



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 153
3097 Liebefeld

Lieu, date
Interlocuteur

Berne, le 13 décembre 2018
Conrad Engler

N° direct
E-mail

031 335 11 50
conrad.engler@hplus.ch

Mesures de maîtrise des coûts visant à décharger l'assurance obligatoire des soins: premier volet de mesures en consultation

Madame, Monsieur,

Vous nous avez invités à nous prononcer sur le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé. Nous vous en remercions. H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 236 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux en tant que membres actifs, établis sur 369 sites, et plus de 170 membres partenaires – associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers.

Les positions qui suivent se fondent sur une enquête menée auprès de nos membres actifs.

Une profonde réforme de la LAMal est nécessaire

Différentes révisions de la LAMal sont traitées actuellement par le Parlement. Elles portent sur la qualité, les admissions à pratiquer, l'EFAS ainsi que sur la part des coûts de distribution des médicaments. L'initiative parlementaire «Maintenance et développement des tarifs» est encore pendante. Elle a déjà été traitée par le Conseil national, qui lui a donné suite. Le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts comporte huit autres points de la LAMal à réviser. Les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins estiment que la LAMal devrait être revue dans son ensemble, car elle ne correspond plus à la réalité de la pratique. Les anciennes structures tarifaires ambulatoires encore en vigueur génèrent des incitations inopportunes et, par conséquent, une offre en soins médicaux excessive ou inadaptée. Dans le secteur ambulatoire, les structures de prise en charge finale pâtissent particulièrement d'un sous-financement croissant.

En tant qu'association de branche, H+ s'efforce de collaborer dans un esprit constructif au sein des organisations constituées de manière paritaire et de participer au développement et à la maintenance des tarifs ambulatoires.

Afin de remplacer le tarif ambulatoire TARMED obsolète, H+ a soumis en 2016 à la Confédération une révision équilibrée et a communiqué aux autorités compétentes toutes les bases de calcul nécessaires.

Avant même la publication du premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, H+ s'est engagée en faveur de forfaits ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA. H+ soutient

tous les efforts visant à créer une organisation tarifaire nationale avec une représentation paritaire de tous les fournisseurs de prestations et de tous les assureurs.

Tour d'horizon des différentes mesures

Les principes sur lesquels s'engage H+ et les positions qu'elle défend sur les mesures proposées sont développés ci-après.

1 Organisation tarifaire nationale – M34

Durant les débats parlementaires déjà et au sein de la CSSS-CN, H+ a apporté son appui à l'initiative parlementaire «Maintenance et développement des tarifs». La mesure «Organisation tarifaire nationale» poursuit le même but. Elle est donc également soutenue par H+. Selon l'association, il est judicieux d'obliger les partenaires tarifaires à mettre en place une organisation nationale pour les tarifs ambulatoires, comme c'est le cas dans le domaine stationnaire. Il est déterminant pour H+ que tous les partenaires tarifaires y participent afin d'éliminer les blocages existants dans le domaine ambulatoire. En ce sens, H+ soutient la Confédération qui exige que tous les partenaires tarifaires soient représentés dans l'organisation et que les ressources et les données nécessaires soient mises à disposition pour une maintenance professionnelle du tarif.

H+ est favorable à la participation paritaire des cantons, soit de la Conférence des directrices et des directeurs de la santé (CDS), à une telle organisation tarifaire appelée à développer, adapter et actualiser la structure tarifaire pour les prestations médicales dispensées en ambulatoire. SwissDRG SA est tout indiquée pour remplir ce rôle sachant que les cantons y sont représentés paritairement via la CDS. Pour que tous les partenaires tarifaires puissent être associés, un élargissement de l'actionnariat de SwissDRG SA est nécessaire. En plus de H+, de la FMH, de santésuisse et de la CDS, curafutura et la CTM doivent également entrer dans le capital de la société. H+ espère qu'ainsi les blocages pourront être surmontés et qu'une nouvelle intervention du Conseil fédéral à titre subsidiaire pourra être évitée.

Lors de sa séance du 20 septembre 2018, le Comité de H+ a décidé de résilier le contrat d'actionnaires d'ats-tms AG et de soutenir l'inscription dans la loi d'une organisation tarifaire nationale pour l'élaboration de structures de rémunération des prestations ambulatoires telle que proposée dans le premier volet de mesures du Conseil fédéral. Il a ainsi posé les jalons pour l'avenir du partenariat tarifaire (communiqué de presse de H+ du 21 septembre 2018). L'organisation qui reste à créer avec tous les partenaires sera appelée à reprendre la révision du tarif TARMED dépassé depuis longtemps et à concevoir une tarification – appropriée et reposant sur des données – des prestations médicales et de forfaits. Cela permettrait de tirer un trait sur quatorze années de blocages et de renforcer le partenariat tarifaire. Le bureau tarifaire devra réviser chaque année le tarif qui prendra le relai du TARMED et l'adapter aux dernières évolutions de l'innovation médicale et des coûts, en tenant compte des gains d'efficience.

Comme le temps presse, H+ enjoint aux partenaires tarifaires et aux cantons d'accueillir favorablement les adaptations structurelles et organisationnelles nécessaires à l'instauration d'un bureau tarifaire professionnel au sein de SwissDRG SA qui est performante depuis déjà dix ans. Ce bureau pourra consolider les travaux déjà réalisés et les mener à bien. Parallèlement, SwissDRG SA a besoin d'un service pour les forfaits ambulatoires et d'une structure managériale moderne compte tenu de l'extension de son domaine d'activité. Il faut en outre garantir l'intégration des assureurs sociaux. L'organisation tarifaire nationale doit se focaliser sur les prestations médicales de la somatique aigüe, de la psychiatrie et de la réadaptation ainsi que sur toutes les prestations des cabinets médicaux.

Lors de sa séance spéciale du 21 septembre 2018, le conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé d'analyser les conditions de la création, en son sein, d'un bureau tarifaire pour l'ambulatoire. Les représentants de santésuisse, de la CTM, de la Conférence suisse des

directrices et des directeurs de la santé, de H+ et de la FMH se rallient ainsi pleinement au partenariat tarifaire et veulent l'étendre aux prestations médicales ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA, pour autant que les conditions cadres légales, financières et organisationnelles le permettent.

Position de H+ sur l'organisation tarifaire nationale (LAMal art. 47a)

H+ soutient l'inscription dans la loi d'une organisation tarifaire nationale pour l'élaboration de structures de rémunération des prestations ambulatoires. Cette organisation devra en priorité s'occuper de la révision du tarif TARMED, consolider les travaux réalisés jusque-là et les mener à terme. L'intégration paritaire des cantons/de la CDS a le soutien de H+, par analogie avec la réglementation en vigueur pour les tarifs stationnaires sous l'égide de SwissDRG SA.

2 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

Dans le cadre de SwissDRG SA, H+ s'est engagée en faveur du développement de forfaits ambulatoires et soutient les conclusions de l'étude de faisabilité de SwissDRG SA. Selon H+, des tarifs forfaitaires par patient liés aux soins médicaux ambulatoires devront reposer sur une structure uniforme négociée au niveau national, comme prévu par SwissDRG et comme le propose le Conseil fédéral. Toutes les prestations médicales stationnaires et ambulatoires devraient être rémunérées via des structures tarifaires nationales dans le cadre de SwissDRG et avec le professionnalisme requis. Toutes les transitions entre la somatique aiguë, la réadaptation, la psychiatrie ainsi que les soins infirmiers, et entre les secteurs ambulatoire et stationnaire seront à régir sous un seul et même toit. Une priorité élevée doit être accordée au développement de forfaits ambulatoires, car l'adaptation de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins concernant «l'ambulatoire avant le stationnaire» entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019. L'article relatif aux projets pilotes (lire «Article relatif aux projets pilotes») doit permettre de lancer aussi rapidement que possible des projets de forfaits ambulatoires.

L'étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires» de SwissDRG SA conclut qu'il est possible d'évaluer des forfaits ambulatoires sur la base des données de prestations et de coûts exploitables. La disponibilité de ces données au niveau des cas permet d'établir rapidement de tels forfaits. Le système tarifaire actuel comprend, selon l'étude, de mauvaises incitations systématiques qui résultent aussi – mais pas exclusivement – de la tarification différente des prestations ambulatoires et stationnaires. La combinaison des prestations (forfaits) et d'une réglementation claire privilégiant l'ambulatoire plutôt que le stationnaire réduit les mauvaises incitations inhérentes au système. Dans l'étude de faisabilité de SwissDRG, l'application des forfaits est calquée sur le système de forfaits par cas SwissDRG, selon l'hypothèse que les prestations ambulatoires peuvent être regroupées et évaluées dans des groupes de prestations, respectivement de patients, de manière similaire aux prestations stationnaires. Par la suite, des relevés auprès des fournisseurs de prestations ambulatoires permettront aussi d'intégrer, dans le calcul, des données de coûts et de prestations provenant des cas traités en ambulatoire, ce dans le sens d'un système apprenant. A côté des travaux techniques visant à l'élaboration et à l'évaluation d'une structure tarifaire pour des forfaits ambulatoires, il convient aussi de définir, respectivement de modifier, une série de conditions cadres. Ces dernières devront être élaborées par les partenaires tarifaires qui seront compétents à l'avenir pour ce domaine de prestations.

H+ soutient la réalisation d'une réglementation uniforme au niveau national de forfaits ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA. Mais elle exige des modifications législatives afin que les solutions bilatérales, cantonales ou régionales de forfaits ambulatoires qui, pour certaines, sont déjà appliquées à satisfaction depuis des années, restent possibles et que de nouveaux forfaits puissent être développés pour des domaines spécialisés et des prestations sectorielles déterminés. Les procédures d'approbation devraient également être réglementées, de manière à ce

qu'aucun obstacle administratif ne freine ou n'empêche le développement de nouveaux modèles pour les forfaits (lire également Article relatif aux projets pilotes).

Le conseil d'administration de SwissDRG SA a adopté le rapport final de l'étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires» lors de sa séance du 21 septembre 2018 et a décidé de le publier. La poursuite de la procédure concernant les forfaits ambulatoires devra être coordonnée avec les clarifications portant sur la création d'un bureau tarifaire. Des mesures immédiates seront envisagées, afin que SwissDRG SA puisse poursuivre l'examen et le développement de forfaits ambulatoires.

Position de H+ sur la promotion de forfaits par cas dans le domaine ambulatoire (LAMal art. 43 al. 5)

H+ soutient les forfaits ambulatoires, car ils peuvent contribuer à l'élimination d'incitations inopportunes dans le système. SwissDRG SA a déjà réalisé les travaux préliminaires avec son étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires». En parallèle à une réglementation des forfaits ambulatoires uniforme au niveau national, H+ exige des modifications législatives, afin que les solutions bilatérales, cantonales ou régionales de forfaits ambulatoires restent possibles et que de nouveaux forfaits pour des domaines spécialisés et des prestations sectorielles déterminés puissent être développés.

3 Maintenir la structure tarifaire à jour

H+ réclame depuis longtemps une actualisation annuelle du TARMED et déplore les blocages qui perdurent entre les partenaires tarifaires. Pour que la structure puisse être tenue à jour, H+ estime logique que tous les partenaires tarifaires, en d'autres termes les fournisseurs de prestations et les assureurs, de même que la nouvelle organisation tarifaire paritaire, soient légalement tenus livrer au Conseil fédéral, dans le domaine de l'ambulatoire également, les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs. H+ est disposée à mettre à disposition en toute transparence les données de prestations et de coûts des établissements.

En ce sens, H+ est favorable à ce que tous les fournisseurs de prestations et leurs associations, tous les assureurs et leurs associations, ainsi que la nouvelle organisation tarifaire nationale aient l'obligation de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix.

Les partenaires doivent régler les aspects techniques de manière uniforme et s'accorder sur ces points en étroite collaboration avec l'organisation tarifaire nationale (lire «Organisation tarifaire nationale»): type et volume des données, fréquence du relevé, préparation des plateformes, définition des interfaces, prescriptions techniques pour les intermédiaires, contrôle de la qualité des données et garantie du respect des dispositions nationales et cantonales sur la protection des données. La transparence dans la mise en œuvre est importante pour H+ qui tient en particulier à ce que tous les fournisseurs de prestations (hôpitaux et cabinets médicaux) et tous les assureurs (LAMal, LCA, LAA, LAI, LAM) soient traités de la même manière et tenus de livrer des données.

Position de H+ sur le maintien de la structure tarifaire à jour (LAMal art. 47b al.1 - 3)

H+ est favorable à l'actualisation régulière des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire, si tous les fournisseurs de prestations et tous les assureurs et leurs associations, de même que la nouvelle organisation tarifaire nationale, sont tenus de livrer au Conseil fédéral les données nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix. La configuration de la livraison des données (type, volume, fréquence, etc.) doit être réglée de manière uniforme entre les partenaires et l'organisation à créer.

4 Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts

Les hôpitaux, cliniques et institutions de soins, de même que H+, soutiennent avec le Conseil fédéral l'objectif de maîtrise des coûts. Depuis des années, la branche améliore sa fourniture de prestations. Elle réduit les nombres de lits depuis les années 1990. Les coûts des séjours hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) se sont stabilisés ces dernières années. Les gains d'efficacité des hôpitaux et des cliniques doivent contribuer encore à freiner la hausse des coûts.

En revanche, H+ n'est pas favorable aux interventions de la Confédération pour le pilotage des quantités et des coûts qui entravent la fourniture de prestations nécessaires médicalement. De manière générale, il faut que, dans chaque cas, les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux puissent garantir les prestations de soins à tous les patients – diagnostics, conseils et traitements. Selon l'art.32 LAMal, les prestations des hôpitaux et des cabinets médicaux doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Position de H+ sur les mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts (LAMal art. 47c)

H+ soutient avec le Conseil fédéral l'objectif de maîtrise des coûts. En revanche, H+ n'est pas favorable aux interventions de la Confédération pour le pilotage des quantités et des coûts qui entravent la fourniture de prestations nécessaires médicalement.

5 Article relatif aux projets pilotes

H+ soutient l'introduction d'un article de loi autorisant la réalisation de projets pilotes novateurs dérogeant à certaines dispositions légales. Un tel article permettra et facilitera l'essai de modèles d'avenir, déjà examinés et développés par certains hôpitaux et cliniques. Cela inclut des projets pilotes souhaités par la Confédération, tels que le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires ou des essais dans le domaine des soins intégrés. La disposition présentée crée ainsi la base légale nécessaire pour que de tels projets puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal.

Les objectifs de la Confédération avec de tels projets pilotes ne devraient pas se limiter aux mesures susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts, mais être envisagés de manière plus générale. Ces projets pilotes doivent pouvoir porter sur toutes les approches thérapeutiques pertinentes – en particulier les innovations. Les autorisations et leur réglementation doivent être plus flexibles. Il faut éviter les procédures bureaucratiques et fastidieuses.

Position de H+ sur l'article relatif aux projets pilotes (LAMal art 59c)

H+ approuve l'introduction d'un article autorisant la réalisation de projets pilotes qui dérogent à certaines dispositions légales. Cependant, ces projets ne devraient pas être restreints aux mesures susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts, mais être envisagés de manière plus générale et étendus aux approches thérapeutiques médicalement pertinentes

6 Copie de la facture pour les assurés

Plus de 20 ans après son entrée en vigueur, l'obligation d'établir une facture détaillée et compréhensible doit être renouvelée et adaptée à l'évolution dans le domaine de l'informatique et en particulier eu égard à l'introduction du dossier électronique du patient (DEP) dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux. Les prescriptions sur la clarté des factures pour le débiteur et pour l'assuré doivent être concrétisées au niveau de l'ordonnance. H+ y est

favorable. Il importe avant tout de limiter au maximum la charge administrative pour les hôpitaux et les cliniques: la transmission doit se faire systématiquement et de manière standardisée par voie électronique via l'intégration de la facture dans le dossier électronique du patient. La transmission des factures aux assureurs se fait déjà entièrement sous forme électronique dans le système du «tiers payant». Selon H+, il serait idéal que l'assureur envoie à l'assuré, avec le décompte de la quote-part et la déduction de la franchise, la facture reçue de l'hôpital sous forme électronique. L'ordonnance pourrait régler la procédure de cette manière.

Lors de la facturation électronique, le respect des dispositions de protection des données de la Confédération et des cantons doit faire l'objet d'une attention particulière, afin que les diagnostics et les sets de données médicales sensibles ne parviennent pas aux services administratifs des assureurs, mais qu'ils aillent exclusivement au médecin-conseil ou au service de médecins-conseils, comme cela se fait déjà pour la facturation des prestations stationnaires.

H+ doute que l'envoi de toutes les factures sous forme papier à tous les patients permette de réaliser une économie. L'expédition de 130 millions de factures par la poste entraînerait plutôt une charge supplémentaire et donc une hausse des primes. En partant du principe qu'une facture représente un coût situé entre CHF 1.00 et CHF 2.00 pour l'affranchissement, le papier, l'impression, la configuration du système IT, le personnel, le coût pour les réponses aux questions et la gestion des factures payées à double, l'envoi de la copie de la facture coûterait à lui seul entre 130 et 260 millions. Les dépenses des fournisseurs de prestations et des assureurs en cas de réclamations ne sont pas incluses dans le calcul. De telles dépenses supplémentaires sont certes difficiles à évaluer, mais elles devraient être de plusieurs centaines de millions de francs pour les fournisseurs de prestations et les assureurs. Les économies induites par les corrections de factures après contrôle des copies par les patients devaient donc être de l'ordre de grandeur de 400 à 500 millions de francs, ce qui est hautement improbable pour 130 millions de factures par an. Si cette mesure était prise, elle serait contreproductive: elle engendrerait plus de coûts que d'économies.

H+ émet également des réserves sur la question de la clarté des factures, qui est certes souhaitable, mais particulièrement complexe à garantir. Actuellement, les factures répondent entre autres aux besoins spécifiques des caisses-maladie et des assureurs. Ceux-ci examinent au niveau technique et tarifaire si une facture est due et si le montant et le prix sont corrects. Il n'existe à l'heure actuelle aucune prescription et aucune règle faisant autorité pour la clarté d'une facture. Il serait dès lors nécessaire que la Confédération et les cantons fixent, avec les partenaires tarifaires, les indications que devrait contenir une facture.

Copie de la facture à la demande seulement: H+ propose de modifier les dispositions actuelles de la LAMal en précisant que, dans le système du tiers payant, le patient indique à son admission à l'hôpital ou en clinique s'il souhaite une copie de la facture et s'il est d'accord que celle-ci soit enregistrée dans le dossier électronique du patient.

Intégration de la copie de la facture au DEP: Une petite modification de la LAMal et de la LDEP permettrait au fournisseur de prestations de transmettre au patient la copie de la facture de manière plus efficiente, plus pertinente économiquement et plus respectueuse de l'environnement. Selon la solution du DEP, la personne assurée peut indiquer si elle souhaite une copie de la facture, qui sera enregistrée de manière standardisée dans le DEP lorsque le fournisseur de prestations enverra la facture à l'assureur. L'actuelle disposition de la LDEP précise à dessein que le contenu du dossier électronique du patient porte sur des données «pertinentes pour le traitement». Le législateur parle dès lors de documents «pertinents pour le traitement» et entend par là des informations utiles à d'autres professionnels de la santé dans le cadre de la poursuite des soins médicaux. Les documents administratifs, tels que les factures des fournisseurs de prestations ne sont pas des «informations pertinentes pour le traitement». Une extension du DEP pour le dépôt et l'archivage des factures électroniques des fournisseurs de prestations serait réalisable sur le plan technique (IT). Cependant, il faudrait modifier la loi pour que l'enregistrement de la copie de la facture dans le DEP soit autorisé. Une telle modification serait possible en temps utile dans le cadre des révisions liées au premier volet de mesures de la Confédération pour la maîtrise des coûts. Cette solution législative devrait préciser que, dans le

système du tiers payant, une copie de la facture du fournisseur de prestations peut être enregistrée dans le dossier électronique du patient à la demande de ce dernier. L'actuelle obligation d'adresser une copie de la facture à l'assuré serait supprimée en faveur de la solution du DEP et «à la demande».

Protection des données garantie dans le DEP: Pour garantir la protection des données, il faudrait d'une part s'assurer que les personnes qui n'ont pas les droits d'accès ne puissent pas consulter le dossier (par ex. le personnel administratif de l'hôpital) et d'autre part que la facture soit enregistrée dans le domaine «niveau de confidentialité secret», auquel n'accède que le titulaire du DEP. Dans ce domaine sont consignés les maladies, les traitements et les interventions ayant un caractère stigmatisant dont le titulaire du DEP ne veut pas donner accès aux fournisseurs de prestations (par ex. avortements ou maladies sexuellement transmissibles).

Standardisation efficiente et pertinente écologiquement: Cette extension du DEP pourrait le rendre plus attractif, y compris pour les hôpitaux et pour les cliniques, qui trouveraient ainsi une solution simple et uniforme au niveau national pour appliquer l'obligation en vigueur aujourd'hui déjà de transmettre une copie de la facture à la personne soignée. Cela serait également un incitatif ou une pression pour les nombreux médecins en pratique privée qui travaillent encore sur support papier et envoient les dossiers des malades par fax aux hôpitaux et aux cliniques. Avec la solution de l'enregistrement de la copie de la facture dans le DEP il serait possible d'éviter des coûts inutiles et une consommation de papier insensée grâce à une procédure proportionnée et standardisable.

Position de H+ sur la copie de la facture pour les assurés (LAMal art. 42 al. 3)

H+ doute que l'envoi de toutes les factures sous forme papier à tous les patients leur permette d'assurer un meilleur contrôle qui aboutisse à une économie. Au contraire: l'expédition de 130 millions de factures par la poste entraînerait plutôt une charge supplémentaire et donc une hausse des primes, car elle générerait des coûts plus élevés pour les hôpitaux et les cliniques. H+ souhaite que les partenaires tarifaires et les autorités développent des standards pour l'expédition et l'enregistrement électroniques, afin d'éviter un envoi de papier coûteux et écologiquement aberrant. Pour pouvoir intégrer la copie de la facture au dossier électronique du patient «à sa demande» il est nécessaire de modifier les dispositions correspondantes dans la LAMal et la LDEP

7 Renforcer le contrôle des factures

Dans le but de garantir un contrôle systématique des prestations et des factures par les assureurs, H+ approuve le renforcement de la surveillance des assureurs par le DFI/OFSP et la réalisation de davantage d'audits sur place. En 2015 déjà, H+ avait apporté son soutien à la surveillance des caisses par l'OFSP lors d'un audit: il s'agissait d'un cas exemplaire d'abus dans le contrôle des factures par un assureur présentant un taux de contestations extrêmement élevé.

Des adaptations légales ne sont pas nécessaires pour l'instant, selon H+. Il suffit d'appliquer strictement la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Si le renforcement de la surveillance du contrôle des factures ne devait pas produire les effets escomptés, H+ pourrait envisager, dans une prochaine étape, la création d'un organe indépendant de contrôle des factures pour que les moutons noirs qui multiplient les contestations injustifiées et les chicaneries soient rapidement identifiés et que des sanctions soient prises.

H+ soutient donc le renforcement et la standardisation du contrôle des factures, qui permettra de réduire le nombre de contestations et de demandes de renseignements inutiles. L'actuel contrôle des factures ne conduit le plus souvent qu'à un transfert interne à l'assureur des coûts entre l'assurance-maladie et l'assurance accidents ou entre l'AOS et l'assurance privée. Cela ne génère donc pas d'économies conséquentes. Les approches suivantes seraient plus pertinentes. Premièrement: un contrôle des factures unifié pour tous les assureurs. Si les processus

de paiement, de demande de renseignements ou de contestation étaient les mêmes chez tous les assureurs, les hôpitaux, cliniques et institutions de soins pourraient unifier également leurs processus et économiser des coûts. Deuxièmement: les assureurs devraient avoir l'obligation de faire état des effets de leur contrôle et présenter leurs taux de succès et d'échecs. Un benchmark entre les assureurs AOS pourrait ainsi être effectué et les assurés auraient ainsi une idée de la façon dont les assureurs utilisent l'argent de leurs primes. La LAMal donnerait enfin suite à l'exigence du législateur, qui impose non seulement aux fournisseurs de prestations, mais aussi aux assureurs AOS de mener leurs travaux en respectant le principe de l'économie (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, chiffre 223).

Position de H+ sur le renforcement du contrôle des factures

H+ approuve le renforcement de la surveillance des assureurs par le DFI/OFSP, grâce à une application stricte de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. H+ soutient en outre le renforcement et la standardisation du contrôle des factures, qui permettra de réduire le nombre de contestations et de demandes de renseignements inutiles.

8 Droit de recours pour les assureurs concernant la planification hospitalière

La planification hospitalière régionale prévue par la LAMal est déjà très fastidieuse et complexe. Elle est la source d'interminables litiges devant la justice. H+ s'oppose à un droit de recours supplémentaire, étranger au système, pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux. La responsabilité de la garantie de l'offre en soins incombe aux cantons, c'est la raison pour laquelle les assureurs n'ont pas à se mêler de ce domaine, comme ils n'ont pas à le faire de l'admission des fournisseurs de prestations.

H+ rejette le droit de recours des assureurs concernant les listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS. Lorsqu'ils promulguent leurs listes, les cantons doivent tenir compte de l'offre en soins médicaux pour la population. Le droit de recours proposé dans le projet risque de créer davantage de litiges qui seront au final à la charge des payeurs de primes.

Position de H+ sur le droit de recours des assureurs (LAMal art. 53 al. 1bis)

H+ s'oppose catégoriquement à un droit de recours supplémentaire, étranger au système, pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux.

9 Système de prix de référence pour les médicaments

H+ rejette le système de prix de référence tel que proposé. Lorsque plusieurs produits ayant la même composition de substances actives sont commercialisés (préparations originales, médicaments en co-marketing, génériques ou biosimilaires), ce système menacerait fortement la sécurité de l'approvisionnement du marché suisse et des hôpitaux.

Les pharmacies d'hôpitaux sont confrontées aujourd'hui déjà à d'importantes difficultés d'approvisionnement. De plus en plus de médicaments anciens et peu onéreux disparaissent du marché suisse et la pénurie n'en est souvent que le signe avant-coureur. La proposition consistant à utiliser le prix de référence à partir de trois médicaments de même composition de substances actives répertoriés dans la LS ne résout en aucun cas le problème. On a vu par le passé qu'en cas de difficultés de livraison, les médicaments, qui ne sont commercialisés que par trois entreprises en Suisse, se trouvent dans une situation d'approvisionnement critique sur

l'ensemble du territoire. De plus, des produits dont les prix sont particulièrement bas et qui auront une grande influence dans le système de prix de référence, sont en règle générale retirés très rapidement du marché.

Dans ce contexte, il faut considérer d'un œil particulièrement critique la règle selon laquelle la préparation la moins chère devra être en principe remboursée par l'AOS lorsque l'on se trouve en présence de deux médicaments de même composition de substances actives qui ne nécessitent pas de prix de référence. Cela aurait pour conséquence que des médicaments qui se trouvent dans un secteur déjà sous la pression des prix, subiraient une contrainte supplémentaire, avec pour conséquence de nouveaux retraits du marché suisse.

La proposition de coupler la formation du prix de référence avec l'inscription sur la LS fait craindre que des entreprises puissent à l'avenir ne plus être prêtes à annoncer des médicaments à inscrire sur la LS, respectivement puissent être incitées à en retirer.

La formation de groupes de référence reposant sur la similitude des substances actives ne convient pas du tout, selon H+. Car cette proposition ne tient pas compte de différents aspects galéniques. Le choix du produit le mieux adapté pour un patient sera réduit, voire supprimé en pratique, et la sécurité des patients sera menacée.

Les groupes de référence sont particulièrement problématiques pour les médicaments de même substance active ayant une marge thérapeutique étroite et/ou une biodisponibilité fortement fluctuante, pour lesquels un échange de préparation peut entraîner des effets indésirables et, au final, présenter un danger pour le patient (antiépileptiques, psychotropes, immunosuppresseurs, etc.) La proposition d'intégrer les préparations originales et les biosimilaires pour la formation du prix de référence est également problématique selon H+. Jusque-là, le principe d'une substitution entre original et biosimilaire n'a pas été implémenté. L'art. 52a LAMal ne prévoit explicitement que la substitution entre original et générique.

La relation de confiance entre le patient et le fournisseur de prestations serait entamée, car cela entraînerait des discussions inutiles sur le prix à payer, le montant de la prestation remboursée et sur l'adéquation thérapeutique comparée de préparations contenant les mêmes substances actives.

Il serait particulièrement complexe et fastidieux pour tous les acteurs de mettre en œuvre le système de prix de référence proposé. Pour les fournisseurs de prestations et le marché, cela représenterait une augmentation inacceptable de frais administratifs non remboursés. Cette nouvelle réglementation aurait pour conséquence des pénuries d'approvisionnement, des produits d'une qualité douteuse et une forte augmentation des coûts pour tous les partenaires. Les fournisseurs de prestations, qui doivent accepter des marges plus faibles, ne peuvent admettre des charges supplémentaires dans les domaines du personnel et de l'informatique. H+ estime que le système de prix de référence n'offre pas un bon rapport coûts/bénéfice pour le système de la santé. Elle s'oppose à ce projet.

Position de H+ sur le système de prix de référence (LAMal art. 52 al. 1, art. 52a et b)

H+ rejette le système de prix de référence qui représente sous cette forme une grave menace pour la sécurité de l'approvisionnement en médicaments du marché suisse et des hôpitaux.

Nous restons volontiers à votre disposition pour toute information complémentaire. Nous vous renseignons volontiers sur les investigations en cours concernant l'intégration de la copie de la facture dans le DEP et l'intelligibilité des factures. Nous pouvons aussi vous transmettre les contacts avec les services compétents et les parties prenantes.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. B. Bütikofer', with a stylized flourish at the end.

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice

Annexe: Formulaire électronique de la consultation