



MiseauPoint

Politique de la santé 1/14



Verena Nold, directrice de santésuisse

Une qualité élevée à des prix abordables doit être l'objectif de tous les projets de réforme du système de santé. C'est pour cela que santésuisse demande une règle de calcul des prix basée sur les substances actives pour les génériques, afin que tous les assurés bénéficient de médicaments d'égale qualité à des prix avantageux; et qu'elle s'engage en faveur de la revalorisation des médecins de premier recours sans hausse de prime pour les assurés. Ou encore qu'elle rejette la séparation de l'assurance de base et des complémentaires qui décuplerait les frais administratifs des assureurs et priverait les assurés d'une prestation appréciée, le service « tout en un ».

CONTENU

Editorial	
Comparaison internationale des prix des médicaments : une pilule amère	1
Cherté du TARMED : les patients ne profitent pas des gains de productivité	2
Séparation de l'assurance de base et des complémentaires : un coût exorbitant	3
En bref	4

Les génériques près de 50 % plus chers qu'à l'étranger

Résultat de la comparaison internationale des prix des médicaments, réalisée conjointement par santésuisse et les associations de la pharma : les prix sont nettement plus élevés en Suisse. Chaque année, environ 100 francs par assuré (2 % de primes) pourraient être économisés. Afin de mieux défendre les assurés, santésuisse demande les mêmes droits de requête et de recours que les entreprises pharmaceutiques pour l'admission des médicaments dans l'assurance obligatoire des soins.

Le 13 février dernier, santésuisse et les associations de l'industrie pharmaceutique ont présenté la comparaison internationale des prix des médicaments 2013. Cette étude compare les prix d'usine des médicaments délivrés en Suisse à ceux des six pays de référence retenus par l'OFSP : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la France, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. La comparaison porte à la fois sur des préparations originales, protégées ou non par un brevet, et sur des génériques.

Les génériques restent trop chers

Pour des considérations d'ordre politique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, l'OFSP applique un taux de change de 1,27 franc pour 1 euro. En utilisant le taux de change actuel de 1,23, l'écart de prix avec l'étranger des préparations originales sous brevet s'élève à +10%. Pour celles tombées dans le domaine public, l'écart de prix est de +1%. Les génériques demeurent excessivement chers par rapport à l'étranger, à +46%. Cela tient au fait que l'OFSP ne compare que les prix des préparations originales et fixe ceux des génériques en appliquant une règle d'écart de prix (en %) par rapport à l'original. Au moins 300 millions de francs par an

pourraient être économisés au profit des payeurs de primes si une règle de calcul basée sur les substances actives était appliquée. Le Surveillant des prix évoque même une économie possible de 388 à 800 millions de francs en fonction des règles de fixation des prix utilisées.

Mêmes droits, moins de bureaucratie

La comparaison internationale des prix est un outil précieux lors de l'évaluation d'économicité des médicaments. santésuisse s'engage, dans l'intérêt des assurés, en faveur du maintien d'un contrôle des prix tous les trois ans. Pour garantir l'égalité de droit avec les entreprises pharmaceutiques, les assureurs doivent également bénéficier d'un droit de requête et de recours auprès de l'OFSP. Par ailleurs, la règle d'écart de prix en vigueur pour les génériques doit être remplacée par un prix fixe pour les substances actives hors brevet afin de dégager des économies supplémentaires. Enfin, il faut supprimer les entraves bureaucratiques : actuellement, un générique n'est pas considéré comme tel s'il contient la même substance active, mais uniquement s'il est proposé dans des emballages strictement identiques à ceux de l'original. (GPA)



SANTÉSUISSE VEUT REVALORISER LES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Pour la toute première fois, le Conseil fédéral use de sa compétence subsidiaire dans le domaine du TARMED. Il prévoit de revaloriser, par une ordonnance, les médecins de premier recours qui pourront facturer 11 points tarifaires de plus pour chaque consultation. Afin de préserver la neutralité des coûts, les surcoûts de l'ordre de 200 millions de francs seront économisés sur certaines prestations techniques fournies essentiellement par des spécialistes. santésuisse soutient cette orientation politique.

santésuisse demande depuis longtemps une révision du tarif TARMED dont les bases de calcul sont lacunaires et obsolètes. Par conséquent, la modification d'ordonnance prévue est une solution transitoire en attendant que les partenaires tarifaires parviennent à un accord sur une révision globale objective et économiquement acceptable de la structure tarifaire.

Pas d'incidence sur les coûts

Selon le projet d'ordonnance actuel, les médecins de premier recours verront leur situation s'améliorer grâce à la nouvelle position tarifaire 00.0015. Ils pourront facturer, par consultation, 11 points tarifaires de plus, ce qui équivaut à 9,80 francs en moyenne suisse. santésuisse salue cette adaptation modérée et ciblée de la structure tarifaire. Cette

solution transitoire sera valable deux ans. En contrepartie, des prestations techniques seront réduites linéairement de 9% dans 14 chapitres du TARMED. Cette baisse concerne essentiellement les domaines dans lesquels le progrès technique a permis de réaliser des gains d'efficacité considérables au cours des dernières années, ce qui s'est traduit de facto par des augmentations de revenu sans que la structure tarifaire n'ait en fait été adaptée.

Selon les calculs de santésuisse, ces mesures n'auront vraisemblablement pas d'incidence sur les coûts. Comme le TARMED offre de nombreuses possibilités aux médecins de compenser les évolutions du tarif par une adaptation de leur pratique de facturation, les conséquences sur les coûts de la modification de l'ordonnance devront être contrôlées

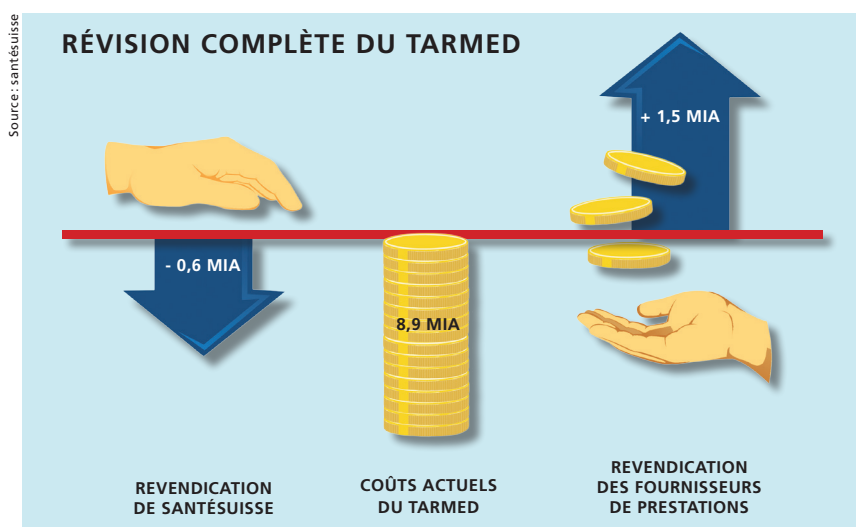
En résumé

- La revalorisation des médecins de famille va dans le bon sens
- La neutralité des coûts doit impérativement être respectée
- La solution transitoire doit dans tous les cas être limitée à deux ans
- Un contrôle des conséquences de l'ordonnance sur les coûts est essentiel pour pouvoir procéder à d'éventuelles corrections

en continu et des corrections être effectuées si nécessaire. Pour ce faire, santésuisse propose de constituer un groupe de travail placé sous la responsabilité de l'OFSP.

Un tarif reflétant correctement les prestations

La réglementation transitoire doit déboucher sur une revalorisation définitive des médecins de premier recours dans la révision globale à venir du TARMED. Cela suppose toutefois que les partenaires tarifaires arrivent à s'entendre, ce dont santésuisse doute fortement car les exigences des uns et des autres sont encore très éloignées. santésuisse table sur un potentiel d'économie d'au moins 600 millions de francs si les minutages, les productivités, les valeurs intrinsèques, etc. sont correctement adaptés d'un point de vue économique et si les gains de productivité sont rétrocédés aux assurés. A contrario, la FMH et H+ demandent un rattrapage de 1,5 milliard de francs par an que les assurés devraient payer par l'intermédiaire de hausses de primes, sans aucun avantage en échange. (GPA)



Si cela ne dépendait que des associations de fournisseurs de prestations, les assurés paieraient 1,5 milliard de francs de primes de plus après la révision du TARMED, sans aucune contrepartie. santésuisse table elle sur un gain d'efficacité de 0,6 milliard de francs. Cela représente 22 francs par mois et par assuré, soit une différence de prime de 7,5 % !



« MURAILLES DE CHINE » : BUREAUCRATIE ACCRUE ET ENVOIÉE DES PRIMES

L'objet 13.080 déposé par le conseiller fédéral Berset vise la création de sociétés séparées par des « murailles de Chine » pour l'assurance de base et les complémentaires. Nikolai Dittli, CEO de Concordia, nous en explique les conséquences : pour les assurés, des primes plus élevées dans les deux branches et la perte d'une prestation appréciée ; une bureaucratisation massive pour les fournisseurs de prestations.



Nikolai Dittli, CEO de CONCORDIA, membre du conseil d'administration de santésuisse.

Qu'est-ce qui changerait si les caisses-maladie ne pouvaient plus proposer de complémentaires ?

Les conséquences seraient minimes si les assureurs étaient autorisés à regrouper les deux sociétés – pour l'assurance de base et les complémentaires – dans une holding et à continuer à les gérer « sous un même toit ». Or, l'objet soumis aux parlementaires prévoit exactement le contraire, soit une séparation radicale.

Comment cela ?

Les clients n'auraient plus affaire à un prestataire unique, service auquel ils sont très attachés. Comme leur nom l'indique, les assurances complémentaires sont étroitement liées à l'assurance de base. La prise en charge du patient forme un tout, son remboursement se répartit entre la base et la complémentaire. C'est pour cela que 90% des assurés choisissent le même assureur pour les deux formes d'assurance, alors qu'ils peuvent les séparer depuis 1996.

Pourquoi cette séparation stricte est-elle problématique ?

Si le Conseil fédéral érigeait ces barrières, les assurés devraient supporter un accroissement annuel des charges considérable : les assureurs établiraient 7 millions de polices supplémentaires ; les fournisseurs de prestations instaурeraient une double facturation, soit 40 mil-

lions de factures de plus sans valeur ajoutée, qui devraient être contrôlées chez les assureurs par deux services différents, conduisant à des millions de demandes d'information supplémentaires et autant de décomptes en plus. La correspondance des clients doublerait, à 80 millions d'envois. Les opérations d'encaissement et de versement seraient également multipliées par deux, avec 90 millions de factures de primes, d'opérations de paiement et de comptabilisation supplémentaires. Cette bureaucratisation titanesque pour les clients, les fournisseurs de prestations et les assureurs ne serait compensée par aucun avantage concret.

Selon le Conseil fédéral, l'introduction d'une séparation stricte ne coûterait « que » 10 millions de francs et les coûts s'élèveraient ensuite à 10 millions par an...

Ces chiffres sont totalement irréalistes. Ils sous-estiment les liens étroits entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, révèlent une méconnaissance du nombre de transactions opérées par les assureurs et enfin ne tiennent pas compte du confort important que les assureurs apportent aux clients et aux fournisseurs de prestations. Si les procédures actuelles éprouvées sont entravées par une bureaucratisation accrue, les frais administratifs exploseront. Même avec une approche conservatrice, la

perte de synergies pourrait coûter 500 millions de francs par an aux assureurs. Il faudrait par ailleurs investir plusieurs centaines de millions de francs au niveau du personnel, des infrastructures et des systèmes informatiques. Si cet objet est adopté, il faudra y ajouter plusieurs centaines de millions de francs supplémentaires à la charge des assurés et des fournisseurs de prestations pour les frais de port, la mise à jour des systèmes informatiques, etc.

Quelles seraient en résumé les conséquences de cet objet ?

La possibilité, choisie par 90% des assurés, d'avoir affaire à un prestataire unique serait remise en cause. Les clients seraient « mis sous tutelle » et devraient, en plus, payer les coûts de cette bureaucratisation qui ne leur apporte rien. Les frais administratifs des fournisseurs de prestations prendraient l'ascenseur. Les cas dans lesquels des fournisseurs de prestations doivent correspondre avec deux assureurs – pour des questions d'économie et d'application du tarif d'un seul et même traitement – seraient démultipliés. En conclusion, la hausse massive des coûts déboucherait sur une forte hausse des primes de l'assurance de base et des complémentaires, et générerait de nombreux mécontentements.

(Interview : DHB)



Oui à un affinement rapide de la compensation des risques

santésuisse soutient l'initiative parlementaire du PS et du PLR sur la compensation des risques. Celle-ci est indispensable dans le cadre de la concurrence réglementée entre les assureurs-maladie car la loi, pour des questions de solidarité, impose des primes par tête uniformes pour chaque assureur. Les paiements compensatoires ne doivent toutefois pas aboutir à une compensation des coûts. La compensation des risques soutient les caisses qui assurent un nombre particulièrement important d'assurés à risque élevé de maladie. Elle limite fortement l'incitation à sélectionner les risques et la chasse aux «bons risques». La compensation des risques intensifie la concurrence au niveau des prestations et de la gestion des coûts des assureurs-maladie sans menacer la qualité des soins. Une prise de position détaillée est présentée dans la publication commune des associations des assureurs santésuisse, ASA, RVK et curafutura.

Des tarifs différents pour les médecins de famille et les spécialistes

La commission de la santé du Conseil des Etats propose d'examiner une solution permettant à la Confédération et aux cantons de fixer des tarifs à la prestation en fonction des spécialités médicales. santésuisse soutient une telle adaptation des tarifs. Compte tenu des gains de productivité liés au progrès médical, les tarifs de nombreuses interventions spécialisées sont beaucoup trop élevés. santésuisse est également favorable à une gestion par l'intermédiaire des tarifs d'une offre médicale excédentaire ou insuffisante. A condition toutefois que les tarifs soient exclusive-

Publication commune

Des objets importants en matière de politique de la santé seront débattus durant la session de printemps. santésuisse, l'ASA, la RVK et curafutura ont publié une prise de position commune sur les thèmes suivants:

- caisse unique et
- compensation des risques.

Nous publierons cette lettre d'information spéciale via les canaux habituels.

ment définis – comme c'est le cas actuellement – par des instances juridiques. Il faut éviter que la Confédération et les cantons ne fixent les tarifs et les prix. Sur le plan tarifaire, le Conseil fédéral ne dispose que d'une compétence subsidiaire, ce qui doit l'inciter à la plus grande retenue.

Correction rapide des primes

santésuisse recommande une mise en œuvre rapide, conformément à la proposition du Conseil des Etats, de la compensation rétroactive des primes jusqu'en 1996. Les quelque 800 millions de francs définis doivent être remboursés, pour un tiers chacun, par le biais de la taxe CO₂, par la Confédération et par les assureurs-maladie. Pour éviter tout report, la mise en œuvre ne doit pas être liée à la loi sur la surveillance (LSAMal). Il faut à présent mettre un point final à la discussion laborieuse sur les primes payées en trop ou en insuffisance. Une résolution rapide de cet enjeu politique est indispensable pour pouvoir se consacrer à nouveau pleinement aux réformes à venir de la LAMal. Le compromis proposé par la CDS est actuellement au premier plan.

Une prise de position détaillée est présentée dans la publication commune des associations des assureurs santésuisse, ASA, RVK et curafutura.

Préserver la liberté de choix et la qualité

L'initiative sur la caisse unique exproprierait les quelque 60 assureurs-maladie de droit privé et les remplacerait par une caisse publique monopolistique.

santésuisse redoute que notre excellent système de santé – l'assurance de base n'est pas endettée et garantit un accès rapide aux soins à tous les assurés – ne soit mis en péril. La caisse unique représente une menace pour la qualité du système de santé actuel sans garantir des économies. La conversion du système coûterait à elle seule environ 2 milliards de francs selon une récente étude de la Haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW). santésuisse recommande donc le rejet de l'initiative sur la caisse unique.

Une prise de position détaillée est présentée dans la publication commune des associations des assureurs santésuisse, ASA, RVK et curafutura. (GPA)

Sur le blog

Marges sur les médicaments et propharmacie

Dans tous les cantons où la propharmacie est autorisée, les médecins libres praticiens gagnent plus que ceux des cantons où elle est interdite, grâce aux marges sur les médicaments et aux rabais accordés aux médecins propharmaciens. Ces derniers n'en font généralement pas profiter leurs patients.

Plus d'informations sous: santesu.is/sebp2 (seulement en allemand)

Caricatures sur la caisse unique

Cinquième partie de notre série très appréciée de caricatures: les assurés mécontents de leur assureur-maladie peuvent en changer sans problème dans le système actuel. La caisse unique en revanche nous prive de notre libre choix.

A voir sous: santesu.is/seqh5

Libre choix de l'hôpital dans les deux cantons de Bâle

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les patients des deux demi-cantons peuvent choisir librement parmi les hôpitaux des deux Bâle. Les patients de Bâle-Campagne peuvent se faire soigner sans supplément de coûts à Bâle-Ville et inversement.

Plus d'informations sous: santesu.is/semv

IMPRESSUM

ÉDITION santésuisse – Les assureurs-maladie suisses, Ressort Communication, Römerstrasse 20, case postale, 4502 Soleure, Tél. 032 625 41 54, Fax. 032 625 41 51, courriel: redaction@santesuisse.ch, page d'accueil: www.santesuisse.ch, blog: www.monsieur-sante.ch **RÉDACTION** Gregor Patorski, Daniel Habegger, Frédérique Scherrer, Silvia Schütz, Stephan Colombo, Andreas Schiesser **LAYOUT** Henriette Lux **PRODUCTION** City-Offset, 2540 Granges **PAGE DE COUVERTURE** Keystone

