

# MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 4-22



**EFAS: bureaucratie aux frais du contribuable?**

**La population appelle à une baisse des coûts**

**Dernière ligne droite pour la loi relative aux intermédiaires**

## Il faut rapidement soulager les ménages

Selon une enquête réalisée récemment, la population veut éliminer rapidement les coûts superflus afin de faire baisser les primes. Dans un tout autre registre, à savoir la loi relative aux intermédiaires, une réglementation des services internes est inutile.



### La politique doit se mettre au service de la population!

L'augmentation massive des primes d'assurance-maladie a suscité un véritable choc, comme en atteste une enquête représentative menée auprès de la population par l'institut de recherche Sotomo sur mandat de santésuisse. Une majorité des personnes interrogées se déclare prête à accepter des mesures mêmes impopulaires. En font partie la remise obli-

gatoire de génériques ou la limitation de l'admission de médecins dans les régions où l'offre est excédentaire. Les milieux politiques devraient y voir un signal clair d'agir enfin pour imposer des mesures efficaces pour freiner la hausse des coûts de la santé!

**Martin Landolt**  
Président de santésuisse

Une enquête en ligne représentative réalisée par l'institut de recherche Sotomo sur mandat de santésuisse révèle qu'au lendemain du choc des primes, la population attend des milieux politiques des réponses concrètes pour freiner les coûts. Les mesures qui ne se limitent pas à une redistribution des fonds, mais conduisent à de véritables économies, sont fortement plébiscitées. Plus d'informations à ce sujet en page 3.

### Éviter une surréglementation

L'élimination des divergences concernant la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance porte essentiellement sur le champ d'application des règles de rémunération des intermédiaires. Compte tenu de l'efficacité déjà avérée de l'accord de branche, une extension de ces règles aux services internes des assureurs est inutile, sans compter qu'elle constituerait une atteinte drastique à la liberté économique. •

# EFAS: bureaucratie aux frais du contribuable?

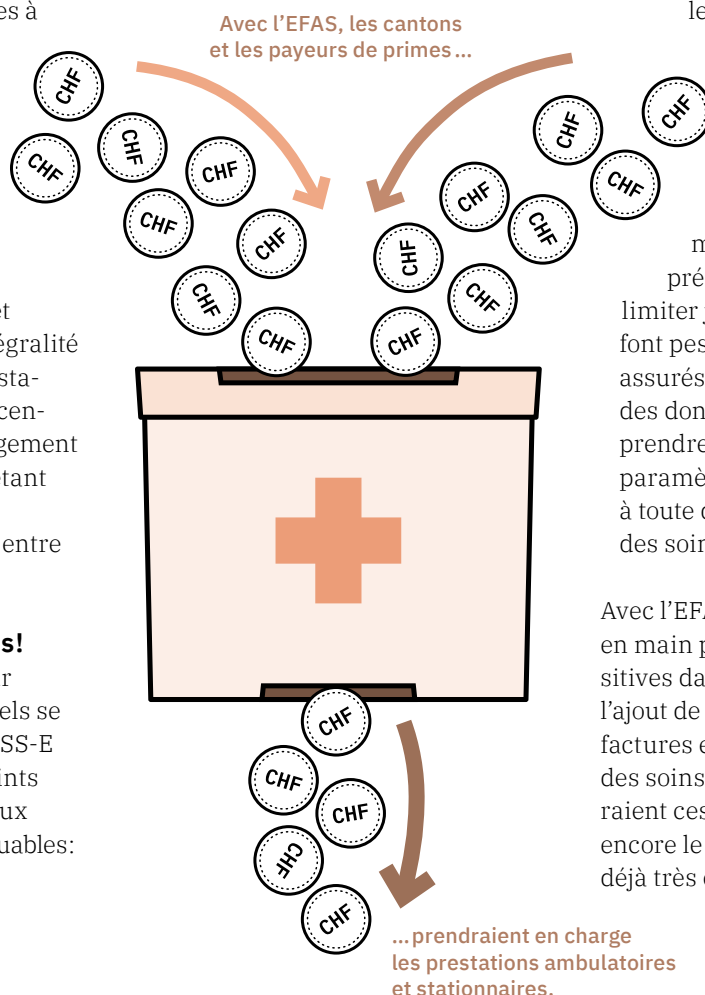
La commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a élaboré un projet qui nécessite encore des retouches substantielles. Un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) ne peut conduire à une efficacité accrue et à des incitations plus pertinentes que s'il repose sur une structure allégée. Or un double contrôle des factures n'entraînerait, à l'opposé de la simplification visée, que bureaucratie et doublons coûteux. En outre, une intégration sans conditions des soins de longue durée conduirait à un puits sans fond, au détriment des payeurs de primes.

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires peut contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé. Aujourd'hui, les assureurs-maladie prennent en charge l'intégralité des prestations ambulatoires. Les prestations stationnaires sont financées à hauteur de 45 % par les assureurs-maladie et de 55 % par les cantons. Cette situation est peu susceptible d'inciter les cantons à aménager l'offre de prestations ambulatoires de manière efficiente et à réduire les coûts dans ce domaine. Avec l'EFAS, cantons et assureurs participeraient à l'intégralité des prestations ambulatoires et stationnaires sur la base d'un pourcentage fixe. L'EFAS induit un changement de perspective, les traitements étant considérés selon une approche intégrée qui abolit les frontières entre ambulatoire et stationnaire.

## Halte à de nouveaux doublons!

santésuisse soutient l'EFAS, pour autant que les avantages potentiels se réalisent concrètement. Or la CSSS-E propose des solutions sur les points essentiels qui coûteraient cher aux payeurs de primes et aux contribuables:

- La possibilité pour les cantons de contrôler les factures stationnaires génère des doublons coûteux et inutiles. Le contrôle des factures est une compétence clé des assureurs-maladie



qui économisent ainsi, collectivement, plus de 3,5 milliards de francs par an; cela correspond environ à 10 % d'économies sur les primes. En outre, donner aux cantons le pouvoir de consulter les factures individuelles, voire de procéder à un double contrôle, est une mesure inefficace, disproportionnée et contraire au principe d'efficacité. Au final, les contribuables seraient contraints de payer le prix de la lourdeur bureaucratique due au double contrôle des factures.

- En prônant une intégration échelonnée, mais sans conditions, des soins de longue durée, la CSSS-E ouvre la voie à un puits sans fond. A ce jour, il n'existe pas de données de coûts transparentes, recueillies sur une base uniforme, dans le domaine des soins de longue durée. Le règlement, le financement et la surveillance de ces soins diffèrent d'un canton à l'autre. C'est pourquoi santésuisse rejette l'intégration des soins de longue durée. Les acquis du nouveau financement des soins doivent être préservés, car ce régime entend limiter judicieusement la charge que font peser les primes par tête sur les assurés. La collecte et l'harmonisation des données de coûts risquent de prendre plusieurs années. Ces deux paramètres doivent être un préalable à toute discussion sur le financement des soins de longue durée.

Avec l'EFAS, le Parlement a les cartes en main pour créer des incitations positives dans le système de santé. Mais l'ajout de doublons dans le contrôle des factures et une intégration irréfléchie des soins de longue durée annihileraient ces incitations et renforceraient encore le rôle multiple des cantons, déjà très critiqué. •

# La population appelle à une baisse des coûts

**Inquiets de la hausse des primes, les assurés attendent des milieux politiques des mesures pour alléger leur charge financière. Où et comment agir? L'enquête en ligne réalisée début octobre par l'institut de recherche Sotomo sur mandat de santésuisse répond à ces questions.**

**L**e niveau élevé des primes d'assurance-maladie met les assurés à rude épreuve. La pression est devenue si forte que les assurés plébiscitent même des mesures d'économie radicales. C'est ce que montre clairement une nouvelle enquête en ligne effectuée par l'institut Sotomo. L'obligation de délivrer des génériques recueille le plus de suffrages (94 % de oui/plutôt oui). Les personnes interrogées sont aussi largement favorables à ce que les médecins dont les traitements occasionnent régulièrement des coûts élevés inexplicables ne soient plus financés par la collectivité à travers les primes (88 % de oui/plutôt oui).

## **Un point de contact pour le premier conseil médical doit devenir la règle**

Le sondage met également en lumière une forte adhésion au modèle de «gatekeeper», dans lequel les patients sont tenus de s'adresser en priorité – sauf en cas d'urgence – à un point de contact précis (médecin de famille, cabinet de groupe, conseil téléphonique). santésuisse est également très favorable à ce modèle d'assurance. Comme le montre une récente étude de l'Université de Zurich, le modèle de «gatekeeper» pourrait tout à fait devenir le nouveau modèle standard pour l'ensemble des assurés, permettant ainsi de mieux contrer la forte ascension des coûts.

## **La population exige des mesures de baisse des coûts**

De nouvelles idées visant à réduire la charge des primes sont réclamées d'urgence, comme il ressort clairement de l'enquête Sotomo: 88 % des personnes interrogées attendent des milieux politiques qu'ils soulagent financièrement les ménages s'agissant des primes d'assurance-maladie. Les primes arrivent ainsi en tête des domaines où les acteurs politiques sont sommés de prendre des mesures, devant les prix de l'électricité (51 %), les impôts (43 %) ou encore les frais de chauffage (39 %). Près de la moitié des sondés estiment qu'ils devront limiter leurs dépenses suite à la hausse des primes d'assurance-maladie. Dans le segment particulièrement touché des ménages à faible revenu (moins de 4 000 francs par mois), 81 % craignent même de devoir se serrer encore un peu plus la ceinture.

Quelque 66 % des personnes interrogées sont en faveur d'une uniformisation dans toute la Suisse de la réduction de primes, dont l'étendue et les critères d'octroi diffèrent aujourd'hui d'un canton à l'autre. Pour 64 % d'entre elles, une extension de la réduction de primes à une frange plus large de la population serait une bonne chose. L'augmentation des subsides versés pour diminuer le montant des primes est aussi une

option souhaitée par 64 % des participants à l'enquête, notamment dans les zones urbaines (69 %). La raison tient au niveau plus élevé des primes et du coût des prestations par rapport aux zones rurales. •

## **Méthode de collecte des données et d'échantillonnage**

Cette enquête a été réalisée du 27 septembre au 4 octobre 2022 auprès du panel en ligne de l'institut de recherche Sotomo ainsi que sur les portails en ligne des médias Ringier. L'évaluation porte sur les données de 4 683 personnes âgées de plus de 18 ans. Les résultats sont représentatifs de la population de plus de 18 ans intégrée linguistiquement en Suisse alémanique et en Suisse romande.

Lien vers le rapport:

<https://tinyurl.com/3bb47zh2>



## ACTUALITÉS DU CONSEIL NATIONAL

### Promouvoir la numérisation à grande échelle

Dans une motion, le conseiller aux Etats Damian Müller demande que les prescriptions de produits thérapeutiques puissent être établies électroniquement et transmises numériquement. L'établissement de prescriptions numériques permettrait certes de faire avancer la numérisation du système de santé. Néanmoins, en cas de mise en œuvre concrète de ce projet, il faudra veiller à ce qu'un éventuel surcoût pour les assureurs soit compensé par des gains d'efficacité.

## ACTUALITÉS DU CONSEIL DES ÉTATS

### Un engagement plus fort des cantons est demandé

Le contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes déposé par le parti Le Centre prévoit d'augmenter la participation financière des cantons à la réduction individuelle de primes.

Concrètement, les cantons devraient verser une contribution minimale en pourcentage des coûts cantonaux de l'AOS en fonction de la charge des primes par personne assurée. santésuisse soutient cette mesure. Ces dernières années, divers cantons ont réduit la voilure dans le domaine des réductions de primes. La contribution cantonale en pourcentage des coûts de l'AOS pourrait inciter à des mesures supplémentaires pour juguler les coûts de la santé.



Consultation en ligne  
rapide et claire  
de tous les objets >

## Volet 1b des mesures visant à freiner la hausse des coûts

# Dernière ligne droite pour la loi relative aux intermédiaires

La loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance vise à déclarer le caractère de force obligatoire générale de l'accord de branche concernant les «intermédiaires» entré en vigueur en 2021. Par cette loi, la Confédération entend agir sur trois fronts: lutter contre les appels téléphoniques indésirables, améliorer la qualité du conseil et restreindre les commissions d'intermédiaires versées lors de la conclusion de contrats.

La loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance est entrée dans sa phase décisive. Le Conseil national et le Conseil des Etats doivent encore délibérer sur quelques divergences. Au cœur des débats figurent essentiellement la réglementation sur la limitation des commissions versées aux intermédiaires et la formation de ces derniers. Alors que le Conseil national veut exclure les services internes de cette réglementation, le Conseil des Etats s'est prononcé, à une très courte majorité, contre une telle dérogation lors de la session d'automne.

S'agissant des commissions et de la formation, les assureurs-maladie se sont limités à des exigences concernant les intermédiaires externes dans l'accord de branche, car les services internes reposent sur une logique radicalement différente. De fait, une extension des règles de rémunération occasionnerait chez les assureurs des problèmes considérables sur le plan administratif, économique et en matière de droit du travail. Dans un contexte de hausse des coûts de la santé, ce serait un mauvais signal envoyé aux payeurs de primes.

### Réglementation des services internes inutile

La commission de surveillance de l'accord concernant les intermédiaires a déjà, actuellement, les moyens d'empêcher d'éventuelles tentatives de contourner l'accord de branche. Aussi une réglementation des services internes est-elle totalement superflue. Depuis qu'elle a commencé son activité en 2021, la commission veille au respect de l'accord de branche. Elle a prononcé à ce jour de nombreuses sanctions, ce qui a visiblement un effet très dissuasif sur les intermédiaires peu sérieux: le nombre de signalements liés à des infractions telles que celles définies dans l'accord de branche a chuté d'environ deux tiers depuis 2020, passant de 300 à 87, preuve de la grande efficacité de cet organe. Pour toutes ces raisons, santésuisse recommande de rester aligné sur la position défendue jusqu'à présent par le Conseil national, voire la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N).

**IMPRESSUM** santésuisse – Les assureurs-maladie suisses, Römerstrasse 20, case postale, 4502 Soleure, 032 625 41 41, mail@santesuisse.ch, [santesuisse.ch](https://www.santesuisse.ch)