



Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) : 1er volet de mesures pour la consultation

Date : 14.9.2018

Le 28 mars 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts basé sur un rapport international d'experts et sur les mesures qui y sont proposées. Il s'agit de freiner la hausse médicalement injustifiée du volume des prestations et l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'examiner les nouvelles mesures et de les mettre en œuvre en deux étapes et sous la forme de deux volets : le premier, d'ici à l'automne 2018 et le second, avant la fin 2019. Le DFI a élaboré un premier train de mesures, qu'il a mis en consultation. Ces mesures donnent aux différents acteurs du système de santé des instruments supplémentaires pour mieux assumer leurs responsabilités dans la maîtrise des coûts de l'AOS.

Article relatif aux projets pilotes – M02

Pour permettre aux cantons et aux partenaires tarifaires de réaliser des projets pilotes novateurs en dehors du cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) mais susceptibles de maîtriser les coûts, il faut introduire un article relatif aux projets pilotes. On peut en imaginer qui visent un financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires ou des essais dans le domaine des soins intégrés. L'objet, la durée et l'application territoriale des projets sont limités. Le Conseil fédéral règle la procédure, les conditions d'admission, l'évaluation et le suivi de ces projets pilotes. La disposition présentée crée ainsi la base légale nécessaire pour qu'ils puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal.

Organisation tarifaire nationale – M34

Pour les prestations ambulatoires, les partenaires tarifaires sont légalement tenus (art. 47a LAMal) de mettre en place, comme pour le domaine stationnaire, une organisation tarifaire nationale. Cette organisation, qui doit être structurée de façon paritaire, est chargée d'élaborer, de développer, d'adapter et d'actualiser les structures tarifaires ambulatoires. L'institution d'une telle organisation vise à renforcer les partenaires tarifaires afin d'éliminer les blocages existants dans le domaine ambulatoire, à l'instar de la structure tarifaire TARMED. En raison de l'actualisation des structures tarifaires, des gains d'efficacité sont en outre escomptés. Les partenaires tarifaires ont deux ans pour mettre en place cette organisation. Si elle fait défaut à l'expiration de ce délai, le Conseil fédéral l'instituera de manière contraignante pour les partenaires tarifaires.

Révision de la LAMal :
Procédure de consultation jusqu'en décembre 2018

Maintenir la structure tarifaire à jour – M25

Pour maintenir la structure tarifaire à jour, les partenaires tarifaires, de même que l'organisation proposée (cf. M34) sont légalement tenus de fournir au Conseil fédéral des données concernant le domaine ambulatoire. Ces données sont nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix. Cette mesure doit contribuer à ramener l'augmentation des prestations dans les cabinets médicaux et les services ambulatoires des hôpitaux au niveau nécessaire d'un point de vue médical. Si une fédération ou l'organisation contrevient à l'obligation de fournir des données au Conseil fédéral, ce dernier peut prendre des sanctions

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

La compétence subsidiaire du Conseil fédéral dans le domaine tarifaire est élargie aux tarifs forfaitaires par patient. À l'avenir, les tarifs forfaitaires liés à des prestations ambulatoires doivent reposer sur une structure tarifaire uniforme au niveau national, comme c'est déjà le cas pour les tarifs à la prestation.

L'approbation d'une telle structure nationale incombera au Conseil fédéral.

La nouvelle organisation tarifaire nationale serait chargée à l'avenir d'actualiser les structures fixant les tarifs forfaitaires et celles déterminant les tarifs à la prestation.

Si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'accorder sur l'actualisation de la structure, le Conseil fédéral peut user de sa compétence subsidiaire pour l'adapter. Si aucun accord entre les partenaires tarifaires n'est réalisé, le Conseil fédéral peut fixer l'ensemble de la structure.

Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts (basé sur l'initiative parlementaire 17.402)

Les fournisseurs de prestations ou leurs fédérations ainsi que les assureurs ou leurs fédérations sont légalement tenus de convenir, dans des conventions tarifaires valables à l'échelle nationale, des mesures visant à piloter les coûts, afin de corriger la hausse injustifiée du volume des prestations et des coûts. Ces conventions ne sont valables qu'une fois qu'elles ont été approuvées par le Conseil fédéral. Si aucun accord n'est trouvé dans un délai de deux ans, le Conseil fédéral définit les mesures.

Système de prix de référence pour les médicaments – M22

Les génériques sont plus de deux fois plus chers en Suisse que dans les pays de référence européens. Partant, un système de prix de référence¹ pour les médicaments dont le brevet a expiré est introduit. Un prix de référence maximal sera défini et pris en charge par l'AOS pour les médicaments qui ont le même principe actif. Inspirées de systèmes de prix de référence à l'étranger, deux variantes sont soumises au débat : l'une comportant une réduction des prix, l'autre basée sur un système de déclaration. L'introduction du système de prix de référence favorisera la remise de génériques et de préparations originales dont le brevet a expiré.

¹ Voir la fiche d'information sur le système de prix de référence :

www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html

Copie de la facture pour les assurés

Les fournisseurs de prestations sont légalement tenus de faire parvenir systématiquement une copie de la facture aux patients. Ceux-ci peuvent ainsi vérifier leurs factures ; ils prennent davantage conscience des coûts. En cas de non-respect de cette règle, le fournisseur de prestations peut être sanctionné en vertu de l'art. 59 LAMal.

Renforcer le contrôle des factures – M09

Dans le but de garantir un contrôle systématique des prestations et des factures par les assureurs, le DFI/OFSP renforce la surveillance et procède à davantage d'audits sur place. Des adaptations légales ne sont pas nécessaires pour mettre en œuvre ces mesures.

Si le contrôle accru des factures ne produit pas l'effet souhaité, il est possible d'envisager dans une prochaine étape la création d'un organe indépendant de contrôle des factures (M35). Dans ce cas, il faudrait créer la base légale.

Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux

Les fédérations d'assureurs doivent obtenir un droit de recours contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification et la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux (EMS). Le droit de recours est étendu aux fédérations d'assureurs dans la loi (art. 39 LAMal). Ce principe doit permettre d'éviter une coûteuse offre excédentaire tout en soulageant les payeurs de primes et les contribuables. Jusqu'ici, le droit de recours n'appartenait qu'aux fournisseurs de prestations concernés par la planification.