

Département fédéral de l'intérieur DFI
Monsieur Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Berne

Par e-mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch et
gever@bag.admin.ch

Lieu, date: Berne, le 10 décembre 2020 Ligne directe: 031 306 93 85
Interlocutrice: Agnes Nienhaus E-mail: agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Prise de position dans le cadre de la procédure de consultation sur la modification partielle de la LAMal « 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts »

Monsieur le conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Dans votre courrier en date du 19 août 2020, vous nous avez invités à vous faire part de notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation citée plus haut. C'est avec plaisir que nous vous faisons part de notre évaluation du projet.

L'association Médecine Universitaire Suisse (unimedsuisse) soutient expressément la prise de position de H+ du 10 décembre 2020.

Remarques générales

unimedsuisse rejette le projet comme 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) ». Il convient de prendre des mesures ciblées, axées sur les véritables facteurs d'augmentation des coûts.

Les statistiques sur les coûts de la santé qui viennent d'être publiées pour l'année 2018 montrent que les coûts de la santé se sont stabilisés au cours des deux dernières années. Les hôpitaux de soins aigus y ont largement contribué : les coûts des prestations stationnaires diminuent et ceux des prestations hospitalières ambulatoires se stabilisent, bien que l'on observe toujours un glissement des soins stationnaires vers les soins ambulatoires. Les plus fortes hausses de coûts de ces dernières années ont concerné les soins de longue durée et la prévention – deux domaines dans lesquels l'augmentation des coûts est tout à fait justifiée du point de vue démographique et de la politique de santé. En revanche, l'évolution des coûts dans le domaine des médicaments, des analyses de laboratoire et des produits médicaux fluctue considérablement et reste un facteur qui mérite un examen plus approfondi.

Un autre défaut du projet est qu'il est exclusivement axé sur la perspective des coûts et la réglementation des coûts et ne reflète pas la perspective des soins ou la réalité en matière de soins. Etant donné que les effets des mesures sur la pratique des soins ne sont pas reflétés, les mesures ne sont pas suffisamment élaborées du point de vue conceptuel. Cela entraînera de nouvelles incitations inopportunes et rendra inefficaces des mesures bien intentionnées, telles que les soins en réseau. Les mesures qui affectent le

système de soins dans son ensemble doivent impérativement reposer sur des concepts de soins solides. Ceux-ci ne sont pas visibles dans le projet.

Enfin, la proposition ne traite pas de la manière dont les objectifs de maîtrise des coûts peuvent être conciliés avec le progrès médical (innovations techniques, nouvelles approches de traitement) et avec la mégatendance du passage du secteur hospitalier aux soins ambulatoires.

En ce qui concerne les 10 mesures prévues par le projet, unimedsuisse souhaite souligner les points suivants.

Mesure 1 : objectifs en matière de coûts et mesures correctives en cas de dépassement

Comme nous soutenons intégralement la prise de position très circonstanciée d'H+ qui a très bien souligné les points faibles et dangers de cette proposition, nous nous limiterons à formuler quelques remarques générales.

unimedsuisse considère que les propositions pour les objectifs de coûts avec des mesures correctives en cas de dépassement des objectifs - qui sont basés sur le concept de budgets globaux - ne constituent pas la bonne approche pour contenir l'évolution des coûts. Comme l'explique H+ dans sa prise de position, cette mesure place la maîtrise des coûts comme instrument de contrôle au-dessus de toutes les autres exigences réglementaires. La mesure transforme ainsi les soins de santé en une sorte de « jouet » de la politique financière cantonale. Même si le mandat de soins reste ancré dans les constitutions cantonales, les besoins de la population en matière de soins ou la garantie de soins de qualité perdront du poids dans la négociation politique des objectifs. Par ailleurs, les cantons se concentreront sur les grands blocs de coûts du point de vue cantonal afin d'optimiser leur contribution financière en tant qu'organismes de financement. Toutefois, l'objectif devrait consister à cibler les nouvelles réglementations et mesures spécifiquement sur les domaines dans lesquels l'évolution des coûts ne correspond pas au développement de la demande de soins, qui présentent des incitations inopportunes ou un potentiel de rationalisation. Au vu du projet, une telle approche ciblée n'est pas réaliste.

Avec son approche rigide et non différenciée, la mesure est de nature à freiner l'introduction de nouvelles méthodes de traitement dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les hôpitaux universitaires. Déjà aujourd'hui, pour les patients hospitalisés, les coûts supplémentaires des nouvelles techniques sont supportés par les hôpitaux, pendant une phase de plusieurs années précédant leur prise en compte dans les SwissDRG. Avec les mesures prévues, les incitations négatives pour les hôpitaux d'introduire de nouvelles méthodes seront renforcées et étendues au domaine ambulatoire. Pour éviter que les patients suisses soient privés des bénéfices des innovations, il faut prévoir des exceptions aux objectifs pour celles-ci. Une prise en compte générale du progrès médico-technique, telle que prévue, n'est pas suffisante et pas assez ciblée.

En ce qui concerne la conception concrète, nous considérons que la procédure décrite pour le dépassement des objectifs en matière de coûts est extrêmement problématique :

- Le principe de la primauté de négociation, hautement estimé par tous les partenaires du système de santé, serait véritablement compromis par ces mesures.
- Les tarifs négociés d'un commun accord, qui doivent être approuvés par les cantons et le Conseil fédéral, ne seraient plus contraignants et pourraient être invalidés à tout moment par les autorités de régulation respectives.
- La pression exercée sur les partenaires de négociation pour qu'ils élaborent des solutions viables et fondées sur le partenariat serait éliminée. Les organismes payeurs notamment pourront rester les bras croisés – en se disant que le canton/le Conseil fédéral interviendra si nécessaire – et ne montreront plus aucune volonté de compromis.

- Il en résulterait une avalanche de procès et des frais administratifs seraient introduits par des moyens détournés dans le système de santé.

En même temps, nous voudrions souligner que nous considérons la faisabilité de la mesure comme irréaliste : Selon l'article 54d, paragraphe 1, les accords tarifaires doivent être adaptées par les partenaires tarifaires de telle sorte que des mesures suffisantes de réduction des coûts y soient prévues. La question est de savoir comment cela doit être mis en œuvre dans des situations où aucune convention collective n'a été conclue depuis plusieurs années et où des tarifs provisoires de travail sont ou ont été appliqués.

unimedswiss rejette fermement la mesure 1 relative aux objectifs en matière de coûts et aux mesures correctives en cas de dépassement. Le changement de système y associé fait passer la maîtrise des coûts avant la garantie des soins et est contraire aux principes centraux de la LAMal, notamment la garantie d'un accès fiable aux prestations pour les assurés, le concept de partenariat tarifaire et le principe de concurrence dans le système de santé suisse. Le projet de loi empêche également le progrès médical de bénéficier à la population.

unimedswiss considère qu'il est élémentaire de centrer les mesures de maîtrise des coûts spécifiquement sur l'élimination des incitations inopportunes et l'exploitation du potentiel de rationalisation du système de santé et est disposée à participer aux réformes correspondantes.

Mesure 2: premier point de contact

Sur le principe, nous sommes favorables aux premiers points de contact dans le système de santé, qui, outre leur rôle de point de contact fiable pour les patientes et patients, font également office de garde-fous. Toutefois, nous considérons que le concept sous-jacent au projet est trop restreint et n'est pas encore suffisamment abouti.

L'obligation de choisir un premier point de contact, telle que prévue par le projet, est problématique, car elle restreint fortement la liberté des assurés de choisir leurs fournisseurs de prestations. Les patientes et patients deviendront fortement dépendants du premier point de contact, notamment parce qu'ils ne peuvent pas en changer facilement. En effet, c'est le Conseil fédéral qui détermine les conditions dans lesquelles un changement est possible et même l'assureur peut désigner un premier point de contact si la personne assurée n'en a pas encore un. En même temps, le projet comporte un risque de sélection des risques par les premiers points de contact qui privilégieront les personnes en bonne santé au détriment des malades chroniques, des patients multimorbides ou des personnes âgées.

Le système avec les premiers points de contact dans sa forme actuelle aura un effet de réduction des coûts, il comporte également des éléments générateurs de coûts :

- la charge administrative augmentera inévitablement pour toutes les parties concernées. La tenue ou la mise à jour des listes (quel premier point de contact a été choisi par quelle personne assurée) ne sera pas simple, ni pour les cantons, ni pour les assureurs et les fournisseurs de prestations. La vérification de la délégation correcte est longue et devrait pouvoir être entièrement retracée et démontrée sur demande de l'assureur.
- Le fait que seuls les premiers points de contact peuvent procéder à une délégation signifie que toute décision ultérieure d'orienter un patient vers un spécialiste ou un hôpital doit se faire en accord avec le premier point de contact. Cela est compliqué et irréalisable.

Actuellement les services des urgences des grands hôpitaux, en particulier des hôpitaux universitaires, traitent de nombreux patients qui n'ont pas de généralistes. Cela est dû principalement au manque de généraliste dans les grandes agglomérations, ainsi qu'au statut socio-économique de certains patients.

Il est peu probable que les mesures administratives prévues permettent de résoudre ces problèmes. Il faut donc que les hôpitaux puissent continuer de traiter ces patients sans obstacles bureaucratiques inutiles.

Il n'est pas tout à fait clair si les hôpitaux seraient également autorisés en vertu de l'art. 40a, al. 3, let. b). L'article devrait être clarifié afin de permettre aux hôpitaux qui souhaitent assumer cette fonction d'agir comme premier point de contact. Un tel point de contact dans un hôpital universitaire est particulièrement important pour les personnes polymorbides et les personnes souffrant de maladies chroniques complexes. En outre, il est important que les grandes institutions telles que les hôpitaux universitaires puissent transférer des patients d'une clinique interne ayant le statut de premier point de contact vers une autre clinique. Selon le projet actuel, cela ne serait toutefois pas admissible car l'art. 40b al. 1 let. b ne mentionne que le premier point de contact qui « a adressé le patient à un autre fournisseur de prestations (délégation) ». De notre point de vue, le texte correspondant doit donc être adapté (voir formulation ci-dessous).

Le projet prévoit également que les assurés puissent choisir un premier point de contact sur une liste cantonale. Il est important de souligner que les assurés doivent également pouvoir choisir un premier point de contact dans un autre canton, par exemple s'ils souffrent de maladies chroniques spécifiques pour lesquelles il existe de bons premiers points de contact dans un autre canton. Il est également déraisonnable de restreindre le choix à une liste cantonale pour les personnes vivant à proximité d'une frontière cantonale ou habitant dans un petit canton au choix limité. L'art. 40a al. 46 doit donc être formulé de manière plus claire.

En outre, unimedsuisse juge inacceptable la disposition de l'art. 40c al. 3 selon laquelle le Conseil fédéral fixe un forfait unique pour les premiers points de contact. Selon la structure de la patientèle d'un premier point de contact, les coûts annuels moyens de ces fournisseurs de prestations varient considérablement. Un forfait unique pour tous les premiers points de contact ne rendrait pas justice cette réalité. Une fois de plus, les fournisseurs de prestations qui prennent en charge des patients plus complexes seraient pénalisés financièrement et le « tri sélectif » serait récompensé. Si les premiers points de contact sont mis en œuvre, il est donc important que la rémunération soit basée sur des taux forfaitaires différenciés ou que la compensation soit négociée par les fournisseurs de prestations ou leurs associations sur la base de données.

En dernier lieu, nous aimerions mentionner les questions de formation. Afin de pouvoir maintenir et mettre en œuvre leur mission dans le domaine de la formation et la formation post-graduée des médecins (postes de sous-assistants et d'assistants), les hôpitaux universitaires doivent pouvoir intégrer les tâches d'un premier point de contact dans leurs programmes de formation, comme dans les départements de médecine interne générale, dans les polycliniques et en pédiatrie. On ne sait pas très bien comment cela peut être mis en œuvre avec ce projet de loi.

unimedsuisse **rejette la mesure relative au premier point de contact sous sa forme actuelle**. Elle est conçue de manière trop restrictive et entraîne une forte charge bureaucratique. Elle complique inutilement les procédures de délégation. En même temps, elle comporte le risque d'incitations inopportunes telles que la sélection des risques par les fournisseurs de prestations ayant le statut de premier point de contact et peut désavantager les personnes âgées et les malades chroniques.

Si la mesure des premiers points de contact est mise en œuvre, plusieurs ajustements doivent être apportés au projet. Dans ce cas, unimedsuisse demande les ajustements suivants :

- L'obligation de choisir un premier point de contact doit être supprimée.

- Art. 40a al. 2 let. c: les premiers points de contact ne doivent pas être les seuls habilités à évaluer la nécessité d'adresser l'assuré à un autre fournisseur de prestations, mais d'autres fournisseurs de prestations doivent également pouvoir le faire.
- Art. 40a al. 3 let. b: les institutions/hôpitaux de soins ambulatoires...
- Art. 40a al. 6: L'assuré choisit librement son premier point de contact parmi les fournisseurs de prestations inscrits sur une des listes cantonales...
- Art. 40a al.7: peut être supprimé sans remplacement.
- Art. 40b al. 1 let. b: sur délégation du premier point de contact à un autre fournisseur de prestations ou à une autre clinique du même fournisseur de prestations.
- Art. 40d al. 1: Si le premier point de contact adresse l'assuré à un autre fournisseur de prestations ou à une autre clinique du même fournisseur de prestations pour un examen ou un traitement ambulatoire, ...

Mesure 3 : les réseaux de soins coordonnés comme nouvelle catégorie de fournisseurs

Depuis des années, les acteurs de la politique de santé sont d'accord sur la nécessité de promouvoir la coordination des soins. Après que les interventions tarifaires du Conseil fédéral ces dernières années ont contribué à maintes reprises à affaiblir la collaboration dans le système de santé, la Confédération tente de renforcer les soins coordonnés avec le projet actuel. Les réseaux en tant que fournisseurs de prestations ayant droit à une rémunération doivent intervenir principalement pour les patientes et patients atteints de maladies chroniques et multimorbides. Dans le domaine ambulatoire, les réseaux doivent facturer des **forfaits**, dont les revenus sont distribués au sein des réseaux. Les forfaits doivent couvrir toutes les prétentions du réseau de soins. Pour ce faire, les prestations doivent être enregistrées en détail et rendues transparentes pour la détermination et la négociation des tarifs. Dans les explications, il est souligné que ces réseaux devraient être particulièrement attrayants pour les jeunes médecins. Cela indique que l'objectif principal est ici de développer davantage les cabinets de groupe ou de nouveaux modèles de cabinets médicaux, qui seraient simplement rémunérés avec un forfait pour toutes les prestations au lieu des tarifs applicables aux prestations ambulatoires selon Tarmed.

L'unimeduisse salue l'idée de renforcer les soins coordonnés dans le sens d'une coopération interprofessionnelle et d'une coopération accrue entre les prestataires de services tout au long de la chaîne de soins. De notre point de vue, le concept des réseaux en tant que fournisseurs de prestations indépendants n'est pas assez clair pour atteindre ce but et leur conception sur le plan juridique n'est pas encore mûrement réfléchi. Par exemple, il n'est pas clair s'il doit s'agir de cabinets de groupe Managed Care généraux (sous un même toit) et d'associations de Managed Care (réseaux régionaux) ou plutôt de réseaux régionaux spécifiques à une maladie qui prévoient des parcours de soins pour des groupes de patients spécifiques. En effet, les cabinets de groupe ambulatoires ont généralement une patientèle extrêmement variée, alors que les réseaux spécialisés dans les groupes de malades chroniques et de patients multimorbides doivent posséder une composition complètement différente et requièrent un degré de spécialisation différent. Nous avons donc l'impression que cette mesure vise à introduire le projet Managed Care, rejeté par la population en 2012, sous une nouvelle terminologie. Toutefois, les points faibles du projet Managed Care de 2012 – à savoir son rattachement à un modèle d'assurance au lieu d'un concept de soins – ne sont pas éliminés dans le projet, mais sont renforcés par de nouveaux éléments tels que le forfait prévu pour l'ensemble du réseau de soins. Nous voudrions mettre en évidence ce gros point faible de manière plus détaillée ci-dessous.

Un concept bien pensé de soins ambulatoires coordonnés est à saluer ; toutefois, le projet vise principalement les cabinets de médecins établis et les fournisseurs de prestations associés tels que les organismes de soins à domicile, et les prestations thérapeutiques ambulatoires tels que la physiothérapie, etc. Par conséquent, il n'est pas clair comment les hôpitaux, avec leurs prestations ambulatoires, consultations, services d'urgence et prestations stationnaires en cas d'aggravation de la maladie, devraient et peuvent être intégrés dans les réseaux. Cependant, les prestations ambulatoires sont absolument indispensables pour les soins sur l'ensemble de la chaîne de soins. Selon nous, l'idée de soins sur l'ensemble de la chaîne de soins – comme soulignée à maintes reprises par le projet – ne peut être mise en œuvre avec ce modèle. Au mieux, on peut envisager une coopération de réseaux régionaux de fournisseurs de prestations établis avec de petits hôpitaux ayant une petite zone de desserte. Dans le cas des hôpitaux centraux, l'intégration des services hospitaliers spécialisés ambulatoires dans la chaîne de soins coordonnés (avec des forfaits correspondants) devient déjà plus difficile ; dans le cas des hôpitaux universitaires, en tant que prestataires de soins finaux dans toutes les spécialisations, cette intégration est quasiment impossible. Cependant, si la chaîne de soins n'intègre pas les soins finaux, on ne pourra jamais parler d'« ensemble de la chaîne de soins ». Par conséquent, le projet crée de nouveaux écarts entre les structures établies prodiguant des soins ambulatoires et stationnaires.

Dans la continuité de ces propos, le mode de fonctionnement des forfaits envisagé n'est pas non plus très convaincant : Selon nous, le concept de forfaits ambulatoires pour les patients multimorbides et les malades chroniques ne peut fonctionner que si les prestations peuvent être standardisées dans une certaine mesure. Dans la chaîne de soins, cela n'est possible que pour les prestations de soins primaires et les prestataires de soins moins spécialisés. Dès que les cas deviennent plus complexes, que des complications surviennent et que des examens plus approfondis sont nécessaires, qu'il faut faire appel à des spécialistes, voire à des prestations universitaires, les forfaits globaux ne sont guère applicables. Toutefois, un forfait complet doit également inclure précisément ces prestations. Le forfait envisagé comporte le risque qu'il soit calculé sur la base de cas faciles et que les coûts élevés des cas complexes soient sous-estimés. Il en résulte que les fournisseurs de prestations spécialisés qui prennent en charge les cas les plus coûteux ne sont pas suffisamment représentés et sont par conséquent sous-financés – un mécanisme déjà bien connu du système DRG et qui conduit à une représentation systématiquement incorrecte des prestations des hôpitaux universitaires dans le système de remboursement.

En outre, le projet part du principe que le forfait prévu n'englobe que les prestations fournies aux patients. Cependant, tout réseau implique également des efforts de coordination, pour la structure du réseau, la coordination entre les partenaires, les structures de données communes, le respect des conditions et des exigences, la collecte des données sur les coûts, les négociations avec les assureurs-maladie, etc. Ces coûts de coordination au sein du réseau et de respect des conditions ne sont mentionnés ni dans le texte de loi ni dans le rapport explicatif et ne sont apparemment pas destinés à être intégrés dans le forfait. Il existe d'ores et déjà aujourd'hui des réseaux et des parcours pour les patients atteints de maladies chroniques (p. ex. le Brustzentrum Aare pour le cancer du sein). L'un des obstacles à la formation de tels réseaux concerne dès aujourd'hui le coût élevé de la création, de la conception et de l'entretien du réseau, c'est pourquoi de tels réseaux existent principalement pour les maladies courantes. Par conséquent, le modèle présenté des réseaux en tant que fournisseurs de prestations ne pourra guère fonctionner : Si les coûts de transaction pour l'établissement et la mise en œuvre à long terme de la coordination entre les partenaires du réseau sont ignorés, les fournisseurs de prestations sont peu incités à former de tels réseaux. Dans le meilleur des cas, le projet sera donc inefficace. Mais dans le pire des cas, le projet peut s'avérer préjudiciable, dans la mesure où les réseaux soumis à des forfaits peuvent transférer des patients qui deviennent trop chers du secteur ambulatoire (où s'applique le forfait) au secteur stationnaire,

ou dans la mesure où les personnes à risque défavorable ne sont pas admises dans les réseaux de soins. Donc, si la promotion des réseaux et des soins coordonnés doit réussir et contribuer à la maîtrise des coûts, les avantages autant que les coûts de la coordination doivent être représentés de manière honnête et reflétés dans le modèle tarifaire avec un ensemble correspondant d'incitations.

Compte tenu du retard accumulé dans les réformes relatives à Tarmed et du travail législatif déjà long et complexe sur l'introduction des forfaits ambulatoires (dans le cadre de l'EFAS), nous estimons également qu'il est irréaliste de penser pouvoir introduire, dans un délai raisonnable, des forfaits pour les prestations ambulatoires au sein du réseau sur l'ensemble de la chaîne de soins ou pour plusieurs fournisseurs de prestations ayant des spécialisations différentes.

Nous tenons également à souligner que pour les hôpitaux universitaires, le concept des réseaux prévu impliquerait d'énormes efforts administratifs. En raison de l'exigence d'une chaîne de soins complète, des fournisseurs de prestations spécialisés ayant une fonction de prestataire de soins finaux devraient être associés à chaque réseau ou des contrats de coopération devraient être conclus avec eux, ce qui signifie que les hôpitaux universitaires devraient sécuriser contractuellement leurs prestations avec une multitude de réseaux.

Enfin, unimedsuisse, en tant que membre de la Coordination nationale des maladies rares (kosek), souhaite exprimer sa déception quant au fait que les réseaux nationaux créés dans le cadre des mesures du Conseil fédéral sur les maladies rares n'ont pas été pris en compte conceptuellement dans la mesure 3 et ne pourraient pas être reconnus non plus comme fournisseurs de prestations sur la base des conditions-cadres présentées. Bien qu'il soit destiné à s'appliquer aux personnes atteintes de maladies chroniques, le modèle n'est pas attrayant pour le domaine des maladies rares.

- Les réseaux de soins pour les patients atteints de maladies rares sont reconnus comme un moyen d'organiser les soins pour ce groupe de malades chroniques dans toute la Suisse, améliorant ainsi les soins et les rendant plus efficaces. Depuis 2017, la kosek encourage la création de réseaux nationaux appropriés qui s'engagent à prendre en charge ce groupe de patients mal desservis. Cependant, le modèle prévoit des réseaux locaux ou régionaux, mais pas de réseaux nationaux.
- Les forfaits ambulatoires ne fonctionnent pas pour les maladies rares car l'hétérogénéité des maladies et des prestations rend difficile la standardisation des prestations.
- L'expérience acquise par la kosek dans le cadre des projets menés montre clairement que le manque de rémunération pour les efforts de coordination au sein du réseau de fournisseurs de prestations ainsi que pour les patients individuels constitue d'ores et déjà un obstacle important à la mise en place de réseaux pour les maladies rares. Dans ce contexte, l'adoption de la motion pour une meilleure rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés au Parlement a conféré aux projets de la kosek une perspective d'avenir, car même si l'effort initial pour la création du réseau au sein de la kosek n'est pas rémunéré, il y avait la possibilité d'un financement futur des efforts de coordination. Cette perspective est brisée par le projet : sans une rémunération appropriée, il sera difficile de mettre en place et de sécuriser durablement des réseaux pour tous les domaines des maladies rares. Les maladies rares représentent généralement déjà une activité déficitaire pour les hôpitaux concernés ; si l'on y ajoute les efforts de coordination, il n'y aura plus aucune incitation pour un engagement à long terme.
- La conception des réseaux ne prévoit pas la participation des organisations de patients ou des représentants de patients, mais du point de vue de la kosek, cela est important pour les maladies chroniques et répond également aux objectifs stratégiques de la Confédération visant à renforcer la position des patientes et patients dans les soins.

Pour résumer, on peut constater que le projet ne parvient pas à développer un modèle abouti pour les soins coordonnés dans le domaine des maladies chroniques et à créer des incitations pour sa mise en œuvre par le biais d'une rémunération appropriée. Selon nous, le projet ne remplit donc pas les mandats de la motion Humbel sous-jacente « Renforcer les modèles de soins intégrés en les distinguant des offres de listes unilatérales sans coordination des traitements ».

unimedsuisse estime qu'une révision beaucoup moins compliquée de la LAMal est nécessaire pour établir des soins véritablement coordonnés. Il faudrait abandonner le forfait couvrant l'ensemble de la chaîne de soins et introduire un modèle de rémunération beaucoup plus simple pour les réseaux, ce qui inciterait réellement à la coordination et générerait les gains d'efficacité correspondants: les prestations individuelles des différents fournisseurs de prestations au sein du réseau peuvent continuer à être facturées individuellement, mais en même temps, une rémunération doit être prévue pour les prestations de coordination proprement dites (pour le patient individuel et pour le réseau). Cette rémunération peut être versée aux réseaux reconnus et doit être utilisée par ceux-ci pour la conception et l'entretien du réseau. Nous tenons à mentionner que des conditions-cadres durablement améliorées pour les soins coordonnés sont déjà possibles dans le cadre de la LAMal actuelle, par exemple en assouplissant les limites des prestations de coordination pour des groupes de patients spécifiques et en les différenciant mieux dans les ordonnances. Ainsi, davantage de services de coordination seraient déjà possibles aujourd'hui, par exemple dans le domaine des prestations sans rapport avec les patients. Une telle réforme est possible et constitue également une première étape appropriée en ce qui concerne l'introduction de forfaits dans le domaine ambulatoire (selon l'EFAS).

L'idée de reconnaître les réseaux comme des prestataires de services indépendants peut être retenue. Pour cela, il faudrait créer une reconnaissance ou un agrément indépendant pour les réseaux en tant que fournisseurs de prestations. Ce processus de reconnaissance ne devrait pas être mené par les assureurs-maladie et négocié dans le cadre de négociations tarifaires, mais devrait être jugé sur la base du bénéfice apporté aux soins. Cette tâche pourrait être accomplie soit par des organismes de certification indépendants, soit par un organe commun des parties prenantes sous la direction des cantons.

Il existe déjà aujourd'hui des réseaux qui s'intéressent à cette reconnaissance. Il est logique de commencer par ces réseaux. Il est également possible que ces réseaux réalisent des projets pilotes pour mettre au point des tarifs forfaitaires différenciés pour différents groupes de patients (par exemple, les patients en bonne santé, les personnes fragiles/multimorbides et les patients ayant des besoins complexes). Ces projets pilotes sont rendus possibles par les mesures du premier paquet de mesures (article expérimental) et pourraient servir de base à une compensation différenciée pour les réseaux envisagés et à la création des incitations appropriées.

unimedsuisse rejette la mesure 3 **des réseaux en tant que fournisseurs de prestations indépendants dans sa forme actuelle**. Le projet est basé sur un concept abstrait de Managed Care et ne parvient pas à clarifier comment les soins coordonnés sous-jacents devraient fonctionner dans des « chaînes de soins complètes ».

Pour créer un cadre juridique cohérent, il est impératif de disposer d'un concept de soins coordonnés au sein du réseau, qui soit conçu du point de vue des **soins aux malades chroniques** et qui prévoit des modèles de rémunération appropriés avec de réelles incitations à la coordination.

A notre avis, **l'idée de forfaits pour l'ensemble de la chaîne de soins doit être abandonnée, car elle n'est pas réalisable**. La reconnaissance des réseaux en tant que fournisseurs de prestations et la rémunération des soins coordonnés **peuvent être améliorées dans le cadre d'étapes de réforme plus simples**. unimedsuisse, avec son expérience dans la création de réseaux de soins, est disposée à contribuer au développement de modèles adaptés.

unimedsuisse propose également de poursuivre l'idée des réseaux dans le cadre de projets pilotes afin de développer des modèles de rémunération différenciés et de créer en même temps les bonnes incitations pour toutes les parties concernées. Nous pensons que cela est possible dans le cadre des mesures du premier paquet de révision.

Mesure 4 : programmes de soins aux patients

La mesure 4 a une vaste portée en créant un article distinct sous l'art. 25 al. 2 let. i), pour les programmes de soins aux patients. unimedsuisse est favorable à la mention explicite de ces programmes en tant que prestations indépendantes sous l'article 25. Toutefois, il ressort clairement des explications que des programmes de soins aux patients existent déjà aujourd'hui et sont également possibles dans le cadre de la LAMal. En conséquence, les modifications sont nécessaires avant tout pour permettre aux pharmaciennes et pharmaciens de fournir et de facturer des prestations dans le cadre de programmes structurés placés sous la direction d'un médecin.

Notre association estime qu'il est juste que le texte de loi soit formulé de manière ouverte, permettant ainsi des programmes très variés. Si elle est mise en œuvre conformément au projet, la mesure 4 est associée à des obstacles administratifs et des coûts transactionnels moins élevés, ce qui favorise une meilleure efficacité.

Alors que l'art. 33, al. 3^{bis} stipule que le Conseil fédéral fixe les conditions préalables relatives aux programmes et que le Département de l'intérieur approuve les programmes, ce sont les assureurs et les fournisseurs de prestations qui doivent négocier les tarifs correspondants. Ici aussi, la Confédération considère les forfaits comme judicieux, mais ne les exige pas. Nous estimons que cette approche est pragmatique, car les programmes de soins aux patients présentent des structures très diverses et les fournisseurs de prestations concernés peuvent varier considérablement.

Toutefois, le projet reste vague sur la définition d'un programme structuré de soins aux patients. Il est donc important que la Confédération, dans le cadre de l'élaboration de l'ordonnance, soumette les idées conceptuelles de ces programmes et les coordonne avec les représentants du système de santé afin que les développements actuels et futurs dans le domaine des programmes structurés pour les patients restent possibles.

unimedsuisse **approuve les adaptations de l'art. 25 al. 2 let. h et i et de l'art. 33 al. 3^{bis}, contenues dans la mesure 4.** Lors de l'élaboration de l'ordonnance, il sera important de tenir compte de la dynamique dans le domaine des soins structurés aux patients et de ne pas entraver les futurs développements prometteurs par une réglementation trop stricte.

Mesures 5 et 6 : modèles tarifaires et exemption des obligations de divulgation correspondantes

unimedsuisse considère qu'il est important que des conditions-cadres fiables soient instaurées pour la rémunération lors de l'introduction de nouveaux médicaments, combinaisons de médicaments et dispositifs médicaux. La forte dynamique en matière de recherche et de développement dans ce domaine rend absolument indispensable une révision correspondante des bases juridiques. Dans ce contexte, notre association estime qu'il est juste que des modèles tarifaires adaptés soient possibles, qui tiennent compte de manière adéquate des incertitudes dans les domaines de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique.

La médecine universitaire tient à l'introduction rapide de nouvelles options thérapeutiques afin de garantir des soins de qualité en Suisse. unimedsuisse estime donc qu'il est juste que la Suisse puisse suivre

l'évolution internationale en matière de modèles de rémunération pour les médicaments et mettre en œuvre des modèles tarifaires appropriés.

L'appréciation de l'unimedsuisse sur la réglementation sur les restitutions en vertu de l'art. 18 al. 2^{septies} let. b et à l'art. 52b est ambivalente. D'une part, les procédures prévues permettraient d'effectuer des remboursements sans trop de bureaucratie. En même temps, cette forme de remboursement peut entrer en conflit avec l'art. 56, al. 3bis LAMal actuellement en vigueur ainsi qu'avec l'art. 76a LAMal concernant le transfert incomplet des prestations pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Les interdépendances entre le remboursement que la Confédération peut exiger et la transmission incomplète des prestations conformément à la LITH doivent être clarifiées.

Il convient également de noter que les restitutions doivent être rendues transparentes dans les statistiques ou correctement comptabilisées afin que les coûts des domaines de soins soient reflétés correctement.

D'un point de vue réglementaire, il est gênant que les prix et les restitutions ne soient pas divulgués. Toutefois, les exceptions à l'obligation de divulgation prévues par la loi sont nécessaires pour permettre aux patientes et patients suisses d'accéder à de nouveaux traitements et de négocier de bons prix pour ces derniers.

unimedsuisse est favorable à l'introduction de modèles tarifaires adaptés pour les médicaments et à la possibilité d'exempter les prix et les accords de restitution de l'obligation de divulgation. En ce qui concerne les restitutions, il convient toutefois de préciser comment les différents processus dans le domaine des restitutions et remboursements et de la transmission des prestations (selon la VITH) sont liés entre eux.

En addition, les restitutions doivent être affectées de manière statistiquement correcte aux domaines de soins et aux blocs de coûts afin de refléter correctement les coûts du système de santé.

Mesure 7 : contrôle différencié des critères EAE

unimedsuisse approuve l'ajout d'un al. 3 à l'art. 32, qui confère au Conseil fédéral la compétence de régler la mise en œuvre concrète du réexamen des critères EAE au niveau de l'ordonnance. Il est judicieux de prévoir des exigences différenciées pour cet examen.

Toutefois, en raison du caractère très général de la disposition de la LAMal, nous considérons qu'il est essentiel de savoir comment cette disposition est mise en œuvre dans le cadre de l'ordonnance. Nous ne comprenons donc pas la formulation dans le rapport explicatif selon laquelle le Conseil fédéral devrait, au niveau de l'ordonnance, poursuivre l'objectif de définir des critères pour une « rémunération aussi avantageuse que possible ». Une fourniture de prestation efficace n'est pas assimilable à une « rémunération aussi avantageuse que possible ». Cette dernière formulation implique que la pression sur les prix est également souhaitée indépendamment des coûts facturables et d'une rémunération appropriée. Les tarifs et les rémunérations doivent continuer à être calculés correctement et en fonction des coûts facturables.

En même temps, unimedsuisse souhaite attirer l'attention sur d'importants obstacles dans l'application des critères EAE dans le domaine des maladies rares. La vérification des critères EAE est souvent difficile dans le cas des maladies rares car on dispose de peu de littérature et les conditions d'étude sont compliquées en raison de la rareté. En outre, la comparaison croisée des traitements est souvent impossible car pour beaucoup de ces maladies, il n'existe pas de traitement. Les exigences relatives à l'évaluation initiale des critères EAE doivent donc être adaptées à la situation de départ spécifique de ces maladies.

Toutefois, si un tel traitement est approuvé pour la fourniture de prestation, il est impératif que sa mise en œuvre soit documentée.

unimedsuisse souhaite également souligner que la documentation de l'efficacité des traitements doit être effectuée dans des registres indépendants, c'est-à-dire pas dans des registres dont la souveraineté en matière de données appartient à l'entreprise productrice. C'est la seule façon de permettre des études indépendantes sur l'efficacité et l'adéquation ainsi que des comparaisons entre les traitements. Dans le cadre de l'approbation d'un traitement, la Confédération a la possibilité de prescrire une telle documentation et, à notre avis, doit également fixer les conditions-cadres pour que les registres indépendants qui assument cette tâche légale soient financés de manière adéquate.

unimedsuisse salue le fait que le Conseil fédéral soit habilité à édicter des directives différenciées pour l'examen des critères EAE conformément à l'art. 32 al. 3.

Les conditions-cadres plus difficiles pour les **traitements des maladies rares** doivent être prises en compte dans la mise en œuvre.

Les directives relatives à la documentation des traitements doivent être comprises comme faisant partie de l'approbation de la rémunération de la prestation. La Confédération doit assumer la responsabilité à cet égard, afin que les registres indépendants nécessaires à cette fin puissent remplir leur mission légale grâce à des conditions-cadres financières et à une intégration infrastructurelle appropriées.

La rémunération doit être appropriée et ne pas simplement suivre l'objectif d'une rémunération aussi avantageuse que possible.

Mesure 8 : fixation de tarifs de référence pour les traitements planifiés dans un établissement hors canton

Selon l'art. 41, al. 1^{bis}, 1^{er}, et 3^{bis} du projet, il est toujours prévu que les gouvernements cantonaux puissent fixer un tarif de référence pour les traitements dans un établissement hors canton. Sur la base de l'expérience acquise au cours des huit dernières années, nous sommes arrivés à la conclusion que le modèle avec les tarifs de référence ne fonctionne pas dans la pratique, ou qu'il entraîne une énorme quantité de travail et souvent d'importants retards dans les traitements prévus. Il est également incompréhensible pour la population que, malgré le principe du libre choix de l'hôpital, ce choix soit restreint ou s'accompagne de conséquences financières incompréhensibles.

Du point de vue des hôpitaux universitaires ayant une forte proportion de patients extra-cantonaux, les contrariétés suivantes peuvent être attribuées au système des tarifs de référence :

- Les cantons ajustent souvent leurs tarifs de référence de manière rétroactive : cela entraîne des annulations et des restitutions.
- Les tarifs de référence sont choisis par les cantons en fonction de la situation et souvent de manière arbitraire : les patients ne disposent d'aucune sécurité en matière de planification.
- L'évaluation de l'existence d'une indication médicale permettant un traitement dans un établissement hors canton est souvent arbitraire et est gérée différemment d'un Service du médecin cantonal à l'autre. Il n'est pas rare que le canton garantisse la prise en charge des coûts après de multiples demandes de réexamen : cela entraîne des retards désagréables dans le traitement et une charge administrative élevée.
- Les décisions des cantons reposent en grande partie sur le montant des taux de base. Et ce malgré le fait qu'il est notoire que les différents coûts standard des cas sont dus aux différentes structures

de patientèle et de prestations des établissements et ne peuvent être utilisés comme indicateur d'efficacité que dans une mesure limitée.

Le problème des tarifs de référence a un impact particulièrement important sur les hôpitaux universitaires. Ces derniers ont une importance suprarégionale en tant que prestataires de soins finaux et, conformément à cette fonction, présentent une proportion plus élevée de cas complexes ainsi que d'offres de prestations et de prestations de base fixes hautement spécifiques. Les cantons qui ne sont pas les cantons d'implantation des hôpitaux universitaires sont en mesure de se soustraire à cette situation grâce au système des prix de référence ou à leur souveraineté décisionnelle sur les indications médicales. Cela ne changera pas non plus avec la réforme des prix de référence. Le système des prix de référence n'est donc pas seulement superflu, mais aussi préjudiciable. Il a pour conséquence que les cantons ne tiennent pas compte de la liberté de choix des patients et réduisent leurs propres dépenses au détriment d'autres cantons, ou qu'ils adressent de force des patients à des hôpitaux publics (souvent cantonaux). La concurrence entre les hôpitaux est ainsi fortement faussée par les cantons.

Le caractère économique de la fourniture de prestations a déjà été examinée à plusieurs reprises pour les prestations stationnaires. D'une part, dans le cadre des audits de performance lors de la désignation des fournisseurs de prestations sur la liste des hôpitaux. D'autre part, avec le calcul des tarifs des prestations stationnaires, qui comprend une évaluation comparative entre des fournisseurs de prestations comparables. Les hôpitaux universitaires sont prêts à divulguer leurs coûts afin qu'une évaluation comparative appropriée entre les hôpitaux universitaires en tant que fournisseurs de prestations comparables puisse être effectuée (voir la prise de position de notre association sur le projet LAMal concernant le calcul des tarifs de septembre 2020).

Si le calcul et l'approbation des tarifs (ou la fixation des tarifs) sont effectués correctement, il en résultera des tarifs appropriés, qui devraient être valables dans tous les cantons. Les cantons n'ont pas besoin d'un levier supplémentaire pour contrôler les prix et les affectations.

unimedsuisse demande l'abandon du système des prix de référence. Ce dernier ne permet pas de réduire les coûts, mais entraîne une redistribution opaque des coûts au détriment des cantons universitaires, qui supportent de toute façon des charges plus élevées.

Si le **système des prix de référence est néanmoins maintenu, il est impératif de fixer un prix de référence national pour les hôpitaux universitaires** qui corresponde à la structure des coûts des hôpitaux universitaires et à leur fonction spécifique de prestataires de soins finaux. En même temps, il convient d'établir des procédures pour une évaluation cantonale juste et équitable de l'indication médicale.

Mesure 9 : transmission électronique des factures

Sur le principe, les hôpitaux universitaires sont favorables à la transmission électronique des factures : il s'agit déjà une pratique courante aujourd'hui et, en règle générale, les hôpitaux universitaires travaillent dans le système du *tiers payant*.

Comme remarque générale, nous voudrions souligner que les procédures du système du *tiers garant* peuvent résulter dans des charges lourdes sur le plan administratif : les factures doivent être envoyées aux personnes assurées et si ces dernières transmettent les informations aux assureurs au format papier, les assureurs doivent demander aux fournisseurs de prestations la facturation électronique. Ce processus comporte un risque d'erreur et peut donc entraîner un travail administratif considérable pour les fournisseurs de prestations. Il convient donc de mettre en œuvre dans l'ordonnance la solution la plus simple possible pour la facturation dans le système du *tiers garant*.

Mesure 10 : assurance-invalidité par analogie à la LAMal

L'alignement de la réglementation relative à l'assurance-invalidité sur celle relative à l'assurance-maladie doit certainement être salué sur le plan du système juridique. Cependant, il comporte des risques sur lesquels nous voudrions attirer l'attention ici.

Notamment pour le groupe cible des bénéficiaires de prestations AI, l'adaptation à la LAMal crée des risques particuliers liés aux faiblesses de l'évaluation des critères EAE dans le cadre de la LAMal. Comme susmentionné, ces faiblesses touchent principalement les médicaments pour les maladies rares, pour lesquels il est difficile d'évaluer ou de prouver les critères EAE. Etant donné que de nombreux enfants et adolescents atteints de maladies rares sont couverts par l'AI, les conséquences pour les personnes concernées peuvent être graves. La révision supprime la possibilité pour l'AI de simplifier davantage l'accès aux traitements pour ce groupe de patients vulnérables.

Il est donc absolument indispensable d'éliminer les faiblesses de la LAMal en ce qui concerne l'application des critères EAE dans le cadre de l'ordonnance. Ce n'est qu'alors qu'un alignement de l'indemnisation au titre de la LAI sur celle au titre de la LAMal sera approprié. Nous demandons que l'introduction des procédures EAE de la LAMal dans l'AI soit reportée en conséquence jusqu'à ce que les processus correspondants pour les maladies rares soient établis.

unimedsuisse demande que l'introduction de l'examen des critères EAE en vertu de la LAMal pour l'assurance invalidité soit reportée jusqu'à ce que des critères appropriés spécifiques aux maladies rares aient été établis et que les bénéficiaires de l'AI concernés n'aient donc pas à craindre de désavantages.

Renonciation à l'introduction d'un droit de recours pour les assureurs-maladie

unimedsuisse soutient la décision du Conseil fédéral de renoncer à l'introduction d'un droit de recours pour les assureurs-maladie concernant l'inscription de médicaments sur la liste des spécialités. Dans le cas contraire, l'accès aux médicaments pour les patientes et patients risquerait d'être systématiquement bloqué par des procédures judiciaires. Un tel blocage entraînerait une nouvelle augmentation de la charge de travail administratif relative aux garanties de prise en charge, tant pour les fournisseurs de prestations que pour les médecins de confiance et les assureurs-maladie, et remettrait encore plus en cause l'égalité d'accès des patients aux prestations médicales.

unimedsuisse salue la décision du Conseil fédéral de ne pas introduire un droit de recours pour les assureurs-maladie en ce qui concerne la liste des spécialités.

Nous vous remercions de prendre en compte les points soulevés ici pour la modification ultérieure du projet. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Meilleures salutations,



Bertrand Levrat
Président de Médecine Universitaire Suisse