



# Aperçu de la session de printemps 2019

## Recommandations de santésuisse

### Affaires au Conseil des Etats

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
Ma 5 mars 2019	<b>18.036</b> LAMal. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts	<b>Entrer en matière. Adopter.</b>	3
Ma 5 mars 2019	<b>16.3084</b> Mo. Landolt. Assurance-maladie. Adapter le montant de la franchise ordinaire	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b>	3
Ma 5 mars 2019	<b>16.3110</b> Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter régulièrement le montant des franchises	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b>	3
Ma 5 mars 2019	<b>16.3111</b> Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Renforcer la liberté de choix et la responsabilité individuelle en augmentant la franchise maximale	<b>Aucune recommandation</b>	3
Ma 5 mars 2019	<b>16.3112</b> Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter enfin le montant de la franchise minimale	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b>	4
Ma 5 mars 2019	<b>15.468</b> Iv. pa. Brand (Borer). LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle	<b>Entrer en matière. Suivre le Conseil national</b>	4
Ma 5 mars 2019	<b>15.083</b> LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économie	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b>	5
Ma 5 mars 2019	<b>18.081</b> Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux	<b>Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux</b>	6
Ma 5 mars 2019	<b>16.3193</b> Mo. Hess Lorenz. Tarifs dans la LAMal. Promouvoir l'innovation et la transparence	<b>Adopter</b>	7
Ma 5 mars 2019	<b>17.3716</b> Mo. Brand. LAMal. Introduire un article de promotion de l'innovation	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b>	8
Ma 5 mars 2019	<b>17.4270</b> Mo. Brand. LAMal. Instaurer la transparence dans le décompte des prestations facturées selon le Tarmed	<b>Adopter</b>	9



Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
Ma 5 mars 2019	<b>18.4167</b> Ip. Maury Pasquier. Interruptions médicales de grossesse dès la 13e semaine. Egalité de traitement	<b>Aucune recommandation</b>	10
Ma 5 mars 2019	<b>18.4193</b> Mo. Noser. Médicaments. Automédication et réduction des coûts	<b>Adopter</b>	11
Me 6 mars 2019	<b>15.4027</b> Mo. Lehmann. LAMal. Rendre les primes de l'assurance de base déductibles des impôts	<b>Adopter</b>	12
Me 6 mars 2019	<b>17.3171</b> Mo. Grin. Augmentation des déductions forfaitaires de l'impôt fédéral direct destinée à compenser l'explosion des primes d'assurance-maladie	<b>Adopter</b>	12
Je 7 mars 2019	<b>18.081</b> Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux (voir mardi 5 mars 2019)	<b>Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux</b>	6
Ev. Lu 18 mars 2019	<b>18.081</b> Loi sur les produits thérapeutiques. Nouvelle réglementation sur les dispositifs médicaux (voir mardi 5 mars 2019)	<b>Entrer en matière. Eviter un « swiss finish » coûteux</b>	6
Me 20 mars 2019	<b>17.320</b> Iv.ct. JU. Primes LAMal impayées: pour une obligation d'affiliation à l'assureur-maladie désigné par le Canton lors du paiement des actes de défaut de biens (ADB) par ce dernier	<b>Ne pas donner suite</b>	13
Je 21 mars 2019	<b>18.3305</b> Mo. Brand. LAMal. Plus de convention tarifaire sans maîtrise des coûts	<b>Adopter</b>	14
Je 21 mars 2019	<b>17.528</b> Iv.pa. Ettlin Erich. Assurance obligatoire des soins. Prise en compte de l'accroissement du volume des prestations dans les négociations tarifaires	<b>Donner suite</b>	14
Je 21 mars 2019	<b>18.4102</b> Po. CSSS. Stratégie de données cohérente pour le domaine de la santé	<b>Adopter</b>	15

Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## Diverses affaires concernant les franchises

Projet	Contenu du projet	Recommandation de santésuisse
<b>18.036 LAMal. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts</b>	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.	<b>Entrer en matière et adopter</b> 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.
<b>16.3084 Mo. Landolt. Assurance-maladie. Adapter le montant de la franchise ordinaire</b>	Le Conseil fédéral est chargé d'augmenter le montant de la franchise ordinaire de l'assurance obligatoire des soins à 400 francs au moins.	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b> Pour accroître la responsabilité individuelle, la franchise ordinaire devrait s'élever à CHF 500 au minimum
<b>16.3110 Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter régulièrement le montant des franchises</b>	Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement une modification des bases légales nécessaires pour introduire dans l'assurance obligatoire des soins un mécanisme qui garantisse que les franchises soient adaptées à intervalles réguliers à l'évolution des coûts.	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b> L'adoption de la motion <b>15.4157</b> (Bischofberger) et du projet du Conseil fédéral <b>18.036</b> (ci-dessus) tiennent déjà compte de cette initiative.
<b>16.3111 Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Renforcer la liberté de choix et la responsabilité individuelle en augmentant la franchise maximale</b>	Le Conseil fédéral est chargé de proposer une modification des bases légales nécessaires pour augmenter la franchise maximale dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ou pour fixer une nouvelle franchise maximale en créant un nouvel échelon de la franchise à option. Il prévoira, dans les deux cas, des possibilités de	<b>Aucune recommandation</b> La franchise maximale sera augmentée par étapes gérables conformément au projet de loi <b>18.036</b> du Conseil fédéral (voir ci-dessus). Une augmentation supplémentaire n'est pas indiquée, étant donné que des rabais de même ampleur pourraient difficilement être accordés.



	rabais sur la prime en proportion.	
<b>16.3112 Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter enfin le montant de la franchise minimale</b>	Le Conseil fédéral est chargé d'augmenter le montant de la franchise ordinaire conformément à l'ordonnance sur l'assurance-maladie.	<b>Adopter. Suivre le Conseil national</b> La franchise minimale doit être relevée à CHF 500.- afin d'accroître la responsabilité individuelle.
<b>15.468 Iv.pa. Brand (Borer). LA-Mal. Renforcer la responsabilité individuelle</b>	La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) est modifiée de manière à ce que les contrats prévoyant une forme particulière d'assurance (franchises à option, choix limité du fournisseur de prestations, etc.) ne puissent être proposés que pour une durée de trois ans. Aucune modification ne sera apportée au modèle de base avec la franchise ordinaire à 300 francs, dont le contrat peut être résilié pour la fin d'un semestre et d'une année.	<b>Entrer en matière. Suivre le Conseil national</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Il est choquant et inacceptable, compte tenu de la responsabilité personnelle accrue demandée, que des personnes qui ont bénéficié de primes nettement plus basses pendant de nombreuses années avec des franchises élevées passent au niveau de franchise le plus bas pendant une courte période lors d'opérations prévues et planifiables, etc.</li><li>- L'obligation de conserver la même franchise pendant trois ans permet d'éviter un choix opportuniste des franchises dans de nombreux cas.</li><li>- La responsabilité individuelle et la durabilité sont ainsi renforcées.</li><li>- Une plus grande responsabilité individuelle va souvent de pair avec un mode de vie plus sain.</li><li>- Le choix des franchises élevées dépend essentiellement des rabais. Il n'est pas vrai ou il ne faut pas s'attendre à ce que des franchises de trois ans atténuent l'attrait correspondant.</li><li>- En outre, les données de l'étude du Conseil fédéral doivent être remises en question : les personnes qui changent de caisse – qui sont les plus à même d'optimiser le paiement des primes –, ne sont pas incluses dans les chiffres. Aucune donnée correspondante n'est disponible.</li><li>- De plus, l'étude du Conseil fédéral ne repose que sur une période d'observation de trois ans (deux changements consécutifs possibles). Une période plus longue serait beaucoup plus révélatrice.</li><li>- Selon la même étude de BSS (2017), 8,3% des assurés changent de franchise au moins une fois en l'espace de trois années civiles.</li></ul>

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 15.083 LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral souhaite poursuivre les efforts engagés pour améliorer la sécurité des patients et la qualité du système de santé. Les programmes nationaux en matière de qualité constituent un outil important pour atteindre cet objectif. Ils doivent être conduits par la Confédération et financés par les assurés.

### Projet modifié par la CSSS-N

L'objectif de la CSSS-N est, par une approche «de bas en haut», de mieux coordonner et de soutenir les efforts actuels de diverses organisations dans le domaine de la qualité. Le projet renonce aussi bien à la création d'un institut fédéral de la qualité qu'au financement par les payeurs de primes des tâches fédérales et des programmes nationaux de qualité. La Commission a également précisé pour le domaine ambulatoire les conditions-cadres pour les mesures de qualité standardisées et les programmes de qualité, de sorte qu'on peut réellement s'attendre à des progrès à l'avenir au niveau de la concurrence fondée sur la qualité et la transparence de la qualité. Au cours des deux dernières décennies, aucune mesure de qualité systématique n'a été mise en œuvre dans le domaine ambulatoire, et ceci en dépit des prescriptions prévues par la loi, ce qui confronte les patients à une véritable opacité (boîte noire).

### Position de santésuisse

Les dispositions légales relatives à l'applicabilité à l'échelon des fournisseurs de prestations doivent impérativement être améliorées. La garantie de la qualité – au niveau technique et du contenu – ne doit toutefois pas «venir d'en haut». Elle doit être ancrée dans le travail quotidien des fournisseurs de prestations et présenter des interactions avec les données des patients dans les cabinets et les hôpitaux (approche «de bas en haut»), faute de quoi les programmes nationaux demeureront un «tigre de papier». Si les fournisseurs de prestations demandent (à juste titre) de gérer eux-mêmes la garantie de la qualité, le législateur doit également s'assurer, avec des conditions cadres appropriées, que les fournisseurs de prestations effectuent réellement ce travail et le présentent de manière transparente. Se déclarer en quelque sorte «seuls compétents», mais refuser depuis plus de 20 ans toute transparence sur la qualité dans le domaine ambulatoire, comme l'a pratiqué la FMH jusqu'à présent (l'annexe 6 de TARMED est vide), n'est pas acceptable. Dans le même temps, il n'est pas opportun de critiquer l'approche «venant d'en haut» du Conseil fédéral tant que l'on refuse la possibilité, «de bas en haut», de vérifications et l'application des exigences légales.

La CSSS-N a procédé aux corrections nécessaires du projet du Conseil fédéral sans perdre de vue les objectifs fondamentaux (mesures systématiques de la qualité ; imposer la transparence également dans le domaine ambulatoire). Elle a éliminé l'approche «top down» du Conseil fédéral – avec l'institut de la qualité – et fait en sorte que les organisations spécialisées existantes comme l'ANQ et l'EQUAM restent les interlocuteurs-clés lorsque les programmes nationaux font l'objet d'appels d'offres. En ce sens, ces corrections favorisent aussi la transparence et la garantie de la qualité. La CSSS-N a aussi légitimement modifié le financement unilatéral par les payeurs de primes des travaux de coordination et des programmes nationaux.

### En bref

- Les dispositions légales visant à imposer les mesures de qualité doivent être améliorées de toute urgence.
- La proposition modifiée de la CSSS-N apporte les corrections nécessaires au projet.
- Le modèle ANQ ou l'«organisation commune», qui ont été discutés à plusieurs reprises, ne sont pas la solution car il manque toujours le caractère contraignant. Les sanctions ne s'appliqueraient qu'aux accords facultatifs dans les conventions relatives à la qualité. Les fournisseurs de prestations pourraient donc continuer de refuser tout accord sur la qualité sans avoir à craindre de sanctions.
- Or les progrès au niveau de la qualité et la transparence correspondante ne doivent pas dépendre du bon vouloir des fournisseurs de prestations qui sont en définitive financés par des prélèvements obligatoires.

### Recommandation de santésuisse

## Adopter. Suivre le Conseil national

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 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](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 16.3193 Mo. Hess Lorenz. Tarifs dans la LAMal. Promouvoir l'innovation et la transparence

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier l'article 52 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à ce que les tarifs des analyses pratiquées par des laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires, sur le modèle de la structure tarifaire Tarmed et des forfaits par cas, ou, s'ils ne parviennent pas à s'entendre, que ces tarifs soient fixés par une autorité de recours instituée par les partenaires tarifaires avec possibilité de recours auprès du Tribunal administratif fédéral.

### Position de santésuisse

Cette affaire mérite d'être examinée selon santésuisse. Mais l'initiative est devenue en grande partie redondante avec l'adoption de la motion **17.3969** de la CSSS-E.

santésuisse

**Adopter**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 17.3716 Mo. Brand. LAMal. Introduire un article de promotion de l'innovation

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de créer dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) un article général de promotion de l'innovation pour tous les acteurs du domaine de la santé. Cet article constituera une base légale claire pour des projets pilotes qui permettront de mieux respecter les mesures d'amélioration de la qualité et de l'économicité exigées par la loi. Les droits aux prestations et l'obligation d'admission ne subiront aucune modification.

### Position de santésuisse

Dans le domaine de la santé, les concepts théoriques pour endiguer les coûts et augmenter l'économicité ne sont généralement pas mis en pratique. De nouvelles mesures pour un approvisionnement en soins plus efficace axé sur la qualité doivent pouvoir être testées sur le terrain.

L'article sur l'innovation pourrait être utilisé, par exemple, pour vérifier, sur une base temporaire et locale, si un renforcement des compétences en matière de soins n'entraîne pas effectivement des coûts supplémentaires importants et comment il affecterait la coordination des prestations.

Dans le cadre de la disposition relative à l'innovation ou de l'article expérimental, les projets doivent remplir les conditions suivantes:

- L'objectif devrait être de réaliser des économies de coûts, qui devraient toutefois être plausibilisées.
- La réversibilité des projets doit toujours être possible.
- La sécurité juridique et le respect de l'État de droit doivent être garantis.
- La garantie des prestations et le principe de solidarité sont garantis pour tous les assurés.
- Les projets devraient être limités dans le temps.
- Un suivi scientifique des projets doit être prévu.
- Les résultats des votations populaires, entre autres le refus, à trois reprises, de la caisse unique, ne doivent pas être contournés via l'article expérimental.

### Recommandation de santésuisse

**Adopter. Suivre le Conseil national**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 17.4270 Mo. Brand. LAMal. Instaurer la transparence dans le décompte des prestations facturées selon le Tarmed

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'adapter la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et les dispositions afférentes de manière à ce que le décompte des prestations relevant de la structure tarifaire Tarmed puisse être contrôlé plus facilement, soit transparent et soit compréhensible pour le patient. Il prévoira des sanctions en cas de non-respect.

### Position de santésuisse

La facturation des prestations de la LAMal doit devenir plus transparente dans l'intérêt des patients et des répondants des coûts. Des sanctions sont également nécessaires. Actuellement, tout fournisseur de prestations qui a systématiquement surfacturé ses prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire doit tout au plus s'attendre à une correction de sa facture. La « déduction d'une pénalité » n'est pas possible même si les factures sont systématiquement trop élevées. Comme il est impossible d'identifier toutes les « optimisations » à la charge de l'assurance-maladie et qu'une intention frauduleuse au sens de l'art. 59, al. 3, let. f, al. 3, let. est difficile à démontrer, les fournisseurs de prestations les plus « culottés » en profitent le plus aujourd'hui. Il devrait donc être possible d'effectuer une « déduction pour manque de transparence » si les patients ne reçoivent pas une copie des factures ou si les factures sont systématiquement trop élevées. La déduction serait limitée dans le temps et contestable devant la justice.

Ces nouveaux instruments de prévention visent à obtenir ce qui ne peut l'être aujourd'hui en raison de l'absence de possibilités de sanctions : plus de transparence vis-à-vis des patients grâce à une copie de la facture et une facturation correcte et équitable à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

### En bref

- La facturation des prestations de la LAMal doit devenir plus transparente dans l'intérêt des patients et des répondants des coûts.
- Des possibilités de sanction doivent permettre de prévenir les abus des fournisseurs de prestations peu sérieux.
- Ceux qui profitent systématiquement au détriment de la collectivité doivent actuellement tout au plus s'attendre à une correction de la facture car il est dans la nature des choses que les fraudes sont difficiles à démontrer.

### Recommandation de santésuisse:

**Adopter**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 18.4167 Ip. Maury Pasquier. Interruptions médicales de grossesse dès la 13e semaine. Egalité de traitement

### Contenu du projet

L'article 30 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit qu'en cas d'interruption de grossesse non punissable, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Selon l'article 64, alinéa 7, LAMal, l'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations générales et des soins en cas de maladie (définis aux art. 25 et 25a LAMal) qui sont fournis à partir de la 13e semaine de grossesse, pendant l'accouchement et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

La lettre d'information "Prestations en cas de maternité et participation aux coûts", adressée par l'OFSP aux assureurs LAMal en date du 16 mars 2018, précise que "les prestations en relation avec l'infirmité congénitale (art. 27 LAMal), l'accident (art. 28 LAMal) et l'interruption de grossesse non punissable (art. 30 LAMal) doivent également relever de l'article 64, alinéa 7, lettre b, LAMal dans la perspective de l'égalité de traitement, d'autant que ces prestations incluent toutes le renvoi à l'étendue des prestations en cas de maladie définie aux articles 25 et 25a LAMal." Selon l'OFSP, l'interruption de grossesse non punissable doit donc être exemptée de la participation aux coûts à partir de la 13ème semaine de grossesse.

Or, d'après l'enquête d'un journaliste relatée dans le journal ARCINFO le 28 novembre 2018, les pratiques en la matière divergent selon les assureurs. Si certaines caisses suivent l'OFSP et remboursent entièrement les prestations en lien avec une interruption de grossesse réalisée sur avis médical dès la 13ème semaine, d'autres exigent dans ce cas le paiement de la franchise et la participation aux coûts - une situation que de nombreux couples ont apparemment vécue - Cette situation contrastée crée une inégalité de traitement entre les femmes enceintes.

1. Que pense le Conseil fédéral de l'effet limité, sur ce point, de la lettre d'information de l'OFSP du 16 mars 2018?
2. Quelles mesures envisage-t-il pour que les assureurs appliquent la loi de manière uniforme?
3. Le Conseil fédéral pense-t-il qu'une modification de la loi est nécessaire afin de garantir l'égalité de traitement entre les femmes enceintes confrontées à une interruption de grossesse non punissable à partir de la 13ème semaine de grossesse?

### Position de santésuisse

Selon santésuisse, la maternité est bien protégée dans la loi actuelle. A partir de la 13ème semaine de grossesse et jusqu'à 8 semaines après l'accouchement, les femmes ne participent pas au coût de traitement en cas de complications ou de maladie. Pendant cette période, l'assurance-maladie prend en charge les frais des examens de contrôle, d'accouchement, de suivi et de conseil en allaitement. Lors d'une grossesse, la participation aux coûts n'est pas due. Les femmes enceintes ne paient ni franchise, ni quote-part ou contribution hospitalière. Les frais sont pris en charge pour l'accouchement à l'hôpital, à la maison de naissance ou à domicile. En outre, plusieurs examens de contrôle sont pris en charge par la caisse-maladie.

- Dans la loi actuelle, la grossesse bénéficie d'un traitement privilégié en ce sens qu'aucune participation aux coûts n'est due à partir de la 13ème semaine de grossesse et jusqu'à 8 semaines après l'accouchement.
- santésuisse doute que les déclarations de l'OFSP dans la lettre d'information du 16 mars 2018 reposent sur une base légale suffisante.
- Si aucune participation aux coûts ne doit être versée lors d'une interruption de grossesse médicalement indiquée à partir de la 13ème semaine de grossesse (25 et 25a LAMal), comme c'est le cas durant une grossesse, la loi devrait être adaptée.

### Recommandation de santésuisse:

**Aucune recommandation**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mardi 5 mars 2019

## 18.4193 Mo. Noser. Médicaments. Automédication et réduction des coûts

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de préciser les critères de classification pour les médicaments en vente libre (catégorie de remise E) tels que définis à l'art. 23 de la LPT<sub>H</sub> révisée, de sorte que cette catégorie couvre les médicaments contenant des matières premières qui sont distribués depuis au moins dix ans sans risque pour la sécurité dans un pays de référence de l'UE ayant un service de sécurité des médicaments équivalent à la Suisse. Les pays de référence seront notamment l'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas, La France, l'Autriche, la Belgique, la Finlande et la Suède. Conformément à l'art. 30a PA, une procédure spéciale d'audition préalable sera prévue pour les décisions concernant la classification des médicaments dans les catégories de remise.

### Position de santésuisse

La classification des médicaments en vente libre selon Swissmedic n'a pas répondu aux attentes, en particulier de Migros. L'effet sur l'AOS devrait être faible, car très peu de médicaments ont été reclassés dans la catégorie E.

santésuisse est favorable à une pratique de délivrance des médicaments libérale avec une responsabilité individuelle correspondante du patient. Il va sans dire que toute libéralisation doit également tenir compte de la sécurité des médicaments.

### Recommandation de santésuisse:

**Adopter**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, mercredi 6 mars 2019

## **15.4027 Mo. Lehmann. LAMal. Rendre les primes de l'assurance de base déductibles des impôts**

## **17.3171 Mo. Grind. Augmentation des déductions forfaitaires de l'impôt fédéral direct destinée à compenser l'explosion des primes d'assurance-maladie**

### **Contenu du projet**

Les motions 15.4027 Lehmann et 17.3171 Grin chargent le Conseil fédéral de soumettre au Parlement une révision partielle de la loi sur la déduction fiscale des primes d'assurance-maladie.

La motion 15.4027 demande un échelonnement de la déduction en fonction du revenu imposable. Jusqu'à un revenu imposable de 150 000 francs suisses, 100 pour cent des primes de l'assurance de base devraient être déductibles.

- Au-delà de ce revenu, les déductions sont dégressives comme suit:
- de 151 000 à 200 000 francs 75 pour cent de la prime de base;
- de 201 000 à 250 000 francs 50 pour cent de la prime de base;
- de 251 000 à 350 000 francs 25 pour cent de la prime de base;
- à partir de 351 000 francs 10 pour cent de la prime de base.

La législation fiscale distinguera à cet égard les personnes seules et les familles. La quote-part de base devra être prise en compte de manière à ce que les pertes fiscales de la Confédération restent supportables. Une quote-part de 1000 francs pourrait servir de base de calcul. Aucune déduction ne sera prévue pour les assurances complémentaires.

La motion 17.3171 demande une augmentation des déductions forfaitaires pour l'impôt fédéral direct.

L'article 212 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'impôt fédéral direct sera modifié comme suit:

Déduction pour les primes d'assurances et les intérêts de capitaux d'épargne:

- la déduction pour une personne seule est de 3000 francs (actuellement 1700 francs);
- la déduction pour un couple marié est de 6100 francs (actuellement 3500 francs);
- les déductions pour chaque enfant et par personne à charge est de 1200 francs (actuellement 700 francs)

### **Position de santésuisse**

santésuisse est favorable à un allègement fiscal plus élevé basé sur les primes d'assurance-maladie effectives. Toutefois, seul le mécanisme devrait être inscrit dans la loi. Les montants fixes seront obsolètes tôt ou tard. Il pourrait également être formulé que « des échelonnements appropriés devraient être pris en compte ».

#### **Recommandation de santésuisse:**

**Adopter. (Prévoir une formulation plus générale dans le second conseil.)**

**Renseignements complémentaires:** Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Conseil des Etats, mercredi 20 mars 2019

## 17.320 Iv.ct. JU. Primes LAMal impayées: pour une obligation d'affiliation à l'assureur-maladie désigné par le Canton lors du paiement des actes de défaut de biens (ADB) par ce dernier

### Contenu du projet

Les bases légales fédérales doivent être modifiées afin de permettre aux cantons d'obliger l'assuré pour lequel le canton a dû payer à son assureur maladie le 85 pour cent de l'ADB qui lui a été délivré, de s'affilier à la caisse maladie choisie par le canton, par exemple l'assureur ayant la prime la meilleur marché.

### Position de santésuisse

Le libre choix de l'assureur-maladie est un objectif de la LAMal qui ne doit pas être restreint encore davantage. Ce libre choix ne s'exerce pas actuellement lorsqu'une personne est attribuée d'office à un assureur-maladie par une commune parce qu'elle n'a pas apporté la preuve de son affiliation à une caisse-maladie. Une telle mesure est prise en l'encontre d'une personne ayant son domicile habituel en Suisse et ayant omis de s'assurer malgré les rappels de la commune.

La LAMal stipule que les assurés ne peuvent pas changer de caisse-maladie en cas d'arriérés de primes ou de participations aux coûts. Il incombe aux assureurs concernés de gérer les arriérés d'autant plus que le canton les prend en charge à hauteur de 85% au maximum. En revanche, l'assureur doit reverser au canton 50% des sommes recouvrées.

De nombreux problèmes surgiraient si le principe légal actuel n'était plus appliqué. Il faudrait alors craindre que des assurés aient des arriérés auprès de plusieurs assureurs-maladie et que la situation devienne ingérable. Par ailleurs, quelles incitations les payeurs de primes auraient-ils à régler leurs arriérés auprès de leur ancien assureur s'ils étaient attribués par le canton à un nouvel assureur ?

Il convient aussi de tenir compte du fait que les arriérés selon l'art. 64a pris en charge par le canton concernent parfois le passé, p. ex. l'année 2016, alors que la personne concernée peut à nouveau, p. ex. en 2018, payer elle-même son assurance-maladie. Pour cette raison aussi, il serait problématique d'imposer le choix d'un assureur-maladie qui équivaldrait à une mise sous tutelle par l'Etat.

Le changement de pratique préconisé par l'initiative cantonale ne serait pas bénéfique pour le système d'assurance-maladie, car il fausserait la concurrence entre les assureurs. En effet, les caisses retenues par le canton devraient assurer tous les mauvais payeurs. Cela rendrait les primes très volatiles. Il serait plus difficile d'estimer les primes, car cela dépendrait de la décision du canton (si une caisse doit ou non assurer tous les mauvais payeurs)

De même, le changement de pratique exigé entraînerait un surcroît de travail administratif pour les assureurs concernés afin qu'ils soient en mesure de traiter les cas correspondants. Selon la situation, des spécialistes devraient être embauchés ou libérés pour ces tâches. Chaque année, il peut y avoir des fluctuations importantes à cet égard.

### En bref

- Le libre choix de l'assureur-maladie est un objectif de la LAMal qui ne doit pas être restreint démesurément.
- Les incitations à payer les arriérés seraient sans effet si le canton attribuait les assurés concernés à un nouvel assureur
- Les arriérés peuvent concerner le passé alors que la personne assurée a de nouveau la capacité de payer elle-même son assurance-maladie.

### Recommandation de santésuisse:

**Ne pas donner suite**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Conseil des Etats, jeudi 21 mars 2019

## **18.3305 Mo. Brand. LAMal. Plus de convention tarifaire sans maîtrise des coûts**

## **17.528 Iv.pa. Ettlín Erich. Assurance obligatoire des soins. Prise en compte de l'accroissement du volume des prestations dans les négociations tarifaires**

### **Contenu du projet**

Avec la motion 18.3305 Brand, le Conseil fédéral est chargé de préciser comme suit les prescriptions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en matière d'économicité: les conventions tarifaires prêtes à être soumises à l'autorité compétente pour approbation doivent obligatoirement contenir un mécanisme de maîtrise des coûts. Ainsi, si les coûts des prestations régies par la convention tarifaire affichent une croissance trop élevée, les tarifs correspondants seront automatiquement réduits les années suivantes. Le mécanisme tiendra compte de manière appropriée des situations extraordinaires.

L'initiative parlementaire 17.528, Ettlín Erich, demande que la LAMal soit modifiée de manière à ce que, lors de négociations tarifaires, les partenaires tarifaires ne négocient pas seulement les prix, mais aussi simultanément le volume des prestations. Ils devraient ainsi concrètement négocier des prix dégressifs.

### **Position de santésuisse**

Il ne fait aucun doute que la croissance excessive des coûts de l'assurance-maladie obligatoire doit être freinée. Les solutions qui mènent à cet objectif sont toutefois controversées. Alors que le pilotage des coûts au niveau fédéral serait trop indifférencié, la microgestion au niveau de chaque hôpital et de chaque cabinet médical serait tout simplement irréalisable. Il est judicieux selon santésuisse que les partenaires tarifaires se penchent aussi sur les coûts et le volume de prestations. Une telle approche devrait être privilégiée par rapport à un pilotage global des coûts et des volumes du haut vers le bas (top down) car elle permettrait une prise en compte plus différenciée. Quiconque bénéficie unilatéralement de l'obligation de contracter, comme c'est le cas en Suisse pour la majorité des fournisseurs de prestations, doit également être prêt à accepter ou à convenir des éléments de réduction des coûts. Ce n'est pas le cas aujourd'hui, en particulier s'agissant des associations de fournisseurs de prestations.

La FMH, par exemple, signale déjà qu'elle combattra les éléments de maîtrise des coûts des partenaires tarifaires avec plus de virulence encore qu'un budget global de la Confédération. Cette attitude, qui rejette toute responsabilité pour l'évolution des coûts, est inacceptable pour santésuisse. L'exigence légale claire doit par ailleurs permettre d'éviter qu'un partenaire tarifaire ne se dégage de sa responsabilité et que l'autre partenaire tarifaire ait de ce fait les mains liées pour satisfaire l'exigence de maîtrise des coûts ancrée dans la loi. Les conventions tarifaires ne devraient donc à l'avenir être approuvées ou les tarifs fixés que si les mesures contre l'augmentation du volume y sont effectivement incluses.

### **En bref**

- Afin de limiter les effets négatifs des tendances macro-économiques, des éléments de maîtrise des coûts différenciés sont nécessaires de toutes parts.
- Le problème des coûts et du volume de prestations dans l'AOS doit être réglé durablement (inefficacité voire prestations superflues). Pour ce faire, la concurrence en matière de qualité et de prix doit être plus efficace.
- Etant donné que des mesures de qualité coordonnées font défaut dans le domaine ambulatoire alors qu'elles permettraient de mieux maîtriser les prestations médicales superflues et contre-productives, une maîtrise des coûts par le biais des tarifs est incontournable.

### **Recommandation de santésuisse:**

**18.3305 Adopter; 17.528 Donner suite**

Renseignements complémentaires: Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Conseil des Etats, jeudi 21 mars 2019

## 18.4102 Po. CSSS. Stratégie de données cohérente pour le domaine de la santé

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de développer une stratégie en matière de données visant à améliorer la transparence du système dans le domaine de l'AOS et d'identifier des mesures à même de maîtriser les coûts. Il présentera notamment un rapport dans lequel il répondra aux questions suivantes :

- Actuellement, quelles sont les données relevées ? Qui les relève et d'où proviennent-elles ?
- Pour qui telles ou telles données sont-elles nécessaires et dans quel but ?
- Comment les données souhaitées peuvent-elles être relevées de manière fiable et le plus simplement possible ?
- Comment la protection des données personnelles des assurés-patients est-elle garantie ?
- La mise en place d'une stratégie de données cohérente nécessite-t-elle de modifier la législation ?

### Position de santésuisse

Actuellement, de nombreuses données sont collectées en double ou sont mises « en réserve ». La situation est problématique en ce qui concerne les données des fournisseurs de prestations. santésuisse soutient une réglementation correspondante.

**Recommandation de santésuisse:**

**Adopter**

**Renseignements complémentaires:** Daniel Habegger, santésuisse Berne, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)