lien avec le traitement de
l'iv. pa. 16.419 (Humbel) « Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils. Insta-
taurer la concurrence sur les prix ». C'est avec plaisir que nous vous exposons ci-après quelques réflexions sur le
fond de l'avant-projet soumis par la CSSS-CN.

L'essentiel en bref

La CDS considère que l'instauration de « la concurrence sur les prix » pour les dispositifs médi-
caux LiMA, visée par l'iv. pa. 16.419, soit le projet LAMal élaboré pour sa mise en œuvre, ne
sont ni réalisables ni judicieux. En effet, l'économie de coûts espérée grâce à des soi-disant «
prix concurrentiels » est abolie par le surcroît de charges élevées à supporter par les acteurs
concernés. Avec la révision en cours de la LiMA, la Confédération lutte d'ores et déjà contre des
pratiques de remboursement abusives et veille à ce que les montants maximaux de rembour-
sement soient réduits au niveau effectif des prix d'acquisition. En conséquence, la CDS de-
mande de maintenir la réglementation actuelle ainsi qu'une adaptation régulière des montants
maximaux de remboursement à l'évolution du marché par le biais de comparaisons avec les prix
pratiqués à l'étranger.

Selon l'auteure de l'initiative, les prix médians actuels ont pour conséquence en leur fonction de prix
maximaux qu'aucun prestataire n'est incité à demander un prix inférieur au prix maximal. Cette affirma-
tion n'est toutefois pas corroborée avec plus de précision. Or, le rapport mentionné dans l'initiative, dans
lequel la Surveillance des prix critique les prix excessifs figurant à la LiMA, a été établi en 2011 avec des
données de 2010, soit avant l'introduction du nouveau régime de financement des soins et du nouveau
financement hospitalier. On peut raisonnablement supposer que les flux de financement et les prix en
matière de santé aient sensiblement changé depuis cette époque. Il convient pour le moins de mettre en
cause l'énoncé du rapport de l'époque par rapport aux flux des coûts actuels. À noter en outre que la

Surveillance des prix n'a pas conseillé la mise en place de prix du marché mais l'optimisation de la procédure de fixation des prix régie par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), par exemple au moyen de comparaisons avec les prix pratiqués à l'étranger.

Effectuée en 2014, la première comparaison de 12 sous-groupes de produits de la LiMA avec les prix de l'étranger a montré que la plupart des contributions de remboursement maximales en Suisse se situent au-dessous, voire en partie nettement au-dessous des prix moyens des pays comparés.¹ Les résultats indiquent qu'il est tout à fait possible de réduire respectivement de maintenir à un niveau relativement modeste les prix dans un système administré.

La pratique de certains centres de remise qui facturent le montant maximal de remboursement (MMR) même lorsque le prix d'acquisition est inférieur, est considérée comme abusive par l'OFSP. Afin d'empêcher de tels abus, l'OFSP préconise, avec la révision systématique, engagée en 2015, de la structure et des montants de remboursement de la LiMA, l'adaptation régulière des MMR à l'évolution du marché, notamment par le biais d'une comparaison avec les prix de l'étranger. La Commission de gestion du Conseil des États, qui a examiné la révision de la LiMA, partage le point de vue de l'OFSP quant à la nécessité de lutter contre les abus et approuve aussi les autres mesures actuelles et prévues de l'OFSP, qui vont dans cette même direction (entre autres, la sensibilisation des acteurs concernés, le renforcement du contrôle de la facturation).²

Si l'on part néanmoins du principe que la fixation des prix relatifs aux dispositifs médicaux LiMA s'effectue à un niveau de coûts trop élevé, la solution proposée par la CSSS-CN n'est, tel l'avis de la CDS, en aucun cas appropriée, voire contre-productive selon toute vraisemblance si l'on vise à la baisse des coûts et ce, pour les raisons développées ci-après.

1. **Prémises erronées.** Il convient pour le moins de questionner l'affirmation que la nouvelle réglementation conduirait à des prix plus bas. Convenir d'un prix inférieur au montant maximal de remboursement LiMA est d'ores et déjà possible et se pratique aussi. L'hypothèse qu'aujourd'hui, tous les prestataires demandent les prix maximaux est fautive. De plus, la nouvelle réglementation ne ferait qu'abolir les prix maximaux, ce qui n'exerce pas d'emblée un effet de réduction sur les prix. Il faut en outre tenir compte du fait que le domaine de la santé ne constitue pas un marché classique, le consommateur et l'agent payeur n'étant pas identiques. Par conséquent, il ne faut pas présumer qu'un marché libre pour les dispositifs médicaux génère un prix qui maximise l'utilité globale pour la société. On ne saurait en effet exclure la naissance de situations oligopolistiques (cartels de prix) au dépens des consommateurs.
2. **Financements croisés illicites par sous-couverture des coûts.** La réglementation proposée comporte le risque que sous la pression des assureurs, des prix inférieurs au niveau de couverture des coûts soient convenus dans les contrats, ce qui favoriserait des financements croisés illicites, les fournisseurs de prestations (p. ex. des organisations d'aide et de soins à domicile, des pharmacies) dépendant de la remise de dispositifs médicaux pour exercer leur activité principale. Ainsi pourrait-il arriver, à titre d'exemple, qu'une organisation d'aide et de soins à domicile puisse fournir les soins mais que la patiente âgée de 95 ans, grabataire et démente, soit obligée d'aller chercher elle-même le matériel nécessaire dans une pharmacie déterminée, liée contractuellement à l'assureur de la patiente.
3. **Pas de possibilité de pilotage par les cantons.** Les cantons ne pourraient plus intervenir que s'il était prouvé qu'il y a précarité de la prise en charge et, dans ce cas, uniquement sur annonce d'une

¹ Cf. *Bericht der GÖK Consulting AG über den Auslandspreisvergleich ausgewählter Positionen der Mittel- und Gegenstände-Liste* (rapport de la GÖK Consulting AG sur la comparaison avec les prix de l'étranger de positions sélectionnées de la liste des moyens et appareils), établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, octobre 2014 ; www.bag.admin.ch → Assurances → Assurance-maladie → Prestations et tarifs → Liste des moyens et appareils (LiMA)

² Cf. *Révision de la liste des moyens et appareils : Rapport de la Commission de gestion du Conseil des États du 16 novembre 2018* ; www.bag.admin.ch → Assurances → Assurance-maladie → Prestations et tarifs → Liste des moyens et appareils (LiMA)

personne assurée ou d'un fournisseur de prestations. La preuve d'une couverture insuffisante des soins est cependant difficile à fournir car la distance raisonnablement exigible jusqu'à la pharmacie la plus proche qui dispose d'un contrat LiMA avec l'assureur du patient n'est nulle part définie. Il s'ensuivrait de longs et pénibles contentieux. Par ailleurs, le canton ne peut pas forcer les assureurs à adapter les contrats, même pas lorsque la prise en charge est en cause. Il ne peut que veiller à la *garantie* du traitement au sens de l'art. 45 LAMal. Il serait concevable que les prestataires n'acceptent pas les prix proposés par les assureurs et que de ce fait il n'y ait pas ou trop peu de conclusions de contrats de remise. Cela met en cause la prise en charge et le canton doit au bout du compte tout gérer et financer lui-même.

4. **Pas de transparence et pas de contrôle.** La Confédération n'aurait plus aucune prise sur la formation des prix, à tout le moins en ce qui concerne les moyens et appareils remboursés par les assureurs et destinés à l'utilisation par le patient lui-même. Les prix fixés jusqu'ici selon des critères clairement définis seraient remplacés par de pures solutions négociées entre partenaires, ceux-ci profitant directement du résultat des négociations. Étant donné que ni la Confédération ni les cantons n'ont le droit de consulter les contrats, il n'y a plus de transparence des coûts. Le contrôle et le pilotage ne sont plus possibles.
5. **Des mécanismes de prix parallèles dans le domaine des soins dispersent la vue d'ensemble.** Au sens de la jurisprudence récente concernant la LiMA (arrêt TAF C-3322/2015 du 1.9.2017), les assureurs ne doivent plus assumer que les coûts des dispositifs médicaux dans les EMS que la personne nécessitant des soins utilise elle-même. Pour les moyens et appareils appliqués par le personnel soignant, la Confédération fixerait comme par le passé des contributions maximales de remboursement. Si l'on admet la coexistence des deux mécanismes, il faut aussi se poser la question de savoir comment traiter la différence de prix entre l'utilisation autonome et l'utilisation par des tiers du même dispositif médical.
6. **Surcroît de charges pour toutes les parties.** Les explications fournies à la consultation préalable de la CDS (ch. 3 « Conséquences ») le mettent en évidence : comparée au système actuel, la réglementation proposée occasionne un surcroît de charges aussi bien pour la Confédération et les cantons que pour les partenaires contractuels. Même les assurés subiraient une charge accrue d'un point de vue organisationnel étant donné que, pour se procurer une prothèse ou des bas de contention, ils seraient obligés de se rendre à un centre de remise lié par un contrat LiMA à leur assureur. À l'heure actuelle, le surcroît de charges pour les différents acteurs ne saurait être évalué avec précision. Est encore plus douteuse l'utilité - pour l'individu et la collectivité - censée équilibrer ce surcroît de charges.

Conclusion

La CDS considère que l'instauration de « la concurrence sur les prix » pour les dispositifs médicaux LiMA, visée par l'iv. pa. 16.419, soit le projet LAMal élaboré pour sa mise en œuvre, **ne sont ni réalisables ni judicieux**. En effet, l'économie de coûts espérée grâce à des soi-disant « prix concurrentiels » est abolie par le surcroît de charges élevées à supporter par les acteurs concernés. Avec la révision en cours de la LiMA, la Confédération lutte d'ores et déjà contre des pratiques de remboursement abusives et veille à ce que les montants maximaux de remboursement soient réduits au niveau effectif des prix d'acquisition. En conséquence, la CDS demande de maintenir la réglementation actuelle ainsi qu'une adaptation régulière des montants maximaux de remboursement à l'évolution du marché par le biais de comparaisons avec les prix pratiqués à l'étranger.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en compte nos observations. Nous sommes à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Veillez agréer, Madame la Conseillère nationale, Monsieur le Conseiller national, Madame, Monsieur, l'assurance de notre parfaite considération.



Heidi Hanselmann, Conseillère d'État
Présidente CDS



Michael Jordi
Secrétaire général

Copie :

aux départements cantonaux de la santé