



Aperçu de la session d'automne 2018

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil National

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
10 sept. 2018 11 sept. 2018	16.065 LPC. Modification (Réforme des PC)	Primes d'assurance-maladie imputables (art. 10 al. 3 let. d): suivre le CE	4
19 sept. 2018	17.3969 Mo. Kuprecht. Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires	Adoption. Suivre le CE	5
19 sept. 2018	17.3974 Mo. CSSS-N. Prévention et gestion des dommages lors de traitements médicaux	Adoption	6
19 sept. 2018	18.3387 Mo. CSSS-N. LAMal. Permettre des programmes judiciaires de gestion des patients	Adoption	7
19 sept. 2018	18.3388 Mo. CSSS-N. Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables	Adoption	8
19 sept. 2018	18.3389 Mo. CSSS-N. Prescription médicale de cannabis aux malades chroniques. Réduction de la bureaucratie et des coûts de la santé	Adoption	9
19 sept. 2018	18.3708 Mo. CSSS-N. Listes noires: définition de la médecine d'urgence	Rejet	10
19 sept. 2018	18.3709 Mo. CSSS-N. Établissement des listes cantonales des hôpitaux et des EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie	Adoption	11
19 sept. 2018	18.3710 Mo. CSSS-N. Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins	Rejet	12
19 sept. 2018	18.3040 Po. CSSS-N. Bases légales visant à garantir la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares	Adoption	13
25 sept. 2018	17.306 lv.ct. GE. Pour une gestion équitable des réserves LAMal	Ne pas donner suite. Suivre le CE	14



25 sept. 2018	17.319 Iv.ct. JU. Pour le transfert des réserves des assurés LAMal en cas de changement de caisse	Ne pas donner suite. Suivre le CE	15
---------------	--	--	----

En complément**Affaires émanant du DFI éventuellement traitées au Conseil national**

Projet	Recommandation	Brève justification
16.3690 Po. Heim. Moyens auxiliaires médicaux hors de prix. Quand les assurés pourront-ils compter sur des baisses de prix?	Adoption	Les prix des moyens et appareils sont clairement trop élevés. Un nouvel état des lieux s'impose.
16.3822 Mo. Carobbio Guscetti. Pour des modèles alternatifs d'assurance-maladie sans conditions léonines	Rejet	Selon santésuisse, la motion doit être rejetée, d'autant plus que les assurés peuvent changer d'assureur chaque année s'ils ne sont pas satisfaits.
16.3842 Mo. Herzog. Financement hospitalier. Assurer la transparence en rendant obligatoires les appels d'offres pour les prestations d'intérêt général	Adoption	Il y a un manque considérable de transparence dans le domaine des prestations d'intérêt général.
16.3948 Mo. Lohr. AOS. Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger	Adoption	Les visites volontaires chez le médecin et à l'hôpital à l'étranger ainsi que les produits LiMA et les médicaments devraient pouvoir être remboursés par l'AOS s'il existe une prescription médicale et que les prix à l'étranger sont inférieurs à ceux pratiqués en Suisse. S'agissant des prestations stationnaires, le contenu et la qualité doivent également être corrects.
16.3949 Mo. Lohr. Hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Prendre des mesures de maîtrise des coûts adaptées	Rejet	L'objectif est positif. Toutefois, la proposition de mise en œuvre pose problème.
16.3950 Po. Lohr. Comparaison internationale du prix de base pour les prestations hospitalières	Adoption	Une comparaison est indiquée. Beaucoup d'indices donnent à penser que les prix sont excessifs sans qu'une meilleure qualité ne puisse être démontrée.



16.3954 Mo. Estermann. Halte à l'explosion des coûts de la santé (1)	Rejet	La motionnaire part de l'hypothèse erronée que ce sont les assureurs-maladie qui décident si une mesure est réalisée en stationnaire ou en ambulatoire.
16.3955 Mo. Estermann. Halte à l'explosion des coûts de la santé (2)	Rejet	La motion fait l'amalgame entre des questions concernant l'AOS et la LCA.
16.4023 Mo. Lohr. Instruments de saisie des soins requis par les patients dans les EMS	Adoption	Depuis des années, on dispose de suffisamment de preuves faisant état de distorsions systématiques en fonction de la région et de la «culture de soins». En outre, les cantons n'ont pas été capables de parvenir à une harmonisation.
16.4044 Mo. Giezendanner. Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs	Adoption	La franchise minimale aurait dû être augmentée depuis des années pour renforcer la responsabilité individuelle.
16.4049 Mo. Humbel. Renforcer les incitations à la remise de médicaments génériques et biosimilaires	Adoption	La pénétration du marché par des produits d'imitation équivalents mais moins chers que les préparations d'origine doit être renforcée en Suisse.
18.3107 Mo. Heim. Rémunérations et honoraires des médecins assurant des fonctions dirigeantes. Créer la transparence	Adoption	L'assurance-maladie obligatoire est financée au moyen de prélèvements obligatoires et de l'argent des contribuables. La transparence des salaires des médecins est souhaitée et nécessaire.



Conseil national, lundi 10 et 11 septembre 2018

16.065 LPC. Modification (divergences)

Contenu du projet

La présente révision vise à optimiser le régime actuel des prestations complémentaires (PC), notamment en améliorant l'utilisation de la fortune propre à des fins de prévoyance et en réduisant les effets de seuil. Elle repose sur le principe d'un maintien des PC à leur niveau actuel afin d'éviter un transfert vers l'aide sociale qui se traduirait par une charge financière supplémentaire pour les cantons.

Position de santésuisse

En ce qui concerne les dépenses reconnues (art. 10, al. 3 let. d), le Conseil fédéral propose que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins corresponde au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale (couverture accidents comprise). Or le Conseil des Etats a décidé durant l'été 2017 que ce montant doit correspondre à la prime du troisième assureur-maladie le moins cher du canton ou de la région, et le Conseil national a opté durant la session de printemps 2018 pour la «prime déterminante selon le droit cantonal». Pressés de faire des économies, les cantons pourraient alors définir la «prime la plus basse» d'un assureur comme étant la référence «déterminante» dans leur canton. Ces deux décisions ont été corrigées à juste titre par le **Conseil des Etats lors de la session d'été 2018** : le montant forfaitaire annuel doit correspondre à la prime moyenne cantonale ou régionale (y compris la couverture accidents), mais au maximum à la prime effective. Cela éviterait les compensations excessives sans risque de déstabilisation de l'assurance-maladie obligatoire suite à de trop nombreux changements de caisses imposés aux assurés.

Les décisions antérieures du Conseil des Etats et du Conseil national (CE lors de la session d'été 2017 et CN lors de la session de printemps 2018) n'étaient pas appropriées pour les motifs suivants:

1. Ce qui peut à première vue être interprété comme une volonté de faire des économies contrevient en fait à l'objectif implicite de la LAMal qui est d'accorder aux assurés le libre choix de leur assureur-maladie.
2. Cela entraînerait pour quelque 300 000 bénéficiaires de PC une vague imposée de changements de caisses-maladie qui persisterait au fil des ans puisque les assureurs-maladie faisant partie des caisses les moins chères du canton ou de la région peuvent changer d'année en année.
3. Si de petites voire de très petites caisses faisaient partie des trois caisses les moins chères, elles risqueraient d'être submergées par l'afflux massif d'assurés obligés de changer de caisse-maladie. Les causes seraient, entre autres, le manque de réserves et des blocages dus à une surcharge administrative.
4. Les conséquences seraient d'importantes distorsions du marché et une déstabilisation de l'assurance-maladie.

En bref

- Les décisions antérieures du Conseil des Etats (session d'été 2017) et du Conseil national (session de printemps 2018) concernant le montant forfaitaire imputable pour l'assurance obligatoire des soins déstabiliseraient l'assurance-maladie et créeraient d'importantes distorsions de la concurrence. De plus, le libre choix des assurés serait massivement restreint.
- santésuisse recommande de suivre la nouvelle décision du Conseil des Etats prise lors de la session d'été 2018. En prenant pour référence la prime cantonale moyenne, mais au maximum la prime effective, des compensations excessives sont évitées sans risque de déstabilisation de l'assurance-maladie obligatoire suite à de trop nombreux changements de caisses-maladie imposés aux assurés.

Recommandation de santésuisse:

Art. 10 al. 3 let. d: suivre le CE

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

17.3969 Mo. Kuprecht. Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires

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 menées par les laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires, comme le système de tarification Tarmed et celui des forfaits par cas.

Une minorité (Maury Pasquier, Bruderer Wyss, Rechsteiner Paul) propose le rejet de la motion.

Position de santésuisse

santésuisse se réjouirait si des solutions innovantes, de haute qualité tout en étant économiques pouvaient être négociées. Mais il faudrait alors, en toute logique, que les prestations non économiques et/ou de moindre qualité ne soient plus remboursées à l'avenir contrairement à ce qui est actuellement le cas.

En bref

- santésuisse se réjouirait si des solutions innovantes, de haute qualité tout en étant économiques pouvaient être négociées.
- Mais il faudrait alors, en toute logique, que les analyses et examens de laboratoire non économiques et/ou de moindre qualité ne soient plus remboursés à l'avenir contrairement à ce qui est actuellement le cas. L'obligation de contracter doit être supprimée pour ce faire.

Recommandation de santésuisse:

Adoption. Suivre le CE

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

Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

17.3974 Mo. CSSS-N. Prévention et gestion des dommages lors de traitements médicaux

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé, en collaboration avec les cantons, la Fondation pour la sécurité des patients, les professionnels de la santé, les organisations de patients et les caisses-maladie, de prendre des mesures visant à renforcer la prévention des dommages, telles que:

- renforcement et introduction à large échelle d'une culture constructive en matière de sécurité et de traitement des erreurs, liée à la possibilité d'actions récursoires et à l'amélioration des conditions concernant les preuves exigées du patient lésé en améliorant la transparence des traitements, notamment en cas d'erreurs médicales;
- amélioration de la responsabilité civile médicale en y apportant des simplifications visant à améliorer les conditions concernant les preuves exigées s'agissant du respect des prescriptions obligatoires du droit fédéral en matière d'assurance-qualité et de sécurité des patients;
- établissement d'un état des lieux s'agissant de la responsabilité civile (échelon fédéral et échelon cantonal).

Position de santésuisse

Dans le système de santé suisse, la qualité n'est pas toujours aussi bonne qu'on veut bien l'affirmer. Rien que dans le domaine stationnaire, le Conseil fédéral estime que 2000 à 3000 décès pourraient être évités chaque année. A ces morts viennent s'ajouter près de 75'000 infections nosocomiales la plupart du temps évitables.

Le domaine ambulatoire dans son ensemble est une véritable zone d'ombre en matière de qualité et d'incidents médicaux qui pourraient être évités. Dans ce domaine, ce sont le plus souvent les patients ou les répondants des coûts qui doivent prendre en charge les coûts des dommages lorsqu'il faut remédier aux complications découlant d'erreurs médicales, étant donné que les prestations ne sont généralement pas décomptées sous forme de forfait. Sans transparence de la qualité, la liberté de choix reste lettre morte: le manque de transparence au niveau de la qualité des résultats empêche le patient, dans la grande majorité des cas, de choisir à l'avance le bon médecin ou le bon hôpital.

En termes de charge de la preuve et de responsabilité civile, les hôpitaux et les médecins ont aujourd'hui tous les avantages de leur côté. Même en cas de faute manifeste, ils n'ont de fait presque jamais rien à craindre. Ainsi par exemple dans une clinique du Tessin, une amputation des deux seins a été pratiquée sur la mauvaise patiente. Malgré l'objection d'une assistante, le médecin avait omis de poser des questions de contrôle, essayant plus tard de falsifier le compte-rendu opératoire. La clinique a dissimulé la situation, laissant le médecin continuer à opérer tranquillement et portant plainte contre les journalistes qui ont fait éclater le scandale. (AZ 12.06.2018)

Le cas exposé ci-dessus le montre de manière exemplaire: qui n'a rien à craindre ne modifiera pas de sitôt son comportement fautif, sauf s'il risque des sanctions. Les conditions générales doivent être modifiées à l'avenir de façon à ce que les médecins et les hôpitaux soient mieux incités à empêcher réellement que ne surviennent des complications qui auraient pu être évitées. En fin de compte, cette mesure sera bénéfique pour toute la branche de la santé, mais aussi pour les patients et pour les répondants des coûts.

En bref

- Dans notre système de santé, la qualité est parfois beaucoup moins bonne qu'on veut bien l'affirmer. Pour preuve: 2000 à 3000 décès dus à des erreurs médicales et près de 75'000 infections qui pourraient la plupart du temps être évitées rien que dans le domaine stationnaire.
- Dans le domaine ambulatoire, les mesures, indicateurs et données standardisés font largement défaut.
- Des dispositions plus équilibrées concernant la charge de la preuve et la responsabilité civile inciteraient les médecins et les hôpitaux à empêcher réellement les incidents évitables.

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3387 Mo. CSSS-N. LAMal. Permettre des programmes judiciaires de gestion des patients

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à ce que les prestations fournies dans le cadre de programmes de gestion des patients puissent être rémunérées. Cette modification de la LAMal pourrait prendre la forme suivante:

Art. 25b Programmes de gestion des patients

L'assurance obligatoire des soins prend en charge aux conditions suivantes les coûts des prestations fournies dans le cadre de programmes de gestion des patients:

- a. les programmes sont limités à un groupe de patients clairement défini;
- b. les programmes permettent d'améliorer l'efficacité et la qualité par rapport aux traitements dispensés en dehors de ces programmes;
- c. les programmes ont été convenus entre les fournisseurs de prestations au sens de l'article 35 et les assureurs.

Position de SantéSuisse

Pour SantéSuisse, il n'y a rien à redire contre le fait de payer pour de tels programmes s'ils sont réellement plus efficaces et efficaces. En revanche, SantéSuisse porte à priori un regard critique sur une extension des prestations. La valeur ajoutée des programmes pour les patients et les répondants des coûts devrait donc être évaluée en conséquence. Compte tenu des possibilités dans le domaine des soins gérés, la question se pose de savoir si cela nécessite réellement une modification de la loi.

Recommandation de SantéSuisse:

Adoption

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3388 Mo. CSSS-N. Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de veiller à ce que les traitements hospitaliers auxquels l'assuré choisit librement de se soumettre hors de son canton soient rémunérés au tarif maximal de la liste des hôpitaux de son canton de résidence pour le même type d'hôpital; on appliquera toutefois au plus le tarif de l'hôpital qui fournit le traitement.

Position de santésuisse

Le système de santé suisse est notoirement inefficace et en matière de qualité, il y a plus de questions à clarifier que de réponses. Dans la plupart des cas, la qualité des résultats n'est pas communiquée de sorte que les patients n'ont pas de véritable possibilité de choix lorsqu'ils sélectionnent l'hôpital ou le médecin.

Pour que règne véritablement la concurrence en matière de qualité, il est nécessaire d'instaurer des conditions cadres appropriées. Si certains cantons essaient d'empêcher sciemment des traitements électifs dans d'autres cantons en pratiquant des tarifs de référence inhabituellement bas, cela non seulement nuit à la concurrence loyale, mais renforce également la médecine à deux vitesses. En effet, les personnes de condition économique aisée n'ont aucune peine à prendre en charge les frais supplémentaires élevés du traitement hors de leur canton ou disposent très certainement d'une assurance complémentaire correspondante.

Ce n'est pas qu'un traitement en dehors du canton de résidence constitue a priori une «contrainte». Dans un petit pays comme la Suisse, trop d'hôpitaux ne possèdent tout simplement pas l'expérience nécessaire dans de nombreuses interventions pour parvenir à un résultat optimal et minimiser les effets indésirables. En conséquence, les interventions pour lesquelles des complications évitables, voire une mortalité élevée, sont à craindre se multiplient dans de nombreux hôpitaux. Pourtant, rares sont encore les cantons qui commencent à prescrire aux hôpitaux des nombres de cas minimums pour des interventions délicates; de nombreux cantons restent encore totalement passifs.

Les patients peuvent par conséquent avoir de très bonnes raisons de choisir un hôpital situé hors de leur canton pour un traitement spécifique. La solution est loyale lorsque le canton paie, pour un traitement en dehors de ses frontières, au moins le même tarif que celui qu'il rembourse au maximum pour la même prestation aux hôpitaux de sa liste cantonale. Bien entendu, on appliquera toutefois au plus le tarif de l'hôpital qui fournit le traitement en dehors du canton.

En bref

- Le Parlement s'est prononcé à juste titre en faveur de la concurrence en matière de qualité et de prix dans l'ensemble de la Suisse dans le secteur hospitalier.
- Cette concurrence exige des conditions cadres équitables afin que le libre choix de l'hôpital par le patient dans toute la Suisse puisse être garanti avec une solution financière équitable.
- Pour les traitements électifs en dehors du canton, les cantons doivent payer le tarif maximum qu'ils sont également prêts à payer pour un traitement dans un hôpital inscrit sur la liste, mais au plus le tarif de l'hôpital où le traitement est effectué.

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3389 Mo. CSSS-N. Prescription médicale de cannabis aux malades chroniques. Réduction de la bureaucratie et des coûts de la santé

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales de sorte à permettre aux médecins de prescrire du cannabis médical aux malades chroniques ; il veillera à simplifier immédiatement les procédures, en assurant un suivi scientifique, à l'instar de ce qui se fait dans les pays voisins.

Position de santésuisse

Si les traitements sont utiles du point de vue médical et remplissent les critères EAE, santésuisse ne s'oppose pas à la prescription de cannabis.

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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

Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3708 Mo. CSSS-N. Listes noires: définition de la médecine d'urgence

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui prévoit de compléter l'article 64a, alinéa 7, LAMal comme suit: 7 Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension. Le canton définit les prestations relevant de la médecine d'urgence.

Position de santésuisse

santésuisse s'est toujours montré critique vis-à-vis des listes noires. S'il faut saluer la nécessité de prendre des mesures concrètes contre les personnes qui ne veulent pas s'acquitter de leurs primes d'assurance-maladie bien qu'elles en aient les moyens, il reste que dans le domaine de la santé, les limitations de prestations ne sont pas le moyen adéquat à bien des égards.

Les bonnes intentions ne suffisent pas toujours

L'idée que le canton qui tient une liste noire définisse les traitements d'urgence part d'une bonne intention, mais n'est pas réalisable dans la pratique. Les caisses-maladie ne doivent pas se retrouver dans la situation de devoir trancher en décidant ce qui constitue ou non une urgence médicale. Mais le problème n'est pas résolu non plus par une définition ou une liste cantonale répertoriant les situations constituant une urgence. En effet, c'est essentiellement la santé et la situation individuelle d'un patient qui déterminent l'urgence médicale. Toute définition générale continuerait de prêter à interprétation. Une liste positive ne pourrait pas être formulée de manière exhaustive sans que des exceptions apparaissent au cas par cas. En outre, dès lors que les cantons établissent leurs définitions ou leurs listes, on risque d'assister à une croissance incontrôlée à l'échelle fédérale, ce qui ne serait pas dans l'esprit de la loi fédérale.

Si des listes noires sont malgré tout maintenues, ce que santésuisse déconseille, il ne pourrait s'agir que d'une définition médicale individuelle des situations constituant ou non un traitement relevant de la médecine d'urgence. La définition devrait être l'affaire du personnel médical compétent.

Les cantons qui selon **l'initiative du canton de Thurgovie** veulent, en cas d'arriérés de primes, prendre davantage en charge la gestion des actes de défaut de bien et l'encaissement des créances, disposent de nombreuses données pour faire entendre raison aux mauvais payeurs de primes. En tout état de cause, des listes noires sont contre-productives, étant donné que les malades sont des personnes sans grande capacité économique. Par ailleurs, un «traitement normal» remis à plus tard peut se traduire en quelques semaines par une urgence beaucoup plus onéreuse à traiter.

En bref

- La question de savoir s'il y a ou non urgence médicale dépend de la santé et de la situation individuelle d'une personne.
- Il n'est pas possible de définir une liste positive répertoriant les situations constituant (ou non) une urgence médicale.
- Dans l'intérêt de la sécurité juridique, il convient d'éviter une croissance incontrôlée au niveau fédéral tout en garantissant l'approvisionnement en soins ancré dans la Constitution.
- Si les listes noires d'assurés ne payant pas leurs primes sont maintenues, le personnel médical compétent doit pouvoir faire une évaluation au cas par cas.

Recommandation de santésuisse:

Rejet

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

Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3709 Mo. CSSS-N. Établissement des listes cantonales des hôpitaux et des EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de compléter l'art. 53 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), portant sur les recours au Tribunal administratif fédéral (TAF), par un al. 3 qui crée une base légale spéciale relative au droit des assureurs-maladie de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux au titre de l'art. 39 LAMal (admission des hôpitaux à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins). Concrètement, les assureurs-maladie et leurs fédérations auront le droit de recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux concernant les listes des hôpitaux et des établissements médicosociaux (EMS).

Une minorité (Heim, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propose de rejeter la motion.

Position de santésuisse

Comme le Conseil fédéral a toujours argumenté à juste titre en sa qualité d'instance de recours, les assureurs-maladie ont un intérêt légitime, aux fins du contrôle des coûts, à lutter contre l'offre de soins excédentaire dans les cantons. Dans une décision du 19 novembre 2008 sur l'affaire de la liste hospitalière du canton de Bâle-Ville, le Conseil fédéral avait constaté: *Les listes des établissements hospitaliers sont destinées à définir pour quels séjours stationnaires les assureurs doivent fournir des prestations et conclure des tarifs. Les assureurs sont davantage affectés par les décisions concernant la liste hospitalière que la collectivité. Les actes et documents relatifs à la LAMal indiquent clairement que la possibilité de contester des listes hospitalières auprès du Conseil fédéral a été créée non seulement pour les établissements non pris en compte, mais – comme instrument de contrôle des coûts – surtout pour les assureurs concernés.*

Après qu'en 2007 le Tribunal administratif fédéral fut devenu la nouvelle instance de recours contre les décisions y relatives des cantons et que le Conseil fédéral ait décidé des dernières procédures sur la question, le droit de recours a été retiré aux assureurs-maladie par la justice en invoquant des arguments purement juridiques et plutôt subtils – soit dit en passant contrairement à l'avis de l'Office fédéral de la santé publique. Le Tribunal administratif fédéral a tout de même explicitement précisé qu'il incombait au législateur de créer une base légale spéciale conférant aux assureurs-maladie la qualité pour recourir.

Conclusion

Après la suppression de l'ancien article 53 LAMal du 18 mars 1994, les assureurs-maladie ont été déchus de leur droit de recours concernant les listes cantonales des hôpitaux et des établissements médicosociaux pour les nouvelles procédures avec effet au 1^{er} janvier 2007. En effet, d'une part la LAMal ne prévoyait plus pour eux de droit de recours explicite contre les décisions des gouvernements cantonaux et d'autre part le Tribunal administratif fédéral désormais compétent interprétait le droit de recours de façon très stricte et très formaliste – contrairement à la longue pratique antérieure du Conseil fédéral, l'instance de recours précédente.

En bref

- L'offre de soins excédentaire dans un canton a des répercussions potentiellement négatives sur les autres cantons et en particulier sur les primes des assureurs-maladie (raisons majeures: demande induite par l'offre; patients s'en tenant de moins en moins aux frontières des cantons).
- En tant qu'instance de recours antérieure, le Conseil fédéral avait pour cette raison résolument et sciemment conféré aux assureurs-maladie la qualité pour contester les listes cantonales des hôpitaux et des établissements médicosociaux.
- La pratique dérogatoire du Tribunal administratif fédéral désormais compétent depuis 2007, qui consiste à ne plus octroyer aux assureurs-maladie la qualité pour recourir est subtile sur le plan juridique et surtout elle n'est pas judiciaire.
- Une correction dans ce sens doit être apportée au niveau légal, ce qu'admettent du reste le DFI et le Conseil fédéral de leur côté (cf. [premier paquet de mesures du Conseil fédéral contre la hausse des coûts de la santé du 28 mars 2018](#)).

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3710 Mo. CSSS-N. Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de créer les conditions juridiques nécessaires pour que les prestataires des soins visés à l'art. 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) puissent prendre en compte les produits figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) aussi bien lorsqu'ils sont utilisés par la personne assurée elle-même que lorsqu'ils sont utilisés par le personnel infirmier.

Position de santésuisse

Il convient de rejeter la motion. La LiMA est très clairement conçue pour une application par la personne assurée elle-même et non par des professionnels (cf. art. 20a al. 2 OPAS). Les prestataires de soins peuvent se procurer des produits de soins à des conditions plus avantageuses. C'est pourquoi les prix LiMA – déjà élevés de toute façon – seraient totalement prohibitifs.

Dans cette éventualité, le matériel de soins devrait être remboursé par des forfaits correspondants. Ceci est cependant contraire à l'esprit du régime de financement des soins de 2011. Ce régime a délibérément limité la contribution de l'AOS aux soins – ce qui constituait à l'époque l'une des raisons du changement de système. L'assurance obligatoire des soins (AOS) verse une contribution pour les soins de longue durée, mais doit en contrepartie être mieux protégée qu'auparavant face aux conséquences financières de l'explosion des dépenses des soins de longue durée suite au vieillissement démographique.

Naturellement, la décision du Tribunal administratif fédéral pèse sur ceux qui financent les coûts résiduels. Mais c'était justement là l'intention du législateur. En outre, pratiquer une «politique de rafistolage» au niveau législatif en déplaçant les coûts d'un répondant à l'autre et vice-versa, ne représente pas une solution pérenne pour l'avenir.

En bref

- L'initiative mélange des questions qui ont été séparées à juste titre par le législateur: les produits figurant sur la LiMA sont conçus pour être utilisés par la personne assurée elle-même et non par des professionnels.
- Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, le législateur a délibérément voulu protéger l'assurance-maladie obligatoire contre les conséquences financières prévisibles du vieillissement démographique.

Recommandation de santésuisse:

Rejet

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



Conseil national, mercredi 19 septembre 2018

18.3040 Po. CSSS-N. Bases légales visant à garantir la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport dans lequel il indiquera quels sont les modifications légales et le cadre financier nécessaires pour pouvoir améliorer la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares.

Position de santésuisse

Du point de vue de santésuisse, rien ne s'oppose à ce qu'un rapport soit établi pour faire un état des lieux de la fourniture des soins dont bénéficient les personnes atteintes de maladies rares et pour définir les modifications légales à prévoir dans ce domaine. Comme les maladies rares sont généralement héréditaires, elles devraient être davantage inscrites sur la liste des infirmités congénitales de l'AI et les médicaments sur la liste des médicaments correspondants. Donner «carte blanche» pour des médicaments excessivement chers avec des effets minimes ou à peine perceptibles sur la santé des personnes concernées ne devrait en aucun cas être l'objectif d'une «nouvelle» politique dans ce domaine.

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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

Conseil national, mardi 25 septembre 2018

17.306 Iv.ct. GE. Pour une gestion équitable des réserves LAMal

Contenu du projet

Le Grand Conseil de la République et Canton de Genève demande à l'Assemblée fédérale de légiférer afin que:

- la quote-part de réserves d'un assuré qui change de caisse-maladie soit transmise à la nouvelle caisse;
- un plafond maximum chiffré soit fixé pour les réserves, à l'instar de ce qui est exigé en matière de minimum légal.

Position de santésuisse

L'assurance-maladie repose sur le système de la répartition, c'est-à-dire sur la solidarité entre assurés bien portants et assurés malades. Ce financement solidaire permet aux personnes malades de payer la même prime que les assurés qui n'ont pas recours à des prestations de l'assurance-maladie. En termes de réserves, cela signifie que les personnes malades ne contribuent pas à la constitution de réserves, mais au contraire qu'elles les consomment. Les réserves sont donc essentiellement constituées par les personnes en bonne santé. C'est un aspect dont il faudrait tenir compte en cas d'individualisation des réserves, ce qui entraînerait toutefois une désolidarisation: les bien portants – qui sont les plus nombreux à changer de caisse – emporteraient leurs réserves, laissant les malades sans ou avec peu de réserves.

Les réserves minimales sont calculées en fonction du risque représenté par le collectif global, et non pas individuellement. Si le nombre d'assurés change, les réserves ne diminuent ou n'augmentent pas de façon linéaire mais proportionnellement au risque global modifié. Une répartition linéaire des réserves entre les assurés serait contraire au système. Ainsi, par exemple, les petits assureurs ont comparativement besoin de réserves plus élevées, à risque égal, qu'un plus grand assureur compte tenu des fluctuations aléatoires plus importantes. En transférant les réserves lors d'un changement de caisse, les caisses-maladie perdant des assurés se retrouveraient dans une position encore plus difficile puisque la baisse des recettes se répercuterait aussi sur les réserves. Le risque supporté ne diminuerait toutefois pas d'autant, car ce sont avant tout des jeunes personnes en bonne santé qui changent de caisse.

Si des réserves individuelles étaient constituées, des primes individuelles différentes devraient être prélevées et les dépenses individuelles couvertes au fil des ans avec les recettes individuelles. Les assurés malades deviendraient ainsi des «mauvais risques» et les assurés bien portants des «bons risques», une situation que les responsables politiques voulaient justement éviter avec l'affinement de la compensation des risques. Les réserves servent à garantir la sécurité et sont donc dans l'intérêt des assurés. Elles servent à financer d'importants frais de maladie imprévus par exemple. Elles rapportent aussi un rendement sur placement qui permet d'éviter de plus fortes hausses des primes. Il n'est donc pas indiqué d'imposer des réserves maximales. De plus, les comptes d'exploitation de tous les assureurs-maladie sont publics, si bien que celui qui désapprouve une certaine politique en matière de réserves peut changer de prestataire.

En bref

- Des réserves individuelles imposeraient un calcul des réserves pour chaque assuré. Cela contreviendrait au principe fondamental du financement solidaire de l'assurance-maladie, qui prévoit la même prime pour les assurés malades et les assurés en bonne santé.
- L'initiative imposerait la mise en place d'un nouveau système reposant sur un compte santé individuel. Cela remettrait en cause les objectifs qui sont poursuivis avec l'affinement de la compensation des risques.

Recommandation de santésuisse:

Ne pas donner suite. Suivre le CE

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

Conseil national, mardi 25 septembre 2018

17.319 Iv.ct. JU. Pour le transfert des réserves des assurés LAMal en cas de changement de caisse

Contenu du projet

Les Chambres fédérales sont priées de modifier la LAMal en vue de prévoir le transfert des réserves constituées dans une caisse vers la nouvelle caisse.

Position de santésuisse

L'assurance-maladie repose sur le système de la répartition, c'est-à-dire sur la solidarité entre assurés bien portants et assurés malades. Ce financement solidaire permet aux personnes malades de payer la même prime que les assurés qui n'ont pas recours à des prestations de l'assurance-maladie. En termes de réserves, cela signifie que les personnes malades ne contribuent pas à la constitution de réserves, mais au contraire qu'elles les consomment. Les réserves sont donc essentiellement constituées par les personnes en bonne santé. C'est un aspect dont il faudrait tenir compte en cas d'individualisation des réserves, ce qui entraînerait toutefois une désolidarisation: les bien portants – qui sont les plus nombreux à changer de caisse – emporteraient leurs réserves, laissant les malades sans ou avec peu de réserves.

Les réserves minimales sont calculées en fonction du risque représenté par le collectif global, et non pas individuellement. Si le nombre d'assurés change, les réserves ne diminuent ou n'augmentent pas de façon linéaire mais proportionnellement au risque global modifié. Une répartition linéaire des réserves entre les assurés serait contraire au système. Ainsi, par exemple, les petits assureurs ont comparativement besoin de réserves plus élevées, à risque égal, qu'un plus grand assureur compte tenu des fluctuations aléatoires plus importantes.

En transférant les réserves lors d'un changement de caisse, les caisses-maladie perdant des assurés se retrouveraient dans une position encore plus difficile puisque la baisse des recettes se répercuterait aussi sur les réserves. Le risque supporté ne diminuerait toutefois pas d'autant car ce sont avant tout des jeunes personnes en bonne santé qui changent de caisse.

Si des réserves individuelles étaient constituées, des primes individuelles différentes devraient être prélevées et les dépenses individuelles couvertes au fil des ans avec les recettes individuelles. Les assurés malades deviendraient ainsi des «mauvais risques» et les assurés bien portants des «bons risques», une situation que les responsables politiques voulaient justement éviter avec l'affinement de la compensation des risques.

Les réserves servent à garantir la sécurité et sont donc dans l'intérêt des assurés. Elles servent à financer d'importants frais de maladie imprévus par exemple. **Elles rapportent aussi un rendement sur placement qui permet d'éviter de plus fortes hausses des primes.** De plus, les comptes d'exploitation de tous les assureurs-maladie sont publics, si bien que celui qui désapprouve une certaine politique en matière de réserves peut changer de prestataire.

En bref

- Des réserves individuelles imposeraient un calcul des réserves pour chaque assuré. Cela contreviendrait au principe fondamental du financement solidaire de l'assurance-maladie, qui prévoit la même prime pour les assurés malades et les assurés en bonne santé.
- Des réserves individuelles imposeraient la mise en place d'un nouveau système reposant sur un compte santé individuel. Cela remettrait en cause les objectifs qui sont poursuivis avec la mise en œuvre et l'affinement de la compensation des risques.
- Dans l'assurance-maladie financée solidairement, les réserves individuelles doivent être rejetées car elles sont contraires au système et non solidaires.

Recommandation de santésuisse:

Ne pas donner suite. Suivre le CE

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