

Office fédéral de la santé publique  
Madame Anne Lévy, directrice  
[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

8-2-1 / KB/HU/MJ / Interserv

Berne, le 23 octobre 2020

**Position de la CDS sur l'avant-projet du DFI du 19.8.2020 concernant la modification LAMal (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet)**

Chère Madame Lévy,  
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous permettre de prendre position sur l'avant-projet et les explications du DFI relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2e volet) et, de ce fait, sur la contre-proposition relative à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses – Frein aux coûts dans le système de santé ».

Lors de sa réunion du 22 octobre 2020, le Comité directeur de la CDS a pris position sur le document de consultation comme suit.

**Remarques générales**

La CDS accueille favorablement l'axe du programme de maîtrise des coûts et soutient majoritairement les mesures proposées dans le 2e volet de mesures. En tant qu'acteurs majeurs des services de santé, les cantons sont prêts à contribuer à l'optimisation du pilotage et du financement du système de santé.

À l'instar de son évaluation du premier volet de mesures, la CDS considère qu'il est indispensable de ne pas perdre de vue l'ensemble du système de santé, en particulier la sécurité et la qualité des services, lors de la planification et de la mise en œuvre de mesures visant à réduire les coûts. Bien que ce soit le cas pour le renforcement des soins coordonnés, l'efficacité de l'objectif de maîtrise des coûts et du premier point de contact dépend de la manière dont ils sont mis en œuvre. Nous considérons que le projet n'est pas pleinement développé concernant notamment ces deux mesures.

Pour cette raison, la CDS considère que la mesure « Renforcer les soins coordonnés » doit être poursuivie en priorité. Elle pourrait non seulement contribuer à maîtriser les coûts mais déboucherait aussi sur des avantages essentiels pour les soins.

## Observations sur les propositions de mesures

### 1. Objectif de maîtrise des coûts

L'axe de la mesure proposée consistant à intervenir pour réguler un système de santé régi par l'offre et, par conséquent, par une hausse régulière des coûts, est considéré comme favorable dans l'ensemble. La responsabilité des soins et la compétence de régulation seront laissés aux mains des cantons. Les cantons disposent d'un instrument pour intervenir sur les soins en cas de hausse injustifiée des coûts et pour encourager l'utilisation de potentiels d'efficacité existants dans leur domaine respectif. Les marges de manœuvre prévues pour fixer l'objectif cantonal des coûts et leur répartition dans les catégories de coûts et les groupes de fournisseurs de prestations, mais aussi la possibilité de décider le cas échéant de mesures correctives, offrent aux cantons la liberté nécessaire pour assumer leur responsabilité en matière de soins de santé et leur viabilité financière à long terme. Ils pourront ainsi tenir compte des conditions spécifiques du canton et des potentiels d'efficacité des catégories de coûts pour fixer leurs priorités respectives en matière de politique de santé.

Néanmoins, il faut procéder à une évaluation critique de l'approche *top-down* et de la faisabilité de la nouvelle réglementation proposée ainsi que de ses conséquences sur les soins. En effet, l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts est difficilement réalisable dans la pratique, étant donné que cela augmenterait considérablement la charge administrative pour les cantons. De plus, il est à craindre que le système de concurrence actuellement régulé soit affaibli par des réglementations supplémentaires. Le système en vigueur avec ses restrictions d'admission et ses listes hospitalières offre des moyens d'influencer l'augmentation quantitative.

Il convient de considérer notamment les problèmes suivants :

1. **Une adaptation annuelle des objectifs est impraticable, notamment en raison de l'absence d'une base de données et de l'effet de retard.** Les cantons devraient fixer les objectifs de chaque domaine de prestations avant même que soient publiées les données de l'année précédente, voire de l'avant-dernière année. On leur demande également de décréter les mesures correctives sans savoir précisément si les objectifs fixés ont été atteints. C'est pourquoi la CDS propose un horizon de quatre ans (avec planification par roulement) au lieu de définir et contrôler annuellement les objectifs de coûts.
2. **Les cantons ne peuvent assumer le rôle qui leur est attribué que s'ils ont un accès rapide et gratuit aux données pertinentes des assureurs et des fournisseurs de prestations.** Sachant que dans l'art. 21 P-LAMal, l'OFSP est désigné comme l'unique destinataire des données des assureurs, et qu'une réglementation complémentaire pour la transmission des données de l'OFSP aux cantons fait défaut, on peut actuellement supposer que les cantons ne disposeront pas des informations nécessaires pour déterminer les objectifs de coûts cantonaux et leur répartition dans les catégories de coûts. Il faut donc définir dans la loi l'accès aux données pertinentes des assureurs et des fournisseurs de prestations.
3. **L'application de la mesure représenterait une charge importante au niveau administratif et au niveau de l'expertise, notamment pour les cantons aux ressources limitées.** De nombreux cantons devraient faire appel à un soutien externe pour élaborer les prévisions de coûts, impliquer les parties prenantes concernées dans la définition des objectifs de coûts ou pour la conception et l'application des mesures correctives. Toutefois, le rapport explicatif reste vague sur la création éventuelle « d'instances de soutien pour les cantons », et en particulier sur leur direction et leur financement.
4. **On constate à l'heure actuelle des estimations très divergentes concernant à la fois la croissance des coûts au niveau national et l'évolution des postes de coûts en fonction des divers modèles de prévision des coûts mis à contribution dans le processus d'approbation des primes.** Des évaluations systématiques sur la précision des prévisions, mais aussi des cri-

tères uniformes permettant de les mesurer, font défaut. Les estimations et les prévisions sont encore plus difficiles pour les petits cantons. La Confédération devrait leur accorder des marges de tolérance plus grandes.

5. **Le pilotage des catégories de coûts proposé pourrait provoquer un scellement de « blocs de groupes de fournisseurs de prestations » et une perspective purement cantonale de la fourniture des prestations** et freiner les approches de coopération innovatrices (p. ex. « l'ambulateur avant le stationnaire »). Selon le rapport d'experts, la mesure doit revêtir un caractère « général » et être d'une certaine façon contrebalancée par le renforcement des soins coordonnés également prévu dans le 2e volet. Il manque toutefois l'impératif d'un pilotage global de la politique de santé. Dans un souci d'atteindre les objectifs de coûts fixés, d'autres aspects importants tels que la qualité, la prévention ou la santé publique auraient tendance à être négligés. C'est pourquoi les cantons tiennent à ce que – si cette proposition de mesure est maintenue – les possibles effets secondaires tels que le rationnement de prestations efficaces, adéquates et économiques, ou une réduction de la qualité de traitement, soient repérés et corrigés de manière ciblée par un monitoring. Il faut également éviter les transferts involontaires de prestations de catégories de coûts déjà saturées vers d'autres catégories de coûts (éventuellement plus chères), par exemple d'ambulateur vers stationnaire.

Concernant les mesures correctives, la CDS s'exprime très clairement en faveur d'une **disposition postestative**. Il existe des situations pour lesquelles une augmentation des dépenses strictement encadrée peut être justifiée, notamment lorsqu'il faut contrecarrer une pénurie de soins dans une région par un développement ciblé de l'offre. Étant donné qu'en pratique les remboursements sont coûteux dans la mise en œuvre et entraînent des injustices systémiques, les cantons ne peuvent envisager que des mesures correctives à caractère prospectif. Sur ce point, l'art. 54d du projet doit être plus précis.

La CDS peut comprendre les arguments avancés pour une application selon le **principe du canton de résidence des assurés** et soutient l'élaboration du projet selon ce principe. Ce qui joue en faveur du principe du canton de résidence, c'est que le financement par les impôts et les primes suit également ce même principe.

Il faut toutefois noter que cette variante rencontre aussi des problèmes d'exécution. En particulier dans le domaine hospitalier stationnaire, les petits cantons avec une proportion relativement élevée de soins extracantonaux (également liée à une offre limitée) peuvent difficilement influencer sur l'utilisation des prestations par les habitants du canton. Dans d'autres domaines de prestations (à l'exception le cas échéant des médecins spécialisés), le canton de résidence de la personne assurée correspond le plus souvent au lieu d'implantation du fournisseur de prestations. Mais le principe du canton de résidence représente une rupture avec la logique actuelle de planification hospitalière et rend le contrôle de l'atteinte des objectifs ainsi que la définition et l'application de mesures correctives par rapport aux (catégories de) fournisseurs de prestations et aux catégories de coûts beaucoup plus difficiles pour les cantons.

Par ailleurs, la fixation des objectifs cantonaux individuels conformément à l'art. 52, al. 2 P-LAMal relèverait de la seule compétence du Conseil fédéral. La CDS demande une implication appropriée des cantons lors de cette étape partielle. Grâce à leurs connaissances spécifiques concernant les évolutions propres au domaine de la santé sur leur territoire, les cantons sont en mesure de contrôler si les objectifs proposés sont susceptibles d'être atteints. C'est pourquoi il convient de préciser à l'art. 52 P-LAMal que les cantons doivent être consultés par la Confédération avant la définition d'objectifs cantonaux individuels.

## 2. Premier point de contact

La CDS accueille favorablement l'objectif de réduire les coûts chaque fois que des prestations inutiles ou des doublons peuvent être évités en favorisant le gatekeeping des coûts de santé. Selon les statistiques de l'AOS, 70 % des assurés ont choisi en 2018 des formes d'assurance avec restriction du libre choix. Cela montre qu'une large majorité de la société a une opinion plutôt favorable sur la prise en charge intégrée. Mais les perspectives de succès politique de cette mesure restent incertaines.

Concernant la solution proposée, la CDS insiste sur les problèmes d'exécution suivants :

- **L'introduction du premier point de contact ne doit en aucun cas désavantager les malades chroniques, les personnes âgées ou présentant une multimorbidité.** Ce risque est présent car le patient ou la patiente qui pouvait choisir jusqu'à présent son fournisseur de prestations sur toute la chaîne de traitement, dépendrait désormais du conseil du spécialiste responsable au premier point de contact et devrait, le cas échéant, couper le contact avec le médecin traitant qui le ou la suivait (souvent depuis de longues années). La prise en charge adéquate des personnes âgées et/ou atteintes d'une maladie chronique ou de plusieurs maladies doit être garantie.
- **Le remboursement forfaitaire prévu pour le premier point de contact entraîne un danger de sélection des risques.** Si les médecins perçoivent le même montant par tête indépendamment de l'état de santé de leurs patientes et patients, ce montant ne couvrira probablement pas les coûts pour les personnes âgées, les malades chroniques ou les patients présentant une multimorbidité, tandis qu'il pourrait dépasser les coûts effectifs pour les jeunes patients en bonne santé. Ainsi, le forfait présente le risque d'une prise en charge insuffisante ou excessive selon les groupes de population concernés. Ces incitations négatives doivent impérativement être évitées.
- **Le forfait doit aussi être considéré d'un point de vue critique concernant le rapport coûts/utilité :** Alors que cette mesure est destinée à réduire les coûts de santé, le projet prévoit que l'assureur paie un forfait pour chaque personne assurée – et ce même si elle ne fait pas appel au premier point de contact. L'utilité comparée à la réglementation actuelle qui rembourse aux médecins de premier recours les seules prestations effectivement fournies n'est pas claire. Par ailleurs, il faudra d'abord construire le réseau des premiers points de contact avant de pouvoir viser des réductions de coûts. La CDS demande à la Confédération de démontrer le rapport coûts/utilité de la mesure si celle-ci devait être maintenue.
- **La charge de travail additionnel doit rester acceptable pour les cantons.** La CDS insiste pour que les solutions de contrôle des critères appliqués aux premiers points de contact ainsi que pour la publication et la mise à jour régulière des listes soient simples et non bureaucratiques.
- **La question du maintien des rabais sur prime doit être débattue.** Les patientes et patients assurés aujourd'hui selon le modèle traditionnel avec libre choix du médecin devront-ils à l'avenir restreindre leur libre choix sans pouvoir en retirer un avantage pécuniaire sous forme de rabais de prime ? Les assurés des modèles d'assurance alternatifs bénéficient-ils de rabais de prime supplémentaires s'ils doivent choisir leur premier point de contact sur une seule liste ? Les personnes assurées jusqu'à présent par des modèles avec rabais paient-elles des primes plus élevées ? De combien ?

### 3. Renforcer les soins coordonnés

La CDS partage la conviction que l'encouragement des réseaux et programmes de prise en charge des patients améliore la conformité à leurs besoins et l'économicité et peut contribuer à gérer les problèmes démographiques à venir. Elle soutient par conséquent la création de bases légales dans ce domaine. Pour maintenir à long terme les réseaux de soins coordonnés, il est essentiel que les indemnités pour le travail de coordination des prestations soient équitables. Ceci doit être garanti par le forfait prévu.

Les mesures proposées dans le cadre de la modification LAMal pour renforcer les soins coordonnés font jouer à la Confédération le rôle principal : le Conseil fédéral fixe les conditions d'admission pour les réseaux, détermine les prestations que ceux-ci peuvent fournir et régleme les conditions d'autorisation des programmes de prise en charge des patients par le DFI. Mais pour la prise en charge intégrée, les cantons peuvent aussi donner d'importantes et nécessaires impulsions, beaucoup d'entre eux le font déjà.<sup>1</sup> C'est pourquoi la CDS considère qu'il est nécessaire d'ancrer dans la loi que les cantons poursuivent leurs activités actuelles pour renforcer la prise en charge coordonnée, et si besoin, les développer, pour autant que celles-ci n'enfreignent pas les termes de la LAMal. Cela comprend l'autorisation des programmes cantonaux et intercantonaux de prise en charge des patients par les cantons impliqués, mais

<sup>1</sup> cf. [Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide](#), Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS, Mai 2019

aussi l'autorisation de réseaux respectant les conditions d'autorisation fixées par la Confédération. Il convient de transcrire explicitement cette compétence d'autorisation dans la loi.

Dans la perspective que cette mesure sera très probablement poursuivie, la CDS attire l'attention sur les difficultés d'application qui devront être précisées au plus tard dans le cadre des modifications de l'ordonnance :

- **Travail de coordination** : Le travail de coordination de qui (centre de coordination, cercle primaire, voire cercle de coopération) est imputable au forfait et jusqu'à quel montant ?
- **Conditions d'autorisation** : S'ils doivent co-financer les prestations fournies par le réseau, les cantons peuvent-ils participer à la définition des conditions d'autorisation ? L'autorisation des conventions tarifaires selon l'art. 46, al. 4, LAMal garantit certes un certain « pouvoir » du canton mais celui-ci n'est pas toujours suffisant.
- **Fixation des tarifs** : En l'absence d'une convention tarifaire entre le réseau et l'assureur, le canton doit-il fixer le tarif (car l'art. 47 LAMal n'est pas modifié par le projet), ou une non-convention signifie-t-elle que le réseau ne peut pas facturer ses prestations à l'AOS ? Il faut également répondre à cette question.

## 4. Autres mesures

### 4.1 Examen différencié des critères EAE selon l'art. 32 LAMal

La CDS approuve la réglementation proposée.

### 4.2 Principes pour le calcul de rémunérations des médicaments, analyses, moyens et appareils

La CDS approuve la réglementation proposée. Il ne faut toutefois pas perdre de vue la sécurité de prise en charge.

### 4.3 Modèles de prix et restitutions

La CDS considère comme appropriée une application accrue des modèles de prix en Suisse, même si la solution proposée implique une plus grande opacité dans la fixation du prix des médicaments dans l'intérêt d'un achat à rabais en faveur des patients, ce qui est regrettable. Contrairement au système de prix de référence présenté dans le 1er volet, les modèles de prix et les restitutions correspondants pourraient contrebalancer l'augmentation des coûts générée par le remboursement de médicaments innovants et plus chers. Cependant, le cercle des bénéficiaires des restitutions doit obligatoirement inclure tous les agents payeurs. Dans le domaine hospitalier, les médicaments innovants et onéreux sont souvent pris en charge à au moins 55 % par les cantons sous forme de rémunérations supplémentaires. Le montant des rémunérations supplémentaires est calculé sur la base de la LS, de conventions tarifaires spécifiques ou d'autres accords. Si ces instruments prévoient à l'avenir davantage de modèles de prix avec des restitutions, il faut que les cantons puissent en bénéficier également. Le fonds pour les restitutions géré par l'Institution commune LAMal pourrait constituer une solution dans ce sens.

### 4.4 Tarifs de référence pour les traitements planifiés hors canton

La CDS comprend les inquiétudes sur le fait que les tarifs de référence bien trop bas actuellement en vigueur dans certains cantons peuvent empêcher le libre choix de l'hôpital par les assurés et porter préjudice à la concurrence entre hôpitaux. Il apparaît donc approprié de prendre en compte le tarif pour un traitement comparable dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton, ce qui correspond à

l'objectif fixé dans la recommandation CDS en vigueur concernant les tarifs de référence.<sup>2</sup> Il est peu probable que l'effet de maîtrise des coûts de cette mesure se fasse sentir car certains cantons ont fixé des tarifs de référence plus bas que proposé. Pour les précisions à apporter au niveau de l'ordonnance, la CDS demande une implication appropriée des cantons.

Étant donné que le premier point de contact mais aussi d'autres fournisseurs de prestations ont la compétence de délégation de prestations aux hôpitaux, l'art. 41, al. 1, P-LAMal doit être formulé plus ouvertement.

#### **4.5 Transmission électronique des factures**

La CDS accueille favorablement cette mesure et n'a aucune remarque à faire à ce sujet.

### **5. Mesures dans l'assurance-invalidité**

Aucune remarque.

### **6. Autres modifications**

#### **6.1 Participation aux coûts de maternité : Égalité de traitement des patientes**

La CDS accueille favorablement la précision visant une interprétation uniforme de l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal. Si l'on veut poursuivre de manière conséquente l'objectif d'une égalité de traitement des patientes, il faudrait selon l'avis de la CDS non seulement retirer de la participation aux coûts les prestations à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse, mais aussi toutes les mesures à partir de la présentation d'une confirmation médicale de grossesse.

### **7. Observations sur les conséquences pour les cantons**

Pour résumer, nous confirmons que la CDS soutient globalement le 2<sup>e</sup> volet de mesures, sachant que la priorité est donnée au renforcement des soins coordonnés. Concernant tout particulièrement les mesures de fixation de l'objectif de maîtrise des coûts et du premier point de contact, le projet nécessite une adaptation et une concrétisation qui respectent les compétences des cantons et leur offrent les conditions nécessaires pour l'application.

Nous vous remercions de prendre en compte nos requêtes et restons à votre disposition pour tout renseignement.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Conseiller d'État Lukas Engelberger  
Président de la CDS

Michael Jordi  
Secrétaire général

#### **En copie**

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

---

<sup>2</sup> [Recommandation de la CDS](#) concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3, LAMal (version du 14.02.2019).