



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

Envoi par courriel : abteilung-leistungen@bag.admin.ch et
gever@bag.admin.ch

Berne, le 3 janvier 2019

Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet Procédure de consultation

Monsieur le Président de la Confédération,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de nous avoir transmis les documents y afférents.

Appréciation générale

Les modifications légales soumises à l'appréciation du Parti socialiste suisse (PS) font suite à la publication, en octobre 2017, d'un rapport d'un groupe d'expert-e-s. Ce rapport a émis une série de mesures envisageables pour maîtriser la hausse des coûts de la santé. Le PS s'engage depuis plusieurs années en faveur d'un système de santé qui soit accessible et de haute qualité pour toutes et tous, tant d'un point de vue des prestations que de leur financement. Or, la progression rapide des dépenses de la santé se répercutent directement sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire. Ces dernières évoluent d'année en année de manière inquiétante et mettent à mal les principes fondamentaux seyant à la l'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis très récemment, le Conseil fédéral partage une partie de l'analyse faite par le PS pour ce qui est de l'évolution des coûts. Cela fait en effet quelques années que nous dénonçons l'augmentation du volume des prestations inutiles à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le PS tient à souligner ici que le système de santé suisse souffre foncièrement d'un financement antisocial. Dans le fond, un-e riche millionnaire paie la même prime pour son assurance-maladie qu'une personne avec un revenu modeste, et ce pour un accès – en théorie – aux mêmes prestations de soins. Le PS ne réfute ainsi aucunement l'importance d'exploiter les potentiels d'économies ; nonobstant, la discussion serait beaucoup moins aiguë et virulente si les coûts de la santé étaient financés d'une manière analogue à la plupart des pays euro-

Parti socialiste
Suisse

Theaterplatz 4
Case postale · 3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



péens. La charge pesée par les primes sur le revenu des ménages ne cesse de croître, si bien qu'elle atteint en moyenne aujourd'hui 14 % du revenu disponible. Le seuil critique est pour d'aucuns largement dépassé. Dans cette optique, le PS Suisse a décidé de lancer une initiative populaire fédérale pour limiter cette charge à 10 % du revenu disponible de manière à se rapprocher à nouveau de l'objectif social que le Conseil fédéral s'était fixé, soit 8 % du revenu imposable.

L'an dernier, le PS a réaffirmé dans un papier de position son engagement ferme en faveur d'un système de santé publique solide¹. Il a eu l'occasion d'y dénoncer l'économisation et la privatisation du secteur de la santé comme facteurs essentiellement responsables de la hausse des coûts et des primes. En guise de contre-mesure, le PS revendique la mise en place d'une gestion forte du système de santé par l'Etat afin de reprendre le dessus sur l'évolution des dépenses et de neutraliser les acteurs simplement mus par l'appât du gain. Il y aurait ainsi lieu de s'attaquer aux systèmes de rémunération des médecins qui sont basés sur la performance et le nombre de cas traités ou encore aux salaires excessifs. Il est regrettable qu'aucune mesure dans ce sens n'ait été reprise dans ce paquet. Par contre, le PS salue la volonté du Conseil fédéral de débloquent les discussions tarifaires ou encore de réformer le système de fixation du prix des médicaments afin de réaliser enfin les économies nécessaires.

Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02)

L'article proposé par le Conseil fédéral vise à autoriser des projets pilotes dérogeant à certaines dispositions de la loi. Le but consiste à mettre en œuvre des projets innovants contribuant à freiner la hausse des coûts. La base légale se doit d'être claire et rigoureuse puisqu'elle autorise des dérogations à des principes fondamentaux de la LAMal. Cet article est considéré comme l'une des deux mesures phares en sus de l'introduction de plafonds contraignants. Les projets pourront en principe être soumis par les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations ou les organisations de patient-e-s. Ils devront avoir un caractère innovant et ne pas présenter des mesures déjà en vigueur. Les acteurs concernés pourraient être tenus de participer à un projet pilote afin d'obtenir une masse critique suffisante pour l'évaluer.

Le projet soumis à consultation suggère une liste exhaustive des domaines dans lesquels l'on pourra mener des projets pilotes. Or, cette liste correspond largement au catalogue de vœux émis par les assureurs et leurs lobbyistes de droite au Parlement – on pensera notamment à la levée de l'obligation de contracter, la gestion des prestations par les caisses ou encore la levée du principe de territorialité. Ce sont des exigences que le PS combat fermement depuis des années et, par conséquent, nous ne sommes pas prêts à entrer en matière sur un dispositif doté de pareilles conditions cadres. Nous déplorons, par exemple, l'absence de domaines tels que le renforcement de la qualité, le système de financement, la rémunération des fournisseurs de prestations, la formation du personnel qualifié ou encore la numérisation. Au final, l'avant-projet s'avère dégrisant.

¹ Cf. Papier de position du PS Suisse, *Une concurrence qui coûte cher. Pour un système de santé publique solide*, papier approuvé par l'Assemblée des Délégué-e-s le 24 juin 2017 à Fribourg : https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage_gesundheitspapier_f_0.pdf



En outre, comme le décrit le rapport explicatif, la LAMal offre déjà une certaine marge de manœuvre aux cantons et assureurs pour prendre des mesures de maîtrise des coûts. Il y a lieu d'exploiter pleinement les possibilités existantes, en particulier pour ce qui est l'utilisation d'enveloppes budgétaires.

Contrôle des factures

Le Conseil fédéral souhaite renforcer le contrôle des factures pour exploiter tout le potentiel de maîtrise des coûts et prévenir la fourniture de prestations inutiles. Pour ce faire, la base légale doit être amendée et clarifiée afin que les patient-e-s reçoivent à l'avenir dans tous les cas une copie de la facture. Pour le Conseil fédéral, il s'agit de renforcer la conscience des coûts chez les assuré-e-s et de permettre aux patient-e-s de vérifier le traitement reçu. Dans le système du tiers payant, des sanctions pourront être ordonnées si le fournisseur de prestations omet de remettre à l'assuré-e une copie de la facture. Le PS souscrit à cette disposition, mais il insiste sur le fait que le détail des factures peut s'avérer complexe et peu intelligible. Le Conseil fédéral le reconnaît aussi dans son rapport explicatif. Aussi plaidons-nous fermement en faveur d'un renforcement des organisations représentant les intérêts des patient-e-s ou des consommateurs/trices. Il faudrait leur octroyer davantage de moyens financiers pour qu'elles puissent offrir des prestations de conseils de qualité.

En la matière, le PS déplore que le Conseil fédéral abandonne pour le moment la création d'un organe indépendant de contrôle des factures (M35).

L'intégration structurelle du médecin-conseil au sein de la hiérarchie d'une caisse-maladie n'est pas un gage d'indépendance suffisant. De fait, le médecin-conseil représente les intérêts des assureurs. Un organe indépendant présenterait en outre l'avantage d'assurer une égalité de traitement pour toutes les patientes et tous les patients dans la prise en charge des prestations de soins.

Créer une organisation tarifaire nationale (M34)

Pour enfin débloquer les négociations sur la révision de la structure tarifaire TARMED, le Conseil fédéral entend créer une organisation tarifaire nationale chargée d'élaborer, de développer, d'adapter et de mettre à jour les structures des tarifs à la prestation ainsi que celles des forfaits par patient-e liés aux traitements ambulatoires. Cette organisation réunirait toutes les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs. Elle serait le pendant de SwissDRG SA dans le domaine hospitalier. Le Conseil fédéral explique que son but consiste à garantir que les intérêts des assuré-e-s et ceux des fournisseurs de prestations soient défendus dans une mesure égale au sein de l'organisation. Or, nous nous étonnons du fait que ni les patient-e-s, ni les fédérations des consommateurs/trices n'y soient représenté-e-s. Aux yeux du PS, il faut que cette organisation garantisse une transparence du travail effectué, transparence qui est lacunaire chez SwissDRG SA.

Désormais, et contrairement au droit en vigueur, la livraison des données sera clairement réglée. Ainsi, les fournisseurs de prestations seront tenus de livrer les données requises relatives, par exemple, aux coûts et aux prestations. Les partenaires tarifaires resteront compétents pour conclure la convention relative à la structure tarifaire élaborée ou adaptée par l'organisation et pour la soumettre au Conseil fédéral pour approbation.

Selon le projet soumis à l'appréciation du PS, le Conseil fédéral obtiendrait des compétences subsidiaires pour fixer les structures tarifaires. Nous pensons qu'il



s'agit d'un pas nécessaire afin de prévenir les blocages. En effet, le gouvernement dispose actuelle de compétences d'adaptation, mais nous constatons que cela n'a pas exercé la pression souhaitée pour faire avancer la révision de TARMED.

Maintenir la structure tarifaire à jour (M25)

Dans le cadre de cette révision, le Conseil fédéral veut limiter à une quantité raisonnable l'augmentation du volume des prestations médicales dans le domaine ambulatoire. Pour ce faire, les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'organisation tarifaire nationale auront l'obligation de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix. Le PS soutient vivement ces dispositions, qui permettront au Conseil fédéral d'endosser son rôle en matière de surveillance et de contrôle de l'évolution des coûts et de jouir pleinement de ses compétences subsidiaires dans le domaine des tarifs. Il convient en particulier de combler les lacunes du droit en vigueur, puisque le gouvernement ne peut s'appuyer actuellement sur quelconque base légale spécifique l'autorisant à exiger les données nécessaires à l'adaptation d'une structure tarifaire.

Mesures visant à piloter les coûts

Selon le projet du Conseil fédéral, les partenaires tarifaires seront désormais tenus de prévoir des mesures de pilotage des coûts. Cela pourra se faire au travers des conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse ou au travers d'une convention séparée. Le Conseil fédéral approuvera les conventions, ce qui lui permettra de vérifier le respect de ces nouvelles obligations légales. En cas de mésentente entre les partenaires tarifaires, le Conseil fédéral sera subsidiairement habilité à fixer les mesures requises pour piloter les coûts. Les mesures devront régler, par branche de fournisseurs de prestations, la surveillance de l'évolution des quantités et celle de l'évolution des coûts. Si des augmentations injustifiées sont constatées, des règles de correction seront appliquées. Celles-ci seront en principe fixées par les partenaires tarifaires eux-mêmes. Selon le rapport explicatif, les mesures consisteraient en principe à adapter les tarifs, et non pas à limiter le volume des prestations. Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences prévues par la loi ou les accords contractuels portant sur les mesures de pilotage des coûts pourront faire l'objet de sanctions. Le PS accueille favorablement cette mesure.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire (M15)

La possibilité de convenir de forfaits dans le domaine ambulatoire est aujourd'hui déjà donnée. Certes les forfaits présentent l'avantage d'accroître la transparence sur la quantité de prestations fournies et sont susceptibles de réduire la complexité des facturations. Certes, ils peuvent aussi encourager l'utilisation des ressources de manière optimale, mais les expériences du domaine stationnaire attestent également d'une tendance à la chasse aux cas lucratifs et aux forfaits les plus rémunérateurs. Les forfaits recèlent par ailleurs le danger d'inciter à augmenter le nombre de prestations fournies et à péjorer la qualité des prestations. Sous cette optique, le PS se montre plutôt sceptique à l'égard de la plus-value de la mesure. Les forfaits pourraient être envisageables s'ils favorisaient non seulement la qualité des prestations, mais également la coordination des soins.



Systeme de prix de référence pour les médicaments (M22)

En préambule, le PS tient à rappeler que les médicaments sont l'un des rares domaines du système de santé suisse où l'Etat a quelques instruments en main pour agir au niveau des coûts. Et cela a résulté dans des économies considérables ces dernières années. C'est pourquoi le PS considère qu'une ferme régulation du prix des médicaments est indispensable pour éviter une explosion des coûts dans ce domaine. Malgré tout, le fait que les médicaments vendus en Suisse sont toujours et encore beaucoup trop chers est un secret de Polichinelle. Actuellement, les médicaments représentent plus de 20% des coûts de l'AOS et renferment un fort potentiel d'économies compte tenu des bénéfices exorbitants réalisés par l'industrie. Cela doit notamment passer par la remise de davantage de génériques. Or en la matière, il existe également deux problèmes principaux :

1. leur coût excessif en comparaison internationale puisque, selon l'étude de la Surveillance des prix publiée l'an dernier, les génériques sont vendus en Suisse près de 2,5 fois plus cher qu'à l'étranger² ;
2. leur utilisation beaucoup trop peu répandue en Suisse car la part des médicaments génériques par rapport au total des médicaments délivrés en Suisse se situait à 27% en 2015, ce qui est nettement moins élevé qu'au Danemark (60,8%), aux Pays-Bas (72,4 %) ou encore en Allemagne (81,4%)³.

Pour inciter à remettre des médicaments moins chers aux patient-e-s – notamment de génériques –, le Conseil fédéral propose de mettre en place un système de prix de référence. Selon son fonctionnement, un prix est fixé pour une substance active ou une composition de substances actives données. Le prix de référence est le prix maximal remboursé par l'AOS. Cela n'empêchera pas les titulaires d'autorisation de fixer un prix public supérieur au prix de référence. Le reste du montant serait ainsi à la charge des patient-e-s. Pour limiter cette éventuelle charge supplémentaire, l'OFSP fixera également un prix maximal. Aux yeux du PS, il est primordial que les thérapies en cours ne soient pas affectées à l'encontre des vœux des patient-e-s, notamment de celles et ceux atteint-e-s d'une maladie chronique.

En matière de sécurité d'approvisionnement, il existe un problème plus global qui n'est pas uniquement lié au système de fixation des prix. Il est une concentration progressive de la production de certains médicaments dans des pays tels que la Chine ou l'Inde et au sein de quelques entreprises. De plus, la petitesse du marché suisse a pour conséquence que ce dernier n'est pas d'une importance cruciale pour l'industrie. Pour le PS, il y a lieu d'étudier la manière dont cette problématique pourrait être désamorcée, notamment au travers d'un renforcement des pharmacies publiques ou de la pharmacie de l'armée.

En ce qui concerne la fixation du prix de référence, le Conseil fédéral soumet deux variantes à l'appréciation du PS.

² Cf. Surveillance des prix, *Auslandpreisvergleich von Generika und parentabgelaufenen Originalmedikamenten: Weiterhin stark überhöhte Schweizer Preise*, Berne, novembre 2017.

³ Cf. Surveillance des prix, *Réglementation du prix des médicaments : Systèmes de prix de référence en Europe et recommandation pour la mise en place d'un système de ce type en Suisse*, Berne, mai 2018.



Variante 1 : modèle avec réduction de prix

Suivant cette variante, un prix de référence sera fixé lorsque trois médicaments ayant la même composition de substances actives (niveau ATC-5) sont inscrits dans la liste des spécialités. Ledit prix correspondra au niveau de prix calculé sur la base de la comparaison avec les prix pratiques à l'étranger. Le prix de référence et le prix maximal auront la même valeur. Pour les génériques, une réduction fixe allant de 10 à 30 % sera opérée sur le prix de référence lorsqu'il existe au moins quatre médicaments possédant la même composition de substances actives. En conditionnant l'application du système du prix de référence à la présence d'un nombre minimum de médicaments ou de génériques sur le marché, le Conseil fédéral indique ne pas vouloir menacer la sécurité de l'approvisionnement.

Les prix de référence et les prix maximaux seront réexaminés régulièrement. Le Conseil fédéral évoque la possibilité de procéder à cet examen annuellement. Pour le PS, il s'agit d'une absolue nécessité, car le réexamen triennal en vigueur actuellement est source d'une forte insatisfaction. Il est prévu que les prix soient en principe adaptés uniquement à la baisse – sauf pour des raisons de sécurité de l'approvisionnement. Le PS souscrit à cette réglementation tout en espérant que le Conseil fédéral ne se pliera pas trop facilement face aux probables menaces de l'industrie pharmaceutique.

Variante 2 : modèle avec communication des prix

Dans ce modèle, l'OFSP fixe un prix de référence sur la base du tiers en moyenne le plus avantageux des médicaments inscrits sur la liste, plus une part relative à la distribution. Il faut qu'au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives soient inscrits sur la liste des spécialités. Le prix maximal est fixé sur la base de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. Par la suite, les titulaires d'autorisations doivent annoncer régulièrement leurs prix à l'OFSP pour l'adaptation dudit prix de référence. Par ailleurs, les assureurs pourront convenir avec les titulaires d'autorisations, par exemple, qu'ils ne prendront en charge que certains médicaments du domaine du système de prix de référence. Le PS rejette cette possibilité, car elle complexifie davantage le paysage des caisses-maladie et l'approvisionnement en médicaments. En cas de mise en œuvre de cette disposition, il serait indispensable que le Conseil fédéral usât de sa compétence pour publier la liste des médicaments pris en charge par les assureurs de manière centralisée.

Concernant les variantes proposées, le PS apporte sa préférence à la variante 2, qui présente vraisemblablement le plus fort potentiel d'économies. En revanche, il est primordial que les patient-e-s nécessitant un médicament bien précis pour des raisons médicales ne se voient pas confronté-e-s à une charge supplémentaire en raison d'un prix de référence trop bas. C'est pourquoi, l'AOS devrait prendre en charge l'entier du prix maximal en présence d'une indication médicale.

Le potentiel d'économies est particulièrement fort dans le domaine des génériques. La variante 1 est clairement insuffisante eu égard à leur cherté en Suisse par rapport aux pays alentour. Le PS s'étonne du fait que le Conseil fédéral n'ait pas étudié le modèle de la Surveillance des prix, qui a proposé un concept de



mise en œuvre complet en mai de cette année⁴. Monsieur Prix proposait de classer les médicaments avec le même principe actif ou la même combinaison de principes actifs (niveau ATC-5) dans une même catégorie. A moyen terme, les principes actifs similaires (niveau ATC-4) seraient également considérés. Le prix de référence correspondrait au prix des médicaments ou des génériques les moins chers et une marge de tolérance de 5 % ou à concurrence de 5 francs pourrait être appliquée. Les prix de référence seraient réévalués tous les six mois.

Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions cantonales concernant les listes des hôpitaux et des EMS

Le PS est résolument opposé à l'octroi d'un droit de recours aux caisses-maladie contre les décisions des cantons portant sur les listes des hôpitaux et des EMS. Nous estimons que l'arrêt C-623-2009 du Tribunal administratif fédéral (TAF) est toujours valable. En effet, les assureurs ne subissent aucun préjudice immédiat et n'ont donc aucun intérêt digne de protection quelle que soit la décision du canton. Le PS juge que les assureurs n'ont pas la légitimité démocratique nécessaire pour obtenir un tel droit. Nous estimons que les compétences de gestion de l'approvisionnement doivent au mieux possible reposer entre les mains de l'Etat et qu'un droit de recours accordé aux assureurs affaiblirait considérablement le pouvoir des cantons et retarderait inutilement les procédures d'établissement desdites listes.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la Confédération, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Jacques Tissot
Secrétaire politique

⁴ Cf. Surveillance des prix, *Réglementation du prix des médicaments : Systèmes de prix de référence en Europe et recommandation pour la mise en place d'un système de ce type en Suisse*, Berne, mai 2018.