



Aperçu de la session de printemps 2019

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil National

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
Me 6 mars 2019	18.081 Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux	Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux	4
Je 7 mars 2019	18.3512 Mo. Stöckli. Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients	Adopter	5
Je 7 mars 2019	18.3713 Mo. CSSS-E. Maintenir des régions de primes dans leur état actuel	Adopter	6
Ev. Je 14 mars 2019	18.036 LAMal. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts	Entrer en matière. Adopter	7
Ev. Je mars 2019	18.081 Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux (voir Me 6 mars 2019)	Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux	4
Je 14 mars 2019	18.4091 Mo. CSSS-E. Caisses-maladie : réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité	Adopter avec modification (prévoir le plafonnement des commissions dans le domaine de la LCA)	8
Je 14 mars 2019	18.4096 Mo. CSSS. Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs	Adopter	9
Je 14 mars 2019	18.4098 Po. CSSS. Remboursement des médicaments destinés aux enfants atteints du cancer	Adopter	10
Je 14 mars 2019	19.3002 Po. CSSS. Soins et financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires	Adopter	11
Ma 19 mars 2019	18.408 Iv.pa. Nantermod. Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents	Ne pas donner suite	12

En complément
Affaires émanant du DFI éventuellement traitées au Conseil national

Projet	Recommandation	Brève justification
<p>16.490 Iv.pa. Nantermod. Harcèlement téléphonique. Sanctionner ceux qui en profitent</p> <p>16.491 Iv.pa. Nantermod. Harcèlement téléphonique. Pour des sanctions efficaces</p>	Donner suite	santésuisse s'est toujours prononcée contre le démarchage à froid et recommande donc de donner suite.
18.410 Iv.pa. Fridez. Assurances privées. Pour des expertises médicales sans conflits d'intérêts	Ne pas donner suite	Quel que soit leur poste ou leur emploi, les experts médicaux doivent toujours porter un jugement professionnel indépendant. Dans le cas contraire, la personne concernée peut déposer une plainte.
18.416 Iv.pa. Reynard. Reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) comme maladie professionnelle	Rejeter	Les causes d'un burn-out étant souvent controversées, sa reconnaissance en tant que maladie professionnelle peut s'avérer problématique.
18.3107 Mo. Heim. Rémunérations et honoraires des médecins assurant des fonctions dirigeantes. Créer la transparence	Adopter	Ceux qui vivent des prélèvements obligatoires sur la population doivent faire preuve de transparence.
<p>18.3432 Mo. Thorens Goumaz. Faire établir des statistiques incontestées par un organisme indépendant. Un préalable indispensable au pilotage du système de santé</p> <p>18.3433 Mo. Feller. Faire établir des statistiques incontestées par un organisme indépendant. Un préalable indispensable au pilotage du système de santé</p>	Rejeter	<p>Les fournisseurs de prestations qui sont rémunérés avec les prélèvements obligatoires sur la population doivent livrer des données claires.</p> <p>Le Conseil aux Etats doit en outre examiner le postulat 18.4102 «Stratégie de données cohérente pour le domaine de la santé» qui demande une analyse globale de la situation en matière de données.</p>
17.3169 Mo. Weibel. Pas de cas bénins aux urgences	Adopter	Soigner des cas bénins aux urgences revient trop cher – en moyenne deux fois plus qu'une consultation médicale. Les patients doivent s'adresser en premier lieu aux pharmacies et aux médecins de famille.
17.3237 Mo. Marchand-Balet. Pénurie du	Rejeter	Si l'on regarde la situation dans l'OCDE, la



<p>personnel infirmier. Des mesures concrètes pour concilier vie professionnelle et vie privée 17.3297 Mo. Groupe BD. Garantir des soins dignes en Suisse</p>		<p>soi-disant situation d'urgence dans les soins en Suisse doit pour le moins être relativisée. Avec les mesures actuelles, le Conseil fédéral répond d'ores et déjà aux préoccupations justifiées de la motion.</p>
<p>17.3323 Mo. Heim. Non-paiement des primes d'assurance-maladie. Pour que les parents restent les débiteurs des primes de leurs enfants</p>	<p>Adopter Le CF a adopté la récente motion analogue (Brand, 18.4176) le 13.2.2019 en raison de l'augmentation de la dette suite aux primes impayées!</p>	<p>Les enfants qui accèdent à la majorité ne doivent pas se retrouver endettés parce que leurs parents n'ont pas payé leurs primes.</p>



Conseil national, mercredi 6 mars 2019

18.081 Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux

Contenu du projet

Le Conseil fédéral adopte le message sur la sécurité accrue des dispositifs médicaux

Le 30 novembre 2018, le Conseil fédéral a adopté, à l'intention du Parlement, le message concernant la modification de la loi sur les produits thérapeutiques et de la loi relative à la recherche sur l'être humain. Le projet de loi vise à améliorer la qualité et la sécurité des dispositifs médicaux et donc à augmenter la sécurité des patients.

Position de santésuisse

santésuisse se réjouit en principe de l'harmonisation du droit suisse relatif aux dispositifs médicaux aux deux nouveaux règlements de l'UE dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité des dispositifs médicaux en Suisse. Il devient de plus en plus évident que le «swiss finish» équivaut à un verrouillage du marché sans qu'il y ait de supériorité en termes de qualité. Il y a donc lieu de penser que le rapport prix/performances des produits médicaux en Europe est actuellement souvent meilleur qu'en Suisse.

En Suisse, la qualité des produits médicaux est de plus en plus opaque comme l'illustre le récent scandale des implants de très mauvaise qualité. Dans le même temps, la sécurité de l'approvisionnement en dispositifs médicaux en Suisse est un aspect important à prendre en compte. santésuisse se réjouit également des modifications concernant le droit relatif à la recherche sur l'être humain. Les mesures proposées pour éviter les entraves techniques au commerce sont également soutenues.

Toutefois, les adaptations aux règlements de l'UE seront coûteuses. Il ne faut pas sous-estimer, entre autres, les coûts liés à l'autorisation de tissus humains dévitalisés. C'est pourquoi Swissmedic est invité à rendre la procédure d'autorisation aussi économique que possible. Le Conseil fédéral est également invité à veiller à ce que les coûts supplémentaires éventuels soient proportionnés lors de l'enregistrement des dispositifs médicaux. Enfin, l'exploitation prévue d'un système d'information ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires pour l'assurance-maladie obligatoire.

Recommandation de santésuisse

- L'importation de dispositifs médicaux autorisés dans l'UE doit être aussi simple que possible
- Pas de protection du territoire pour sécuriser l'îlot de prix de la Suisse sans que la valeur ajoutée en termes de qualité n'ait été préalablement démontrée.
- Pas de bureaucratie («swiss finish»)

Recommandation de santésuisse

Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, jeudi 7 mars 2019

18.3512 Mo. Stöckli. Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement une base légale conférant aux patients qui doivent prendre simultanément au moins trois médicaments le droit d'obtenir un plan de médication sous forme électronique ou sur papier.

Position de santésuisse

L'usage négligent et inapproprié des médicaments – qui sont souvent remboursés par l'assurance-maladie obligatoire – et parfois même leur gaspillage est un problème connu, surtout lorsqu'ils sont très onéreux. Les experts estiment qu'un patient sur quatre ne prend pas ses médicaments en respectant les prescriptions des médecins (on parle dans ce cas de «non-compliance» ou de non-observance thérapeutique). S'agissant notamment des maladies chroniques qui ne provoquent pas de douleurs pendant longtemps, l'observance thérapeutique tombe parfois à moins de 50% après quelques années.

D'après les experts, cela concerne surtout les maladies chroniques qui s'accompagnent de peu de douleurs aiguës. En cas d'hypertension ou de diabète, par exemple, qui n'occasionnent pas de douleurs aiguës ou d'autres problèmes, l'observance thérapeutique diminue d'année en année et est inférieure à 50% après cinq ans. Les risques de complication et de mortalité augmentent – ils sont multipliés par cinq dans le cas de l'hypertension et même, d'après les études, par deux en cas de cholestérol élevé.

La Suisse compte 2,2 millions de malades chroniques. Si seule une partie d'entre eux prenait ses médicaments correctement, il serait possible d'économiser chaque année des centaines de millions de francs. Ce surcoût important est surtout dû au fait que les patients, en raison de la non-observance thérapeutique, ont besoin de davantage de consultations médicales, de nouveaux diagnostics et souvent de plus fortes doses de médicaments et de médicaments supplémentaires. D'après santésuisse, un patient coûte en moyenne CHF 13 000 par an s'il respecte le traitement prescrit par le médecin. Dans le cas contraire, les coûts sont multipliés par quatre et atteignent CHF 52 000.

Selon les experts, l'oubli du médicament est la première cause de non-observance. Plus le nombre de médicaments à prendre par jour est important et plus la thérapie est longue, plus l'observance thérapeutique diminue.

La «compliance» et, par conséquent, la disposition du patient à participer activement aux mesures proposées par le médecin, doivent donc être soutenues efficacement.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, jeudi 7 mars 2019

18.3713 Mo. CSSS-E. Maintenir des régions de primes dans leur état actuel

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales pertinentes (Loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal) de manière à ce que les régions de primes soient maintenues dans leur état actuel. En outre, il édicte des règles permettant de déterminer à quelle région doit être attribuée une commune née d'une fusion.

Position de santésuisse

Les assureurs-maladie reconnaissent que le système actuel des régions de primes peut être optimisé. Toutefois, à la date de décembre 2017, aucune des deux propositions de l'OFSP pour réformer les régions de primes n'est appropriée. La deuxième proposition de l'OFSP présente certes plusieurs améliorations, mais elle repose toujours sur l'entité inadéquate du district qui est sans rapport avec l'assurance-maladie. A cet égard, la deuxième proposition s'inscrit en contradiction avec le mandat de la présente initiative Aebi et de la motion Germann de définir les régions de primes sur la base des communes. A ces deux démarches vient maintenant s'ajouter la motion de la CSSS-E (18.3713) «Maintenir des régions de primes dans leur état actuel». Les trois initiatives ont en commun de vouloir proroger la solution actuelle et de rejeter la proposition de nouvelle délimitation formulée par le DFI.

santésuisse salue une vérification régulière des régions de primes sur la base du critère de la commune. Elle représente nettement mieux les différences de coûts locales qu'une délimitation basée sur le critère du district, lequel fait fonction d'entité administrative. La loi impose que les «rabais» tiennent compte des différences de coûts réelles tout en évitant si possible en parallèle – mais ce n'est pas un objectif légal – de créer un système disparate. Le modèle pour les régions de primes devrait avoir pour objectif d'évaluer sur la base des données les facteurs qui doivent être considérés comme des coûts supplémentaires réels par rapport à la moyenne statistique dans le canton et qui entraînent du même coup une prime légèrement plus élevée.

Les subventionnements croisés systématiques entre les régions de primes doivent être éliminés grâce à un contrôle périodique tous les 4 à 5 ans. De plus, le modèle doit être transposable – comme le prescrit la loi – à tous les cantons. Le deuxième modèle révisé de l'OFSP ne reprend pas, lui non plus, toutes ces caractéristiques.

En bref

- Le deuxième modèle de l'OFSP reflète, lui aussi, moins bien les coûts que la situation actuelle. L'OFSP n'a pas élaboré d'indicateur permettant d'examiner l'équité des coûts dans tout le canton.
- santésuisse recommande d'adopter la motion de la CSSS-E **18.3713**.

Recommandation de santésuisse

Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, jeudi 14 mars 2019

18.036 LAMal. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts

Contenu du projet

Le Conseil fédéral et le Parlement entendent renforcer la responsabilité individuelle des assurés afin de contribuer à limiter la hausse des coûts. En exécution de la motion n° 15.4157, déposée par le conseiller aux États Ivo Bischofberger et intitulée «Assurance obligatoire des soins. Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts», le présent projet prévoit d'adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins.

Position de santésuisse

Le mécanisme proposé par le Conseil fédéral pour l'augmentation périodique des franchises peut être approuvé. Afin de mieux éviter les prestations superflues, toute une série de mesures sont nécessaires.

D'une part, l'offre excédentaire doit être réduite. D'autre part, le patient doit devenir critique en termes de consommation de prestations médicales. L'expérience a montré que c'est le cas lorsque le portemonnaie des assurés est mis à contribution.

Ce n'est que si les prestations médicales sont en partie payantes que les patients commenceront de plus en plus à se poser des questions critiques sur la qualité et l'efficacité voire sur la nécessité d'une intervention médicale spécifique.

Recommandation de santésuisse

Entrer en matière. Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Conseil national, jeudi 14 mars 2019

18.4091 Mo. CSSS-E. Caisses-maladie : réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité

Position de santésuisse

santésuisse soutient la motion de la Commission de la santé du Conseil des Etats (18.4091) qui permet au Conseil fédéral:

- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins une réglementation des commissions versées aux intermédiaires, d'approuver des modifications et de prévoir des sanctions en cas de non-respect;
- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire selon la LAMal une réglementation des points ci-dessous et de prévoir des sanctions en cas de non-respect:
 - interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid;
 - formation approfondie obligatoire;
 - obligation de dresser un procès-verbal de l'entretien, signé par le client et le conseiller.

La commission versée par conclusion dans l'AOS devrait se rapprocher de la solution actuelle proposée par santésuisse, à savoir au maximum 50.- francs, ce qu'approuvent également les petites et moyennes caisses d'assurance-maladie. Le consensus de la branche en faveur d'une solution future contraignante pour tous devrait être proche de la limite de la commission fixée par santésuisse, qui est actuellement de CHF 50.

santésuisse trouve regrettable qu'aucune limite de rémunération contraignante ne soit prévue pour les commissions versées dans le domaine des assurances complémentaires. Car il est urgent de limiter les commissions dans le domaine de la LCA. C'est le seul moyen d'éviter tout contournement de la limite supérieure fixée dans l'AOS. Une commission plafonnée uniquement dans la LAMal et un accord sur la qualité pour la LCA ne suffisent pas à corriger la situation inacceptable du démarchage téléphonique « à froid » par des intermédiaires, agissant la plupart du temps depuis l'étranger.

La non-réglementation dans la LCA n'est libérale qu'à première vue : une solution politiquement légitimée dans le domaine de la LCA, et soutenue par l'écrasante majorité de la branche, garantit une concurrence équitable et évite l'insécurité juridique due à une marge d'interprétation trop grande de la surveillance. La branche considère que le plafonnement dans la LCA, avec au maximum une prime annuelle, est approprié et facile à contrôler.

En bref

- Des solutions de branche contraignantes pour l'ensemble de la branche constituent une étape importante pour empêcher les commissions disproportionnées dans l'assurance obligatoire des soins et remédier au problème des appels téléphoniques indésirables des intermédiaires et courtiers.
- Dans le domaine des assurances complémentaires selon la LAMal, des limites de rémunération obligatoires pour les commissions devraient également être fixées pour prévenir les pratiques abusives et le « harcèlement téléphonique » de certaines brebis galeuses parmi les intermédiaires et les courtiers. C'est la seule façon de remédier globalement au problème.
- Des mesures dans la loi sur les télécommunications sont également nécessaires pour que l'interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid ne puisse pas être contournée via l'étranger, souvent avec des numéros de téléphones CH fictifs (usurpation de l'identité de l'appelant etc.).

Recommandation de santésuisse

Adopter avec modification (prévoir le plafonnement des commissions dans le domaine de la LCA)

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, jeudi 14 mars 2019

18.4096 Mo. CSSS. Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de fixer à 500 francs le montant de la franchise ordinaire dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

Position de santésuisse

santésuisse salue cette motion destinée à inciter les assurés à adopter un comportement responsable. Une participation financière plus élevée devrait également conduire les patients à se poser dorénavant des questions critiques sur les mesures prises par les hôpitaux et les médecins, qui sont superflues dans près de 20% des cas.

Par ailleurs, il faut relativiser l'argument de l'opposition selon lequel certaines catégories de la population ne pourraient plus se permettre de consulter un médecin en raison des coûts: les personnes en situation économique difficile bénéficient de réductions de primes dont le montant annuel est largement supérieur à la franchise, à quoi peuvent s'ajouter des prestations complémentaires et l'allocation pour imputable.

Même chose pour les malades chroniques: certes, les patients de cette catégorie devraient généralement s'acquitter de la participation aux coûts maximale, mais ils ont aussi tout intérêt à ce que l'assurance-maladie reste abordable et à ce que les personnes qui se rendent chez le médecin pour des broutilles paient de leur poche l'ensemble des frais en découlant. L'économie de 1,7 % se répercute aussi sur le budget des pouvoirs publics; les cantons pourront par exemple réaffecter les ressources ainsi épargnées aux réductions de primes, accordées en fonction des besoins.

Relever à 500 francs le montant de la franchise la plus basse constitue une mesure financièrement supportable, qui contribue à améliorer la responsabilité individuelle. Urgente, cette mesure doit être mise en œuvre le plus rapidement possible. Il est indispensable que chacun apporte sa contribution à la maîtrise des coûts de l'assurance-maladie.

En bref

- Une hausse modérée de la franchise ordinaire, resp. de la franchise la plus basse, est supportable.
- Cette mesure renforce la responsabilité individuelle et devrait également faire fonction de signal adressé aux hôpitaux et aux médecins de mieux prévenir les consultations inutiles.
- Les personnes en situation économique difficile bénéficient de réductions de primes et le cas échéant des aides sociales complémentaires dont le montant est largement supérieur à l'augmentation de 200 francs.
- La même chose est valable pour les malades chroniques de conditions modestes. Les patients de cette catégorie ont aussi tout intérêt à ce que notre assurance-maladie reste abordable à l'avenir.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, jeudi 14 mars 2019

18.4098 Po. CSSS. Remboursement des médicaments destinés aux enfants atteints du cancer

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport, dans lequel il exposera la situation relative à la prise en charge des coûts des médicaments destinés aux enfants atteints du cancer. Il devra également identifier les champs d'action possibles afin d'éviter toute inégalité de traitement.

Ce rapport devra notamment apporter des précisions sur les points suivants:

- les conditions dans lesquelles les caisses-maladie prennent en charge les coûts des médicaments destinés aux enfants atteints du cancer;
- les solutions envisageables en vue d'un remboursement des coûts des médicaments non encore autorisés en Suisse, mais autorisés à l'étranger;
- les solutions permettant d'éviter de créer des cas d'inégalité de traitement en matière de prise en charge des médicaments utilisés hors étiquette ("off-label-use").

Position de santésuisse

Tout d'abord, le terme d'« inégalité de traitement » peut prêter à confusion dans ce contexte : il s'agit de médicaments qui n'ont pas été autorisés et qui, en fonction de leur bénéfice thérapeutique individuel, sont ou ne sont pas pris en charge à un prix réduit par l'assurance-maladie obligatoire. Toutefois, rien ne s'oppose à l'élaboration d'un rapport correspondant.

En bref

- Il y a de nombreux malentendus dans l'opinion publique au sujet de l'utilisation de médicaments non autorisés (utilisation hors étiquette).
- L'inégalité de traitement évoquée dans le postulat se réfère probablement à des situations inégales, puisque le bénéfice individuel attendu est décisif pour la décision de la caisse-maladie.
- Rien ne s'oppose à l'élaboration d'un rapport par le Conseil fédéral.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Conseil national, jeudi 14 mars 2019

19.3002 Po. CSSS. Soins et financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, conjointement avec la CDS et les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, si les soins visés à l'art. 25a, al. 1, LAMal et à l'art. 7 OPAS ainsi que les contributions des pouvoirs publics (cantons et communes) dans le cadre du financement des coûts résiduels LAMal pourraient être intégrés au financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires. Les informations qu'il aura recueillies à cet effet devront notamment porter sur les aspects suivants:

- transparence en matière de coûts;
- définition et stabilisation des parts supportées par les différents acteurs du financement des soins;
- définition des prestations de soins par opposition aux prestations d'assistance;
- définition uniforme des niveaux de soins dans les domaines ambulatoire et stationnaire;
- harmonisation des règles de rémunération pour les traitements ambulatoires et stationnaires;
- création d'un organe national chargé des questions de structure tarifaire dans le financement des soins.

Une minorité (Aeschi Thomas, Burgherr, Frehner) propose de rejeter le postulat.

Position de santésuisse

Avec l'introduction de la LAMal, les soins dispensés en ambulatoire, lors de visites à domicile, en mode stationnaire ou semi-stationnaire voire dans un EMS ont été rémunérés. Cela n'était pas tenable car les coûts des soins ont augmenté rapidement. Pour stabiliser la situation, le Conseil fédéral a donc introduit des tarifs-cadres par voie d'ordonnance en 1998. Ceux-ci ont été gelés par un arrêté fédéral urgent et, dans le même temps, l'élaboration du nouveau financement des soins a commencé.

L'un des principaux objectifs du nouveau financement des soins de 2011 est d'éviter que les conséquences financières du vieillissement de la population ne soient entièrement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les coûts ont donc été limités par personne. Ainsi, l'AOS paie plus pour chaque personne ayant besoin de soins de longue durée, mais le montant supplémentaire par personne est limité. Si le financement des soins était inclus dans l'EFAS, ces acquis seraient remis en question. santésuisse est donc critique quant à l'intégration des soins de longue durée dans l'EFAS. De plus, il n'est pas nécessaire de créer un organe national pour les questions de structure tarifaire dans le financement des soins. Le tarif est fixé officiellement.

En bref

- Le nouveau financement des soins vise à éviter que les conséquences financières du vieillissement de la population ne soient entièrement à la charge de l'AOS.
- Il a fait suite à l'explosion des coûts des soins après l'introduction de la LAMal, qui ont dû être limités par un arrêté fédéral urgent.
- Si le financement des soins était inclus dans l'EFAS, ces acquis seraient remis en question.
- Il n'est pas nécessaire de créer un organe national pour les questions de structure tarifaire dans le financement des soins.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Conseil national, mardi 19 mars 2019

18.408 Iv.pa. Nantermod. Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents

Contenu du projet

La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) est modifiée comme suit:

Art. 6

...

Al. 4

En cas de rechute ou de séquelle tardive, il n'est pas tenu compte des événements accidentels intervenus avant que l'assuré n'ait atteint l'âge de 16 ans. En cas de rechute ou de séquelle tardive, le premier événement qui suit l'âge de 16 ans est considéré comme l'événement accidentel d'origine pour déterminer la couverture d'assurance.

Position de santésuisse

Ce problème ne concerne que les personnes qui ont été victimes d'un accident dans leur jeunesse et qui, par la suite, font une rechute après avoir commencé à exercer une activité lucrative. Les frais de traitement liés à la rechute sont pris en charge par l'assurance-maladie. Toutefois, la perte de gain n'est pas couverte par l'assurance-maladie obligatoire (AOS). Comme il s'agit de cas très spécifiques, le nombre de cas concernés est plutôt faible.

Si cette motion était adoptée, les principes actuels de la LAA (tels que l'interdiction de conclure des assurances rétroactives, la garantie de l'égalité de traitement, la prise en charge des coûts des rechutes et des séquelles, etc.) ne seraient plus respectés.

Le 28 mars 2018, le Conseil fédéral a publié un rapport sur la motion Darbellay 11.3811 « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents ». Sur la base d'une analyse de toutes les branches de l'assurance sociale qui proposent la prestation d'indemnité journalière, le rapport montre qu'il n'existe aucune solution convaincante pour la mise en œuvre de la motion dans un domaine quelconque. Cette nouvelle motion doit donc être rejetée.

En bref

- Comme le montre le rapport du Conseil fédéral sur la motion Darbellay (11.3811), celle-ci ne peut être mise en œuvre de manière juridiquement convaincante.
- Des principes importants de la LAA, tels que l'interdiction de conclure des assurances rétroactives, ne seraient plus respectés

Recommandation de santésuisse:

Ne pas donner suite

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch