



Mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet : vue d'ensemble

Date : 21.8.2019

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 Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'examiner les nouvelles mesures et de les mettre en œuvre en deux étapes, sous la forme de deux volets : le premier, d'ici à l'automne 2018, et le second, avant la fin de 2019. Le 21 août 2019, le Conseil fédéral a adopté le message concernant le premier train de mesures. Ces mesures en appellent à la responsabilité de tous les acteurs du système de santé, leur donnent des instruments supplémentaires pour contribuer à la maîtrise des coûts dans l'AOS.

1. Article permettant des projets pilotes – M02¹

Pour permettre aux cantons et aux partenaires tarifaires de réaliser des projets pilotes novateurs, sortant du cadre actuel de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) mais susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts, le projet prévoit un article relatif aux projets pilotes. On peut imaginer par exemple des projets avec de nouveaux modèles d'assurance, ou dans le domaine des soins intégrés. L'objet, la durée et le champ d'application géographique des projets seront limités. Le Conseil fédéral réglera la procédure, les conditions d'admission, l'évaluation et le suivi de ces projets pilotes. La disposition proposée crée ainsi la base légale nécessaire pour que ceux-ci puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal.

2. Organisation tarifaire nationale – M34

Les partenaires tarifaires seront légalement tenus (art. 47a LAMal) de mettre en place, comme pour le domaine stationnaire, une organisation tarifaire nationale qui sera responsable des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Ils y seront représentés sur une base paritaire. L'institution d'une telle organisation vise à renforcer les partenaires tarifaires afin d'éliminer les blocages existants dans le domaine ambulatoire, comme c'est le cas pour la structure tarifaire TARMED. En outre, des gains d'efficacité sont escomptés grâce à l'actualisation des structures tarifaires. Les partenaires tarifaires auront 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.

Les fournisseurs de prestations seront tenus de communiquer gratuitement à l'organisation tarifaire les données dont celle-ci a besoin pour accomplir ses tâches. S'ils manquent à cette obligation, le DFI, en sa qualité de département compétent, pourra prononcer à leur encontre, sur proposition de l'organisation, un avertissement ou une amende.

¹ Abréviation pour les mesures numérotées qui sont proposées dans le rapport d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins »

3. 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), seront légalement tenus de fournir gratuitement au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent, sur demande, les données nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix. Cette mesure doit contribuer à ramener l'augmentation du volume des prestations dans les cabinets médicaux et les services ambulatoires des hôpitaux au niveau nécessaire d'un point de vue médical. En cas de manquement à cette obligation de communication, le DFI, en sa qualité de département compétent, ou le gouvernement cantonal compétent pourront prononcer des sanctions.

4. Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

Le projet prévoit qu'à l'avenir, les tarifs forfaitaires liés à des prestations ambulatoires reposent sur une structure tarifaire uniforme au niveau national, comme c'est déjà le cas pour les tarifs à la prestation. L'exigence d'une structure tarifaire uniforme au niveau national étend aux tarifs forfaitaires par patient la compétence subsidiaire du Conseil fédéral dans le domaine tarifaire. 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 par patient 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 pourra user de sa compétence subsidiaire pour l'adapter. Si aucun accord entre les partenaires tarifaires n'est trouvé, le Conseil fédéral pourra fixer l'ensemble de la structure. Pour certains tarifs forfaitaires, le Conseil fédéral pourra prévoir des exceptions concernant l'exigence d'uniformité de la structure tarifaire.

5. Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts

Les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs fédérations respectives seront légalement tenus de s'accorder, dans des conventions tarifaires valables à l'échelle nationale, sur des mesures visant à piloter les coûts dans les domaines pour lesquels ces acteurs sont tenus de convenir les tarifs et les prix. L'objectif est de corriger les hausses injustifiées du volume des prestations et des coûts. Ces conventions ne seront valables qu'une fois approuvées par le Conseil fédéral.

Si aucun accord n'est trouvé dans un délai de deux ans, le Conseil fédéral définira les mesures en question. Les fournisseurs de prestations et les assureurs devront communiquer au Conseil fédéral, sur demande, les informations nécessaires pour fixer ces mesures. S'ils manquent à cette obligation, le DFI, en sa qualité de département compétent, pourra prononcer des sanctions. Il pourra aussi limiter les domaines pour lesquels des mesures doivent être convenues.

6. 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. C'est pourquoi un système de prix de référence² sera introduit pour les médicaments dont le brevet a expiré. Si au moins trois médicaments ayant la même composition de principes actifs figurent sur la liste des spécialités, un prix de référence sera fixé pour le principe actif en question. L'AOS remboursera au plus

² Voir la fiche d'information sur le système de prix de référence :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>

ce prix de référence ; la différence éventuelle sera à la charge de l'assuré. Le modèle choisi pour la conception du système de prix de référence est celui avec réduction de prix, qui se fonde principalement sur le mécanisme de comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, connu pour la fixation du prix des génériques, avec déduction d'un écart de prix approprié. La mise en place du système de prix de référence favorisera la remise de génériques et de préparations originales dont le brevet a expiré.

7. Copie de la facture pour les assurés

Les fournisseurs de prestations seront légalement tenus de faire parvenir systématiquement une copie de la facture aux assurés (cette obligation est réglée actuellement au niveau de l'ordonnance). La copie de la facture pourra aussi être transmise par voie électronique. Les patients pourront ainsi vérifier leurs factures, et prendront davantage conscience des coûts. En cas de non-respect de cette règle, le fournisseur de prestations pourra être sanctionné en vertu de l'art. 59 LAMal.

Le Conseil fédéral pourra prévoir que la transmission de la copie de la facture à l'assuré puisse aussi être garantie d'une autre manière (par ex. par l'assureur).

8. Montant maximal de l'amende prévue à l'art. 59, al. 1, let. c, LAMal

L'art. 59, al. 1, LAMal contient une liste exhaustive de sanctions qui peuvent être prononcées à l'encontre des fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi ou dans un contrat, ou les dispositions relatives à la facturation. Le projet prévoit d'inscrire au niveau de la loi la possibilité de prononcer contre les fournisseurs de prestations fautifs une amende jusqu'à 20 000 francs.

9. 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

Le projet prévoit d'étendre le droit de recours aux fédérations d'assureurs (art. 39 LAMal), car il est juste que celles-ci puissent elles aussi recourir contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification et la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux. Actuellement, seuls les fournisseurs de prestations concernés par la planification bénéficient d'un droit de recours. Ce principe doit permettre d'éviter une offre excédentaire coûteuse, tout en soulageant les payeurs de primes et les contribuables.

Mesures dans les lois fédérales sur l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité

Des adaptations analogues à celles prévues dans la LAMal sont également prévues dans les lois fédérales sur l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité.