

Dossier

*Formation des tarifs
dans le système de santé suisse*

Prévoyance

A combien s'élèvera ma future rente ?

Politique sociale

La révision de l'assurance-chômage

Chronique février/mars 2001: L'essentiel en bref	53-54
Panorama	54-55
Dossier	
Formation des tarifs dans le système de santé suisse	56-60
Le nouveau tarif médical TARMED	61-62
Les différents types de forfaits appliqués dans les hôpitaux de soins aigus	63-66
L'Allemagne adopte à son tour les forfaits par cas pour les prestations hospitalières	67-68
Formation des prix des médicaments	69-72
Prises de position des principaux partenaires	
– H ⁺ Les Hôpitaux de Suisse	73-74
– Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales	74-75
– Concordat des assureurs-maladie suisses	75-76
– Surveillance des prix	76-77
– Organisation suisse des patients et des assurés	78
Prévoyance	
4 ^e révision de l'AI: consolidation financière et modernisation au bénéfice des personnes handicapées	79-82
Les résultats des comptes 2000 de l'AVS, de l'AI et du régime des APG	83-85
La retraite des femmes dans le 2 ^e et le 3 ^e piliers – adaptation au 1 ^{er} pilier	86-87
A combien s'élèvera ma future rente ?	88-91
Santé publique	
L'information des assurés dans l'assurance-maladie	91-94
«Amélioration de la sécurité des patients: comment gérer les erreurs médicales?»	95-97
Politique sociale	
Traitement de données personnelles dans les assurances sociales: nouvelles dispositions légales	98-99
Parlement	
Interventions parlementaires	100-104
Législation: les projets du Conseil fédéral	101
Rubriques	
Calendrier (réunions, congrès, cours)	105
Statistique des assurances sociales	106-107
Bibliographie	108

SÉCURITÉ SOCIALE (CHSS)

Editeur

Office fédéral des assurances sociales

Rédaction

René Meier (me), tél. 031 / 322 91 43

E-mail: rene.meier@bsv.admin.ch

Les opinions émises par des auteurs extérieurs à l'OFAS ne reflètent pas forcément celles de la rédaction ou de l'OFAS

Commission de rédaction

Wally Achtermann, Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler, Mirjam Werlen

Abonnements et renseignements

Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Effingerstrasse 20, Berne
Téléphone 031 / 322 90 11
Téléfax 031 / 322 78 41
www.ofas.admin.ch

Traduction

en collaboration avec le service linguistique de l'OFAS

Reproduction d'articles

seulement avec l'autorisation de la rédaction

Tirage

version allemande 6400 ex.
version française 2600 ex.

Prix de l'abonnement

pour 1 année (6 numéros):
Suisse fr. 53.– + 2,3 % TVA, étranger fr. 58.–
Prix à l'exemplaire fr. 9.–

Distribution

OFCL/EDMZ, 3003 Berne,
www.admin.ch/edms

Impression

Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG
ISSN 1420-2689

M A T I È R E S
D E S
T A B L E A U X

La LAMal accorde une grande marge de manœuvre en ce qui concerne les prix et le contrôle des coûts. La négociation de conventions tarifaires doit permettre aux assureurs-maladie d'acheter des prestations avantageuses adaptées aux besoins, et aux fournisseurs d'obtenir un juste prix pour leurs prestations tenant compte du rapport qualité-prix et de la situation dans le domaine de l'offre.

Or cette répartition des rôles conforme à l'économie de marché et les comportements que cela implique sont restés jusqu'à ce jour largement théoriques. Sur un marché de l'assurance-maladie fortement régulé et dominé par des fournisseurs publics, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations ont principalement visé un objectif: obtenir des avantages aux plans politique et publicitaire. Dès lors, il ne faut pas s'étonner si, dans les cinq premières années qui ont suivi l'introduction de la LAMal, le public a eu de plus en plus l'impression que les divers acteurs ne prenaient pas leurs responsabilités et surtout qu'ils se renvoyaient la balle. La Confédération, qui ne prend aucune part active dans le jeu de l'offre et de la demande relatif à la fourniture des soins, s'est limitée à se porter garante du système lors des négociations tarifaires: elle attire constamment l'attention sur la marge de manœuvre importante offerte par la LAMal et les responsabilités de chacun.

Mais il semble que ce soit justement les responsabilités qui posent problème. Ainsi certains acteurs souhaitent que la Confédération réduise leur marge de manœuvre de telle sorte qu'ils ne doivent plus assumer aucune responsabilité – pas même pour leurs propres actions. Comment expliquer autrement que, dans le cadre des négociations tarifaires, comme dernièrement à l'occasion des négociations sur le TARMED, on demande régulièrement la création à l'échelon fédéral de «conditions cadre ayant un impact politique». Voilà qui explique aussi pourquoi on préfère les prescriptions officielles en matière de réduction des coûts ou de transparence – les deux objectifs déclarés du législateur – à la réglementation contractuelle. L'incapacité de communiquer et de négocier des partenaires tarifaires de l'assurance-maladie qui ressort de manière éclatante et la mauvaise volonté évidente lorsqu'il s'agit de prendre des responsabilités ou d'utiliser les instruments du marché contenus dans la LAMal, sont autant de causes majeures à l'insatisfaction largement répandue concernant notre système de santé.

Dans ce contexte, nous avons invité les représentants des partenaires les plus importants de l'assurance-maladie à discuter de la formation de leurs tarifs. On a pu constater à cette occasion que, dans ce domaine-là, certains secteurs forment un tableau plutôt bigarré. —

Fritz Britt, sous-directeur de l'OFAS

Produits des réserves d'or : un tiers pour l'AVS

Au cours de sa séance des 1^{er} et 2 février, la Commission de l'économie et des redevances (CER) du Conseil des Etats a délibéré de l'utilisation des réserves d'or dont la Banque nationale n'a plus besoin (cf. CHSS 6/2000 p. 298). Les réserves d'or excédentaires de la BNS doivent être versées dans un fonds autonome pour y faire l'objet d'une gestion pendant une période de 30 ans. Le produit est destiné à parts égales à l'AVS, aux cantons et à une fondation encore à créer (dans l'optique de la Fondation de solidarité proposée par le Conseil fédéral). La CER entend soumettre cette solution à la votation populaire, à titre de contre-proposition à l'initiative sur l'or de l'UDC.

Convention avec la Macédoine

Le Conseil fédéral a soumis aux Chambres fédérales, en date du 14 février, une convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Macédoine.

Actuellement, les relations avec la Macédoine en matière de sécurité sociale sont encore réglées par la convention avec l'ancienne Yougoslavie, conclue en 1962. La conclusion d'une nouvelle convention est nécessaire, car l'une des Parties contractantes a changé du fait de l'éclatement de l'ancienne Yougoslavie et de la naissance de nouveaux Etats indépendants.

La convention correspond à celles en vigueur avec la Slovénie et la Croatie. Elle porte sur l'AVS et l'AI, l'assurance-accidents ainsi que sur les allocations familiales dans l'agriculture. Elle contient également des dispositions concernant l'assurance-maladie. La convention a été signée le 9 décembre 1999 et entrera en vigueur au terme des procédures nationales d'approbation.

11^e révision de l'AVS

Dans sa séance du 22 février, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) s'est à nouveau penchée sur la question de l'utilisation de l'or de la Banque nationale. Elle propose d'affecter à l'AVS les réserves d'or que la constitution et les lois ne desti-

nent pas à un autre but. Ainsi la voie reste libre pour une solution telle qu'elle a été envisagée par la CER du Conseil des Etats (voir ci-dessus). La commission entend terminer la deuxième lecture de la 11^e révision de l'AVS lors de sa séance des 5 et 6 avril, de sorte que l'affaire puisse être traitée par le plénum en session spéciale du 7 au 9 mai (s'agissant des décisions préalables prises jusqu'à ce jour, voir CHSS 1/2001 p. 2).

Révision de l'AC

Le Conseil fédéral a adopté le 28 février un projet de révision de l'assurance-chômage à l'intention du Parlement. Cette révision doit permettre de garantir le financement de l'assurance à moyen terme, dans l'hypothèse d'un chômage moyen se situant au-dessous de 100 000 personnes. Elle prévoit certaines limitations de prestations ainsi que des conditions plus sévères pour l'octroi de prestations. Pour en savoir plus, voir page 96.

Révision de l'AI

Le 28 février, le Conseil fédéral a également approuvé la révision de l'assurance-invalidité. Cette révision vise principalement à consolider les finances de l'assurance, à introduire une indemnité d'assistance, à renforcer la surveillance et à simplifier les structures. D'autres informations sont données en page 79.

Non à l'initiative populaire «pour des médicaments à moindre prix»

Lors de la votation populaire du 4 mars, l'initiative populaire «pour des médicaments à moindre prix» a été rejetée par la majorité des votants. Le but légitime d'une réduction des coûts des médicaments doit être poursuivi par d'autres moyens, donnés par la législation actuelle. La stratégie du Conseil fédéral vise également à maîtriser les coûts, mais entend garantir la sécurité des médicaments et la qualité élevée des traitements pour l'ensemble de la population.

Le Conseil fédéral rappelle dans un communiqué publié après la votation que des mesures ont déjà été prises pour abaisser les prix des

médicaments vieux de 15 ans ou plus, et qu'elles ont permis de réaliser quelque 150 millions de francs d'économies sur les coûts. Il rappelle aussi que les prix des médicaments plus anciens continuent à être régulièrement réexaminés et, le cas échéant, réduits. Lorsqu'un nouveau médicament est admis sur la liste des médicaments pris en charge, son prix est examiné et comparé aussi bien avec celui qui est pratiqué à l'étranger qu'avec celui d'un médicament équivalent sur le plan thérapeutique. La réglementation qui autorise les pharmacies à remettre un générique plus avantageux à la place d'une préparation originale, à moins que celle-ci ne soit expressément prescrite, est déjà en vigueur. En outre, le nouveau modèle de rémunération pour les médicaments devra entrer en vigueur cet été. Ce modèle diminue l'incitation à remettre des médicaments particulièrement coûteux et encourage l'activité de conseil par les pharmaciens (cf. p. 69 ss).

Age de la retraite des femmes dans le 2^e pilier

Les Chambres fédérales ont examiné et accepté, lors de la session de printemps qui s'est déroulée au Tessin, le projet urgent de loi fédérale sur la continuation de l'assurance des travailleuses dans la prévoyance professionnelle. Le Conseil des Etats s'est occupé de cette question dans sa séance d'ouverture du 5 mars alors que le Conseil national s'en est saisi le 20 mars. Le projet a été accepté par les deux Chambres (cf. un commentaire détaillé en page 86).

Initiative sur l'énergie

Suivant la proposition de la commission chargée de l'examen préalable de la question (CHSS 1/2001 p. 2), le Conseil national a décidé par 120 voix contre 65, en date du 6 mars, de recommander au peuple et aux cantons le rejet de l'initiative populaire «pour garantir l'AVS – taxer l'énergie et non le travail!». Le conseiller fédéral Kaspar Villiger avait préalablement expliqué que le Conseil fédéral voulait cependant maintenir l'objectif stratégique d'une réforme fiscale écologique, mais selon un calendrier quelque peu retardé.

Décisions importantes en faveur des familles

S'agissant de la politique familiale, 2001 semble se placer sous le signe de l'ouverture. Ainsi :

- Le 9 mars, le Conseil fédéral chargeait le Département de justice et police de préparer un projet destiné à la consultation comportant deux modèles pour une indemnité de perte de salaire en cas de maternité. Selon le premier modèle, la travailleuse obtient le salaire intégral pendant 8 semaines au moins. Cette période se prolonge dès la troisième année de service à 9 semaines, dès la quatrième année à 10, dès la 5^e à 12, dès la 7^e à 13 et dès la 8^e année de service à 14 semaines. D'après le second modèle, la travailleuse touche le salaire intégral pendant 12 semaines d'une manière générale.

- Le message sur le train de mesures fiscales 2001, que le Conseil fédéral a adopté le 28 février, contient notamment une réforme de l'imposition du couple et de la famille. En particulier, celle-ci doit mieux prendre en compte les charges familiales. De ce fait, les recettes fiscales de la Confédération diminueront de 1,3 milliard de francs environ. «Sécurité sociale» traitera de manière plus approfondie la réforme de la compensation des charges familiales dans son dossier 4/2001.

- Lors de sa session de printemps, le Conseil national a donné de nouvelles orientations en matière de politique familiale. Le 21 mars, il a adopté à une nette majorité une initiative parlementaire en faveur d'une aide financière à la création de places d'accueil pour enfants ainsi que deux initiatives visant l'introduction de prestations complémentaires pour les familles à bas revenus, selon le modèle tessinois.

L'aide financière prévue de 100 millions de francs par an permet de financer à raison d'un tiers 12 000 places d'accueil en crèche. Cette décision est une première étape en vue d'une meilleure compatibilité entre tâches familiales et activité professionnelle. Selon l'étude «Modèles de compensation des charges familiales» de la Commission fédérale de coordination pour les questions familiales, l'introduction de prestations complémentaires pour familles

à bas revenus contribue de manière substantielle à la réduction de la pauvreté des familles. Grâce à cette mesure, la proportion de familles pauvres pourra être réduite de moitié, passant de 6 % actuellement à 3 %. Le «modèle tessinois» est un système efficace et ciblé qui mérite d'être introduit à l'échelle nationale. Par sa décision, le Conseil national a créé les conditions nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

- Le 1^{er} juillet prochain, une assurance-maternité cantonale doit entrer en vigueur dans le canton de Genève. Cette assurance garantira aux femmes 80 % du salaire assuré pendant 16 semaines à compter de l'accouchement. Cette réglementation a été mise sur pied à la suite du rejet d'une solution à l'échelle nationale lors de la votation populaire du 13 juin 1999.

AVS 2000 : 1 milliard d'excédents

Le 16 mars, le secrétariat du Fonds de compensation de l'AVS a publié les comptes 2000 de l'AVS, de l'AI et des APG. L'AVS clôt son exercice bien mieux que prévu, avec un excédent de 1070 millions de francs. Les résultats des trois assurances sociales sont présentés en détail et brièvement commentés en page 83.

Analyse des effets de la LAMal : résultats intermédiaires

Le 27 mars, l'Office fédéral des assurances sociales a présenté aux médias diverses nouvelles études réalisées dans le cadre de l'analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie. A titre de bilan intermédiaire, il a été constaté que sur les trois objectifs principaux de la LAMal – solidarité (1), traitement optimal (2) et maîtrise des coûts (3) –, ce sont surtout le premier et le troisième qui n'ont pas encore été atteints. La marge de manœuvre à disposition pour créer davantage de concurrence serait trop peu utilisée. Cette remarque s'applique notamment au domaine des tarifs qui fait l'objet du dossier du présent numéro. Un autre article en page 91 résume, pour l'information des assurés, les résultats de l'analyse des effets de la loi. ■

Baromètre suisse des préoccupations 2000

59 % des Suisses sont préoccupés par le domaine de la santé ou l'assurance-maladie. C'est ce qui ressort du dernier sondage effectué, sur mandat du Crédit Suisse, par l'Institut de recherches de la Société suisse de recherches sociales pratiques en automne 2000, auprès de 1000 personnes habilitées à voter sur l'ensemble du territoire national. Les cinq préoccupations les plus importantes sont certes demeurées les mêmes que l'année précédente, mais leur degré d'importance a fortement changé :

	2000			1999		
	D	F	CH	D	F	CH
Santé	1	1	1	3	3	3
Europe	2	4	3	5	4	5
AVS	3	2	2	4	2	4
Réfugiés	4	5	4	1	5	2
Chômage	5	3	5	2	1	1

D = Suisse alémanique,
F = Suisse romande

Le problème du chômage a reculé de la 1^{re} à la 5^e place grâce à la vigueur de la reprise économique. Le domaine de la santé et l'AVS ont avancé chacun de deux rangs. L'importance accrue des questions sanitaires s'est dessinée depuis la moitié des années 90 déjà. Alors qu'en 1995, 32 % seulement des personnes interrogées étaient inquiètes à ce sujet, cette proportion passait à 46 % (1998), 52 % (1997), 46 % (1998), 48 % (1999) pour atteindre en 2000 le plus haut niveau enregistré jusqu'ici, soit 59 %. Ce haut degré de dépit est constatable dans toutes les régions du pays, mais spécialement dans celles où les primes des caisses-maladie sont les plus élevées, et moins fortement en Suisse centrale et orientale. L'inquiétude exceptionnelle constatée dans les cantons de Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Zoug et Argovie ne correspond pas à ce schéma. On peut se demander si cette forte aggravation des préoccupations reflète les véritables problèmes ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une illustration des débats publics qui ont lieu dans les médias. Petra Leuenberger, dr ès sciences sociales, qui a participé à l'étude, a déclaré dans le Bulletin du Crédit Suisse,

qu'il n'y avait pas à opérer de distinction entre ces deux causes. A son avis, il ne s'agit pas d'une hausse momentanée, mais d'une tendance à long terme, l'évolution imprévisible des primes et de l'approvisionnement en soins étant les principales sources de la déstabilisation.

Hormis celle du domaine de la santé, une deuxième tendance se dessine: des craintes au sujet de l'AVS. Depuis 1994, ce problème a pris de l'ampleur. L'exploitation renforcée de ce problème dans le cadre des deux initiatives sur l'assouplissement de l'âge de la retraite ne devrait pas être étrangère non plus au fait que l'AVS ait avancé à la deuxième place des citations (avec 49%) dans la dernière enquête.

6000 pages de «Sécurité sociale»

La présente «Sécurité sociale» (en abrégé CHSS) est le 50^e numéro depuis sa première parution au début de 1993. Environ 6000 pages ont été publiées pendant ce laps de temps (3000 pages dans chacune des versions allemande et française). Ce serait pour nous l'occasion de fêter un premier petit jubilé, ce d'autant plus qu'elle n'a pas fait que survivre mais s'est bien développée comme en témoignent les chiffres suivants:

	Abonne-ments d	Abonne-ments f	Total
6. 1993	2500	1450	3950
12. 1993	3134	1836	4970
12. 1994	3514	2018	5532
12. 1995	3784	2157	5941
12. 1996	4210	2293	6503
12. 1997	5056	2057	7113
12. 1998	5164	2124	7288
12. 1999	5256	2150	7406
12. 2000	5448	2161	7609

La dernière enquête menée auprès du lectorat a montré que le nombre des lecteurs dépasse d'un multiple celui des abonnés. Nous estimons que les premiers sont à peu près 25 000.

Alors que l'édition allemande continue à croître, il semble qu'il n'y ait plus beaucoup de potentialités d'expansion pour la version française. En tout cas le nombre d'exemplaires parus dans cette langue n'a

plus beaucoup augmenté depuis 1997. En comparaison du tirage enregistré au milieu de l'année de lancement, le nombre des abonnements a augmenté de 118% pour l'édition allemande et de 49% seulement pour la version française. Cette différence de croissance est peut-être imputable au fait qu'en Suisse romande, la CHSS est en concurrence directe avec la publication «Aspects de la sécurité sociale», éditée par la Fédération des employés d'assurances sociales de Suisse romande.

A l'occasion d'une journée d'experts récemment organisée sur le thème de la qualité du journalisme, il a été dit, à titre de définition possible, que la qualité était atteinte lorsque les besoins du public visé sont satisfaits au mieux. Malgré ses faibles ressources, «Sécurité sociale» s'efforce de poursuivre cet objectif. A l'heure actuelle, un rajeunissement du «look» est en préparation et devra être introduit au cours de cette année encore. De plus, nous tentons sans cesse de réaliser, petit à petit, les suggestions émises dans le questionnaire adressé au lectorat.

Sites Internet utiles

- Depuis peu, Pro Senectute offre sur son site un formulaire permettant de calculer le plus simplement possible un droit éventuel à l'AVS ou à l'AI: www.pro-senectute.ch/pcf.
- Sous www.seniorennetz.ch, l'association «Heimverband Schweiz» exploite, selon ses propres dires, la «plus grande plate-forme Internet de Suisse pour les maisons de retraite et les EMS». Ce site est doté d'un moteur de recherche pour les thèmes portant sur l'encadrement des personnes âgées; il permet aussi à la personne intéressée de trouver un home répondant à ses besoins (*en allemand uniquement*).
- Le site de l'Association suisse pour les droits de la femme se trouve sous www.feminism.ch. La page d'accueil mène à des informations spécifiques à la femme, comme par exemple des avis sur l'AVS, l'assurance-maternité et la prévoyance professionnelle (nombreux liens).
- Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes a ouvert son site sous www.equality-office.ch.

- L'Exposition suisse de moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (Exma), exposition permanente qui se trouve à Oensingen SO, permet aux intéressés de se faire une idée de son offre à l'adresse www.fscma.ch. Comme nouveauté, elle présente une salle de bain modulable.

- L'organisation faîtière d'entraide Suisse Handicap ASKIO a changé de nom. Elle s'appelle dorénavant AGILE Entraide Suisse Handicap et son adresse est par conséquent: www.agile.ch.

- www.svazurich: à cette adresse est désormais présent sur Internet l'Office des assurances sociales du canton de Zurich (SVA). Le SVA comprend la caisse de compensation AVS, l'office AI et le service chargé de la réduction de primes de l'assurance-maladie.

- Afin d'économiser sur les coûts de la santé, il est souvent recommandé d'utiliser les médicaments génériques qui sont meilleur marché que les préparations originales correspondantes. Sous l'adresse www.krankenversicherer.ch/generika/start.html se trouve une banque de données établie par la Fédération de réassurance en cas de maladie et d'accident où l'on peut voir pour quels médicaments remboursés par les caisses-maladie il existe des génériques (*en allemand uniquement*). ■

Formation des tarifs dans le système de santé suisse

En matière tarifaire, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie contient nombre de dispositions qui, lors de la formation des tarifs, fixent un cadre aux partenaires afin de créer les conditions pour avoir des soins appropriés, de qualité et les plus avantageux possible. Dans le sens d'une introduction générale sur le sujet, le premier article de ce dossier présente les réglementations et les suivants, les tarifs hospitaliers, les tarifs à la prestation (TARMED) ainsi que la formation des prix des médicaments.

Sandra SCHNEIDER, lic. iur., avocate, cheffe de la section Tarifs et fournisseurs de prestations, division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

Point de la situation

La loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996. Dès cette date, une stricte séparation a été opérée entre l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) qui est toujours une assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires qui sont soumises au droit des assurances privées. Autrement dit, le législateur s'est écarté du système en vigueur jusqu'alors, qui consistait en une assurance-maladie sociale autorisant le subventionnement des caisses-maladie lorsque celles-ci prévoyaient dans leurs statuts certaines prestations minimales sur lesquelles pouvaient venir se greffer des assurances complémentaires. La LAMal représente un système d'assurance autonome et c'est dans cette optique que doivent également être considérées ses règles relatives à la tarification. On peut lire dans un article paru sous le régime de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie¹ que l'autonomie tarifaire représente la caractéristique essentielle de la formation des tarifs dans toutes les branches des assurances sociales, dans le cadre desquelles sont conclues des conventions avec les fournisseurs de prestations. Cette dernière assertion est valable pour l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire.

Quelle est la fonction des tarifs dans la LAMal ?

La nécessité de négocier des tarifs résulte aussi du fait que l'article 24

LAMal prévoit le remboursement des coûts des prestations dans l'assurance-maladie. Les fournisseurs de prestations sont indemnisés pour leurs prestations par les assurés, qui, à leur tour, se font rembourser les frais y afférents par leur assureur (système du tiers garant).² Une indemnisation directe du fournisseur de prestations par l'assureur est également possible (système du tiers payant).³ Dans tous les cas, le remboursement est fondé sur le tarif convenu par convention ou fixé par les autorités (protection tarifaire).⁴ C'est pourquoi la LAMal précise que les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.⁵ Ceux-ci sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire).⁶ Font exception les cas où la loi prévoit que le tarif est arrêté par l'autorité compétente. Nous renonçons ici à différencier les notions respectives des tarifs et des prix.

Quelles sont les formes de tarification de la LAMal ?

Même si la LAMal fixe un cadre aux partenaires tarifaires – les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations – la prémisse de l'autonomie tarifaire, autrement dit le rôle fondamental de la formation autonome des tarifs par les partenaires aux négociations au moyen de conventions, demeure valable. Le Conseil fédéral a souligné ce point à plusieurs reprises par rapport au nouveau droit, dans le cadre de décisions sur recours selon l'article 53 LAMal.⁷ Par

conséquent, les tarifs doivent en principe être conclus par les parties à une convention tarifaire – soit un ou plusieurs fournisseurs de presta-

Dans le domaine de la santé, c'est en principe l'autonomie tarifaire qui s'applique entre partenaires contractuels.

tions ou leurs fédérations d'une part, un ou plusieurs assureurs ou leurs fédérations de l'autre.⁸ La LAMal prévoit cependant des domaines où

1 Brigitte Ebert, Überblick über die gegenwärtigen Zuständigkeiten und Verfahren bei der Tarifbildung und Tarifierung im schweizerischen Gesundheitswesen: Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen – eine aktuelle Rundschau, Schriftenreihe des SKI, Band 35, Aarau 1987.

2 Art. 42 al. 1 LAMal.

3 Art. 42 al. 2 LAMal.

4 Art. 44 LAMal.

5 Art. 43 al. 1 LAMal.

6 Art. 43 al. 4 LAMal.

7 Cf. à ce sujet une décision du 1^{er} juillet 1998 portant sur la non-adhésion à une convention tarifaire, où le Conseil fédéral déclare sous considérants II/3.1 et II/3.2 ce qui suit : Dans le système de la LAMal, la fixation autonome des tarifs par les partenaires tarifaires au moyen de conventions constitue la règle générale pour le calcul des prestations. Ce n'est que lorsqu'en dépit de négociations ou de tentatives à cet effet, il n'est pas possible de conclure une convention, qu'il appartient aux gouvernements cantonaux de fixer le tarif après avoir consulté les parties (art. 47 LAMal) (publiée dans RAMA 1998 KV 42). Cf. aussi pour le tout le Message relatif à la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 154 ss et 160 ss.

il est dérogé à ce principe et où existent des tarifs fixés par l'autorité (*Amtstarife*). L'article 52 LAMal énumère ceux-ci de façon exhaustive. Il s'agit des instruments suivants publiés par le Département fédéral de l'intérieur (DFI):

- une liste des analyses avec tarif (liste des analyses);
- une liste avec tarif des produits et des substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale (liste des médicaments); ce tarif comprend aussi les prestations du pharmacien;
- des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

L'OFAS établit du reste une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités).

Comme les dénominations le montrent déjà clairement, tant les prestations que les rémunérations sont fixées dans ces cas. Les partenaires tarifaires disposent cependant d'une marge de manœuvre leur permettant de négocier des taux de rémunération inférieurs. De plus, le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin, pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 46 et 48 LAMal. Ainsi renvoie-t-on pour ce cas à la voie usuelle de la négociation tarifaire. Si malgré tout, les partenaires tarifaires ne parviennent pas à un accord, c'est la liste des analyses qui s'applique. Comme l'a précisé récemment le Conseil fédéral dans l'une de ses décisions sur recours non encore publiée, la liste des analyses s'applique, indépendamment de la question de savoir si une convention tarifaire conclue selon l'ancien droit et portant sur des prestations médicales a déjà été adaptée aux dispositions de la LAMal ou non. Les prescriptions légales valent également pour les tarifs fixés par l'autorité (*Amtstarife*).⁹ En ce qui concerne les adaptations prévues

dans la liste des spécialités en rapport avec le nouveau modèle de rémunération pour les prestations des pharmaciens, l'article s'y rapportant reviendra plus en détail (cf. page 69).

S'agissant de la négociation des tarifs, il a été mentionné au début que la LAMal impose des règles aux partenaires. A cet égard, il y a d'abord l'article 43 LAMal, qui constitue un véritable cadre pour la définition des tarifs et les exigences liées à la formation de ceux-ci.

L'alinéa 2 stipule que le tarif est une base de calcul de la rémunération. Le tarif peut notamment revêtir les formes suivantes:

- *tarif au temps consacré*, qui se fonde sur le temps consacré à la prestation;
- *tarif à la prestation*, dans lequel des points sont attribués à chacune des prestations et la valeur du point est fixée;
- *le tarif forfaitaire* qui prévoit un mode de rémunération forfaitaire. Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Il est possible de fixer les forfaits par groupe d'assurés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

Une forme mixte des types de tarification énoncés est aussi envisageable.

Le budget global est considéré comme la forme tarifaire visant un contrôle efficace de la quantité – une des plus grandes exigences du contrôle des coûts dans le système de la santé – car par ce moyen est fixée une indemnité pour l'approvisionnement en soins d'un groupe d'assurés, indépendamment de la question de savoir si les membres de ce groupe ont besoin ou non d'un traitement.¹⁰ Le budget global en tant que forme tarifaire n'est cependant pas très répandu. L'exemple le plus fréquemment cité est celui du canton de Vaud où le financement usuel du domaine stationnaire est assuré depuis des années par un tel budget. Le budget global est encore mentionné sous un autre chapitre de la LAMal. Dans le domaine des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, il existe en effet deux autres possibilités pour la fixation d'un budget global: d'une part, à titre

d'instrument ordinaire de gestion des finances, qui peut être saisi par le gouvernement cantonal conformément à l'article 51 LAMal et d'autre part, selon l'article 54 LAMal, en tant qu'instrument extraordinaire de gestion, que le canton peut adopter sur demande des assureurs.

Directives en matière d'établissement de conventions tarifaires

Les alinéas 4 et 6 de l'article 43 LAMal contiennent certaines directives générales en matière de tarification, comme le respect des règles applicables en économie d'entreprise et la structure appropriée du tarif ainsi que l'obtention de soins appropriés et de haut niveau aux conditions les plus avantageuses possible. Le dernier objectif cité lie tant les partenaires tarifaires que les autorités compétentes. Le respect dans les tarifs des règles applicables en économie d'entreprise ne signifie cependant pas que les coûts prouvés par les fournisseurs de prestations (sur une base comptable) seront retenus sans examen en tant que base de la tarification. D'un côté, seuls peuvent être admis comme base les coûts qui sont obligatoirement occasionnés lors de la fourniture de la prestation et qui se rapportent au type de prestation en question. Et de l'autre, il faut également veiller au caractère économique (économicité) de la prestation et à l'équité des tarifs. L'économécité de la prestation est le principe directeur de la formation des tarifs. Nous reviendrons ci-après sur ce point en relation avec le rôle des autorités en tant qu'instances d'approbation. En prêtant attention à la structure appropriée des tarifs, on aborde la question du choix de la forme de tarification. Par exemple, le choix entre un tarif à la prestation et un tarif au temps consacré dans le domaine des prestations de soins à domicile (Spitex) peut être utile. Le plus souvent est appliqué, au moins dans le domaine des soins de base, un tarif au temps consacré, parce que ce type de tarif est mieux adapté à ce mode de fourniture de prestation.

Il est en outre possible, à titre exceptionnel et en vue de garantir leur qualité, de soumettre la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles fixées

8 Art. 46 LAMal.

9 Art. 43 et 55 LAMal.

10 Cf. à propos de cette notion la décision du Conseil fédéral du 3 juin 1998 relative au tarif Spitex dans le canton de Berne, publiée dans RAMA 1998 KV 38, ainsi que les Messages du Conseil fédéral concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 1999 758 ss, 770 ss.

par les articles 36 à 40 de la loi, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs de prestations disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation post-graduée ou de la formation continue nécessaire (exclusion tarifaire).¹¹ Le sens de cette procédure est de garantir la qualité de la fourniture de la prestation, respectivement de limiter la possibilité de facturer certaines prestations – à charge de l'as-

L'économicité de la prestation est le principe directeur de la formation des tarifs.

surance – aux fournisseurs qui disposent d'une formation et d'une expérience suffisantes dans les domaines en question. Il y a donc moyen d'influencer l'assurance de la qualité au stade de la convention tarifaire déjà.

Dans les conventions qu'ils passent, les partenaires tarifaires sont tenus de prévoir en outre des mesures destinées à garantir l'économicité des prestations. Ils doivent veiller à fermer la porte à une répétition inutile d'actes diagnostiques ou à faire en sorte qu'un deuxième avis soit requis avant des opérations onéreuses.¹²

L'une des règles les plus importantes et, à l'heure actuelle, l'une des plus controversées figure à l'article 43, alinéa 5, LAMal. Selon cette disposition, les *tarifs à la prestation*, qui représentent aujourd'hui encore la forme de tarif la plus répandue dans le domaine *ambulatoire*, sont fondés sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une telle structure tarifaire, le Conseil fédéral la fixe.

L'objectif visé ici est la transparence puisqu'il est ainsi possible de procéder à une comparaison des prix pour les mêmes prestations dans toute la Suisse. La fixation des valeurs du point compte tenu des différences de coûts régionales (disparités des salaires et des prix) doit toujours *pouvoir* se faire au moyen de conventions décentralisées. L'accent est mis ici sur le mot «pouvoir». Le

législateur a certes pensé qu'il était tout à fait souhaitable, dans un système fédéraliste, que les valeurs du point soient convenues de manière décentralisée afin de tenir compte des conditions locales. Mais il est aussi envisageable de convenir d'une valeur du point valable à l'échelon national, comme c'est le cas dans les conventions tarifaires nationales portant sur les prestations des dentistes et des diététiciens. Actuellement, les travaux relatifs à l'introduction de la structure valable à l'échelle nationale pour les prestations médicales TARMED donnent lieu à de vives controverses. Dans ce cahier, le représentant de la direction du projet TARMED examine de manière plus détaillée l'élaboration et le but de ce nouveau tarif.

S'agissant du domaine *stationnaire*, la LAMal contient des règles strictes¹³: pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, les parties à une convention conviennent de *forfaits*. C'est en l'occurrence une exception au principe général de la liberté contractuelle dans le domaine tarifaire. Seules des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas obligatoirement à inclure dans ces forfaits et peuvent

Une des règles les plus contestées à l'heure actuelle concerne les tarifs à la prestation.

être facturées séparément conformément aux tarifs convenus. Le législateur a surtout pensé en l'espèce aux prestations qui sont rares et particulièrement onéreuses (par ex. des mesures spécialement compliquées ou l'utilisation d'une technologie de pointe très coûteuse). Les coûts de telles prestations supplémentaires ne seront facturés que pour les assurés qui en ont réellement bénéficié. L'intention à la base de cette décision était notamment d'éviter qu'avec les forfaits prescrits, la solidarité qui y est liée ne soit mise à contribution excessive dans le cadre de la prise en charge des frais hospitaliers. La loi prévoit en outre quelles sont les parts de coûts qui peuvent être intégrées dans la tarifi-

cation (coûts imputables). Ainsi, les frais de formation et de recherche et ceux résultant d'une surcapacité ne doivent jamais être pris en compte. Alors que dans les hôpitaux privés les frais d'exploitation et d'investissement pour la division commune sont couverts par des forfaits, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics les frais d'exploitation ne peuvent être couverts par des forfaits qu'à raison de 50% au maximum.¹⁴ Afin que les partenaires tarifaires disposent de données pour la convention tarifaire, la LAMal prescrit aux hôpitaux – et également aux établissements médico-sociaux – de calculer leurs coûts et de classer leurs prestations selon une méthode uniforme. Les instruments prévus à cette fin sont une comptabilité analytique, ainsi qu'une statistique des prestations. Ces bases ne constituent cependant pas des règles de tarification, mais elles doivent simplement permettre aux partenaires tarifaires de présenter de manière transparente les coûts de leurs prestations et elles sont le fondement nécessaire à la réalisation de comparaisons entre institutions. En conséquence, la justification des coûts imputables et la séparation des coûts des domaines ambulatoires et semi-hospitaliers des hôpitaux est prioritaire.¹⁵ Le Conseil fédéral est chargé de publier des dispositions à cet effet. Jusqu'à présent, ceci n'a toutefois pas encore été réalisé, car les questions portant sur l'étendue et la portée des prescriptions nécessaires ainsi que des exigences qui peuvent être posées en la matière aux hôpitaux – et aux établissements médico-sociaux¹⁶ – donnent lieu aux interprétations les plus diverses de la part des milieux intéressés. En outre, les assureurs disposent de la possibilité d'exiger la réduction des tarifs en se fondant sur

11 Art. 43 al. 2 let. d LAMal. Cette compétence revient du reste également au Conseil fédéral en vertu de l'art. 58 al. 3 let. b LAMal.

12 Art. 56 al. 5 LAMal. Ici aussi existe une corrélation à ce sujet dans la compétence du Conseil fédéral selon art. 58 al. 3 let. a LAMal.

13 Pour l'intégralité de ces règles, voir l'art. 49 LAMal. Cf. le Message sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 165 ss.

14 Cf. à cet égard diverses décisions du Conseil fédéral, publiées dans RAMA 1997 KV 8 et RAMA 1998 KV 32 (hôpitaux privés), RAMA 1997 AM 16 et 17 (hôpitaux publics et hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics).

15 Cf. également le Message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000, FF 2001 744 ss.

une comparaison entre institutions ordonnée par le gouvernement cantonal ou le Conseil fédéral, et ainsi obtenir la garantie de l'économicité des prestations. Les évolutions dans le domaine des tarifs hospitaliers sont présentées dans deux autres articles de la présente édition.

En ce qui concerne les négociations des conventions tarifaires, la LAMal interdit les ententes cartellaires, en ce sens qu'elle fait dépendre l'obligation d'un membre d'une fédération d'adhérer à la convention conclue par cette fédération à la demande d'adhésion expresse du membre en question et qu'elle permet également à des non-membres de la fédération d'adhérer à la convention.¹⁷ Elle vise en outre une plus grande diversité des tarifs en autorisant des contrats séparés et en interdisant les clauses d'exclusivité et celles qui instituent des traitements de faveur, tout comme elle exclut des interdictions de concurrence entre les membres d'une fédération.¹⁸ En cas de conventions tarifaires entre fédérations, il y a en outre lieu d'entendre avant leur conclusion les organisations qui dé-

fendent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral.¹⁹ Le but de cette réglementation était d'offrir aux assurés une possibilité de participer aux décisions, assurés qui, en fin de compte, paient les coûts tarifés des prestations par le biais des

Pour garantir la diversité des tarifs, la LAMal interdit les ententes cartellaires.

primes. Même si cette disposition doit être respectée par les partenaires tarifaires, son influence est relativement minime en raison de la complexité des conventions.

Quel est le rôle des autorités dans la formation des tarifs ?

Comme il en a déjà été fait mention en introduction, c'est en principe l'autonomie du tarif qui est de mise. L'article 46, alinéa 4, LAMal prévoit cependant que les conventions tarifaires doivent être approuvées par les autorités compétentes. Selon l'étendue de la validité de la convention en question, l'autorité d'approbation est le gouvernement cantonal ou le Conseil fédéral. L'approbation consiste en l'examen de la conformité de la convention tarifaire avec la loi et l'exigence de l'économicité et de l'équité. Une norme plus stricte est ici indiquée si l'on entend atteindre l'objectif d'un approvisionnement en soins de haute qualité et conforme aux besoins, tout en étant le plus avantageux possible. L'autorité d'approbation peut par conséquent interdire un tarif non conforme aux circonstances et à l'évolution des coûts. L'instrument de l'examen devient toujours plus important dans le secteur de la santé, compte tenu de la progression des coûts qui perdure, car il est souvent le seul moyen à disposition des autorités administratives pour exercer un effet sur le développement des tarifs et veiller au respect des principes de la LAMal. La conformité d'une convention tarifaire est mesurée à l'aune des critères que sont l'économicité et l'équité.²⁰ Concrètement, cela veut dire qu'il faut contrôler le niveau et le calcul exact du tarif, comme ses incidences sur le volume

des prestations. La question de savoir si un tarif ou une augmentation de tarif est *supportable sur le plan économique* est surtout jugée à la lumière de l'augmentation des primes engendrée par son introduction.²¹

Dans le secteur ambulatoire, l'autorité d'approbation dispose en outre d'un instrument repris de l'ancien droit, le tarif-cadre dans le cas des conventions avec les associations de médecins.²² Celui-ci sert de tarif de réserve en cas de suppression de la convention tarifaire en vigueur jusqu'à ce moment.

Hormis cette fonction d'approbation, le Conseil fédéral s'est également vu attribuer celle d'*instance de recours*.²³ Les décisions des gouvernements cantonaux portant sur les approbations et les fixations de tarifs comme sur la détermination d'un budget global sont attaquables. Si l'on considère le nombre et la thématique des recours déposés auprès du Conseil fédéral, il y a encore de nombreuses questions à éclaircir dans la LAMal, comme dans toute autre nouvelle loi d'ailleurs. C'est ainsi que sur le nombre total de ces recours, qui dépasse largement les 400 depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, environ 200 concernent la formation des tarifs. Environ 1 sur 80 sont à ranger dans la catégorie des tarifs ambulatoires et des tarifs hospitaliers, le reste portant sur les tarifs des établissements médico-sociaux. Le nombre total des recours déposés est en diminution, ce qui est imputable à la régression du nombre des recours contre les listes cantonales des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Le domaine des tarifs demeure cependant controversé.

Tant les gouvernements cantonaux que le Conseil fédéral – dans une moindre mesure pour ce dernier à propos des structures tarifaires applicables à l'échelle nationale pour les tarifs à la prestation – ont une autre fonction à remplir. Si les partenaires ne parviennent pas à s'entendre, les gouvernements cantonaux sont appelés à fixer un tarif.²⁴ Ceci peut être le cas au départ, lorsqu'il n'existe aucune convention tarifaire ou en cas de désaccord concernant le renouvellement d'une convention (*régime sans convention*). Dans cette dernière hypothèse, la convention en vigueur jusque-là peut être prorogée d'un an. Le gouvernement cantonal dis-

16 Voir à ce sujet les deux décisions du Conseil fédéral du 28 janvier 1998 et du 9 mars 1998 relatives aux tarifs des établissements médico-sociaux dans les cantons de Fribourg et Zurich, publiées dans RAMA 1998 KV 27 et 28.

17 Art. 46 al. 2 LAMal; cf. aussi le Rapport de la Commission des cartels concernant les relations de concurrence entre les assureurs-maladie et les conventions tarifaires entre les assureurs-maladie et les prestataires de services, Berne 1995.

18 Art. 46 al. 3 LAMal.

19 Art. 43 al. 4 LAMal.

20 Cf. sur ce sujet les Messages sur les modifications de la loi sur l'assurance en cas de maladie et accidents du 5 juin 196, FF 1961 I 1504 s, et du 16 novembre 1962, FF 1962 II 1262, ainsi que la circulaire du Conseil fédéral du 19 septembre 1977 adressée aux gouvernements cantonaux concernant l'approbation et l'examen des tarifs dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques, FF 1977 III 106 ss.

21 A titre d'exemple, voir la décision du Conseil fédéral du 15 janvier 1996 sur le tarif des médecins dans le canton de Schaffhouse, publiée dans RAMA 1997 KV 5 et celle du 13 août 1997 concernant le tarif hospitalier dans le canton de Zurich, publiée dans RAMA 1997 KV 17.

22 Art. 48 LAMal. Cf. la décision du Conseil fédéral du 15 janvier 1996 sur le tarif des médecins dans le canton de Schaffhouse, publiée dans RAMA 1997 KV 5, ainsi que le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 164 ss.

23 Art. 53 LAMal.

24 Art. 47 LAMal. Cf. le Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 162 s

pose à ce sujet d'une grande marge de manœuvre. Il doit cependant s'en tenir aux mêmes prescriptions légales que celles qui lient les partenaires tarifaires. Ce moyen d'intervention de l'autorité sert avant tout à la protection des assurés, afin que ceux-ci puissent compter sur un tarif valable et n'aient pas à s'adresser à un tribunal au cas par cas. La possibilité de la fixation du tarif ne doit cependant pas être utilisée pour avantager un partenaire tarifaire; elle est au contraire destinée à inciter les parties à convenir le plus rapidement possible d'un nouveau tarif sur une base contractuelle. Si, par exemple, un partenaire tarifaire n'adhère pas à une convention pour instaurer un vide conventionnel, ceci est contraire aux objectifs obligatoires fixés par la loi également pour les assureurs admis; un tel partenaire n'a pas à être récompensé de ce fait.²⁵ Ainsi, la priorité est à nouveau accordée à l'autonomie tarifaire.

Dans tous les cas s'avère importante l'influence exercée par le Surveillant des prix, qui doit être consulté au préalable par les autorités d'approbation, mais à qui l'on demande également son avis pour les cas de recours au Conseil fédéral.²⁶ Il peut proposer de renoncer totalement ou partiellement à une hausse de tarif ou d'abaisser un tarif maintenu abusivement (autrement dit trop élevé). L'autorité doit mentionner l'avis du Surveillant des prix dans sa décision d'approbation ou de non-approbation et motiver une position qui dérogerait éventuellement à la proposition du Surveillant des prix. Comment celui-ci juge-t-il son influence? Il répond lui-même à cette question dans ce cahier (cf. page 76).

Les partenaires tarifaires font-ils usage de l'autonomie tarifaire?

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, l'OFAS procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de cette loi afin de pouvoir évaluer de manière fondée les effets multiples et complexes de ce texte. L'un des projets partiels concernait les incidences de la nouvelle réglementation sur les tarifs²⁷: l'étude des développements dans le domaine tarifaire présente d'abord l'influence de la LAMal sur la formation et le niveau des tarifs, sur les négociations tarifaires et sur les recours en

matière tarifaire. Elle constitue ensuite une base lorsqu'il s'agit de juger dans quelle mesure l'interdiction des cartels a contribué à une plus grande diversité des tarifs et à davantage de concurrence et, par là même, à la maîtrise des coûts. Les auteurs sont arrivés principalement à la conclusion que le paysage tarifaire n'a pas changé fondamentalement après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. En particulier, les prévisions faites avant son entrée en vigueur ne se sont pas vérifiées à propos de la conclusion d'accords séparés avec des tarifs plus avantageux et du développement de formes d'assurances alternatives. Ceci est attribué aux prescriptions en matière tarifaire et surtout à l'obligation de contracter dans l'assurance-maladie, qui retire aux assureurs toute motivation de conclure des conventions particulières. En fait, le rapport entre les partenaires tarifaires se serait modifié, en ce sens que les négociations seraient devenues plus dures, ce qui aurait conduit à un tassement de l'évolution des tarifs. Dans l'ensemble, l'influence d'une concurrence accrue dans le domaine tarifaire sur l'évolution des prix n'aurait toutefois pas été constatée.

Cependant, eu égard à l'absence de solutions valables permettant de garantir d'une part, l'approvisionnement médical et d'autre part, l'économique et la qualité des prestations, le Conseil fédéral a renoncé à une suppression générale de l'obligation de contracter dans son message du 18 septembre 2000 concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.²⁸

Cohérence avec la formation des tarifs dans l'assurance-invalidité et dans l'assurance-accidents

Le Conseil fédéral doit également veiller à la coordination avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales. Dans les autres assurances sociales, telles que l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, qui remboursent aussi les traitements médicaux, l'assureur peut mettre ceux-ci à disposition sous forme de prestations en nature (principe de la prestation en nature). Cette obligation sera remplie par la conclusion de contrats de collaboration et de conventions tarifaires avec

les fournisseurs de prestations auxquels est confié le traitement des assurés. Une approbation des conventions tarifaires n'est pas prévue. Ce n'est qu'en cas d'absence de convention tarifaire et de mise en danger de l'approvisionnement médical des assurés dans toute une région que le Conseil fédéral peut intervenir dans l'assurance-accidents et contraindre les établissements de soins concernés à collaborer avec les assureurs LAA et fixer des tarifs obligatoires. Ainsi s'appliquent également dans ces cas, comme un leitmotiv, *l'autonomie tarifaire* et le *caractère économique* de la prestation, pour laquelle la formation du tarif est décisive.

En pratique, les organes responsables des diverses assurances sociales collaborent entre eux, surtout pour établir des structures tarifaires valables sur l'ensemble du territoire national. On pensera par exemple à cet égard aux structures tarifaires pour les prestations des physiothérapeutes et des dentistes, comme aussi au TARMED, qui sont valables pour toutes les branches des assurances sociales. En outre, les tarifs fixés par l'autorité (*Amtstarife*) susmentionnés, en vigueur dans l'assurance-maladie, sont souvent repris. ■

(Traduit de l'allemand)

25 Cf. à ce propos la décision du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 1998 concernant la fixation d'un tarif en cas d'absence de convention tarifaire, publiée dans RAMA 1998 KV 42 et celle du 17 février 1999, publiée dans RAMA 1999 KV 70.

26 Art. 14 de la loi sur la surveillance des prix. Selon la jurisprudence du Conseil fédéral, la consultation du Surveillant des prix est une étape obligatoire de la procédure d'approbation ou de fixation des tarifs.

27 Stephan Hammer, INFRAS: Les effets de la LAMal sur les tarifs, Berne 2000; compte-rendu dans CHSS 4/2000, p. 203.

28 FF 2001 693, en particulier pp. 722 à 734.

29 Art. 43 al. 7 LAMal.

30 Art. 56 LAA d.

Le nouveau tarif médical TARMED

Après plusieurs années de travaux intenses et de négociations difficiles, le projet GRAT a conduit à l'élaboration du nouveau tarif médical uniforme pour toute la Suisse, qui devrait être appliqué dès l'année prochaine : TARMED.



Andreas WEISSENBURGER,
économiste de la santé, Service central
des tarifs médicaux LAA, Lucerne,
secrétaire de TARMED

Pourquoi le nouveau tarif médical TARMED ?

Les assurances sociales fédérales et la Fédération des médecins suisses (FMH) sont à l'origine de TARMED. En 1986, le principe d'une révision totale du tarif médical AA/AM/AI a été accepté par les assureurs-accidents, représentés par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM), l'assurance-invalidité (AI, représentée par l'OFAS) et la FMH. En adoptant le projet GRAT («Gesamtrevision Arzttarif» ou Révision totale du tarif médical), les partenaires contractuels s'étaient fixé les objectifs suivants :

- restructurer systématiquement et réévaluer le catalogue des prestations pour l'adapter à l'état actuel des connaissances médicales ;
- évaluer toutes les prestations médicales fournies dans les cabinets médicaux et/ou à l'hôpital selon des critères uniformes basés sur les principes de l'économie d'entreprise ;
- revaloriser les prestations des médecins (intellectuelles et manuelles) par rapport aux prestations techniques (appareils) ;
- associer impérativement au catalogue des prestations des éléments de garantie de la qualité.

Alors qu'en vertu de la LAA (art. 56 al. 4), il existe depuis un certain temps déjà sur le plan national des tarifs uniformes dans le domaine de l'assurance-accidents, il n'en a pas été de même dans l'assurance-maladie : la LAMal (art. 43) prévoit expressément que les tarifs des prestations

doivent être fixés sur la base d'une structure tarifaire négociée entre partenaires contractuels et applicable à l'échelle nationale, et prescrit que les conventions tarifaires doivent être fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. C'est une des raisons qui fait que le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) s'est associé au projet GRAT.

Une révision totale du catalogue des prestations hospitalières a été menée de front avec le projet GRAT. A cet effet, les assureurs ont mis sur pied le projet INFRA conjointement avec l'association H⁺ Les Hôpitaux de Suisse : se fondant sur les travaux préparatoires du GRAT, INFRA avait pour objectif une réévaluation des prestations des hôpitaux dans le domaine des infrastructures.

TARMED est le résultat d'un rapprochement des projets GRAT et INFRA, qui a donné naissance à une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale pour le remboursement des prestations médicales et des prestations techniques dans les établissements hospitaliers et les cabinets médicaux. Une série de prestations non médicales (par ex. dans le domaine des soins intensifs et de la psychothérapie) figurent aussi dans cette structure.

Structure tarifaire et méthode de tarification

Voici un bref aperçu de la structure tarifaire et de la méthode appliquée pour déterminer le niveau des coûts.

Contenu de la structure tarifaire

TARMED est un catalogue de prestations individuelles qui englobe quelque 4600 positions tarifaires. La nomenclature tarifaire comprend des prestations de base et des prestations particulières spécifiques à un organe ou à un système. TARMED fait une distinction systématique entre les PM (prestations médicales incluant l'assistance) et les PT (prestations techniques : dépenses relatives à l'infrastructure et au personnel paramédical). Cette séparation entre les PM et les PT est aussi appelée *splitting* tarifaire.

Paramètres tarifaires déterminants sur le plan médical

Dans une première étape, on a élaboré un catalogue de l'ensemble des prestations médicales par spécialité. Sur la base de cette nomenclature, on a déterminé avec le concours d'experts des associations professionnelles les paramètres médicalement adéquats de chaque position :

- le minutage (temps nécessaire à la fourniture de la prestation),
- les qualifications médicales requises (valeur intrinsèque),
- l'assistance médicale nécessaire,
- l'infrastructure requise,
- la classe de risque d'anesthésie,
- l'interprétation médicale de la prestation,
- les règles techniques d'application.

Méthode de fixation du taux des coûts des PM par position tarifaire

Comme référence pour fixer le taux moyen des coûts des PM en francs/minute, on est parti d'un revenu de 207 000 francs par an et d'une durée de travail annuelle brute de 1920 heures. Ce taux moyen des coûts, de 1 fr. 80 la minute n'est pas immédiatement applicable pour la tarification. En effet, le montant de la rémunération d'une prestation dépend non seulement du temps nécessaire, mais aussi des qualifications médicales requises pour fournir la prestation et de la productivité du médecin. La prise en compte des qualifications médicales entraîne une modification de la valeur de référence (facteur de 0.905 à 2.26) et les différences de productivité requièrent une pondération du temps de travail annuel (facteur variant entre 0.65 et 0.85). Dès lors, le taux effectif des coûts d'une PM à la minute varie, selon la prestation, de 1 fr. 91 à 6 fr. 25. Il convient de tenir compte de la ré-

munération de l'assistance qui est également comprise dans la PM.

Paramètres déterminants pour l'infrastructure hospitalière et les cabinets médicaux

Il s'agit de régler ici la question de l'utilisation de l'infrastructure, en termes de temps, pour la fourniture des prestations. En se fondant également sur les déclarations des experts, on a pris en compte comme paramètres l'utilisation directe (temps d'occupation des locaux) et l'utilisation indirecte (intervalle entre deux séances) de l'infrastructure.

Méthode de fixation du montant du coût des PT

Les références dont il faut tenir compte pour déterminer le taux des coûts des PT sont : la surface requise, les appareils et instruments médicaux nécessaires, le nombre de personnes et la qualification du personnel paramédical, le taux d'utilisation de l'infrastructure, la productivité du personnel paramédical. Comme il n'a pas été possible de déterminer séparément les coûts du personnel et de l'infrastructure pour chaque position tarifaire, on a choisi pour TARMED un taux par unité fonctionnelle. Les prestations techniques nécessitant les mêmes conditions en ce qui concerne le personnel (nombre et qualifications) et l'équipement sont rassemblés dans une même unité fonctionnelle (par ex. cabinet médical, tomographie computerisée) et sont évalués selon un taux uniforme en francs/minute. Dans TARMED on trouve de la sorte environ 110 taux catégoriels.

Ont servi de base de calcul du montant des coûts des PT, les données provenant des établissements hospitaliers de référence (procédure analytique) normative et les données empiriques résultant de l'étude permanente des coûts des cabinets médicaux effectuée par la Caisse des médecins (www.smis.ch/Aek/).

Structure tarifaire et valeur du point

Il convient de distinguer la structure tarifaire du tarif. La structure tarifaire est un catalogue de prestations dans lequel les différentes prestations sont mises en relation les unes avec les autres, sur la base d'un nombre de points. L'interprétation des prestations et les règles d'appli-

cation du tarif font également partie de la structure tarifaire. Le prix d'une prestation (soit le tarif) ne peut être obtenu en se fondant sur la structure tarifaire que si l'on connaît la valeur du point qui sert de base à cette structure. D'où l'importance du montant de la valeur du point.

La garantie de la qualité dans TARMED

Le décompte établi sur la base de TARMED est lié à des normes de qualité structurelles : d'une part, chaque position tarifaire suppose une qualification spécifique du médecin intervenant ; d'autre part, il faut appliquer certains critères concernant le personnel paramédical et l'équipement pour calculer les prestations. Avant de calculer une position tarifaire, le fournisseur de prestations doit pouvoir prouver que les qualifications médicales (valeur intrinsèque) et l'équipement nécessaire sont bel et bien là. Il existe à cet effet une banque de données de l'ensemble des médecins travaillant en Suisse et une des institutions hospitalières certifiées (par unité fonctionnelle). Ces banques de données permettent de vérifier le droit au remboursement des prestations facturées.

Evaluation économique de TARMED

Même si sa structure tarifaire est soumise à l'approbation du Conseil fédéral et que le préposé à la Surveillance des prix dispose du droit d'émettre des recommandations en ce qui concerne ses bases de calcul et la fixation de la valeur des points, TARMED demeure néanmoins un tarif fixé par convention.

Grâce à TARMED, l'on dispose pour la première fois dans le domaine des prestations médicales, d'une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale. Le fait qu'il n'ait vu le jour qu'après plusieurs années de travaux intenses, et à l'issue de négociations parfois difficiles entre les parties contractantes, n'est pas étonnant si l'on considère la portée exceptionnelle de ce travail pour le système suisse de la santé (le montant des factures relevant de TARMED s'élève à près de 6 milliards de francs par an). Ces derniers temps, différentes associations de médecins (en particulier les chirurgiens) ont

manifesté une opposition massive à son encontre. Certes, ce projet ne pouvait pas satisfaire tout le monde, mais il vise à une meilleure répartition des revenus, tout en garantissant la neutralité des coûts : dans l'ensemble, TARMED peut être considéré comme un tarif équitable, logiquement structuré et transparent, dont les bases de calcul se justifient d'un point de vue économique et peuvent être reproduites.

Si TARMED est important, ce n'est pas seulement parce qu'il s'agit d'une structure tarifaire uniforme, applicable à l'échelle nationale, des prestations particulières. Il est hautement probable qu'il servira de base d'ici peu au calcul des forfaits par cas dans le secteur hospitalier et même dans le secteur ambulatoire. Pour les établissements hospitaliers, il peut servir de référence pour le contrôle des coûts sur le plan interne. Un avantage supplémentaire de TARMED réside dans sa grande transparence pour l'établissement des factures et la mise à disposition de données détaillées destinées à la statistique.

L'importance de TARMED dépasse les frontières nationales. Plusieurs pays européens et extraeuropéens ont déjà manifesté leur intérêt pour TARMED. L'Allemagne l'utilise déjà comme base de référence pour l'établissement de son nouveau tarif médical.

Perspectives

Aucun tarif n'est à ce point parfait qu'il ne peut être amélioré : même si TARMED reflète l'état actuel de la médecine en Suisse, il est nécessaire de tenir compte en permanence des nouvelles méthodes médicales et des développements techniques de la médecine.

Les parties aux conventions envisagent la création d'un organisme commun chargé de veiller à ce que la structure tarifaire uniforme soit adaptée aux développements futurs. Cet organisme aura pour tâche de revoir périodiquement (en règle générale une fois l'an) la structure tarifaire. Ces révisions partielles pourront être menées à bien rapidement parce que le nouvel instrument contient les bases nécessaires à cet effet, conformément aux principes régissant l'économie d'entreprise. ■

(Traduit de l'allemand)

Les différents types de forfaits appliqués dans les hôpitaux de soins aigus

En Suisse, les modes de rémunération des prestations fournies dans les divisions communes des hôpitaux de soins aigus ont subi de nombreuses transformations depuis l'entrée en vigueur, il y a un peu plus de 5 ans, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie sociale (LAMal). La tendance qui se dessine actuellement, sous l'impulsion notamment des propositions contenues dans la 2^e révision partielle de la LAMal, est d'abandonner le système de financement des hôpitaux par des forfaits journaliers et de le remplacer par un financement qui soit d'avantage lié aux prestations. Dans cette optique, on pensera principalement, outre aux forfaits par division ou par spécialité, à un financement basé sur des forfaits par cas liés au diagnostic ou à la pathologie.

Vincent KOCH, lic. oec., collaborateur scientifique, section Tarifs et fournisseurs de prestations, division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

Bases légales

L'article 43 LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations (ici les hôpitaux) établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Le prix des prestations dans l'assurance-maladie sociale découle d'une négociation entre fournisseurs de prestations et assureurs-maladie.

En ce qui concerne la rémunération des traitements hospitaliers dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, l'article 49 LAMal prévoit que les parties à une convention, en l'occurrence les hôpitaux et les assureurs, doivent convenir de forfaits pour rémunérer ce type de traitement. A cet égard, il faut préciser que la loi prévoit que les forfaits convenus comprennent également le séjour à l'hôpital. Les partenaires tarifaires sont en outre libres de convenir de facturer séparément des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales. Par cette disposition, le législateur offre aux parties concernées la possibilité de ne pas inclure dans les forfaits des prestations qui ne sont que rarement allouées et particulièrement coûteuses. On pensera à cet égard à des mesures spécialement compliquées ou à l'utilisation d'une technologie de pointe.

Par ailleurs, si la LAMal impose aux partenaires tarifaires de convenir de forfaits pour les traitements hospitaliers, elle ne donne en revanche aucune précision quant à leur aménagement – laissant par là une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. A cet égard, il y a cependant lieu de préciser que, quel que soit le type de forfait choisi, la LAMal prévoit, d'une part, que les tarifs doivent être fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurés de manière appropriée; et d'autre part, que les parties à la convention et les autorités compétentes ont l'obligation de veiller à ce que les soins soient appropriés, leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

Deuxième révision partielle de la LAMal

Dans le système actuel, la part du forfait hospitalier pour les habitants du canton pris en charge par l'assurance-maladie sociale se monte, par patient ou par groupe d'assurés, à 50 % au maximum des coûts d'exploitation imputables de la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics figurant sur une liste hospita-

lière au sens de l'article 39 LAMal. Les coûts imputables pour le calcul du forfait hospitalier applicable aux assurés qui résident dans le canton ne comprennent ni la part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, ni les frais d'investissement, ni les frais de formation et de recherche.

Le Conseil fédéral, dans son Message du 18 septembre 2000 concernant la deuxième révision partielle de la LAMal, a notamment estimé que le principe actuel de la couverture des charges d'exploitation imputables est contraire à un sys-

Le principe actuel de la couverture des charges d'exploitation imputables est contraire à un système axé sur la maîtrise des coûts.

tème axé sur la maîtrise des coûts. Sur la base de ce constat, le Conseil fédéral a proposé de passer du principe de la couverture des coûts, c'est-à-dire d'un système dans lequel les cantons financent les institutions (financement de l'objet), à un système basé sur le financement des prestations fournies par ces mêmes institutions. L'objectif poursuivi est notamment d'inciter les hôpitaux à raisonner en premier lieu en termes d'économie d'entreprise et non plus de chercher à atteindre seulement l'objectif fixé par le budget. Un tel système de financement lié aux prestations devrait permettre une meilleure comparaison des produits offerts par les hôpitaux pour des prestations définies et contribuer également à renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

Pour parvenir à un financement des prestations, autrement dit pour amener l'argent là où la prestation est effectivement fournie, différents types de forfaits peuvent être envisagés. On songera tout d'abord aux forfaits par cas liés au diagnostic fondés sur des systèmes de regroupement des patients de type DRG (*Diagnosis Related Group*). Pour les cas qui ne pourraient pas être classifiés dans une catégorie en fonction

du diagnostic, il serait par exemple possible d'appliquer des forfaits selon les soins prodigués, pour lesquels la rémunération couvre toutes les étapes du traitement – comme par exemple les forfaits basés sur un système de classification des patients de type PMC (*Patient Management Categories*). Dans son Message, le Conseil fédéral conçoit par ailleurs l'application de forfaits par division durant une phase transitoire ou lorsqu'il est difficile d'établir des forfaits par cas, par exemple en cas de polymorbidité; de tels forfaits ne tenant en effet pas suffisamment compte de l'évolution de la maladie.

Principaux types de forfaits hospitaliers appliqués en Suisse

Parmi les forfaits appliqués en Suisse pour les séjours en division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, on recense aussi bien des forfaits journaliers que des forfaits par division, service ou spécialité. Les forfaits par cas liés au diagnostic sont à ce jour encore absents de cette liste et seul un nombre limité de forfaits par cas fondés sur la méthode MIPP (*Modell integrierter Patientenpfade*) sont aujourd'hui appliqués en Argovie.

Le forfait par journée d'hospitalisation par hôpital ou type d'hôpital est encore actuellement le type de forfait le plus largement répandu dans les hôpitaux publics de soins ai-

gus en Suisse: c'est en effet le type de rémunération forfaitaire appliqué dans la majorité des hôpitaux situés notamment dans les cantons d'Appenzell, Bâle, Genève, Glaris, Grisons, Lucerne, Schaffhouse, Soleure, Schwytz, Tessin, Uri, Zoug, etc. A cet égard, il est intéressant de noter que dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, qui connaissent le système du budget global, les assureurs versent un acompte par cas, assimilable à une taxe d'entrée, auquel s'ajoute des acomptes par journée d'hospitalisation.

S'agissant de forfaits par division, service ou spécialité, certains cantons comme Fribourg, Berne ou encore le Valais appliquent des systèmes qui leur sont propres et qui peuvent dans certains cas combiner différents types de forfaits. Nous y reviendrons plus loin dans le présent article.

En ce qui concerne les forfaits par cas liés au diagnostic développés dans le cadre de l'assurance-maladie sociale sur la base de la méthode APDRG (*All Patient Diagnoses Related Group*), force est de constater qu'ils n'existent à l'heure actuelle qu'à l'état de projet dans certains cantons. Au nombre des systèmes de rémunération présentant la particularité de couvrir toutes les étapes du traitement (c'est-à-dire orientés vers le processus de l'hôpital), nous aborderons ci-dessous également la question des forfaits par cas basés sur le système MIPP tels qu'ils sont développés en Argovie et les forfaits

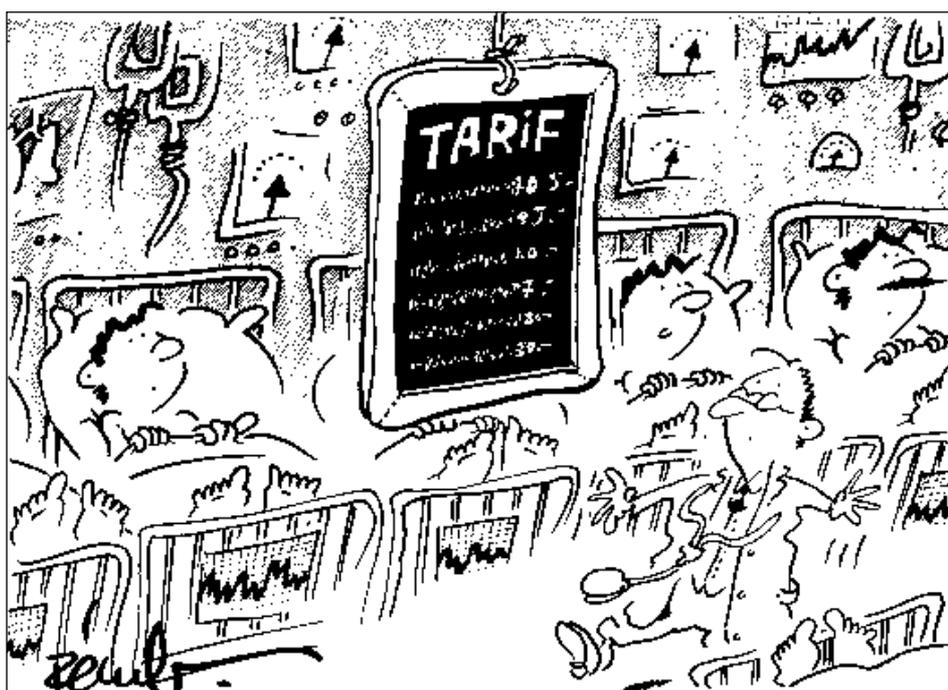
mixtes issus du modèle PLT (*Prozess-Leistungs-Tarifierung*) appliqués dans le canton de Zurich.

Système forfaitaire mixte à l'hôpital cantonal de Fribourg

Le système pratiqué à l'hôpital cantonal de Fribourg pour rémunérer les coûts de l'hospitalisation en division commune est un forfait mixte combinant un forfait dépendant du service d'hospitalisation, et un forfait journalier unique indépendant du service dans lequel le patient a été hospitalisé. Ainsi, la facture pour une hospitalisation est établie sur la base d'un forfait journalier couvrant les soins et l'hôtellerie (bâtiment, intendance, technique, administration) auquel s'ajoute un forfait unique de sortie, fonction de la discipline concernée, pour les prestations médicales et médico-techniques (personnel médical et médico-technique, radiologie, laboratoire, opération, etc.), mais indépendant de la durée du séjour hospitalier. Au nombre des disciplines médicales retenues dans ce modèle de rémunération, on trouve la chirurgie, la gynécologie, la médecine, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'oto-rhinolaryngologie (ORL), l'orthopédie, la pédiatrie ainsi que la rhumatologie. A ces forfaits s'ajoute, le cas échéant, un forfait additionnel pour les soins intensifs. A titre d'exemple, dans le cas d'un patient hospitalisé durant 8 jours, dont 2 jours aux soins intensifs, 2 jours en médecine, puis 4 jours en chirurgie générale, la facture qui sera établie par l'hôpital comprendra, étant donné le fait que dans ce modèle le service de sortie sollicité est déterminant pour le calcul, un forfait de 2023 francs pour la chirurgie, auquel viendront s'ajouter un supplément de 2584 francs pour les soins intensifs ainsi que 8 forfaits journaliers à 183 francs.

Forfaits spécifiques liés aux spécialités médicales à l'hôpital de l'île à Berne

Le système particulier appliqué par l'hôpital de l'île à Berne est fondé sur 8 forfaits mixtes liés aux spécialités médicales ou aux unités de traitement. Pour ce qui est tout d'abord de la maternité et de la pédiatrie, le forfait qui est facturé englobe la gynécologie, la chirurgie pédiatrique, l'obstétrique et la médecine pédiatrique. Pour ce qui a trait à la chirurgie proprement dite, il faut distinguer entre 3 forfaits: le premier pour



la chirurgie thoracique, viscérale, cardiaque et vasculaire; le deuxième pour l'ORL, la neurochirurgie et l'orthopédie; et le troisième pour l'urologie, la chirurgie plastique et reconstructive, la chirurgie de la main et l'ophtalmologie. En ce qui concerne la médecine, 4 forfaits correspondant à 4 spécialités sont prévus: la radiooncologie et la dermatologie; la médecine interne et la rhumatologie; la neurologie; ainsi que la médecine neuropsychologique et psychosociale. La facturation des forfaits spécifiques aux spécialités se fait sur la base des unités de traitements ou spécialités sollicitées (procédure patient) et non pas, comme c'est le cas à l'hôpital cantonal de Fribourg, principalement en fonction du service de sortie concernés. Des suppléments sont prévus pour les soins intensifs et la néonatalogie ainsi que pour les urgences. A titre d'exemple, le tarif pour l'assurance-maladie sociale est de 2040 francs pour la chirurgie pédiatrique ou la gynécologie, de 5455 francs pour la chirurgie thoracique, de 3158 francs pour l'orthopédie ou encore de 13520 francs pour la médecine neuropsychologique et psychosociale. Des forfaits spéciaux pour des traitements particulièrement coûteux, comme la transplantation cardiaque (37 600 francs) ou d'un foie (56 400 francs) sont convenus entre la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) et l'hôpital de l'Île.

Forfaits par cas/service dans le canton du Valais

Le canton du Valais a introduit, dès 1998, dans le cadre d'un budget global, un financement par cas/service pour l'ensemble de ses hôpitaux de soins aigus, soit un système de financement basé sur l'activité de l'hôpital. Les hôpitaux publics valaisans sont financés par les assureurs et les collectivités publiques au moyen de forfaits par service (médecine, chirurgie, orthopédie, ORL, urologie, ophtalmologie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, nourrissons) ou par spécialité médicale (cardiologie, radiothérapie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, néonatalogie). A titre d'exemple, le forfait par cas/service à la charge de l'assurance-maladie sociale pour la médecine s'élève à 2650 francs, celui pour la chirurgie et l'orthopédie à 3000 francs et celui pour la pédiatrie à 1550 francs.

S'agissant des forfaits par spécialités médicales, on peut relever qu'à l'hôpital de Sion, le forfait pour la radiothérapie a par exemple été fixé à 5000 francs, celui pour la chirurgie cardiaque à 12750 francs et celui pour la néonatalogie à 11500 francs. En ce qui concerne l'évolution future du système actuel de rémunération des prestations hospitalières, il faut savoir que, depuis l'automne 1999, le Service de la santé publique du canton du Valais a lancé un projet-pilote de financement basé sur le système de classification des patients APDRG. On peut dès lors supposer que le système de financement actuel ne constituerait qu'une étape intermédiaire en vue d'un financement par le biais de forfaits basés sur les diagnostics ou les pathologies.

Forfaits par cas sur base APDRG

Les DRG (*Diagnoses Related Groups*) ont été développés aux Etats-Unis comme système de description des clientèles hospitalières pour décrire les produits offerts par l'hôpital et ont été utilisés en tant que base d'un système de paiement prospectif. Les DRG permettent de regrouper les cas ayant une pathologie et une consommation de ressources semblables. Les APDRG (*All Patient Diagnoses Related Groups*) sont le fruit d'une révision des DRG. Cette modification a permis, outre des adjonctions concernant la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la pédiatrie, de compléter les DRG avec deux nouvelles catégories majeures de diagnostics (CMD) concernant les polytraumatisés et les affections liées au VIH. La typologie utilisée est basée sur les données de routine saisies pour chaque séjour hospitalier, telles que le diagnostic principal, le ou les diagnostics secondaires et les éventuelles interventions chirurgicales, l'âge, le sexe, etc. Le système APDRG repose sur le système de codification des diagnostics (CIM-10), ainsi que sur celui des interventions chirurgicales (ICD-9-CM, vol. 3) utilisés en Suisse, dans le cadre des statistiques fédérales, pour la statistique médicale. Le système APDRG comprend 25 CMD (affections du système nerveux, affections de l'appareil respiratoire, maladies mentales et psychiques, brûlures, etc.) et 641 groupes de cas hospitaliers. Un coût relatif, exprimé en points, peut être associé à chaque APDRG. Se-

lon cette méthode, le coût relatif d'un APDRG donné est égal au coût moyen des cas classés dans cet APDRG divisé par le coût moyen de tous les cas considérés. Les coûts relatifs ainsi obtenus permettent de procéder à des comparaisons entre hôpitaux en tenant compte des pathologies traitées et d'allouer des ressources à un hôpital sur la base des classes de patients qui composent sa patientèle.

Il y a lieu de noter qu'un projet de tarification sur base APDRG est déjà très avancé dans le canton de Vaud. En lieu et place de l'actuel système qui combine forfait d'admission et forfait journalier, on peut s'attendre à l'introduction, dès le 1^{er} janvier 2002, de forfaits par cas sur base APDRG. Il faut toutefois préciser à cet égard qu'il s'agirait en un premier temps uniquement de facturer par APDRG, le financement à proprement parlé continuant à se faire selon le système du budget global. Différents projets-pilotes ayant trait aux APDRG sont également en cours dans d'autres cantons, notamment dans les cantons de Zurich, du Valais, de Genève et au Tessin.

Système tarifaire MIPP

Le système MIPP (*Modell integrierter Patientenpfade*) a pour origine le système de classification des patients PMC (*Patient Management Categories*) et plus particulièrement l'un de ses sous-produits, le PMP (*Patient Management Path*). Dans le système MIPP, il s'agit d'associer deux aspects dans un même outil, la rémunération et les recommandations de pratique clinique, ces dernières s'exprimant sous forme de «cheminements de patients». Pour chaque prestation, identifiée comme partie d'un continuum de soins de l'entrée à l'hôpital à la sortie, les différentes étapes du cheminement, comme les examens de laboratoire, la radiologie, les soins intensifs, la salle d'opération, etc. sont fixées et tarifées sur la base d'études approfondies des temps et des coûts induits par chacun des «blocs» de soins qui constituent le traitement complet selon le cheminement médicalement indiqué. Contrairement à des systèmes de type «Top-Down» tels que les systèmes basés sur les DRG qui partent de la situation existante, les systèmes de types «Bottom-Up», dont fait justement partie le système MIPP, ont l'ambition de parvenir à

définir la situation telle qu'elle devrait être, en se basant dans ce dessein sur différents standards portant notamment sur le traitement ou encore la qualité.

En Suisse, c'est l'hôpital cantonal d'Aarau qui représente le centre de développement du modèle MIPP. Le projet poursuivi vise à définir des cheminements de patients, pour chacune des principales affections considérées. Le projet a pour objectif d'aboutir à identifier et à documenter 50 cheminements de patients avec leurs tarifs dans 5 hôpitaux : en l'occurrence l'hôpital cantonal d'Aarau, les hôpitaux cantonaux de St-Gall et de Lucerne, l'hôpital de Zofingen ainsi que l'Ostschweizer Kinderspital de St-Gall. On notera à ce sujet que l'hôpital cantonal d'Aarau applique non seulement des

Les forfaits par cas présentent la caractéristique de se rapprocher le plus de la prestation effectivement fournie.

forfaits par divisions (médecine, orthopédie, urologie, pédiatrie, etc.), mais facture également un nombre limité de forfaits par cas basés sur la méthode MIPP pour certains traitements spécifiques, comme par exemple les appendicectomies, les hernies inguinales ou encore les prothèses totales de la hanche.

Modèle tarifaire PLT

Le modèle PLT (*Prozess-Leistungs-Tarifierung*) repose sur différents modules déterminés en fonction du processus de l'hôpital : tel que le module «diagnostic», qui comprend principalement les prestations médicales fournies lors de l'entrée à l'hôpital, le module «soins», qui englobe essentiellement les coûts du personnel soignant ou encore le module «thérapie» et le module «hôtellerie/service». Le système PLT est caractérisé par l'application de forfaits mixtes. Ainsi, les coûts pour les soins et l'hôtellerie sont rémunérés sur la base d'un forfait partiel journalier, alors que les coûts du traitement mé-

dical et le diagnostic font l'objet d'un forfait partiel par division. Le montant de ces forfaits partiels varie en fonction de la division (chirurgie, médecine, etc.) où le patient est traité. Dans ce modèle, des forfaits séparés pour les implants (forfait établi sur la base d'une norme) et pour les séjours aux soins intensifs (forfait par jour) sont facturés, le cas échéant, en sus.

Le système PLT, introduit rétroactivement au 1^{er} janvier 2000 dans les hôpitaux publics du canton de Zurich, vise donc à remplacer les forfaits par jour par une combinaison de forfaits par jour et par division. Il est remis en question par les assureurs-maladie qui ont interjeté recours au Conseil fédéral. Une procédure de recours concernant les tarifs appliqués dans les hôpitaux cantonaux de Frauenfeld et de Münsterlingen est également en cours dans le canton de Thurgovie qui applique un système proche du modèle PLT, c'est-à-dire un système combinant des forfaits journaliers (hôtellerie et soins) et des forfaits par division.

Conclusion

Par rapport au système de rémunération classique que constituent les forfaits par jour, les formes de rémunérations présentées ci-avant offrent, à des degrés divers, une meilleure transparence des coûts. Ces modèles permettent de ne plus utiliser le seul critère du nombre de journées d'hospitalisation, mais de tenir compte du nombre de patients traités et du service hospitalier concerné.

Le forfait journalier présente le désavantage de ne pas être calculé directement en fonction du coût des prestations qui sont fournies à chaque patient, mais seulement sur la base de la moyenne des coûts de tous les patients de l'hôpital. Il n'existe donc pas de relation directe entre les coûts engendrés par le patient et le financement du séjour de ce dernier par l'assurance-maladie sociale ; d'où une absence de transparence au niveau de la répartition effective des coûts. La différence entre le forfait journalier et les forfaits par division, service ou spécialité réside dans le fait que le calcul de la rémunération est effectué sur la base de la moyenne des coûts des patients de la division, service ou spécialité concernés et non pas sur la

moyenne des patients de l'hôpital. C'est dire qu'en comparaison des forfaits journaliers, les forfaits par division, service ou spécialité présentent l'avantage d'être plus proches des coûts occasionnés par le patient. Enfin, les forfaits par cas (par exemple ceux liés au diagnostic) présentent la caractéristique de se rapprocher davantage encore de la prestation fournie que les forfaits précédemment mentionnés.

Il est important de constater que l'utilisation des forfaits journaliers peut avoir pour effet d'encourager les hôpitaux à prolonger arbitrairement la durée des hospitalisations, car plus le patient restera longtemps à l'hôpital, plus les recettes de l'hôpital seront élevées. S'agissant des autres formes de forfaits, indépendantes de la durée de séjour (tels que les forfaits par division ou par diagnostic), il est en revanche essentiel de fixer des règles claires en matière de réhospitalisation, de manière à définir précisément à quelles conditions une réhospitalisation fondée sur un même diagnostic peut être facturée une seconde fois.

La grande variété des forfaits ou combinaison de forfaits existants témoigne donc de la complexité des problèmes encore à résoudre et de l'importance des travaux entrepris dans différents cantons, afin que les coûts soient rémunérés de façon plus équitable et plus proche de l'activité réelle de l'hôpital. Par ailleurs, il est primordial que les modèles de tarification qui seront appliqués en Suisse à l'avenir reposent sur des systèmes de classification uniformes, afin de permettre des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale – ce qui implique l'application de règles uniformes au plan suisse. ■

L'Allemagne adopte à son tour les forfaits par cas pour les prestations hospitalières

Actuellement huit pays européens (la Finlande, la Norvège, la Suède, la Lettonie, le Danemark, l'Espagne et l'Italie) rémunèrent les traitements en hôpital pour soins aigus sur la base des DRG (Diagnosis Related Groups). L'Autriche a développé son propre système¹ de comptabilité des prestations hospitalières. Le présent article traite de la situation en Allemagne, qui se trouve à la veille de l'introduction générale du système des forfaits par cas selon le modèle australien.



Prof. dr Stefan FELDER, directeur administratif de l'institut de médecine sociale et d'économie de la santé de l'université Otto-von-Guericke, Magdeburg, Allemagne

Depuis 1996, environ 20 % des prestations hospitalières en Allemagne sont financées au moyen de forfaits par cas et de rémunérations spéciales. Or, dans le cadre de la dernière réforme du système de santé (Gesundheitsreform 2000), le législateur allemand a décidé l'introduction, d'ici 2003, d'un «système de rémunération généralisé, axé sur les prestations et fonctionnant sur une base forfaitaire» pour les prestations hospitalières générales dispensées dans le cadre d'une hospitalisation complète ou partielle, à l'exception des traitements psychiatriques, sur la base d'un système DRG déjà introduit à l'échelle internationale. Fin juin 2000, donc dans les délais impartis, la «communauté d'autogestion» – à savoir les organisations faitières représentant les caisses-maladie reconnues, jointes à l'association des hôpitaux allemands (Deutsche Krankenhausgesellschaft) – s'est entendue pour adopter le système «affiné australien» AR-DRG (AR signifie Australian refined). Cet article donne une brève description du mode de fonctionnement des AR-

DRG et des modalités prévues de leur application en Allemagne.

Mode de fonctionnement des AR-DRG

Il existe plusieurs systèmes de classification du traitement des patients axée sur le diagnostic. Tous ont pour objectif commun de classer les traitements en hôpital pour soins aigus selon des critères médicaux en groupes de traitements de coût similaire, afin de créer les conditions d'une rémunération conforme au coût réel.

Le système des AR-DRG se caractérise par le souci de précision qui préside à la constitution des groupes. Le DRG est défini au départ par le diagnostic principal (cf. **figure**), sur lequel se base en principe l'indication du traitement hospitalier. Les AR-DRG distinguent 23 «Major Diagnostic Categories» (MDC), structurées sur un premier niveau en fonction des principaux systèmes organiques ou groupes de maladies. Les interventions très coûteuses (transplantations) sont réunies dans un groupe à part.

Le deuxième niveau de classification distingue entre les traitements

opératoires et les traitements conservateurs. Les procédures sont ensuite classées en fonction du besoin ou non d'utiliser le bloc opératoire. Au troisième niveau, chacune de ces trois catégories est divisée en ce qu'on appelle les AR-DRG de base. Comme pour les niveaux précédents, la répartition se fait ici suivant des critères exclusivement médicaux. Le quatrième niveau – où l'on trouve les AR-DRG à proprement parler – est celui où les critères économiques sont déterminants. La question d'une étape de différenciation supplémentaire d'un AR-DRG de base dépend de la répartition des coûts au sein du groupe. Si les coûts des AR-DRG sont similaires malgré les différences de complexité des traitements, on renoncera à une subdivision supplémentaire.

L'estimation des coûts de traitement pour les différents AR-DRG se fait suivant un algorithme complexe qui tient compte notamment de la comorbidité déterminée par les diagnostics secondaires. La complexité du cas est donnée par l'attribution à chaque diagnostic secondaire d'un degré de gravité sur une échelle qui en comprend cinq. Tous les diagnostics secondaires avec leur degré de complexité sont ensuite pris en compte dans une évaluation globale sur une échelle de cinq points. Le score obtenu, appelé PCCL (Patient Clinical Complexity Level) est combiné dans une dernière étape avec l'âge du patient, la durée de séjour et d'autres facteurs pour déterminer le degré de gravité global de l'état d'un patient. Le système australien distingue en tout 661 AR-DRG, dont 409 sont des AR-DRG de base qui n'ont pas été différenciés davantage en raison de l'homogénéité des coûts de traitement.

La décision d'introduire les AR-DRG australiens en Allemagne a été largement motivée par le fait que l'algorithme complexe utilisé dans la différenciation des degrés de gravité tient, d'une part, plus justement compte des prestations et de l'autre, se prête beaucoup moins facilement aux manipulations. En outre, il s'agit d'un système moderne et rigoureux, développé par des experts en DRG au bénéfice d'une large expérience. Toutefois, la version 4.1 n'est utilisée que depuis 1999, de sorte que l'on ne dispose encore que de peu d'éléments en comparaison avec les

1 LDF = Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (groupes de cas diagnostiques axés sur les prestations).

systèmes nord-américains de classification des patients.

Plan d'introduction des AR-DRG en Allemagne

Dans un premier temps, le système allemand prévoit au maximum 800 DRG, chaque DRG de base comprenant au plus trois DRG. La différenciation des groupes de base s'opérant selon les principes de la gestion d'entreprise, elle doit s'appuyer sur des données empiriques. Les prix fixes des différents DRG – ou plutôt leurs poids relatifs, vu qu'il est question de présenter un système de tarifs indépendant de la monnaie – sont calculés sur la base des coûts par cas déterminés dans un échantillon d'hôpitaux. Les partenaires contractuels ont convenu de mainte-

nir à jour le système DRG, et en particulier de vérifier régulièrement la classification et la pondération relative des DRG à l'aune des données empiriques. Un nouveau DRG ne pourra être créé que s'il inclut au moins 10 % des cas de l'ancien DRG et s'il permet d'améliorer l'homogénéité d'au moins 5 %.

On ignore à l'heure actuelle si le système de forfaits par cas fixera, pour toute l'Allemagne ou à l'échelle régionale, des prix fixes ou des prix maximums. Les caisses exigent un système de prix maximum qui autoriserait des différenciations régionales ou spécifiques à chaque établissement. Aujourd'hui déjà, certains hôpitaux concluent avec les caisses-maladie des accords de réduction de prix sur des forfaits par cas. Il se peut qu'à l'avenir, les rabais

deviennent un instrument important de compétition entre hôpitaux.

La rémunération basée sur les DRG modifiera durablement le sec-

La rémunération basée sur les DRG modifiera durablement le secteur hospitalier allemand.

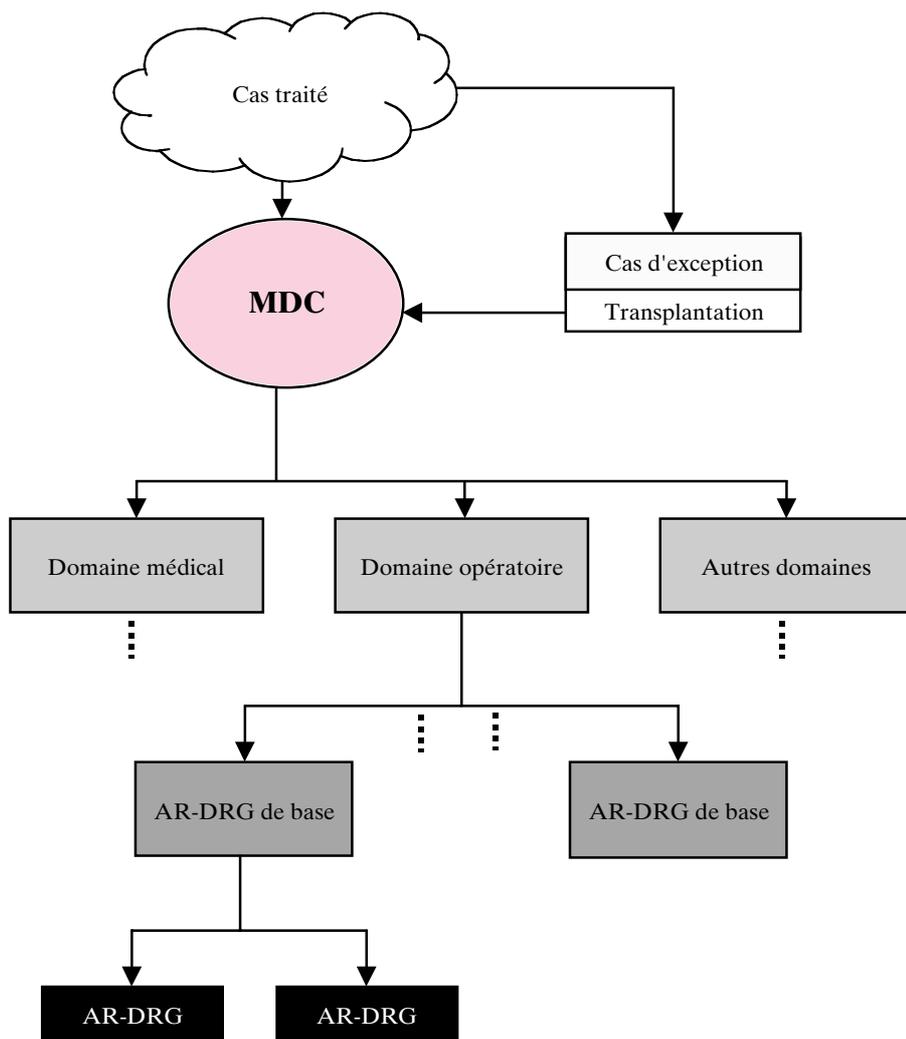
teur hospitalier allemand. Dans le système actuel, le remboursement des coûts représente 80 % de la rémunération. Il n'est donc guère étonnant que les coûts par cas, même compte tenu de l'hétérogénéité des prestations hospitalières, accusent une forte dispersion. Les fournisseurs de prestations trouveront dans le système futur des prix fixes de nouvelles incitations à réduire leurs coûts. De nombreux hôpitaux verront l'inefficacité de leur organisation sanctionnée par des déficits. Les établissements qui travaillent efficacement pourront en revanche générer des profits et tenteront dès lors, au moyen de réductions de prix, d'augmenter leur volume de prestations dans des services où ils présentent des avantages comparatifs. Certes, les hôpitaux dont les dépenses sont élevées se verront accorder un délai de transition pour résorber leurs déficits, mais des fermetures d'établissements et une réduction de la pléthore de lits qui règne en Allemagne seront inévitables. L'expérience des pays de l'OCDE ayant introduit les DRG montre un recul significatif de la durée des hospitalisations et une augmentation de la productivité (augmentation du nombre de cas traités parallèlement à une réduction des coûts par cas) dans la première période suivant l'introduction des DRG.

(Traduit de l'allemand)

Bibliographie

Arnold, Michael, Martin Litsch et Henner Schellschmidt (dir. de la publ.), Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs, Stuttgart et New York, éd. Schattauer, 2001.

Niveaux hiérarchiques des AR-DRG



Formation des prix des médicaments

En 1999 en Suisse, les coûts des médicaments se sont élevés à 4 milliards de francs – ce qui correspond à environ 10 % des coûts globaux de la santé. Sur ces 4 milliards, l'assurance-maladie obligatoire a remboursé 2,9 milliards – qui représentent près de 20 % des coûts pris en charge sur la base de la LAMal. Cet article décrit les mécanismes de fixation des prix des médicaments remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.

Dominique MARCUARD, collaboratrice scientifique, section Médicaments, division principale Assurance-maladie et accidents, OFAS

Les conditions de prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire

La liste des spécialités

La Confédération exerce une influence sur la fixation des prix des médicaments qui sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), cette dernière rembourse, d'une part, les médicaments prêts à l'emploi, appelés spécialités pharmaceutiques, et de l'autre, les médicaments qui sont préparés individuellement par les pharmaciens sur prescription médicale. Ce deuxième type de médicament ne jouant plus aujourd'hui qu'un rôle mineur, nous limitons notre article aux médicaments prêts à l'emploi. L'Office fédéral des assurances sociales établit une liste de ces médicaments, appelée liste des spécialités (LS). L'assurance-maladie obligatoire rembourse exclusivement les médicaments qui y figurent: la LS est dès lors considérée comme une liste positive exhaustive, qui totalise près de 2500 médicaments sur les quelque 7300 autorisés à la vente en Suisse. L'assurance-maladie obligatoire rembourse au plus le prix indiqué dans la liste, mais en cas de traitement hospitalier, la LS n'est en principe pas appliquée parce que les établissements hospitaliers et les assureurs-maladie ont généralement convenu de forfaits journaliers qui englobent également les médicaments.

Les conditions d'admission

Pour être admis dans la LS, un médicament doit être au bénéfice d'une

autorisation de mise sur le marché suisse. L'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM) est compétent pour autoriser la mise sur le marché de tous les médicaments, à l'exception des produits immunobiologiques et des vaccins qui relèvent de la compétence de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ces autorités examinent notamment le rapport risques-utilité, ou, en d'autres termes, l'efficacité et la sécurité des médicaments.

Pour être admis dans la LS, un médicament doit en outre être efficace, approprié et économique. L'examen de l'OFAS porte principalement sur le rapport coût-utilité, c'est-à-dire sur l'aspect économique. Pour juger du caractère économique d'un médicament, l'office fédéral compare son prix, d'une part, avec celui d'autres médicaments figurant dans la LS et de l'autre, avec les prix pratiqués à l'étranger.

Pour la comparaison avec d'autres médicaments, l'efficacité et le coût d'un médicament par jour ou par cure sont comparés avec ceux d'autres médicaments utilisés pour la même maladie ou présentant des effets analogues. Lorsque le nouveau médicament présente un avantage thérapeutique par rapport aux produits utilisés jusque-là, l'OFAS peut accorder une prime à l'innovation; celle-ci tient compte de manière appropriée des coûts de recherche et de développement.

Pour la comparaison avec les prix à l'étranger, l'OFAS prend généralement en considération des pays dont le secteur pharmaceutique présente des structures économiques comparables: il effectue actuelle-

ment des comparaisons avec l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas. En règle générale, le prix de fabrication d'un médicament ne doit pas dépasser le prix de fabrication moyen du même médicament dans ces trois pays. Si le médicament n'est pas commercialisé ou ne l'est que partiellement dans ces trois pays, l'OFAS peut effectuer des comparaisons avec les prix pratiqués dans d'autres pays.

Pour juger si les conditions d'admission sont remplies, l'OFAS est conseillé par la Commission fédérale des médicaments, qui est composée de représentants des facultés de médecine et de pharmacie, des médecins, des pharmaciens, des établissements hospitaliers, des assureurs-maladie, de l'industrie pharmaceutique et des personnes assurées; l'OFSP, l'OICM, la pharmacie de l'armée et la Surveillance des prix y sont également représentés. Cette dernière peut formuler des recommandations à l'intention de l'OFAS, mais la décision finale appartient à l'office fédéral.

Frais de distribution

La LS indique le prix de vente au public de chaque médicament qui constitue le prix maximum remboursé par l'assurance-maladie obligatoire. Les frais de distribution étaient réglés précédemment par l'association de droit privé Sanphar, constituée par les organisations actives dans le commerce des médicaments qui s'étaient engagées à respecter l'ordre des marges établi par Sanphar: la réglementation adoptée prévoyait, pour le commerce et les pharmaciens, des marges fixées en pourcentage du prix et échelonnées en fonction du montant de celui-ci (selon cette réglementation, 58 % en moyenne du prix au public revenaient au fabricant, 9 % aux grossistes et 33 % au commerce spécialisé). Le 7 juin 2000, la Commission de la concurrence, se référant à la loi sur les cartels, l'a interdit et par la suite, Sanphar a été dissoute: parce qu'elles étaient fixées en pourcentage, les marges créaient, d'une part, des incitations indésirables en récompensant en quelque sorte les pharmaciens qui vendaient un grand nombre de médicaments coûteux; d'autre part, leur pourcentage dégressif entraînait un financement de la vente des médicaments bon marché au moyen des marges prélevées

sur les médicaments plus chers. Afin de supprimer les incitations indésirables de l'ancien système, le législateur a introduit un nouveau mode de rémunération des prestations des pharmaciens lors de la 1^{re} révision partielle de la LAMal, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001.

Réexamen 15 ans après l'admission dans la LS

L'ordonnance sur l'assurance-maladie prévoit que l'OFAS examine, 15 ans après leur admission dans la LS, si les médicaments remplissent encore les conditions d'admission. Se fondant sur cette disposition, il vérifie depuis 1996 le caractère économique des médicaments concernés en procédant à des comparaisons de prix avec l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas. A la suite de cet examen, les prix d'un grand nombre de médicaments qui avaient été admis dans la LS avant 1986 ont été revus à la baisse. Il faut toutefois noter que ces médicaments perdent des parts du marché, parce qu'ils sont remplacés par des médicaments plus récents, qui sont souvent plus chers. Depuis le début de cette année, l'OFAS peut procéder à un examen de prix dès l'expiration du brevet d'un médicament.

1^{re} révision partielle de la LAMal : ses innovations ...

... la rémunération des prestations des pharmaciens

Précédemment, tous les coûts et les prestations liés à la remise d'un médicament étaient compris dans son prix. La 1^{re} révision partielle de la LAMal prévoit que l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les prestations des pharmaciens liées à la remise des médicaments, indépendamment de leur prix; ces prestations sont remboursées sur la base de conventions tarifaires passées avec les assureurs-maladie. Afin que ce nouveau mode de rémunération des prestations pharmaceutiques n'entraîne pas une hausse des coûts des médicaments, les marges de couverture des frais de distribution ont fait l'objet d'une nouvelle réglementation: c'est ainsi que le Conseil fédéral et le Département fédéral de l'intérieur ont adopté, avec effet au 1^{er} janvier 2001, les modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.

Depuis le 1^{er} janvier 2001, le prix fixé dans la LS se compose du **prix de fabrique** et d'une part relative à la

distribution. Désormais, l'OFAS se base sur les prix de fabrique pour ses comparaisons avec les prix pratiqués à l'étranger. Etant donné que la LS fixe, comme précédemment, le prix de remise des médicaments au public, il lui appartient de se prononcer sur le caractère économique de la part relative à la distribution.

La **part relative à la distribution** rémunère les prestations logistiques, en particulier les coûts liés au transport, au stockage et à l'encaissement. Elle n'est pas fixée séparément pour le commerce de gros et pour le commerce spécialisé, parce que le premier n'est pas un fournisseur de prestations. Pour les médicaments soumis à ordonnance médicale (catégories de remise A et B de l'OICM), la part relative à la distribution se compose d'une prime fixée en pour-cent du prix de fabrique (prime relative au prix) et d'une prime forfaitaire par emballage.

La *prime relative au prix* tient compte des coûts en capitaux liés en particulier à la gestion des stocks et aux avoirs non recouverts. Elle devrait varier entre 12 et 15 % du prix de fabrique jusqu'à 880 francs, et entre 8 et 10 % lorsque les prix sont plus élevés.

L'ancien et le nouveau système de rémunération

Aujourd'hui		Nouveau : Catégories de remise A et B	Nouveau : Catégories de remise C et D
Prix LS		Prix LS	
Comparaison avec les prix étrangers sur la base du prix au public sans TVA		Prestations des pharmaciens et des médecins (conventions tarifaires)	Prestations des pharmaciens et des médecins (conventions tarifaires)
Part relative à la distribution	Prime forfaitaire par emballage	Marge en %	
	Marge en %		
Prix de fabrique	Comparaison avec les prix étrangers sur la base du prix de fabrique		Comparaison avec les prix étrangers sur la base du prix de fabrique

La *prime par emballage* prend en compte notamment les frais de transport, d'infrastructure et de personnel. Pour éviter que cette prime n'entraîne un trop fort renchérissement des médicaments actuellement bon marché, elle peut être échelonnée selon le prix de fabrique. Pour les médicaments qui seront admis à l'avenir dans la LS, cette prime devrait s'élever de 4 à 60 francs.

Les médicaments qui sont remis sans ordonnance médicale (catégorie de remise C et D de l'OICM) sont le plus souvent bon marché. Ils renchérraient considérablement, dans certains cas, s'ils étaient majorés d'une prime forfaitaire par emballage. Raison pour laquelle le Département fédéral de l'intérieur a décidé que leur part relative à la distribution ne devait comprendre qu'une prime en pour-cent fixé en fonction du prix.

L'OICM classe les médicaments, lors de leur admission, dans l'une des catégories de remise suivantes :

- A: Remise par les pharmacies sur ordonnance stricte (sauf autorisation expresse du médecin, le médicament ne peut être délivré qu'une seule fois).
- B: Remise par les pharmacies sur ordonnance médicale (le médicament peut être délivré plusieurs fois).
- C: Remise par les pharmacies sans ordonnance médicale.
- D: Remise par les pharmacies et les drogueries sans ordonnance médicale.
- E: Remise sans ordonnance médicale par les pharmacies, les drogueries et autres commerces.

La LS contient des médicaments des catégories de remise A, B, C et D, mais aucun de la catégorie E :

A:	environ 950 emballages	(15%)
B:	environ 4300 emballages	(69%)
C:	environ 500 emballages	(8%)
D:	environ 460 emballages	(8%)
Total:	environ 6210 emballages	(100%)

Il faut bien distinguer ce classement et la disposition de la LAMal qui prévoit que l'assurance-maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments qui sont prescrits par un médecin. C'est pourquoi les médicaments des classes de remise C et D doivent également être prescrits par ordonnance pour être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.

sés par l'assurance-maladie obligatoire.

En plus du prix fixé dans la LS, l'assurance-maladie obligatoire rembourse les prestations des fournisseurs (pharmaciens, médecins). Le Département fédéral de l'intérieur a décidé que les prestations suivantes devaient obligatoirement être remboursées: le conseil lors de l'exécution d'une ordonnance médicale; l'exécution d'une ordonnance médicale en dehors des heures de travail usuelles, en cas d'urgence; le remplacement d'un médicament original prescrit par ordonnance par un générique moins cher; l'assistance, sur mandat médical, lors de la prise d'un médicament (par exemple lors de la remise de méthadone). De plus, l'assurance peut prendre en charge dans le cadre d'une convention tarifaire, les coûts de prestations plus étendues qui permettent de réduire les coûts et sont destinées à un groupe d'assurés. La rémunération de ces prestations est réglée par des conventions tarifaires.

L'OFAS envisage d'adapter au nouveau système de fixation de prix, les prix des médicaments des catégories A et B qui figurent déjà dans la LS. A cet effet, les anciennes marges de distribution en pour-cent, prévues dans l'ordre des marges de Sanphar, seront remplacées par les nouvelles primes relatives au prix et par emballage. La prime relative au prix aura pour effet de majorer le prix des médicaments jusqu'ici bon marché et de réduire partiellement celui

des médicaments coûteux. Pour que les médicaments généralement bon marché des catégories de remise C et D ne soient pas touchés par le nouveau système de fixation des prix, leurs prix demeureront inchangés. Le nouveau système de rémunération devra respecter le principe de la neutralité des coûts. La Société suisse de pharmacie et le Concordat des assureurs-maladie suisses ont fait des calculs à ce sujet. Se fondant sur ces données, ils ont convenu dans une convention tarifaire d'un mode de rémunération des prestations pharmaceutiques. Dans cette même convention, ils ont également adopté des règles d'adaptation pour assurer la neutralité des revenus.

... le remplacement des médicaments originaux par des génériques

Le droit pour les pharmaciens de remplacer le médicament original par un générique est une autre innovation introduite par la 1^{re} révision partielle de la LAMal dans le domaine des médicaments. Dans sa composition, sa quantité et son dosage, un générique correspond au médicament original; il peut être vendu après l'échéance du brevet du médicament original et en règle générale, il est meilleur marché que le médicament original vu qu'il ne doit pas supporter de frais de recherche.

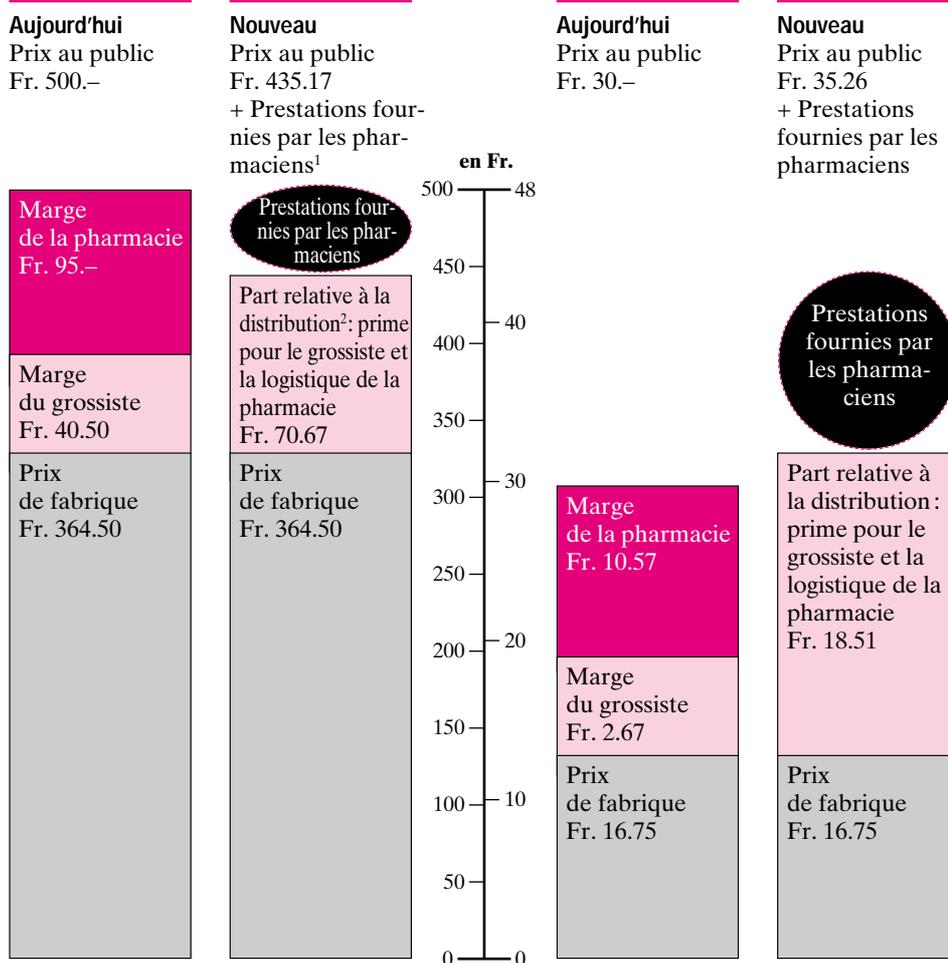
Jusqu'à présent, les pharmaciens ne pouvaient délivrer un générique qu'avec l'accord préalable du médecin. Désormais, ils pourront le faire (et ils doivent en informer le méde-

Non à l'initiative populaire «pour des médicaments à moindre prix»

Le 4 mars, le peuple suisse a rejeté l'initiative Denner intitulée «pour des médicaments à moindre prix» par 69,1 % de non contre 30,9 % de oui. Cette initiative a également été refusée par les cantons. Elle prévoyait que les médicaments vendus en France, en Italie, en Allemagne et en Autriche pourraient être distribués en Suisse sans autorisation particulière; et que si l'assurance-maladie obligatoire était tenue de prendre en charge les préparations originales et les médicaments génériques, seuls seraient remis les médicaments ayant le prix le plus avantageux selon une liste publiée chaque année par les assureurs-maladie reconnus par la Confédération.

Le Conseil fédéral et le Parlement avaient recommandé le rejet de l'initiative. Pour justifier son refus, le Conseil fédéral avait invoqué la convention entre l'OFAS et l'industrie pharmaceutique, sur la base de laquelle les prix d'un grand nombre d'anciens médicaments figurant sur la LS ont été revus à la baisse en 1999. En outre, il a fait remarquer que d'autres mesures visant à abaisser les coûts des médicaments avaient déjà été prises. Il a relevé en particulier les deux modifications de la LAMal entrées en vigueur au début de l'année: le droit des pharmaciens de remplacer les préparations originales par des génériques et leur nouveau système de rémunération. Il a aussi attiré l'attention sur la LPth, adoptée en décembre dernier, qui permet d'acheter à meilleur marché et d'importer des médicaments qui sont déjà autorisés en Suisse et dont la protection du brevet est devenue caduque (voir à ce sujet le texte principal).

Formation des prix selon l'ancien et le nouveau systèmes de rémunération des médicaments des catégories de remise A et B: Exemple d'un médicament cher et d'un médicament bon marché



- 1 Les prestations fournies par les pharmaciens (conseils, examen de l'ordonnance médicale, etc.) ne sont rémunérées séparément que pour les médicaments de la LS.
- 2 La part relative à la distribution se compose d'une prime forfaitaire par emballage et d'une prime en pour-cent du prix de fabrication.

cin) à moins que ce dernier n'ait ordonné expressément la remise du médicament original.

La nouvelle loi sur les produits thérapeutiques

Le 15 décembre 2000, le Parlement a adopté une nouvelle loi sur les produits thérapeutiques (LPth). Il appartiendra au Conseil fédéral de fixer la date de son entrée en vigueur.

Cette loi modifie notamment les règles concernant les importations. Actuellement, l'OICM n'autorise qu'un seul fabricant ou importateur à commercialiser un certain produit en Suisse. La nouvelle LPth prévoit, à certaines conditions, une procédure simplifiée d'autorisation

pour les médicaments qui sont déjà admis en Suisse et dont la protection du brevet est échu. De ce fait, un même médicament pourra être importé par plusieurs entreprises.

La LPth règle aussi la publicité. Elle autorise, en principe, la publicité grand public pour les médicaments qui sont délivrés sans ordonnance médicale. Actuellement déjà, l'ordonnance sur l'assurance-maladie interdit la réclame pour les médicaments qui sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire.

Avantages

La LAMal prescrit que le fournisseur de prestations doit répercuter sur la personne assurée ou son assureur les avantages directs et indirects

qu'il perçoit de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments. Si le fournisseur de prestations ne le fait pas, l'assuré ou l'assureur peuvent en exiger la restitution (art. 56).

Jusqu'à ce jour, ces dispositions n'ont pas fait l'objet d'une confirmation judiciaire, parce que ni la personne assurée ni l'assureur n'ont eu connaissance des avantages qui étaient accordés. La nouvelle LPth prévoit qu'il est interdit d'octroyer, d'offrir ou de promettre des avantages matériels aux personnes qui prescrivent ou remettent des médicaments ainsi qu'aux organisations qui emploient de telles personnes. En outre, ces personnes et ces organisations ne doivent pas solliciter ou accepter des avantages de ce genre – il leur est par contre permis d'accepter des avantages matériels de modeste valeur qui ont un rapport avec la pratique de la médecine ou de la pharmacie, ainsi que des rabais usuels dans le commerce et justifiés économiquement qui se répercutent directement sur le prix.

L'entrée en vigueur de la LPth va entraîner une modification de la LAMal, qui sanctionnera quiconque n'a pas répercuté des avantages conformément à l'art. 56 LAMal. L'avenir nous montrera dans quelle mesure cette disposition sera appliquée.

(Traduit de l'allemand)

Formation des tarifs des soins stationnaires en milieu hospitalier



Christof HAUDENSCHILD, dr ès sc. écon.,
directeur H+ Les Hôpitaux de Suisse, Aarau

Vers la fin des années 80, les assureurs sociaux suisses (AA, AM, AI), H+ et la CDS ont développé un modèle qui a permis de calculer de manière relativement mécanique les forfaits journaliers des hôpitaux jusqu'au milieu des années 90. Ce modèle qui reposait sur la comptabilité financière a été appliqué par les assureurs-maladie également, et ceci dans de nombreux cantons. Or, il se trouve que l'économicité de chaque établissement hospitalier ne peut être aisément déterminée à l'aide de la seule comptabilité financière et que, de ce fait, elle ne saurait entrer en considération dans la formation des tarifs. C'est pourquoi les représentants des assureurs et H+ ont souhaité poursuivre le développement du modèle et le faire reposer sur la comptabilité analytique. Ainsi qu'il a été démontré dans certains cantons, cette entreprise ne se heurte à aucune difficulté particulière. Etant donné la pression constante exercée en vue de réaliser des économies, les assureurs se sont montrés de plus en plus disposés à introduire un nouveau modèle orienté vers des tarifs plutôt plus élevés. La loi révisée sur l'assurance-maladie n'a apporté aucune amélioration dans ce sens, bien au contraire.

Au lieu de contourner la réalité des coûts par le biais d'un modèle approprié, les représentants des hôpitaux et les assureurs dans les cantons s'affrontent depuis des mois, voire des années (dès l'introduction de la nouvelle LAMal) sur la question de l'interprétation à pratiquer de l'article 49.1 ainsi que sur le visage à donner au modèle d'indemnisation: ce faisant et s'ils finissent par se mettre d'accord, ils courent le risque de se voir corrigés après-coup par le

Concordat des assureurs-maladie ou par le préposé à la Surveillance des prix; ensuite, si l'on en arrive, ainsi qu'il est devenu normal aujourd'hui, à des procédures de recours au Conseil fédéral via les cantons, il se trouve que ce dernier décide toujours après mille atermoiements: entre-temps ce sont des comptes provisoires qui sont établis. Bref, nous sommes aujourd'hui très éloignés d'un processus efficace de fixation des prix entre interlocuteurs à égalité de force. Quels sont donc les problèmes et qu'est-ce qui doit changer?

1. Il y a lieu de concrétiser les coûts qui ne sont pas à supporter par les assureurs-maladie. Tant que demeurera ouverte la question de savoir ce que l'on entend précisément par coûts d'investissement, enseignement et recherche et surcapacités, les négociations resteront de nature politique et demeureront insolubles pour les responsables techniques. Ces définitions doivent être posées dans l'ordonnance sur la comptabilité et la statistique des prestations des hôpitaux et des homes – ordonnance qui attend de voir le jour depuis 1997. Les définitions utilisées à ce jour par la Surveillance des prix et l'OFAS consistent seulement à extraire autant de coûts que possible des frais d'exploitation imputables, afin de décharger les assureurs-maladie et de charger les cantons ou les cliniques privées. Un nouvel essai a été entrepris en février 2001. La proposition du DFI de reprendre pour ces définitions d'autres reconnues ailleurs aurait le mérite de dépolitiser le problème.

2. Les calculs tarifaires ne doivent plus reposer sur des coûts d'ex-

ploitation individuels, mais sur les coûts moyens de prestataires comparables. Le système actuel paie en principe toujours un prix élevé à celui qui produit à coûts élevés. L'orientation selon les coûts moyens présenterait l'avantage supplémentaire que les négociations tarifaires se concentreraient sur la détermination d'un prix plausible au lieu de discuter sur la gestion économique de l'entreprise.

3. Le système d'indemnisation repose encore sur des forfaits journaliers dans la plupart des cantons. Ce terme de référence n'est pas pertinent, car les coûts de traitement ne sont pas en relation linéaire avec la durée du séjour. L'indemnisation devrait tenir compte de coûts fixes et de coûts variables différenciés. Un modèle de ce type a été introduit l'année dernière dans le canton de Fribourg. On commence par créditer différents forfaits d'admission en fonction du domaine médical concerné. S'y ajoute ensuite un forfait identique pour tout l'hôpital pour l'hôtellerie, puis un forfait journalier pour les soins. Sont également facturables en plus les facteurs importants de coûts spécifiques au patient, tels les soins intensifs et les implants. Un modèle pratiquement identique devrait être introduit pour toute la Suisse orientale, canton de Zurich compris.

Des ressources importantes sont inutilement gaspillées dans le cadre des négociations actuelles qui sont systématiquement suivies de procédures de recours.

La révision de la loi sur l'assurance-maladie doit apporter une simplification du processus de tarification et une plus grande sécurité du droit pour les hôpitaux, en plus de la mise sur un pied d'égalité des hôpitaux subventionnés par l'Etat et de ceux qui ne le sont pas. Dans le cadre des négociations actuelles au

niveau du canton suivies systématiquement de procédures de recours, l'on gaspille inutilement des ressources dans des processus administratifs. Ces ressources seraient sans aucun doute utilisées avec profit pour le traitement des patients. Une amélioration partielle consisterait déjà en l'unification de la structure tarifaire pour toute la Suisse, telle que nous la connaissons (ou devrions la connaître) depuis 1996 dans le secteur ambulatoire. Seuls devraient rester déterminants au plan cantonal le niveau des prix en tant que reflet de celui des exigences et des prix dans chaque canton. La réorganisation du Concordat des assureurs-maladie de Suisse part déjà de ce point de vue. Le concordat est désireux de définir le cadre de négociations de manière centralisée, indépendamment des dispositions légales, tout en négociant de manière décentralisée les prétentions régionales. Le législateur est ainsi invité de manière pressante à poser les bases légales nécessaires, sinon beaucoup de temps et d'énergie seront encore perdus dans les négociations tarifaires, car chaque résultat d'une négociation atteint par des délégations ne disposant pas des pleins pouvoirs peut être remis en question par la centrale à Soleure. L'époque des 26 systèmes de santé indépendants en Suisse doit maintenant céder le pas au moins dans le domaine de l'aménagement des tarifs. ■

(Traduit de l'allemand)

Formation des tarifs dans le secteur hospitalier vue par la CDS

Le sujet des tarifs hospitaliers passionne les cantons. Faire comme s'il était possible d'en parler de manière objective serait malhonnête et il ne vaut donc pas la peine d'essayer de le faire.



Annamaria MÜLLER IMBODEN, cheffe du domaine «Economie et information de la santé» et suppléante du secrétaire central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Berne

L'introduction de la LAMal et la redistribution des cartes qu'elle a entraînée visaient à empêcher que les pouvoirs publics cessent de subventionner les hôpitaux. On craignait, à à raison, de déclencher une énorme poussée des primes. Dans la perspective de hausses de primes massives, prévisibles du fait de l'allongement du catalogue des prestations et de l'abrogation des moratoires tarifaires, cette poussée supplémentaire aurait été intolérable aussi bien politiquement que financièrement. En conséquence, on a arrêté et adopté les dispositions de la LAMal, et notamment son article 49, qui prévoit la participation des pouvoirs publics aux coûts hospitaliers des assurés.

A première vue, les dispositions de la LAMal restent tout à fait raisonnables et leur contenu éclairant : naturellement, les tarifs doivent être calculés de manière économique. Evidemment, nul ne doit se contenter de répercuter ses coûts sans se poser la question de savoir s'ils sont justifiés tels qu'ils se présentent. Logiquement, l'assurance-maladie obligatoire ne doit prendre en charge que les coûts engendrés en cas de réalisation du risque et non pas financer les efforts d'extension et d'équipement des fournisseurs de prestations. Bien sûr, tous les fournisseurs de prestations doivent être pris en compte de manière adéquate et nul ne conteste qu'ils doivent pouvoir montrer et démontrer leurs prestations et les moyens qu'elles nécessitent avec clarté. Mais quand à savoir comment les choses doivent se faire, silence.

Il semble que les législateurs aient été assez naïfs pour penser que les termes de «principe d'économie», «adéquation», «transparence» et autres étaient suffisamment parlants et n'appelaient pas d'interprétation particulière. De plus, personne ne semble avoir remarqué que, pour des notions importantes, la version allemande du texte de loi différerait des versions française et italienne. Peut-être était-on tout simplement fatigué après trente ans de tractations, et désireux de mettre enfin un terme à toute l'histoire. Certes, les notions perméables qui ne déclenchent partout que hochements de tête sont consensuelles, mais lorsque la LAMal a été introduite et mise en œuvre, les protagonis-

Les formulations légales se sont avérées sources de malentendus.

nistes ont vite dû se rendre à l'évidence : les formulations contenues dans les dispositions de loi, avec lesquelles ils ont dû en découdre par la suite, ne se sont avérées ni éclairantes ni utiles, mais bien plutôt sources de malentendus tant intentionnels qu'involontaires. Le besoin d'interprétation s'est fait violemment sentir. Parallèlement, la LAMal a eu l'effet d'un boomerang à un autre niveau : elle devait permettre à l'économie de marché de faire enfin

niveau du canton suivies systématiquement de procédures de recours, l'on gaspille inutilement des ressources dans des processus administratifs. Ces ressources seraient sans aucun doute utilisées avec profit pour le traitement des patients. Une amélioration partielle consisterait déjà en l'unification de la structure tarifaire pour toute la Suisse, telle que nous la connaissons (ou devrions la connaître) depuis 1996 dans le secteur ambulatoire. Seuls devraient rester déterminants au plan cantonal le niveau des prix en tant que reflet de celui des exigences et des prix dans chaque canton. La réorganisation du Concordat des assureurs-maladie de Suisse part déjà de ce point de vue. Le concordat est désireux de définir le cadre de négociations de manière centralisée, indépendamment des dispositions légales, tout en négociant de manière décentralisée les prétentions régionales. Le législateur est ainsi invité de manière pressante à poser les bases légales nécessaires, sinon beaucoup de temps et d'énergie seront encore perdus dans les négociations tarifaires, car chaque résultat d'une négociation atteint par des délégations ne disposant pas des pleins pouvoirs peut être remis en question par la centrale à Soleure. L'époque des 26 systèmes de santé indépendants en Suisse doit maintenant céder le pas au moins dans le domaine de l'aménagement des tarifs. ■

(Traduit de l'allemand)

Formation des tarifs dans le secteur hospitalier vue par la CDS

Le sujet des tarifs hospitaliers passionne les cantons. Faire comme s'il était possible d'en parler de manière objective serait malhonnête et il ne vaut donc pas la peine d'essayer de le faire.



Annamaria MÜLLER IMBODEN, cheffe du domaine «Economie et information de la santé» et suppléante du secrétaire central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, Berne

L'introduction de la LAMal et la redistribution des cartes qu'elle a entraînée visaient à empêcher que les pouvoirs publics cessent de subventionner les hôpitaux. On craignait, à à raison, de déclencher une énorme poussée des primes. Dans la perspective de hausses de primes massives, prévisibles du fait de l'allongement du catalogue des prestations et de l'abrogation des moratoires tarifaires, cette poussée supplémentaire aurait été intolérable aussi bien politiquement que financièrement. En conséquence, on a arrêté et adopté les dispositions de la LAMal, et notamment son article 49, qui prévoit la participation des pouvoirs publics aux coûts hospitaliers des assurés.

A première vue, les dispositions de la LAMal restent tout à fait raisonnables et leur contenu éclairant : naturellement, les tarifs doivent être calculés de manière économique. Evidemment, nul ne doit se contenter de répercuter ses coûts sans se poser la question de savoir s'ils sont justifiés tels qu'ils se présentent. Logiquement, l'assurance-maladie obligatoire ne doit prendre en charge que les coûts engendrés en cas de réalisation du risque et non pas financer les efforts d'extension et d'équipement des fournisseurs de prestations. Bien sûr, tous les fournisseurs de prestations doivent être pris en compte de manière adéquate et nul ne conteste qu'ils doivent pouvoir montrer et démontrer leurs prestations et les moyens qu'elles nécessitent avec clarté. Mais quand à savoir comment les choses doivent se faire, silence.

Il semble que les législateurs aient été assez naïfs pour penser que les termes de «principe d'économie», «adéquation», «transparence» et autres étaient suffisamment parlants et n'appelaient pas d'interprétation particulière. De plus, personne ne semble avoir remarqué que, pour des notions importantes, la version allemande du texte de loi différerait des versions française et italienne. Peut-être était-on tout simplement fatigué après trente ans de tractations, et désireux de mettre enfin un terme à toute l'histoire. Certes, les notions perméables qui ne déclenchent partout que hochements de tête sont consensuelles, mais lorsque la LAMal a été introduite et mise en œuvre, les protagonis-

Les formulations légales se sont avérées sources de malentendus.

nistes ont vite dû se rendre à l'évidence : les formulations contenues dans les dispositions de loi, avec lesquelles ils ont dû en découdre par la suite, ne se sont avérées ni éclairantes ni utiles, mais bien plutôt sources de malentendus tant intentionnels qu'involontaires. Le besoin d'interprétation s'est fait violemment sentir. Parallèlement, la LAMal a eu l'effet d'un boomerang à un autre niveau : elle devait permettre à l'économie de marché de faire enfin

son entrée dans le domaine de la santé publique, encroûté dans ses planifications, et souffler un vent de fraîcheur sur les bureaucraties. Le pouvoir des associations devait être brisé et la liberté de négociation dominée. Pas la liberté contractuelle par contre. Pour imposer des tarifs là où les partenaires n'ont aucune envie de se mettre d'accord, il a fallu prévoir une procédure souveraine de fixation de tarifs – en tant que mesure d'extrême urgence s'entend. Et parce qu'une première instance en appelle toujours une autre, on a fait appel aux services du Conseil fédéral. Supposant probablement que nul n'oserait importuner notre gouvernement national avec des bagatelles telles que le prix du séjour à l'hôpital X de l'assuré de Y. Et on a vu tout faux.

Après l'introduction de la LAMal, les caisses se sont retrouvées sous une telle pression qu'elles ont commencé à négocier bec et ongles les tarifs. Une chose loin d'être mauvaise en soi quand elle engendre des impulsions créatives dans une culture de négociation aux airs de marchandage de bazar. Mais les caisses tracassées par la LAMal ont appelé l'administration fédérale à l'aide. Et cette fois, elle a répondu à l'appel. Et comment !

M. Prix a commencé par bondir sur ce sujet prometteur de gros titres. Puis le Conseil fédéral a pris la décision historique (le 13 août 1997) concernant les tarifs hospitaliers zurichois, mettant un terme au rêve de solutions d'économie de marché négociées. Les termes de la LAMal, gentils, inoffensifs et doux à l'oreille, ont finalement été précisés quant à leur contenu en dernière instance, et les différences de formulations entre les trois langues sont apparues au grand jour: l'interprétation a d'abord été grossière (occupation des lits comme facteur d'économie), puis, de décision en décision, plus différenciée et déconcertante. Ils ont été soumis à une précision et – en tout cas pour le texte allemand – à une révision: on a précisé que pour le terme «comptabilité analytique», le texte français faisait foi, et non pas le texte allemand dans lequel il est question de «Kostenstellenrechnung» (comptabilité par centre de charges); de même pour l'expression «formation et recherche», où on est passé de «Lehre» (enseignement) à la notion plus étendue de

«tout genre de formation». On a remplacé les «investissements» par une référence à un «montant-plancher de 3000 francs» et le concept de «division commune» a cédé le pas à celui de «service sans possibilité de choix du médecin dans une chambre à plusieurs lits».

Pour les assureurs, le détour – même limité – par le Conseil fédéral s'est révélé le moyen effectif d'obtenir les tarifs souhaités. Seul celui qui s'est positionné trop gauchement, renonçant d'emblée à toute négociation, a été réprimandé par le Conseil fédéral. De sorte que la voie prévue par la LAMal en cas d'extrême urgence s'est muée en voie royale et qu'il est quasiment impossible, dans la situation actuelle, de convenir de réglementations d'indemnisation raisonnables, consensuelles et d'avenir dans le secteur hospitalier, entre assureurs et fournisseurs de prestations.

Les autorités, pour leur part, n'arrivent plus à se débarrasser des esprits auxquels elles ont fait appel dans les articles 47 et 53 LAMal. La procédure d'approbation, de fixation

et de recours se transforme en véritable bouffonnerie et devient une affaire – tuant les nerfs et usante pour les collaborateurs – qui n'enthousiasme plus vraiment que les juristes les plus opiniâtres de l'administration et les réviseurs des comptes les plus incorrigibles. Aucune trace de débureaucratiation. Et toute l'affaire n'est pas vraiment bon marché.

Environ trois ans et demi après l'arrêté zurichois qui a fait date et des dizaines de décisions tarifaires, plusieurs cantons se demandent, à juste titre, si le mélange des rôles intervenu entre organes responsables, agents de financement et juges dans l'affaire des «hôpitaux» reste opportun et si, en lieu et place de l'ergothérapie administrative prescrite par la loi, il ne serait pas beaucoup plus malin d'élaborer des propositions raisonnables de politique sanitaire commune, porteuse d'avenir. Dans ce sens, la tempête soulevée par les tarifs hospitaliers a également eu un aspect positif. ■

(Traduit de l'allemand)

Soins hospitaliers aigus : fixation des tarifs



Daniel WYLER, Concordat des assureurs-maladie suisses, Soleure

Problématique du calcul de la taxe

Le calcul des forfaits pour les patients de l'assurance obligatoire est une préoccupation essentielle des assureurs dans le domaine des soins hospitaliers aigus. Ce calcul, qui doit être refait chaque année, s'appuie d'une part sur la comptabilité de l'hôpital concerné et de l'autre, sur le modèle de taxes hospitalières que le Concordat a élaboré et mis à disposition des fédérations cantonales. Les difficultés qui surgissent à différents niveaux, lors du calcul des

coûts à prendre en compte pour l'assurance de base, sont parfois extrêmement complexes. Voici une liste succincte des problèmes essentiels:

- la déduction des coûts relevant des assurances complémentaires;
- la déduction des coûts relevant du domaine ambulatoire;
- la distinction entre les coûts liés à la formation et ceux liés à la recherche;
- le calcul de l'utilisation d'investissements non imputables;
- les prestations à facturer à part qui sont décomptées par la Fédération

son entrée dans le domaine de la santé publique, encroûté dans ses planifications, et souffler un vent de fraîcheur sur les bureaucraties. Le pouvoir des associations devait être brisé et la liberté de négociation dominée. Pas la liberté contractuelle par contre. Pour imposer des tarifs là où les partenaires n'ont aucune envie de se mettre d'accord, il a fallu prévoir une procédure souveraine de fixation de tarifs – en tant que mesure d'extrême urgence s'entend. Et parce qu'une première instance en appelle toujours une autre, on a fait appel aux services du Conseil fédéral. Supposant probablement que nul n'oserait importuner notre gouvernement national avec des bagatelles telles que le prix du séjour à l'hôpital X de l'assuré de Y. Et on a vu tout faux.

Après l'introduction de la LAMal, les caisses se sont retrouvées sous une telle pression qu'elles ont commencé à négocier bec et ongles les tarifs. Une chose loin d'être mauvaise en soi quand elle engendre des impulsions créatives dans une culture de négociation aux airs de marchandage de bazar. Mais les caisses tracassées par la LAMal ont appelé l'administration fédérale à l'aide. Et cette fois, elle a répondu à l'appel. Et comment !

M. Prix a commencé par bondir sur ce sujet prometteur de gros titres. Puis le Conseil fédéral a pris la décision historique (le 13 août 1997) concernant les tarifs hospitaliers zurichois, mettant un terme au rêve de solutions d'économie de marché négociées. Les termes de la LAMal, gentils, inoffensifs et doux à l'oreille, ont finalement été précisés quant à leur contenu en dernière instance, et les différences de formulations entre les trois langues sont apparues au grand jour: l'interprétation a d'abord été grossière (occupation des lits comme facteur d'économie), puis, de décision en décision, plus différenciée et déconcertante. Ils ont été soumis à une précision et – en tout cas pour le texte allemand – à une révision: on a précisé que pour le terme «comptabilité analytique», le texte français faisait foi, et non pas le texte allemand dans lequel il est question de «Kostenstellenrechnung» (comptabilité par centre de charges); de même pour l'expression «formation et recherche», où on est passé de «Lehre» (enseignement) à la notion plus étendue de

«tout genre de formation». On a remplacé les «investissements» par une référence à un «montant-plancher de 3000 francs» et le concept de «division commune» a cédé le pas à celui de «service sans possibilité de choix du médecin dans une chambre à plusieurs lits».

Pour les assureurs, le détour – même limité – par le Conseil fédéral s'est révélé le moyen effectif d'obtenir les tarifs souhaités. Seul celui qui s'est positionné trop gauchement, renonçant d'emblée à toute négociation, a été réprimandé par le Conseil fédéral. De sorte que la voie prévue par la LAMal en cas d'extrême urgence s'est muée en voie royale et qu'il est quasiment impossible, dans la situation actuelle, de convenir de réglementations d'indemnisation raisonnables, consensuelles et d'avenir dans le secteur hospitalier, entre assureurs et fournisseurs de prestations.

Les autorités, pour leur part, n'arrivent plus à se débarrasser des esprits auxquels elles ont fait appel dans les articles 47 et 53 LAMal. La procédure d'approbation, de fixation

et de recours se transforme en véritable bouffonnerie et devient une affaire – tuant les nerfs et usante pour les collaborateurs – qui n'enthousiasme plus vraiment que les juristes les plus opiniâtres de l'administration et les réviseurs des comptes les plus incorrigibles. Aucune trace de débureaucratiation. Et toute l'affaire n'est pas vraiment bon marché.

Environ trois ans et demi après l'arrêté zurichois qui a fait date et des dizaines de décisions tarifaires, plusieurs cantons se demandent, à juste titre, si le mélange des rôles intervenu entre organes responsables, agents de financement et juges dans l'affaire des «hôpitaux» reste opportun et si, en lieu et place de l'ergothérapie administrative prescrite par la loi, il ne serait pas beaucoup plus malin d'élaborer des propositions raisonnables de politique sanitaire commune, porteuse d'avenir. Dans ce sens, la tempête soulevée par les tarifs hospitaliers a également eu un aspect positif. ■

(Traduit de l'allemand)

Soins hospitaliers aigus : fixation des tarifs



Daniel WYLER, Concordat des assureurs-maladie suisses, Soleure

Problématique du calcul de la taxe

Le calcul des forfaits pour les patients de l'assurance obligatoire est une préoccupation essentielle des assureurs dans le domaine des soins hospitaliers aigus. Ce calcul, qui doit être refait chaque année, s'appuie d'une part sur la comptabilité de l'hôpital concerné et de l'autre, sur le modèle de taxes hospitalières que le Concordat a élaboré et mis à disposition des fédérations cantonales. Les difficultés qui surgissent à différents niveaux, lors du calcul des

coûts à prendre en compte pour l'assurance de base, sont parfois extrêmement complexes. Voici une liste succincte des problèmes essentiels:

- la déduction des coûts relevant des assurances complémentaires;
- la déduction des coûts relevant du domaine ambulatoire;
- la distinction entre les coûts liés à la formation et ceux liés à la recherche;
- le calcul de l'utilisation d'investissements non imputables;
- les prestations à facturer à part qui sont décomptées par la Fédération

suisse pour tâches communes des assureurs-maladie ;

- le calcul des coûts dans le domaine des malades chroniques et des patients de longue durée.

Les assureurs-maladie font toujours la même expérience : ce sont des domaines où les données, voire même les définitions fondamentales, font défaut (par ex. le secteur des affections de longue durée ou la formation et la recherche). Des comptabilités analytiques et des statistiques de prestations lacunaires – pour ne pas dire inexistantes – aggravent encore la situation. Or, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, il est prévu d'introduire dans les hôpitaux une comptabilité analytique et une statistique des prestations uniformes. Mais jusqu'à présent, ce mandat législatif n'a pas été rempli par les autorités compétentes. Ce vide a même entre-temps engendré la situation suivante : les hôpitaux saisissent leurs coûts et leurs prestations des manières les plus diverses, développent de concert avec les cantons de nouveaux modèles de rémunération et voire même, les appliquent de surcroît par la voie de l'ordonnance. Mais le caractère contraignant de cette obligation ne se traduit pas par l'amélioration visée. La formation des coûts hospitaliers ne gagne ni en transparence ni en logique ni en comparabilité, ce qui favoriserait la libre concurrence. Au contraire, les hôpitaux et les cantons violent le principe essentiel qui est l'introduction *consensuelle* de modèles de rémunération par la voie des négociations. Cette manière de procéder, désorganisée et individualiste, conduit à s'éloigner de plus en plus de l'intention et de la volonté du législateur.

Une maxime : manœuvrer progressivement

Les assureurs ne contestent pas la nécessité de remplacer la taxe journalière liée au séjour hospitalier par un modèle différencié. Mais le Concordat est persuadé que l'on n'atteindra pas le but visé en introduisant de nouveaux modèles opaques et compliqués, qui doivent de surcroît être rapidement appliqués. Ce n'est qu'en jalonnant progressivement la voie que l'on peut judicieusement venir à bout de cette problématique complexe.

La condition sine qua non – donc le premier jalon – est, conformément à l'art. 49, al. 6, LAMal, l'introduction généralisée de la comptabilité analytique et de la statistique des prestations uniformes. La mise en place de la comptabilité analytique permet de discuter sans autre des forfaits journaliers ou des forfaits par cas liés à une division et de collecter les expériences nécessaires. Compte tenu de la diversité des forfaits de rémunération, la comptabilité analytique doit être affinée pour devenir une comptabilité par centre d'imputation des charges. Le Concordat estime cependant que cette étape n'est réalisable que trois à cinq ans après l'introduction de la comptabilité analytique.

Conclusion

Les assureurs-maladie sont d'avis qu'il est peu judicieux de se concentrer sur un objectif sans en mesurer les conséquences, en particulier sur le plan financier. Au vu des expériences faites au cours de l'histoire encore récente de la LAMal, la démarche progressive dont nous avons parlé plus haut s'impose. C'est dans cette optique qu'il faudra s'attaquer le plus simplement possible et d'une manière pragmatique à ces problèmes urgents dans le domaine des soins hospitaliers aigus. —

(Traduit de l'allemand)

Rôle et influence de la Surveillance des prix sur les prix de la santé

Le contrôle des prix de la santé constitue une des activités principales de la Surveillance des prix. Cette dernière examine actuellement les tarifs hospitaliers des traitements intra-muros et ambulatoires, le nouveau système de tarif médical TARMED valable pour l'ensemble de la Suisse, les tarifs privés des médecins-dentistes ainsi que le prix des médicaments. En orientant correctement les prix, la Surveillance des prix exerce une influence sur le nombre de prestations fournies dans le domaine de la santé.



Manuel JUNG,
lic. rer. pol., Surveillance des prix

En droit

Du point de vue juridique, cette activité se fonde sur l'article 14 de la loi concernant la surveillance des prix (LSPr). Les autorités législatives ou exécutives de la Confédération, des cantons ou des communes doivent prendre l'avis de la Surveillance des prix avant d'approuver ou de fixer des tarifs conformément aux articles

46 ou 47 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le fait de ne pas procéder à cette consultation peut, notamment en cas de recours, constituer un motif suffisant pour l'annulation de tarifs déjà arrêtés. La consultation doit alors être ratifiée. Il faut souligner ici que la Surveillance des prix n'est pas seulement compétente en cas d'augmentations de tarifs, mais également lors

suisse pour tâches communes des assureurs-maladie ;

- le calcul des coûts dans le domaine des malades chroniques et des patients de longue durée.

Les assureurs-maladie font toujours la même expérience : ce sont des domaines où les données, voire même les définitions fondamentales, font défaut (par ex. le secteur des affections de longue durée ou la formation et la recherche). Des comptabilités analytiques et des statistiques de prestations lacunaires – pour ne pas dire inexistantes – aggravent encore la situation. Or, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, il est prévu d'introduire dans les hôpitaux une comptabilité analytique et une statistique des prestations uniformes. Mais jusqu'à présent, ce mandat législatif n'a pas été rempli par les autorités compétentes. Ce vide a même entre-temps engendré la situation suivante : les hôpitaux saisissent leurs coûts et leurs prestations des manières les plus diverses, développent de concert avec les cantons de nouveaux modèles de rémunération et voire même, les appliquent de surcroît par la voie de l'ordonnance. Mais le caractère contraignant de cette obligation ne se traduit pas par l'amélioration visée. La formation des coûts hospitaliers ne gagne ni en transparence ni en logique ni en comparabilité, ce qui favoriserait la libre concurrence. Au contraire, les hôpitaux et les cantons violent le principe essentiel qui est l'introduction *consensuelle* de modèles de rémunération par la voie des négociations. Cette manière de procéder, désorganisée et individualiste, conduit à s'éloigner de plus en plus de l'intention et de la volonté du législateur.

Une maxime : manœuvrer progressivement

Les assureurs ne contestent pas la nécessité de remplacer la taxe journalière liée au séjour hospitalier par un modèle différencié. Mais le Concordat est persuadé que l'on n'atteindra pas le but visé en introduisant de nouveaux modèles opaques et compliqués, qui doivent de surcroît être rapidement appliqués. Ce n'est qu'en jalonnant progressivement la voie que l'on peut judicieusement venir à bout de cette problématique complexe.

La condition sine qua non – donc le premier jalon – est, conformément à l'art. 49, al. 6, LAMal, l'introduction généralisée de la comptabilité analytique et de la statistique des prestations uniformes. La mise en place de la comptabilité analytique permet de discuter sans autre des forfaits journaliers ou des forfaits par cas liés à une division et de collecter les expériences nécessaires. Compte tenu de la diversité des forfaits de rémunération, la comptabilité analytique doit être affinée pour devenir une comptabilité par centre d'imputation des charges. Le Concordat estime cependant que cette étape n'est réalisable que trois à cinq ans après l'introduction de la comptabilité analytique.

Conclusion

Les assureurs-maladie sont d'avis qu'il est peu judicieux de se concentrer sur un objectif sans en mesurer les conséquences, en particulier sur le plan financier. Au vu des expériences faites au cours de l'histoire encore récente de la LAMal, la démarche progressive dont nous avons parlé plus haut s'impose. C'est dans cette optique qu'il faudra s'attaquer le plus simplement possible et d'une manière pragmatique à ces problèmes urgents dans le domaine des soins hospitaliers aigus. —

(Traduit de l'allemand)

Rôle et influence de la Surveillance des prix sur les prix de la santé

Le contrôle des prix de la santé constitue une des activités principales de la Surveillance des prix. Cette dernière examine actuellement les tarifs hospitaliers des traitements intra-muros et ambulatoires, le nouveau système de tarif médical TARMED valable pour l'ensemble de la Suisse, les tarifs privés des médecins-dentistes ainsi que le prix des médicaments. En orientant correctement les prix, la Surveillance des prix exerce une influence sur le nombre de prestations fournies dans le domaine de la santé.



Manuel JUNG,
lic. rer. pol., Surveillance des prix

En droit

Du point de vue juridique, cette activité se fonde sur l'article 14 de la loi concernant la surveillance des prix (LSPr). Les autorités législatives ou exécutives de la Confédération, des cantons ou des communes doivent prendre l'avis de la Surveillance des prix avant d'approuver ou de fixer des tarifs conformément aux articles

46 ou 47 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Le fait de ne pas procéder à cette consultation peut, notamment en cas de recours, constituer un motif suffisant pour l'annulation de tarifs déjà arrêtés. La consultation doit alors être ratifiée. Il faut souligner ici que la Surveillance des prix n'est pas seulement compétente en cas d'augmentations de tarifs, mais également lors

du maintien ou de baisses de tarifs; on peut en effet aussi imaginer qu'il y a abus de prix lorsque, par exemple, un tarif hospitalier n'est pas abaissé ou que la diminution est insuffisante. Les autorités compétentes doivent donc également lui soumettre des décisions planifiées concernant le maintien et la diminution des prix. Si, sur la base d'un examen au sens de l'article 14 LSPr, la Surveillance des prix arrive à la conclusion que quelque chose ne joue pas, elle recommande à l'autorité compétente de renoncer à l'augmentation de tarif prévue ou d'abaisser un prix maintenu abusivement. Dans tous les cas, l'autorité compétente doit mentionner la recommandation du Surveillant des prix dans sa décision; si elle s'en écarte, elle doit s'en expliquer.

Selon l'article 15 LSPr, la Surveillance des prix peut également édicter des recommandations à l'attention d'autres autorités fédérales disposant d'une compétence de surveillance des prix. S'agissant des tarifs dans le secteur de la santé, elle travaille en étroite collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et la Commission des tarifs médicaux (CTM).

Pour les tarifs des prestations de santé qui ne sont pas à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, la Surveillance des prix dispose, par le biais de l'article 10 LSPr, d'une compétence pour fixer les prix dans la mesure où le tarif concerné ne découle pas d'une concurrence effective. Ces décisions peuvent concerner les tarifs privés des hôpitaux et les tarifs dentaires s'appliquant aux patients privés.

Principales activités

Les *prestations hospitalières* sont l'élément ayant l'incidence la plus importante sur les coûts dans le domaine de la santé. L'examen des taxes hospitalières fixées pour les patients au bénéfice de l'assurance de base constitue depuis de nom-

breuses années une priorité, la Surveillance des prix devant chaque année donner son avis sur les tarifs de 30 à 40 hôpitaux. Dans ce domaine, elle intervient à deux niveaux: d'une part, en faisant des recommandations directement aux gouvernements cantonaux et de l'autre, en donnant son avis au Conseil fédéral lorsque les décisions des pouvoirs exécutifs sont attaquées par voie de recours. Ce travail exige l'appui du Conseil fédéral, qui est manifeste dans les décisions ordonnées depuis 1997 concernant les tarifs hospitaliers contestés: il confirme pratiquement sans réserve l'argumentation et la méthode de calcul appliquée par la Surveillance des prix. Les principes de calcul des tarifs ainsi élaborés ont notamment contribué à stabiliser les tarifs hospitaliers. Ceci ressort aussi de l'étude Infrac sur les effets de la LAMal dans le domaine des tarifs, effectuée sur mandat de l'OFAS et publiée en juin 2000. Le secteur hospitalier dispose cependant encore d'un potentiel d'optimisation important. La Surveillance des prix s'attachera à l'avenir à améliorer la transparence des coûts et le caractère économique des prestations, ce dernier étant évalué par

Les recommandations faites par le Surveillant des prix concernant TARMED ont permis d'éviter une augmentation des coûts de l'ordre d'un milliard de francs.

comparaison des coûts et des données de référence (benchmarking).

Les *prestations médicales ambulatoires* constituent un deuxième facteur d'importance pour les coûts dans le domaine la santé. Leur remboursement s'effectuera pour la première fois selon le TARMED avec une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse. La Surveillance des prix se penche sur ce tarif depuis plusieurs années et elle a fait, à ce propos, deux recommandations détaillées en 1999. Les principales critiques concernaient le re-

venu de référence des médecins jugé trop élevé (217 000 au lieu de 185 000 francs), la double facturation possible des unités de temps, des concepts insuffisants pour permettre le respect de la neutralité des coûts ainsi que des tarifs exagérés pour les examens par IRM et CT, qui ont entraîné des décisions erronées aux conséquences coûteuses en ce qui concerne les investissements. Les partenaires tarifaires ayant appliqué la majorité des recommandations faites par le Surveillant des prix, une augmentation des coûts de l'ordre d'un milliard de francs par an a pu être évitée. En septembre 2000, le Conseil fédéral a approuvé la structure tarifaire remaniée à condition que les partenaires tarifaires signent une convention afin que l'introduction des tarifs s'effectue avec une neutralité des coûts. Selon toute vraisemblance, des négociations concernant le montant des valeurs du point se dérouleront dans le courant de cette année. La Surveillance des prix émettra ensuite des recommandations à l'intention des gouvernements cantonaux compétents concernant les valeurs du point à fixer pour les prestations selon la LAMal.

Les *prestations dentaires* constituent une charge importante pour les ménages dans la mesure où elles ne sont pas couvertes par la LAMal. La Surveillance des prix estime que ce qui pose problème actuellement est notamment l'absence de transparence des tarifs s'appliquant aux patients qui supportent environ 90 % des prestations dentaires. C'est pourquoi elle négocie actuellement avec la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) pour amener les dentistes à indiquer les valeurs du point qu'ils appliquent dans leur cabinet.

Enfin, le prix des *médicaments* qui pèse de plus en plus lourdement sur les coûts de l'assurance-maladie sociale est un élément incontournable de notre activité. Les prix notoirement excessifs par rapport à ceux pratiqués dans les autres pays européens sont un sujet d'indignation constante auquel on pourrait remédier par une autorisation généralisée des importations parallèles. Toutefois, selon la loi sur les produits thérapeutiques adoptée en décembre 2000, une «mise dans le commerce supplémentaire» d'un produit thérapeutique (importation parallèle) n'est pas autorisée aussi longtemps que la préparation originale est protégée par un brevet (cf. l'art. 14 al. 3 de la loi sur les produits thérapeutiques). C'est pourquoi, même en introduisant le principe de l'épuisement international¹ dans la loi sur les brevets, il faudrait également réviser la loi sur les produits thérapeutiques pour permettre des importations parallèles de ce type de médicaments. Aussi, la mesure immédiate que réclame le Surveillant des prix dans le domaine de la liste des spécialités est une extension des pays de référence à des pays dont les prix sont plus favorables ainsi que la suppression du délai (non justifié) de 15 ans en matière de protection des prix. ■

(Traduit de l'allemand)

1 En raison de l'arrêt Kodak rendu par le Tribunal fédéral, qui dessert le commerce et la cause des consommateurs, le principe qui vaut actuellement dans le domaine du droit des brevets est celui de l'épuisement national. Il donne au détenteur du brevet le droit exclusif de commercialiser le produit (par ex. un médicament) sur le territoire national. Toute importation parallèle est donc exclue et la capacité de paiement des Suisses peut être entièrement épuisée.

Pourquoi le droit de participer des patients et des assurés reste en plan

De par sa fonction et vu le nombre croissant d'organes de l'Etat qui font appel à ses connaissances en la matière, l'Organisation suisse des patients et assurés (OSP) devrait avoir son mot à dire lors de la formation des prix dans le secteur de la santé. Or, le financement de cette organisation d'utilité publique n'est nullement garanti et la défense des intérêts des patients est ainsi mise en question.



Margrit KESSLER,
présidente de la Fondation Organisation
suisse des patients et des assurés, Zurich

L'Organisation suisse des patients et assurés (OSP) fête ses vingt ans cette année. Elle a derrière elle une activité couronnée de succès: rien qu'en l'an 2000, le nombre de consultations s'est élevé à 3570 au total. Toujours plus d'assurés et de patients demandent conseil à l'OSP et réclament son soutien. Sur le plan fédéral, nous défendons les intérêts des assurés et des patients dans pas moins de sept commissions, comme la Commission fédérale des prestations, la Commission d'experts sur le secret professionnel dans la recherche médicale et la Commission fédérale des analyses pour ne mentionner que quelques-unes d'entre elles. Nous ne recevons aucune subvention de la part de la Confédération. Pour des groupes de travail nationaux importants, comme celui qui traite de l'assurance de la qualité dans les hôpitaux ou celui qui s'interroge sur la marche à suivre en ce qui concerne la mammographie de dépistage, on sollicite le concours d'experts de l'OSP à titre bénévole bien entendu. Pour des projets financés par l'OFAS, nous devrions mettre gratuitement à disposition notre expérience concernant les personnes qui demandent des conseils. Les moyens financiers modestes

dont nous disposons ne nous permettent tout simplement pas de le faire.

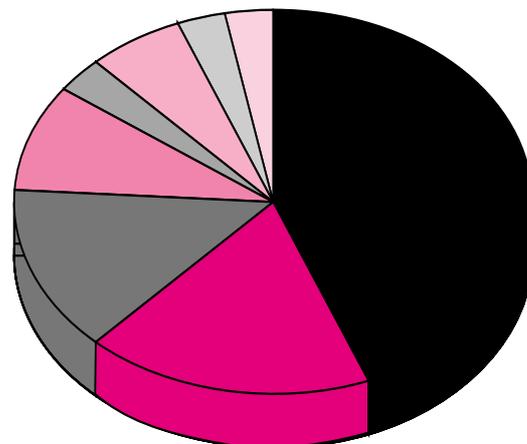
Le projet «TARMED» montre clairement cette difficulté. Le législateur a certes indiqué, à l'art. 43, al. 4, LAMal, que pour les conventions conclues entre des fédérations, les organisations représentant les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral devaient être entendues avant qu'elles soient conclues. Or nous avons informé l'Office fédéral des assurances sociales, le 15 mars 2000, que l'OSP souhaitait examiner les conventions tarifaires valables pour toute la Suisse du point de vue des assurés et des patients, notamment pour ce qui est de la garantie de la qualité et de la protection des données des patients, comme le prévoit la LAMal. Cette information était assortie de la demande de mettre à notre disposition un montant de 50000 francs pour l'exercice du droit d'être entendu, car, compte tenu de la surcharge de nos experts, nous voulions engager une nouvelle personne qui devrait être indemnisée. Le 13 juin 2000, l'OFAS nous a donné la réponse suivante: «Vous savez que nous apprécions les avis critiques émanant des organisations de patients et d'assu-

rés et leur expérience, mais nous ne disposons pas de moyens permettant de financer l'exercice du droit d'être entendu que la LAMal vous accorde.»

Tous les acteurs de la santé, comme le personnel médical, les employés des assureurs et de la Confédération, accomplissent un travail rémunéré. Par contre, on demande à l'Organisation suisse des patients et assurés qui défend les intérêts des patients et des assurés concernés depuis 20 ans avec un succès croissant de travailler gratuitement pour les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations et les autorités fédérales. Cette situation n'est pas tolérable.¹ Dans la pratique, elle ne permet plus aux patients et aux assurés de se faire entendre à propos de la formation des prix dans le secteur de la santé. Ce silence ne saurait être dans l'intérêt d'une politique équilibrée de la santé, sans parler du peu d'estime que l'on montre ainsi pour les intérêts de ceux à qui les prestations de santé sont finalement destinées. ■

(Traduit de l'allemand)

Problèmes exposés par les personnes qui ont demandé conseil auprès de l'OSP – 3570 consultations



■ Médecins	44 %	■ Hôpital/soins	3 %
■ Assureurs-maladie	18 %	■ Autres assurances	6 %
■ Dentistes	9 %	■ Psychiatrie	3 %
■ Autres	14 %	■ Thérapies	3 %

1 Le 22 avril 1999, l'OSP a fait, dans le cadre de la révision partielle de la LAMal, la proposition suivante:

Art. 23a: *Information et conseils destinés aux assurés*

1 La Confédération peut confier à des organisations d'utilité publique des tâches ayant pour but d'informer et de conseiller les assurés. A cet effet, elle leur accorde une aide financière selon la loi sur les subventions.

2 Le Conseil fédéral règle les conditions d'octroi de ces aides financières.

Lors des délibérations sur la LAMal, cette proposition a été rejetée à une courte majorité seulement. Il est temps, dans l'intérêt des assurés et des patients, mais aussi d'une meilleure garantie de la qualité dans le secteur de la santé, d'inclure cet article dans la législation.