



Stiftung für Konsumentenschutz
Monbijoustrasse 61
Postfach
3001 Bern

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
Herr Thomas de Courten
Kommissionspräsident
CH-3003 Bern

Geht per Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Rückfragen:

Ivo Meli, Leiter Gesundheit
i.meli@konsumentenschutz.ch; 031 370 24 28

Bern, 16. Dezember 2019

**Vorentwurf zur Umsetzung der Pa.IV. Humbel (16.419) «Wettbewerbspreise bei
Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste»**

Stellungnahme

Sehr geehrter Herr de Courten

Die Stiftung für Konsumentenschutz dankt Ihnen für die Gelegenheit, zum genannten Vorentwurf Stellung nehmen zu dürfen. Gerne lassen wir Ihnen nachfolgend unsere Bemerkungen zukommen.

Aus den nachfolgend erläuterten Gründen lehnt der Konsumentenschutz den Vorentwurf zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative Humbel ausdrücklich ab:

- Das Kostenvolumen der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) beträgt 720 Mio. Franken im Jahr (Stand 2017). Im Vergleich mit den gesamten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist dies ein geringer Betrag. Da die MiGeL rund 600 Positionen enthält, wäre das Aushandeln von Verträgen für die Beteiligten mit enormem administrativem Aufwand verbunden.
- Aus diesen Gründen ist die Annahme, dass alle Krankenversicherungen und Apotheken einzeln Abgabeverträge für die 600 Positionen der MiGeL aushandeln und unterzeichnen würden nicht realistisch. Es ist davon auszugehen, dass stattdessen oligopolistische Strukturen und Preisabsprachen entstehen würden – mit negativen Auswirkungen auf die Patienten und Prämienzahler.

- Selbst wenn ein verstärkter Wettbewerb tatsächlich zu gewissen Einsparungen führen sollte, wäre fraglich, ob diese die zusätzlichen Kosten für den administrativen Aufwand kompensieren könnten.
- Gemäss dem Bericht der Kommission kann sich das vorgeschlagene System negativ auf die Versorgungssicherheit auswirken. Zudem verursacht es einen Mehraufwand für die Kantone und kann zu langwierigen gerichtlichen Auseinandersetzungen führen.
- Ausserdem läuft aktuell bereits eine Revision der MiGeL durch das Bundesamt für Gesundheit. Eine Beibehaltung und Weiterentwicklung des aktuellen Systems verursacht weniger administrativen Aufwand und wird zu Kosteneinsparungen führen. Auch dies spricht gegen einen Systemwechsel zum aktuellen Zeitpunkt.

Wir danken Ihnen für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Sara Stalder
Geschäftsleiterin



Ivo Meli
Leiter Gesundheit

Département Fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Par email à :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 10 décembre 2019

**16.419 Iv. pa. Humbel. Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils.
Instaurer la concurrence sur les prix. Procédure de consultation**

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée. Vous trouverez en annexe sa prise de position détaillée, dont nous vous livrons ci-dessous une synthèse.

La FRC s'oppose au texte et au projet soumis à consultation.

Le projet défendu par la majorité de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique étonne par sa teneur inutilement complexe et par le nombre d'incertitudes qu'il crée. Il ne simplifie en rien le processus de tarification, et contribue encore moins à en alléger la bureaucratie. Bien au contraire, si une saine concurrence est à même d'avantager généralement les usagers (en santé comme dans tout autre domaine), force est de constater que la mise en concurrence – telle qu'elle a été pensée dans le présent projet – aura pour seul résultat de créer des difficultés supplémentaires aux usagers et ne règlera en rien le problème initialement posé.

La FRC est d'avis que les prix des moyens et appareils figurant dans la LiMA devrait être soumis à une évaluation similaire à celle que l'OFSP effectue pour les médicaments (évaluation triennale)

Tout en réitérant nos remerciements pour l'invitation à participer à cette consultation, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé

**16.419 Iv. pa. Humbel. Dispositifs médicaux figurant sur la liste des moyens et appareils. Instauration de la concurrence sur les prix
Procédure de consultation**

1. Remarque introductive générale

La FRC soutient depuis près de 10 ans une réforme de la liste de moyens et appareils (LiMA) et des procédures qui la concernent. Comme bien d'autres acteurs, la FRC a observé que les prix figurant sur la LiMA s'avéraient souvent inadéquats. Cette inadéquation est la résultante de décalages à la hausse ou à la baisse entre les prix remboursés et les prix du marché (à la vente comme à la location). Ce décalage permet aux distributeurs de réaliser un bénéfice injustifié au détriment des payeurs de prime.

Pour régler ce problème, la FRC soutient un système d'évaluation des prix figurant dans la LiMA analogue à celui en vigueur pour contrôler les prix pratiqués dans la liste des spécialités (LS). Les bases de ce processus existent déjà puisque l'OFSP a corrigé la tarification de nombreux appareils et moyens, l'exemple le plus connu concernant la révision du prix des béquilles.

Il est étonnant, à la vue des économies réalisées grâce à l'évaluation triennale de la LS – que le Conseil fédéral se plaît à rappeler régulièrement – qu'un tel système n'ait pas été formalisé sous son impulsion. La commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national n'a, quant à elle, pas jugé bon de retenir cette option. Elle a plutôt dirigé son intérêt vers un système de régulation fondé sur la mise en concurrence entre fournisseurs.

La FRC souligne la complexité tout à fait remarquable de ce système et s'y oppose fermement.

Alors que la réforme du système de santé est souvent bloquée du fait de sa complexité, de sa grande décentralisation et de sa fragmentation, la majorité de la CSSS-N mise sur des négociations bilatérales entre assureurs et fournisseurs. Ces négociations en cascade sont le moyen le plus sûr pour rendre les prix remboursés encore moins compréhensibles qu'ils ne le sont actuellement.

En demandant à chaque assureur de définir des conventions tarifaires avec chaque distributeur, le risque est élevé pour que des tarifs variables s'appliquent à du matériel pourtant identique... De la même manière, les fournisseurs qui n'auront pas passé de conventions tarifaires avec les assureurs ou qui ne l'auront fait qu'avec un certain nombre d'entre eux ne seront soit plus du tout soit que partiellement accessibles aux assurés. Charge à ces derniers, dès lors, de trouver un distributeur qui aurait une convention avec la caisse à laquelle ils sont affiliés, alors que, jusqu'à présent, ils sont libres de s'adresser aux distributeurs de leur choix.

Entre des tarifs changeants et une limitation de l'accès à des fournisseurs, la FRC ne trouve absolument aucune plus-value à la proposition de la CSSS-N. Si une saine concurrence est à même d'avantager généralement les consommateurs, force est de constater que la mise en concurrence – telle qu'elle a été pensée ici – aura pour seul résultat de créer des difficultés supplémentaires aux usagers et ne règlera en rien le problème initialement posé.

2. Complexité, bureaucratie et incertitude

Comment 51 assureurs maladie négocieront-ils près de 20'000 appareils et moyens ? Si cette tâche est confiée aux organisations faïtières, celles-ci s'exposent au risque de violer les principes posés par la loi sur les cartels notamment l'art. 4, al.1 (comme l'indique le rapport explicatif). Si, pour respecter la LCart, chaque groupe d'assurance entame alors des négociations avec les fournisseurs et distributeurs, les coûts engendrés par ces démarches seront très élevés, aboutissant à un monstre bureaucratique. Ce seul motif devrait inciter à l'abandon du projet.

Dans la même lignée, le bilatéralisme des négociations ne permettra pas d'inclure tous les distributeurs. Ou, s'ils sont tous inclus, l'adaptation des tarifs sera d'autant plus compliquée et coûteuse à mener à moyen/ long terme. Il en découlera soit une réduction du choix pour les assurés soit la réapparition de

tarifs inadaptés. A ce titre, la majorité de la CSSS-N ne mentionne pas si elle compte baisser d'autant – et par caisse maladie – les primes des assurés conformément à l'article 41 al. 4 de la LAMal qui stipule que lorsque le choix des assurés est restreint, la restriction justifie une baisse de prime.

Une autre question doit être soulevée : avec quels distributeurs les caisses maladie vont-elles négocier en priorité ? Disposeront-elles des moyens financiers suffisants pour traiter avec finesse des clauses qui se distinguent par un haut degré de technicité (voir, à titre d'exemple, les chapitres de LiMA 35 relatifs aux pansements, 22 et 23 relatifs respectivement aux prothèses et orthèses) tout en incluant l'ensemble des acteurs de la branche et en couvrant l'ensemble des régions sans discrimination ? Dans cette machinerie bureaucratique, les petits distributeurs risquent d'être lésés, et leur existence en serait remise en cause : comment pourront-ils assumer ces négociations en chaîne avec l'ensemble des assureurs actifs dans leur région ?

3. Gestion des ruptures d'approvisionnement

Le projet a été défini de manière tellement approximative qu'il omet d'évaluer les moyens nécessaires à son déploiement, pas plus qu'il ne cherche à évaluer le risque réel de pénurie auquel il expose la population (cf. infra). Non seulement le problème initial a tout simplement été oublié mais le projet de la CSSS-N en crée de nouveau.

Si le projet de la CSSS-N évoque l'éventualité d'une rupture dans la chaîne d'approvisionnement, il ne détaille que superficiellement les mesures à prendre le cas échéant. Surtout il ne dit rien sur le seuil à compter duquel ces mesures doivent être déclenchées. Il évoque bien que les autorités cantonales sont compétentes à cette fin, en particulier si les usagers leur signalent certaines pénuries. Mais alors : sur quelles bases la majorité de la commission imagine-t-elle que des usagers/assurés/patients peuvent dresser le constat d'une pénurie, alors qu'ils n'auraient accès qu'à un nombre restreint de fournisseurs – ceux avec lesquels leurs caisses maladie auraient eu du temps pour négocier ? A compter de combien d'alertes individuelles les autorités cantonales doivent-elle s'inquiéter et qui mandatent-elles pour asseoir le constat de pénurie ?

L'ensemble du projet délègue aux caisses maladie les plein-pouvoirs et n'envisage aucun contrepoids. Alors que le DFI, par l'entremise de l'OFSP, est très actif sur le front des prix médicaments, la CSSS-N semble vouloir le décharger de toute compétence. Pour la FRC, ce principe est incompréhensible tant les évaluations triennales ont montré qu'elles recelaient un pouvoir d'économie (- 450 millions sur le prix des médicaments depuis leur reprise en 2017) réel, exponentiel et bénéfique à l'ensemble des assurés indépendamment de la caisse maladie à laquelle ils sont affiliés.

Conclusion

Sur cette base, la FRC s'oppose avec force à l'lv.pa Humbel et à la proposition qu'en a tiré la CSSS-N. Son projet étonne par sa teneur inutilement complexe et par le nombre d'incertitudes qu'il crée. Il est en total incompatibilité avec des principes pourtant cardinaux de notre système de santé et de notre système économique libéral. En tout état de cause, il ne participe à faciliter ni la vie des usagers ni celle des distributeurs. Il ne simplifie en rien le processus de tarification, et contribue encore moins à en alléger la part de bureaucratie.

Fédération romande des consommateurs, Lausanne le 10 décembre 2019



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé