

Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen  
(Fondation pour l'équité dans les soins médicaux)  
c/o Dr. Michel Romanens  
Ziegelfeldstr. 1  
4600 Olten

### **A. Plainte à l'autorité de surveillance et demande en justice**

La Fondation Fairfond pour l'équité dans les soins médicaux, Olten (ci-après dénommée la Fondation), dépose une plainte à l'autorité de surveillance contre CSS Kranken-Versicherung AG, Postfach 2568, 6002 Lucerne (ci-après dénommée la CSS), avec les demandes en justice suivantes :

1. A l'avenir, la CSS devra également tenir compte, lors des contrôles d'économicité, de la somme des médicaments livrés, en l'occurrence, elle devra en informer santésuisse.
2. La CSS doit abandonner toutes les plaintes en procédures d'économicité qui avaient été déposées par elle ou en délégation par santésuisse tant que le nombre et la nature des médicaments prescrits n'aient pas été dûment pris en compte comme variable de la morbidité.
3. Que la CSS soit contrainte de ne pas soumettre ou de ne pas faire soumettre de nouvelles plaintes en procédures d'économicité tant que le nombre et la nature des médicaments prescrits n'aient été suffisamment pris en compte en tant que variable de morbidité.

## **B. Argumentation**

### **1. Forme**

1.1 Selon les statuts de la Fondation (voir annexe n° 1), nos objectifs sont entre autres les suivants ... fournir une base scientifique, empirique et statistique solide concernant les coûts de soins médicaux adéquats et sûrs pour la population suisse et financer la recherche appropriée, faire connaître les résultats de la recherche au public et soutenir financièrement, par des moyens appropriés leur promotion. Cette plainte à l'autorité de surveillance est conforme au but de notre fondation.

1.2 Selon l'art. 56 KVAG, l'Office fédéral de la santé publique surveille les caisses d'assurance maladie. Par conséquent, les plaintes des superviseurs doivent être adressées à cet office.

### **2. Fond**

#### **2.1 Pratique antérieure et actuelle**

Dans les plaintes déposées en procédure d'économicité par la CSS, elle-même ou représentée par santésuisse, jusqu'en 2016 inclus, elle se basait sur les statistiques de santésuisse (appelées ci-après l'indice RSS), à partir de 2008, la CSS s'est référée à la correction de l'indice RSS par les variables démographiques, statistiques dites ANOVA (ci-après appelé l'indice ANOVA). Ces 2 indices permettent d'établir des coûts moyens de groupes de comparaison de médecins ayant des pratiques semblables. Dans leur application, un coût moyen de 130 % ou plus est considéré comme une preuve de coûts excessifs, à moins que les médecins concernés ne soient en mesure d'expliquer ces coûts élevés par des particularités dans leur pratique. En 2017, ces deux indices ont été complétés par l'indice de régression, qui depuis lors, a été examiné dans une expertise de Polynomics (annexe n° 2). L'indice de régression évalue essentiellement les coûts des médicaments de sorte que des coûts plus élevés sont interprétés nouvellement comme facteur de morbidité, par analogie à la compensation des risques parmi les caisses maladie ayant des

structures de risque différentes. Dans le modèle, les groupes de coûts des produits pharmaceutiques (ci-après dénommés "PCG") sont utilisés pour corriger les indices RSS et ANOVA. Des coûts de PCG plus élevés dans un cabinet médical entraînent une diminution des deux autres indices.

## **2.2 Déficiences dans l'évaluation de l'économicité**

La principale lacune des indices RSS et ANOVA est le manque de données factuelles sur les patients (variables de morbidité) qui expliquent les coûts. Par conséquent, les médecins qui traitent des patients particulièrement malades avec des coûts (trop) élevés à première vue sont obligés à payer des remboursements, bien qu'ils évitent souvent des coûts de suivis encore plus chers. La CSS l'a déjà reconnu et rédigé sur la base d'un travail scientifique détaillé (ci-joint Indice des médecins annexe n° 3) : "Pour évaluer l'économicité en médecine, la comparaison des moyennes statistiques correspond de moins en moins aux règles de la statistique. "Dès 2008, la CSS a utilisé un modèle de prévision des coûts pour l'indice des médecins, qui diffère peu de l'indice de régression en termes de résultats, notamment l'on employa à ce moment-là déjà le PCG. Dès 2008 la CSS était consciente du fait que sans prendre en compte les coûts des médicaments, les comparaisons des moyennes statistiques deviennent problématiques, notamment dans les domaines de la médecine interne générale et de la pédiatrie (Indice des médecins de la CSS, annexe n° 3). La CSS a déjà reconnu à l'époque que le montant de tous les coûts de médicaments de l'année précédente explique environ 76% des frais médicaux. Le Prof. U.Kieser a fait une brève expertise à ce sujet pour l'Association Suisse Ethique et Médecine, financée par la Fondation (annexe n°4) et il arrive à la conclusion qu'en évaluant l'économicité des soins médicaux, les coûts des médicaments ne sont pas à interpréter comme les autres soins et coûts médicaux. L'utilisation des médicaments est conforme à l'autorisation de mise sur le marché WZW (WZW = efficace, adéquat, économique) et devrait donc être prise en compte dans le calcul de l'économicité selon les indices RSS, Anova et de Régression comme variable de morbidité. Cela n'avait pas été fait jusqu'ici. L'estimation du prof. U.Kieser est basée sur les résultats de la science de la santé, selon laquelle les coûts des médicaments sont largement résistants à la manipulation. La base est

l'évaluation de l'économicité en médecine des médicaments telle qu'elle a entre autres été élaborée par CSS, Institut für empirische Gesundheitsökonomie sous la direction du Prof. Dr. Konstantin Beck en collaboration avec Prof. Dr. Robert Leu, Volks Wirtschaftliches Institut de l'université de Bern (annexe n° 5): "L'inconvénient majeur de cette approche est que le diagnostic est souvent imprécis et relativement facile à manipuler. Pour éviter cette susceptibilité des codes de diagnostic à la manipulation, Lamers (1999), Lamers et van Vliet (2003) et Hornbrook et al (1996) utilisent l'information sur les médicaments pour améliorer le pouvoir prédictif de la formule de compensation du risque démographique. L'idée de base est simple. Certaines maladies sont traitées avec certains médicaments, ce qui permet d'en tirer des conclusions quant aux diagnostics traités. Il n'y a pas de risque de manipulation, car l'information se base sur des médicaments effectivement prescrits. Alors que des codes de diagnostic faussement enregistrés sont sans importance pour le patient, les médecins ne peuvent se permettre de prescrire des médicaments trop forts ou non indiqués médicalement parce que, en l'occurrence ils mettraient la santé des patients en danger. Lamers et van Vliet se sont limités à des médicaments souvent prescrits et en doses importantes, afin d'exclure malgré cela toute manipulation possible. "En outre, une étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (Etude Impact de l'introduction de la réglementation d'un système de prix de référence en Suisse, annexe 6) a conclu à ce qui suit : "Selon l'art. 32 de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal), les prestations doivent être efficaces, adéquates et économiques (critères WZW) pour que les caisses maladie doivent rembourser les frais selon l'Assurance obligatoire des Soins -OKP. Le marché pharmaceutique est l'un des rares domaines du système de santé où le concept d'économicité est clairement défini cf. art. 65b et c du KVV A (= ordonnances sur l'assurance maladie) ainsi que sa concrétisation dans KLV2 (= ordonnance sur les prestations de soins). L'OFSP vérifie le rapport coût-efficacité lors de l'inscription des médicaments sur la liste des spécialités, puis réexamine tous les 3 ans leur inscription sur la liste des spécialités. Ainsi tous les médicaments de la liste des spécialités répondent aux critères de la WZW (= efficace, adéquat, économique). Cette vision de l'économie de la santé est donc conforme à l'appréciation juridique du professeur Kieser (annexe n° 4). L'hypothèse selon laquelle des coûts élevés indiqueraient un traitement non

économique n'est pas confirmé par l'état actuel de la science. Ce qui est également conforme à la considération suivante : Un traitement médicamenteux faux constituerait en l'occurrence un acte punissable. Le médecin encourrait le risque de provoquer par la thérapie une atteinte corporelle ou même la mort. Étant donné que le potentiel de gain des thérapies coûteuses est plutôt faible, il est peu probable en réalité que les médecins prennent ce risque. Rien n'indique que les médecins soient enclins à commettre des actes criminels. Au contraire, les médecins dont le coût des médicaments est élevé auraient agi de bonne foi.

### **2.3 Amélioration de l'évaluation de l'économicité.**

Les contrôles de l'économicité sont donc améliorés par l'inclusion de diverses variables de morbidité, de données d'efficacité, de diagnostics, des coûts des médicaments et d'autres variables. De plus, ils sont plus crédibles si les modèles comprennent que des médecins qui de fait effectuent des traitements trop coûteux sans autre intention. Ces derniers ne représentent qu'environ 0,5% de tous les médecins. Comme l'ont montré les précédents contrôles d'économicité, le taux de médecins qui sont soumis à payer des rétrocessions est de 0,5 % (annexe n° 7). Les contrôles d'économicités précédents, par contre, ont généré entre 18 % (indice de régression) et 25 % (indice ANOVA) de médecins suspects. Il en résulte : Ces indices génèrent une prévalence trop élevée de suspicions et les personnes concernées sont désignées à tort comme non-économiques. L'amélioration des contrôles d'économicité génère moins de 3,0 % de médecins suspects. Selon l'expertise de Polynomics, les médecins sont suspectés que si lors de contrôles d'économicité ils ont un indice de régression de 130 % ou plus d'après la borne inférieure de l'intervalle de confiance, tant au niveau individuel qu'au niveau de l'agrégation. Dans ces cas, les indices RSS et ANOVA, doivent être ajustés en tenant compte du coût total des médicaments, et être supérieurs à 130 % (annexe n° 8). Actuellement, SantéSuisse n'explique ni ne détaille leurs calculs aux médecins. En particulier, les informations sur les bornes inférieures des intervalles de confiance font défaut. Cela est inacceptable du point de vue de la Fondation.

## 2.3 Exemples

Comme le montrent les trois exemples suivants, la CSS maintient les plaintes sur la base des indices RSS et ANOVA, malgré l'évolution des méthodes d'analyse statistique.

Premier exemple : le Dr.med.R.M. est confronté à des demandes de remboursement pour les années 2005 à 2008. La procédure est toujours en cours après le rejet par le Tribunal fédéral. Le médecin avait des coûts de médicaments supérieurs à la moyenne en raison de la morbidité élevée de ses patients, soit 144- 199% selon l'indice RSS, ajusté avec l'indice MBI (indice de morbidité) 95 à 108% (annexe 8). De même, l'indice MBI de ANOVA est de 69 à 74 %. Les coûts supérieurs à la moyenne étaient uniquement dus à la morbidité élevée des patients traités. Par conséquent, il faut exiger que la CSS clôture la procédure.

Deuxième exemple : Dr.med.J.L. est confronté à des demandes de remboursement pour les années 2015 et 2016. L'affaire est toujours pendante. Selon l'indice RSS, les coûts des médicaments du médecin étaient supérieurs à la moyenne entre 106 % et 121 %, ajustés par MBI (indice de morbidité) entre 111 % et 124 % en raison de la morbidité élevée des patients. De même, l'indice MBI pour ANOVA se situe entre 92 et 100%. Pour l'année 2017, non contestée, l'indice de RSS pour les médicaments est de 125% au total 155%, ajusté par MBI 124% (indices ANOVA correspondants 181%, 185%, 102%). Comme prévu, l'indice de régression est ici de 131%. Les coûts supérieurs à la moyenne n'ont donc été causés que par la morbidité élevée des patients traités. Selon les derniers calculs de santésuisse, l'indice de régression pour l'année 2018 n'est que de 115%. Cet exemple montre une fois de plus que ce cabinet médical a eu des coûts trop élevés que en raison de l'importante morbidité des patients en 2015 et 2016, ce qui a été suffisamment documenté pour les années 2017-2018. Malgré cela la CSS n'a pas encore abandonné la procédure.

Troisième exemple : Dr.med.B.S. est confronté à des demandes de remboursements pour les années 2016 et 2017. L'affaire est toujours pendante. Le médecin exerce trois spécialités différentes envers ses patients, ce qui permet d'une part d'économiser des frais de référence mais d'autre part

d'augmenter les coûts de soins de ses patients. L'indice ANOVA est de 148 % et 150 % pour les années 2016 et 2017, l'indice ANOVA des médicaments est de 158 % et 160 % respectivement, de sorte que le médecin a un indice ajusté par la MBI morbidité (selon le calcul du BMI annexe 8) de 94 % chacune.

Néanmoins, le médecin devient suspect quant à l'indice de régression pour 2017 de 169 % qui comprend aussi le coût du médicament, (aucune donnée pour 2016). Cette contradiction dans les résultats statistiques suggère que l'indice de régression a été mal calculé.

## **2.4 Considérations finales**

La sécurité et la qualité des soins du système de santé suisse sont excellentes. Malgré cela, d'éventuelle inefficacité doit toujours être examinée sous un angle critique et, conformément à l'art. 59 LAMal, elle doit également être sanctionnée. 25% de l'augmentation des coûts de soins médicaux peut s'expliquer par l'inefficacité suspectée. Administration et contrôle représentent 35% des coûts inefficaces, alors que les dépenses pour fraudes et abus sont estimées à 8%. Himmelstein et Woolhandler (annexes 9 ,10) ont démontré que les frais généraux des soins de santé aux Etats-Unis ont augmenté d'environ 3500% au cours des trente dernières années, alors que les coûts des médecins n'ont augmenté que de 100% (annexe n° 9). Dans cette situation un contrôle et un profilage très efficaces des médecins ne peuvent être évités, mais leur coût présumé d'environ 25 milliards de francs suisses ne serait en rien proportionnel au coût présumé pour des délits, soit environ 8 milliards de francs suisses. Bien sûr, ces chiffres en provenance des Etats-Unis ne sont pas sans autre transférables à la Suisse, mais ils montrent que les activités de contrôle entraînent des coûts disproportionnés et entravent considérablement l'efficacité des prestataires de soins médicaux s'ils n'ont pas la précision nécessaire. Seulement 0,5% de tous les médecins ont été légalement et objectivement contraints à des rétrocessions. Les fonctions de contrôle de santé suisse avec 18% (indice de régression) et 25% (indice ANOVA) de médecins suspectés ne sont donc pas crédibles. C'est le grand mérite de CSS, en particuliers du travail de Prof. Dr. Konstantin Beck dans les années 2004 à 2008 d'avoir clairement établi que la procédure actuelle de dépistage par la méthode des moyennes indices RSS et ANOVA ne répond pas aux exigences de

qualité des statistiques. Ici aussi, le prénommé a publié des résultats novateurs sur la susceptibilité à la manipulation des diagnostics et des médicaments.

Pour toutes ces raisons, la présente plainte de surveillance vise spécifiquement la CSS, qui a fait élaborer les principes scientifiques d'un contrôle redimensionné et fondé sur des variables de morbidité, mais ne les a pas mis en œuvre. Cela n'est que difficilement compréhensible. De même, les autres caisses maladie sont au courant de ces connaissances scientifiques, mais ne les ont pas appliquées. En conséquence, nous supposons que santésuisse a dénoncé environ 25 000 médecins en dix ans à devoir faire des rétrocessions statistiquement injustifiées, ce qui a entraîné des coûts énormes pour les prestataires de services, les avocats et les tribunaux. Indépendamment des données scientifiques sur l'économie de la santé et l'évidence juridique, santésuisse mandatée par la CSS et les autres caisses d'assurance maladie en Suisse, a facturé à tort les coûts élevés des médicaments aux prestataires de soins.

La Fondation vous demande donc, sur la base des faits qui vous sont présentés et des arguments présentés, d'examiner la situation actuelle, de prendre les mesures nécessaires et de tenir compte des demandes en justices formulées au début de cette plainte.

Mesdames et Messieurs, la Fondation vous remercie pour vos efforts et pour votre précieuse réponse.

Sincèrement vôtre

Pour le Conseil de Fondation :

Dr. med. Michel Romanens, Président

Herbert Plotke, membre du Conseil



Annexes:

Pièces de 1 à 10

<https://www.docfind.ch/1FairfondUrkunde032011.pdf>

<https://www.docfind.ch/2Polvnomics/Rapport final sur la viabilité économique 20170929.pdf>

[https://www.docfind.ch/3C\\$\\$\\$AerzteIndex.pdf](https://www.docfind.ch/3C$$$AerzteIndex.pdf)

<https://www.docfind.ch/4Kieser082Q18.pdf>

<https://www.docfind.ch/5PCGBeckLeu2006.pdf>

<https://www.docfind.ch/5PCGBeckLeu2006.pdf>

<https://www.docfind.ch/5PCGBeckLeu2006.pdf>

<https://www.docfind.ch/5PCGBeckLeu2006.pdf>

[https://www.docfind.ch/6Medikannente\\$indWZWKonformPolvnonriics122018](https://www.docfind.ch/6Medikannente$indWZWKonformPolvnonriics122018)

[.https://www.docfind.ch/7AerzteKnoepfen\\$ich\\$black\\$chafeVor.pdf](https://www.docfind.ch/7AerzteKnoepfen$ich$black$chafeVor.pdf)

[https://www.docfind.ch/8MBIRomanens\\$aez 2019 18077.pdf](https://www.docfind.ch/8MBIRomanens$aez 2019 18077.pdf)

<https://www.docfind.ch/9Growth In Administrators.ipg>

<https://www.docfind.ch/10HimmelsteinNEJM.pdf> 10