

## 1<sup>er</sup> volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts

# Le Conseil fédéral délègue le rationnement aux médecins

**Bruno Henggi**

Responsable Affaires publiques de la FMH

Le corps médical soutient trois des quatre mesures concernant le tarif à condition toutefois que l'autonomie tarifaire et organisationnelle puisse être maintenue au cours de la procédure parlementaire. Par contre, la FMH rejette catégoriquement la mesure visant à déléguer aux médecins les décisions concernant les limitations de prestations et fera donc tout pour la combattre.

Initialement, le Département de l'intérieur (DFI) avait prévu de diviser l'ensemble des 38 mesures du rapport du groupe d'experts (Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans le domaine de la santé, rapport Verena Diener, 2017) en cinq volets et de les transmettre au Parlement pour son travail législatif. Ces plans ont été contrariés par le Conseil fédéral et il ne reste plus que deux volets de mesures. Le deuxième sera mis en consultation au début de l'année prochaine. Il est très probable que le budget global, appelé désormais officiellement «plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS», y figure en bonne place.

Le 1<sup>er</sup> volet de mesures a été validé le 21 août 2019 par le Conseil fédéral et le message a été transmis au Parlement. Sur les neuf mesures qu'il contient, quatre se réfèrent au tarif à proprement parler. Les autres concernent notamment l'article permettant des projets pilotes, le système de prix de référence pour les médicaments, la copie de la facture pour les assurés, le droit de recours pour les assureurs concernant les décisions cantonales relatives à la planification et à la liste des hôpitaux. L'inscription dans la loi du montant maximal (20 000 francs) des amendes pouvant être prononcées contre les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences contractuelles relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations (art. 56 et 58 LAMal) ou les dispositions relatives à la facturation (art. 42 LAMal) est désormais devenue une mesure à part entière du 1<sup>er</sup> volet.

### Mesures concernant le tarif

La FMH a signalé son soutien à la création d'une *organisation tarifaire nationale (M34)* pour les traitements

ambulatoires, si l'autonomie structurelle et organisationnelle des partenaires tarifaires est garantie. La FMH va donc tout faire pour corriger le projet du Conseil fédéral dans ce sens. Rappelons que dans le secteur hospitalier, le Conseil fédéral n'impose, à juste titre, aucun principe concernant la forme et le fonctionnement de l'organisation commune (SwissDRG), et certainement pas son financement. De la même manière, il est indispensable de renoncer à une compétence fédérale pour l'organisation commune des partenaires tarifaires qui, d'ailleurs, est désormais chargée des traitements ambulatoires *exécutés par les médecins* et non plus des traitements ambulatoires en général. Des corrections sont également nécessaires dans le domaine de la mesure *Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire (M15)*. La FMH partage l'avis du Conseil fédéral mais rappelle que vouloir étendre l'application de ces forfaits est un objectif qui serait plus susceptible d'être atteint si les structures tarifaires étaient fixées après consensus et non contre la volonté des partenaires tarifaires. Il appartient à l'organisation tarifaire nationale, dont on doit encore établir l'autonomie tarifaire et organisationnelle, de décider des domaines de traitement ambulatoire dans lesquels les structures tarifaires uniformes s'appliquent aux forfaits par patient. Il faut renoncer à ce que le Conseil fédéral se substitue à cette organisation. Bien plus, les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent avoir la possibilité, lorsque l'organisation (selon l'art. 47a) n'a pas déterminé de structures tarifaires, de se mettre d'accord entre eux sur des forfaits par patient sur la base des structures tarifaires qu'ils ont choisies. Une telle disposition est en mesure de contribuer à la diffusion et à la promotion des tarifs forfaitaires par patient.

## L'autonomie tarifaire et organisationnelle doit être garantie

Dans la version du Conseil fédéral, la mesure *Maintenir la structure tarifaire à jour (M25)* enterre, elle aussi, l'autonomie tarifaire. Cette mesure ne peut être soutenue que si les livraisons de données exigées à l'art. 47b, al. 1 LAMal sont remises à l'organisation tarifaire nationale et non au Conseil fédéral et aux cantons. Le Conseil fédéral continuera de recevoir les données mais seulement une fois que l'organisation aura procédé aux adaptations tarifaires. Sinon, la subsidiarité, qui prévoit l'intervention du Conseil fédéral en cas d'échec des négociations tarifaires, serait abandonnée au profit d'un tarif étatique.

Par contre, la FMH rejette fondamentalement les *mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts*, matérialisées par l'art. 47c LAMal du projet de réforme du Conseil fédéral. Ces mesures ne faisaient pas partie du rapport Diener, elles ont été reprises dans le 1<sup>er</sup> volet de mesures par le DFI qui évoque un contenu similaire à celui de l'initiative parlementaire 17.402 *Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires*. Lors des débats au Conseil national, il a été mentionné que cette initiative 17.402 correspondait pour l'essentiel à la mesure 1 du rapport d'experts, qui prévoit d'instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts [1]. Après une discussion de fond, le Conseil national a rejeté l'initiative le 28 mai 2018 par 97 voix contre 91. Le DFI revient à la charge avec l'art. 47c LAMal. Il veut, d'une part, obliger les fournisseurs de prestations et les assureurs à prévoir des mesures pour le pilotage des coûts et à les inscrire dans leurs conventions et, d'autre part, attribuer au Conseil fédéral la compétence subsidiaire de remplir cette tâche.

## Une tarification insuffisante est contraire au principe d'assurance

Les commentaires du message à propos des *mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts* ne sont pas toujours cohérents. Sur le fond, le message établit un lien avec la mesure 1 du rapport d'experts (plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS). Il précise notamment à la page 20 et suivantes que «les mesures de gestion des coûts convenues par les partenaires tarifaires dans des conventions valables sur le plan suisse viseraient alors à ne pas dépasser cette valeur-cible/plafond contraignant». Plus loin (page 45), le message dément tout à coup ce lien: «Cette mesure (remarque: le pilotage des coûts

par les partenaires tarifaires) ne vise nullement à instaurer le principe d'un budget global car, d'une part, il n'est pas prévu de prescrire un budget et, d'autre part, les partenaires tarifaires seront dans une large mesure libres d'organiser le mécanisme de gestion comme ils l'entendent.» Pourtant, à la page 63, le message renseigne très clairement sur les modalités de ce pilotage et précise que les conventions devront prévoir la gestion d'un domaine par le biais de la rémunération avec, par exemple, *des réductions tarifaires, des tarifs dégressifs ou des remboursements*. Le droit des assurances sociales estime qu'une tarification insuffisante équivaut à la limitation d'une prestation promise et donc à une violation du principe d'assurance. L'arrêt du Tribunal fédéral ATF 130 V 163 sur la prise en charge d'appareils auditifs par l'assurance a retenu que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait présumé à tort que le droit tarifaire primait sur le droit à la prestation, alors que ceci n'est inscrit dans aucune loi en vigueur [2]. Par ailleurs, la thèse du Conseil fédéral n'a pas obtenu le soutien de l'étude sur les budgets globaux cantonaux, commandée au consultant économique B,S,S. Les instruments tels que le budget global, les limitations directes de prestations ou les rémunérations dégressives produisent des effets comparables. Pour évaluer ceux des budgets globaux, les consultants ont mis en perspective les cantons qui les appliquent et ceux qui ne les appliquent pas: «Hormis les budgets globaux conformément à l'art. 51 LAMal, les cantons ont d'autres instruments à disposition pour réguler les volumes de prestations avec des effets similaires (limitations directes de prestations, rémunérations dégressives). Pour l'analyse de l'impact, ces cantons sont à classer dans le même groupe que les cantons avec des budgets globaux» [3].

Ce qui est médicalement nécessaire risque d'être sacrifié au nom de ce qui est économiquement possible. La question éminemment politique de limiter les prestations de santé par une tarification insuffisante devrait, selon la volonté du DFI, être déléguée aux partenaires tarifaires. Or, le corps médical n'est certainement pas disposé à le faire, bien au contraire, il combattra cette mesure tarifaire à l'effet toxique pour notre système de santé et pour la qualité de la prise en charge médicale.

### Références

- 1 <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=43217>
- 2 [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F130-V-163%3Ait&lang=it&type=show\\_document](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F130-V-163%3Ait&lang=it&type=show_document)
- 3 Page xii B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung. Budgets globaux dans les cantons dans le domaine des soins stationnaires aigus: application et effets dans le cadre du nouveau financement hospitalier, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Mai 2019.