



**Parti socialiste
suisse**

Theaterplatz 4
3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch

Envoi par courriel :

Tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

À l'attention du département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique

Berne, le 19 novembre 2020

Consultation : Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (mesures visant à freiner la hausse des coûts, 2e volet) à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) »

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Le Parti socialiste suisse (PS Suisse) vous remercie de l'opportunité qui lui est accordée de se prononcer dans le cadre de la consultation concernant les objets cités en marge.

Préambule

Il est important aux yeux du PS Suisse que des solutions équitables et durables soient trouvées afin de maîtriser la hausse des coûts de la santé. Nous sommes conscients des enjeux et nous savons parfaitement que ces hausses de coûts se répercutent inmanquablement sur les ménages suisses et deviennent des charges insupportables, ce qui est inacceptable à nos yeux. Ainsi, il y a une nécessité d'agir.

Néanmoins, il est important de souligner qu'une partie de la hausse des coûts est inévitable, car étroitement liée à l'évolution démographique de la population – nous vivons plus longtemps, ce qui est réjouissant – et à l'augmentation des possibilités de traitement, lesquelles permettent une meilleure prise en charge des patient-e-s, ce qui est également une donnée positive.

Par ailleurs, contrairement à d'autres secteurs économiques, il est important de rappeler que dans le domaine de la santé, les concepts théoriques de rationalisation et de réduction des coûts ne peuvent pas s'appliquer tel quel. En effet, les hôpitaux ou les établissements médicaux-sociaux (EMS) ne sont pas des usines avec des chaînes de production qui peuvent être rationalisées à l'infini. Par ailleurs, on peut constater les répercussions négatives de la rationalisation dans la crise sanitaire qui nous concerne actuellement.

C'est pourquoi les infrastructures de santé ont pour mission de prendre soin de patient-e-s qui sont divers et multiples et qui nécessairement demandent des soins adaptés et spécifiques. Enfin, prendre soin des patient-e-s de manière qualitative nécessite du temps et des dotations suffisantes en personnel soignant bien formé. La crise actuelle nous rappelle jour après jour que sans des dotations en suffisance en personnel soignant, les infrastructures sanitaires ne fonctionnent pas – au détriment des patient-e-s.

Ainsi, pour le PS Suisse, toute réforme ou projet de loi doit respecter les conditions sine qua non suivantes : la qualité des soins ainsi que la sécurité des patient-e-s ne doivent jamais être compromises, les réformes ne doivent pas se faire au détriment des conditions de travail de l'ensemble du personnel soignant et le système de santé, en sa qualité de service public, ne doit pas être poussé dans des mécanismes de rationalisation qui ne permettent plus une répartition équitable des infrastructures de soins sur l'ensemble du territoire et qui réduisent ainsi l'accès aux soins.

Refus de l'initiative populaire fédérale « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » lancée par le Parti démocrate-chrétien (PDC)

Le PS Suisse est opposé au texte de l'initiative populaire pour un frein aux coûts, et c'est pourquoi il accueille favorablement le refus du Conseil fédéral.

Nous sommes de l'avis que la proposition faite par le PDC est inadaptée et dangereuse. Cette proposition est une fausse bonne idée, car elle propose un ensemble de règles abstraites qui peuvent par la suite conduire, dans sa mise en œuvre, à des décisions strictes de rationnement des soins et à une médecine à deux vitesses.

Objectif de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire de soins (AOS)

Actuellement, le système de tarification ambulatoire et hospitalier conduit inexorablement à des augmentations de volume de prestations qui ne se justifient pas d'un point de vue médical. C'est pourquoi le Conseil fédéral souhaite instaurer des objectifs en matière de coûts et des mesures correctives en cas de dépassement permettant de contrôler l'évolution des coûts. Il s'agit d'une des recommandations du groupe d'experts mandaté en 2017 (Rapport d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins »).

Concrètement, une commission consultative composée des principaux acteurs du système de santé émet une recommandation en se fondant sur l'évolution démographique de la population, sur des valeurs macroéconomiques et sur les progrès techniques dans le domaine médical. Sur la base de cette recommandation, le Conseil fédéral fixe un objectif annuel de croissance maximale des coûts globaux (objectif national des coûts globaux), basé sur une évolution des volumes et des prix qui se justifie d'un point de vue médical et économique. Ensuite, le Conseil fédéral recommande un objectif de coûts globaux aux cantons et fixe une marge de tolérance, c'est-à-dire la marge dans laquelle l'objectif recommandé peut être dépassé. Le Conseil fédéral formule également des recommandations pour la répartition des coûts entre les différentes catégories de coûts. Il s'agit des hôpitaux (secteurs stationnaire et ambulatoire), des médecins ambulatoires (en pratique privée), des médicaments et des autres groupes de coûts de l'AOS (par exemple EMS, soins infirmiers ambulatoires, analyses de laboratoire, physiothérapie, moyens et appareils). Le canton est alors libre de choisir ses propres objectifs contraignants dans les limites de cette marge de tolérance et fixe un objectif cantonal de coûts globaux. Les acteurs concernés (fournisseurs de prestations et assureurs) doivent être consultés.

En cas de dépassement d'objectif, le projet de consultation propose deux variantes à cet égard. Dans la première variante, les cantons sont libres de prendre des mesures, mais ils ne sont pas obligés de le faire. La deuxième variante prévoit que les cantons sont tenus de mettre en œuvre des mesures correctives appropriées. Les gouvernements cantonaux

ordonnent les mesures correctives. Le DFI est responsable des mesures concernant les catégories de coûts relevant de la compétence fédérale. Les mesures correctives consistent en principe à adapter les conventions tarifaires. Enfin, le projet prévoit la prise en compte d'événements extraordinaires, notamment une épidémie (art. 54d, al. 5 AP-LAMal) afin d'éviter tout phénomène de rationnement.

Le PS Suisse partage l'objectif visé par la présente mesure : réduire le volume de prestations qui sont médicalement inutiles. En effet, l'augmentation du volume des prestations médicales inutiles que l'on observe actuellement doit être réduite sans restreindre les prestations médicalement nécessaires. Les patient-e-s doivent toujours avoir accès aux prestations de l'assurance de base et cela ne doit pas engendrer une détérioration de la qualité des soins ou une rationalisation des soins.

Cependant, nous avons des réserves quant à la complexité et les marges de manœuvre laissées aux différents acteurs dans la mise en œuvre d'un tel instrument. En effet, si des marges de manœuvre trop grandes sont laissées, il est possible que l'instrument soit en fin de compte inefficace. De même, il est impératif de veiller à ce que l'instrument proposé, lors de sa mise en œuvre, n'aboutisse pas, de facto, à une rationalisation des soins. Enfin, il serait souhaitable que des tarifs dégressifs soient fixés au préalable de telle sorte que s'il apparaît en cours d'année que l'objectif de coûts serait dépassé, ces tarifs s'appliquent. Ce levier permet donc, d'une part, d'éviter de facturer des prestations inutiles et, d'autre part, permet à l'assuré-e/patient-e d'avoir en tout temps accès aux soins, sans risque de rationalisation, puisque la prestation peut toujours être effectuée ; c'est la rémunération des fournisseurs de soins qui change en cours d'année en cas de dépassement de volume de prestations.

Mais encore, nous sommes d'avis que le personnel de soin dans sa globalité doit être représenté dans la commission consultative qui élabore les recommandations des objectifs nationaux. De même, il est nécessaire que les organisations de défense des patient-e-s soient représentées. C'est pourquoi l'art. 54e, al. 3 de AP-LAMal doit être modifié afin d'élargir le cercle des membres.

De plus, nous avons observé dans les cantons de Genève, Vaud et Tessin que l'introduction des budgets globaux pour le financement des hôpitaux ou EMS, fondée sur l'art. 51 LAMal, peut avoir des impacts positifs sur l'évolution des coûts lorsque ces instruments sont judicieusement élaborés.

En somme, des solutions allant dans cette direction sont à encourager, et ce également pour le domaine ambulatoire ; les corrections visant à adapter les conventions tarifaires sont des instruments qui ont fait leurs preuves et qu'il faut également encourager. Le PS Suisse s'est toujours engagé pour des mesures de pilotage fédéral, en particulier sur le plan tarifaire.

Premier point de contact

Dans le but de renforcer la coordination, d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les traitements médicaux non justifiés, le Conseil fédéral souhaite instaurer un premier point de contact pour tous les assuré-e-s afin d'aiguiller les patient-e-s dans leur prise en charge thérapeutique. Par conséquent, les assuré-e-s doivent faire leur choix parmi une liste de médecins de famille, de centres de télémédecine, de cabinets de groupe ou de réseaux de soins coordonnés. Le premier point de contact conseille les patient-e-s, les traite directement ou les délègue à un autre fournisseur de prestations. Il reçoit un forfait de l'assureur pour chaque assuré-e l'ayant choisi. Le forfait est versé même si l'assuré-e ne

nécessite aucune prestation. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions en cas d'urgences et pour l'accès à certains spécialistes, à titre d'exemple en ophtalmologie ou en gynécologie et obstétrique.

Le PS Suisse est de l'avis que la mesure est un pas dans la bonne direction. La plupart des problèmes de santé pourraient être traités par des médecins de famille (généralistes). Ainsi, cette mesure renforcerait le rôle des médecins de famille ainsi que la coordination des soins entre les différents soignants qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s. En effet, ce sont les médecins de famille qui connaissent le mieux leurs patient-e-s et leur historique thérapeutique et peuvent ainsi éviter des prestations inutiles et donc garantir une qualité dans la prise en charge. Mais encore, en plus des aspects liés aux coûts, des prescriptions thérapeutiques inutiles, en fonction du traitement ou de l'examen prescrit, peuvent être également dommageables pour la prise en charge qualitative des patient-e-s.

Néanmoins, il est nécessaire d'apporter des corrections à la proposition du Conseil fédéral.

En premier lieu, il est impératif que les assuré-e-s puissent choisir librement le premier point de contact. Cela signifie que leurs choix ne doivent pas être conditionnés par leurs assureurs, notamment par l'intermédiaire de listes de médecins. De nombreux patient-e-s ont une relation thérapeutique de confiance et de longue durée avec leur médecin de famille. Ainsi, cela serait contre-productif que l'assuré-e/patient-e doive, en fonction de sa caisse, changer de médecin traitant. Cela est particulièrement important pour les patient-e-s présentant des maladies chroniques ou des patient-e-s âgé-e-s. Ces médecins connaissent les antécédents de leurs patient-e-s, mais aussi leurs environnements social et familial. Ce savoir permet une prise en charge efficace et de qualité.

Conjointement à cette démarche, il est impératif de développer les soins intégrés ; une coordination entre les différents soignants qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s est la clé de voute d'une prise en charge efficace et de qualité. Ainsi, le PS Suisse est d'avis que le premier point de contact ainsi que le réseau de soins coordonnés doivent former une entité cohérente. En somme, nous souhaitons la mise en place d'une prise en charge des soins intégrés, ce qui implique que les tâches de premier conseil, de coordination de soins et de gestion du dossier des patient-e-s soient regroupées en une seule entité (cf. ci-dessous positionnement sur le renforcement des soins coordonnés).

Par conséquent, le premier point de contact devrait prendre en compte d'autres fournisseurs de soins, notamment les soins à domicile (Spitex) ou les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s (IPS).

De plus, les patient-e-s doivent pouvoir avoir accès à un second avis, notamment en cas de désaccord avec le soignant du premier point de contact. De même, il est nécessaire de prévoir la possibilité de changer de premier point de contact facilement en cours d'année. En effet, une prise en charge de qualité repose aussi, et surtout, sur une relation soignant-e/patient-e fondée sur la confiance. Or, il peut s'avérer que les patient-e-s ne soient pas ou plus en confiance avec le soignant de leur premier point de contact, ce qui peut être dangereux pour la prise en charge thérapeutique. En effet, cela peut mener les patient-e-s à ne plus consulter, avec le risque d'une aggravation de leur état de santé.

Par ailleurs, il faut veiller, dans la mise en œuvre d'une telle mesure, à l'accessibilité à un premier point de contact. En effet, il est nécessaire que l'ensemble de la population ait les

mêmes choix qualitatifs de soignant-e-s. Or, avec les départs à la retraite de la génération des baby-boomers, plusieurs médecins de famille – dont la pénurie est déjà alarmante pour la Suisse – vont ranger leurs blouses blanches. De ce fait, la Suisse sera confrontée à un manque de médecins de famille, qui risque de compromettre la mise en place d'un tel système. Il est donc impératif de former plus de médecins de famille, mais aussi d'accepter comme premier point de contact les médecins doubles spécialistes.

Pour terminer, concernant le financement par des forfaits, le PS Suisse, sur le principe, soutient l'instauration de forfaits dans le domaine ambulatoire. Néanmoins, il est impératif que celle-ci n'aboutisse pas de facto à une rationalisation des soins dans le domaine ambulatoire. De même, il faut veiller, dans le cadre de sa mise en œuvre à ce que des mécanismes qui réduisent les risques d'abus soient intégrés.

Renforcement des soins coordonnés

Selon l'avant-projet du Conseil fédéral, le réseau est défini en tant que nouveau fournisseur de prestations (au sens de l'art. 35 LAMal). Il comprend le centre de coordination ainsi que les fournisseurs de prestations rattachés par contrat. Toutes les prestations fournies sont compilées et adressées en une seule fois aux assureurs. Elles sont prises en charge sur la base de forfaits. En outre, la charge liée à la coordination est prise en charge par les assureurs. Les programmes de prise en charge sont des programmes de traitements impliquant différents fournisseurs de prestations tout au long du processus qui génèrent de meilleurs résultats que des mesures individuelles non structurées. Ils sont utiles pour le traitement des maladies chroniques, mais aussi pour la prévention et à la réadaptation médicale.

Si le PS Suisse se félicite du fait que le Conseil fédéral reconnaisse l'importance des soins coordonnés, la solution proposée dans l'avant-projet n'est pas appropriée.

Aux yeux du PS Suisse, la séparation stricte qui est faite entre le premier point de contact et le réseau de soins coordonnés est incohérente ; il faut que ce premier point de contact puisse aussi être un réseau de soins coordonnés, en fonction des besoins des patient-e-s. En somme, le PS Suisse souhaite la mise en place d'une prise en charge des soins intégrés, ce qui implique que les tâches de premier conseil, de coordination de soins et de gestion du dossier des patient-e-s soient regroupées en une seule entité. En effet, ces tâches sont interdépendantes ; une bonne connaissance des antécédents des patient-e-s ainsi que de leur situation sociale est nécessaire pour que leur prise en charge soit efficace et de qualité.

C'est pourquoi le PS Suisse soutient les propositions alternatives faites par le « Réseau : bien vieillir/ Netzwerk : Gutes Alter » concernant la création d'un service commun de conseil et de coordination (Beratungs- und Koordinationsstelle BKS). Il s'agit de réunir sous le même toit le conseil, la coordination et la gestion des dossiers et de tendre ainsi vers un centre de santé où le patient est au centre de la prise en charge. Il est important que ce centre regroupe non seulement des professionnels de la santé, mais aussi d'autres spécialités non médicales qui interviennent dans la prise en charge des patient-e-s, notamment dans le cadre de la prise en charge de patient-e-s atteint-e-s de maladie chronique et/ou la prise en charge de personnes âgées. Il s'agirait aussi d'avoir des intervenant-e-s pour des conseils en nutrition, pour les maladies non transmissibles ou plus généralement pour la promotion de la santé chez l'adulte comme chez l'enfant. En effet, les programmes de prévention et sensibilisation ont des effets importants et durables sur la santé. Ainsi, le PS Suisse, souhaite que dans ces centres de santé l'accent soit mis

sur la prévention. De même, nous souhaitons qu'une plus grande place soit accordée aux thérapies complémentaires dans la prise en charge des assuré-e-s.

Ainsi, les assuré-e-s choisissent le BKS de leur choix, peuvent le changer à tout moment et, si nécessaire, peuvent obtenir un deuxième avis indépendant. Le libre choix des assuré-e-s est dès lors respecté. Ces centres BKS seraient accrédités par les cantons, afin que leur répartition sur le territoire permette à toutes et tous un accès aux soins.

En d'autres termes, l'avant-projet du Conseil fédéral n'est pas assez ambitieux sur ce point. Il est désormais nécessaire d'aller de l'avant et de décloisonner les séparations entre les différents intervenants de la prise en charge thérapeutique.

Modèles de prix et restitution, exception concernant l'accès prévue par la LTrans pour le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix

Dans la jungle de l'industrie pharmaceutique, afin de garantir l'accès rapide et aussi avantageux que possible aux médicaments innovants et onéreux, la Suisse a recours à des conventions appelées modèles de prix. Ces conventions sont inaccessibles au public, elles traitent notamment de la restitution selon le prix ou en cas de dépassement de coûts fixés.

Concrètement, dans la plupart des pays européens, le prix des médicaments est fixé et publié par les autorités principalement après comparaison des prix pratiqués à l'étranger. Cependant, les médicaments onéreux sont rarement pris en charge à hauteur du prix étranger. En fait, il existe les prix officiels et les prix réellement pris en charge qui sont réglés dans des conventions entre l'industrie pharmaceutique et les autorités, les hôpitaux ou les assureurs maladie ; les modèles de prix. La proposition de l'avant-projet vise donc à renforcer la base légale afin d'accroître la sécurité juridique de ces conventions.

Le PS Suisse condamne fermement ces modalités opaques de « négociation ». Nous sommes de l'avis que, pour créer une approche plus équitable en termes de prix, de transparence et d'accessibilité, il est indispensable d'instaurer une coordination internationale réglant ces questions.

Nous sommes conscients, néanmoins, que les patient-e-s doivent pouvoir bénéficier de ces médicaments. C'est pourquoi nous ne nous opposons pas à l'instauration d'une base légale pour les modèles de prix afin d'accroître la sécurité juridique d'une telle convention. Par contre, nous refusons l'introduction d'un régime d'exception, dans le cadre de la loi fédérale sur la transparence, à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions dans le cadre des modèles de prix.

Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal et rémunération à prix avantageux

L'avant-projet propose que le Conseil fédéral soit habilité à déterminer quand et comment l'examen périodique des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations (EAE) doit être effectué selon la nature de la prestation. Il s'agit notamment de fixer des principes pour le calcul d'une rémunération aussi avantageuse que possible des médicaments, des analyses ainsi que des moyens et appareils (LIMA).

Le PS Suisse soutient la proposition et estime qu'il est nécessaire que les examens périodiques sur les critères EAE soient opérés en fonction de la nature de la prestation.

Tarif de référence équitable pour un choix libre de l'hôpital dans toute la Suisse

Depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les assuré-e-s ont le libre choix, pour le traitement stationnaire, entre les établissements figurant sur la liste des hôpitaux de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). L'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération (cf. art. 49a LAMal), au maximum selon le tarif applicable pour le traitement en question dans le canton de résidence.

Cependant la loi ne règle pas les modalités de fixation de ce tarif de référence, lorsque plusieurs hôpitaux répertoriés du canton de résidence fournissent le traitement en question. De ce fait, les cantons ont donc toute latitude pour choisir le tarif déterminant pour le tarif de référence, notamment en fixant des tarifs de référence trop bas et donc irréalistes, ce qui peut entraver le libre choix des assuré-e-s.

Le PS Suisse est favorable au nouvel art. 41 AP-LAMal, qui vise à clarifier l'établissement du tarif de référence. Désormais, les cantons doivent fixer un tarif de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré. Celui-ci doit se fonder sur le tarif d'un traitement comparable dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. Les assureurs et le canton de résidence assurent la prise en charge selon le tarif de référence, jusqu'à concurrence du tarif de l'hôpital qui effectue le traitement.

Transmission électronique des factures

La nouvelle législation prévoit que les fournisseurs de prestations et les assureurs sont obligés de transmettre électroniquement leurs factures selon un standard uniforme. Selon le Conseil fédéral, ceci devrait permettre de mieux surveiller les factures et d'éviter de financer des prestations non nécessaires. Les détails techniques incombent aux partenaires tarifaires. Les assuré-e-s ont la possibilité d'obtenir les factures sous format papier sans frais supplémentaires.

Le PS Suisse est favorable à l'introduction d'une telle mesure. Néanmoins, il faudra veiller à ce que l'assuré puisse aussi recevoir en tout temps et gratuitement les factures en version papier ; il s'agit de ne pas discriminer la population ayant des difficultés avec les systèmes électroniques d'information.

Participation aux coûts de maternité : égalité de traitement des patientes

Le PS Suisse se félicite du fait que le Conseil fédéral souhaite apporter des éclaircissements juridiques sur la participation aux coûts de maternité. En effet, dans la pratique, il s'avère que les assureurs appliquent différemment la disposition légale, car l'art. 64, al. 7, let. b LAMal laisse une marge d'interprétation. S'il est interprété au sens strict, seules les prestations générales en cas de maladie (art. 25 LAMal) et les soins en cas de maladie (art. 25a LAMal) sont exemptées de participation aux coûts. À titre d'exemple, cela signifie qu'en cas d'accident ou d'interruption de grossesse non punissable à partir de la 13e semaine de grossesse, les patientes devraient prendre en charge la participation aux coûts.

C'est pourquoi l'avant-projet prévoit de compléter l'art. 64, al. 7, let. b LAMal par un renvoi aux prestations en cas d'infirmité congénitale, d'accidents et d'interruption de grossesse non punissable. Ainsi, ces prestations seront exemptées – outre celles visées aux art. 25 et 25a LAMal – de la participation aux coûts dès la 13^e semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Néanmoins, le PS Suisse milite pour l'instauration de la gratuité des prestations pendant toute la durée de la grossesse. Concrètement, nous exigeons une modification matérielle de l'art. 64, al. 7, let. b LAMal afin que l'exemption de la participation au coût intervienne aussi durant les 12 premières semaines de grossesse. En effet, des complications telles que saignement ou fausse couche interviennent avant la 13^e semaine. De plus, une grossesse extra-utérine se produit généralement avant la 13^e semaine et les coûts engendrés ne sont pas considérés comme liés à une grossesse, ce qui est vraiment invraisemblable. En somme, ces inégalités de traitement ne sont pas acceptables et médicalement non justifiables.

De plus, lors des débats du Conseil national le 26 septembre dernier concernant la motion Kälin 19.3070 « Instaurer la gratuité des prestations pendant toute la durée de la grossesse » – motion qui a été adoptée par le plénum – le Conseil fédéral s'est engagé pour un remboursement sans franchise dès le début de la grossesse. C'est pourquoi le PS Suisse exige dans le présent projet des modifications de loi dans ce sens.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de recevoir, Monsieur le conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Parti socialiste suisse



Mattea Meyer
Co-présidente



Cédric Wermuth
Co-président



Anna Nuzzo
Secrétaire politique