



Aperçu de la session d'automne 2018

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil des Etats

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
18 sept. 2018	18.029 Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Modification	Entrée en matière. Prolonger à cinq ans le délai applicable aux demandes de restitution («délai de prescription») pour polypragmasie, factures excessives, etc.	2
18 sept. 2018	17.3942 Mo. Tornare. Médicaments à l'unité. Osons un test!	Adoption	3
18 sept. 2018	18.3512 Mo. Stöckli. Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients	Adoption	4
18 sept. 2018	18.3425 Mo. Bischof. Supprimer la hausse brutale des coûts à la charge des cantons, des communes et des organisations de soins à domicile en adaptant les coûts du matériel de soins	Rejet	5



Conseil des Etats, mardi 18 septembre 2018

18.029 Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Modification

Contenu du projet

Le Conseil fédéral entend adapter certaines normes de la LPGA, entre autres aussi des éléments relatifs à l'échange international de données.

Position de santésuisse

santésuisse approuve une adaptation de la LPGA. Mais les points suivants doivent, selon l'association, être modifiés par rapport au message:

Prolonger le délai de prescription

De nombreuses factures erronées voire même des abus dans les assurances sociales ne sont détectés que lorsque plusieurs assureurs regroupent et font analyser conjointement les données de facturation de plusieurs années. Les discussions avec les fournisseurs de prestations concernant des demandes de remboursement, qui font parfois suite à ces analyses statistiques complexes, sont souvent très longues. Le délai de prescription d'une année en vigueur jusque-là constitue donc une entrave à la recherche de solutions amiables et partenariales. Les assureurs-maladie sont sans cesse contraints d'engager des recours auprès des tribunaux publics, conformément à l'art. 89 LAMal, pour sauvegarder le délai de prescription.

Les assurés et les fournisseurs de prestations peuvent faire valoir leurs droits pendant cinq ans. Il n'y a aucune raison que les assureurs soient défavorisés avec un délai de prescription de trois ans pour remplir leurs tâches légales. Si des délais différents sont applicables, certains fournisseurs de prestations peuvent plus facilement manipuler les statistiques les concernant avec une facturation ciblée (échelonnée). Or porter atteinte à la comparabilité des fournisseurs de prestations entre eux peut se répercuter sur la base des contrôles de factures (p.ex. concernant l'application du tarif), les évaluations d'économicité et les négociations tarifaires.

Le **tribunal fédéral** applique l'art. 25 LPGA de manière analogue aux fournisseurs de prestations et aux assureurs compte tenu de l'absence de norme spécifique. Il en résulte dans la pratique des **incertitudes juridiques** en lien avec des différences tarifaires. Pendant la durée de négociations tarifaires voire de procédures de fixation ou de recours, des tarifs provisoires sont applicables afin que les fournisseurs de prestations continuent d'être rémunérés (voir art. 46 s.). Une fois les négociations tarifaires voire les procédures de fixation terminées, le tarif définitif n'est pas forcément identique au tarif provisoire.

Les assureurs-maladie sont légalement responsables de l'encaissement des demandes de restitution résultant des différences tarifaires (voir l'art. 44 LAMal). Les procédures de fixation impliquant plusieurs instances durent parfois plus de cinq ans. L'art. 25 LPGA ne tient pas compte de manière appropriée de cet état de fait. Il convient donc d'édicter une norme spécifique afin de garantir la sécurité juridique concernant le début du délai.

Echange électronique de données entre la Suisse et l'UE: les frais informatiques de la Confédération ne doivent pas être à la charge des assureurs. Par ailleurs, les assureurs ne doivent pas être contraints de participer au financement des systèmes informatiques de la Confédération qu'ils sont contraints d'utiliser en vertu des Accords bilatéraux, p.ex. pour l'échange international de données (EESSI), mais sur lesquels ils n'ont aucun droit de regard. Les assureurs subissent déjà des coûts importants pour adapter leurs systèmes informatiques aux exigences requises.

Recommandation de santésuisse

- Prolonger le délai de prescription à cinq afin de garantir la sécurité juridique et d'éviter de surcharger inutilement les tribunaux.
- Les coûts de la Confédération pour les systèmes informatiques ne doivent pas être imputés aux assureurs.

Recommandation de santésuisse:

Entrée en matière. Procéder à des adaptations ciblées (voir ci-dessus)

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



Conseil des Etats, mardi 18 septembre 2018

17.3942 Mo. Tornare. Médicaments à l'unité. Osons un test!

Contenu du projet

Dans mon postulat **13.4156**, « **Vendre les médicaments à l'unité pour réduire le gaspillage** », j'ai demandé au Conseil fédéral d'analyser de manière approfondie la possibilité d'expérimenter la vente à l'unité de certaines médications et de présenter un rapport à ce sujet. Le Conseil fédéral a rejeté mon postulat en soulignant certains risques: conservation du médicament, étiquetage incomplet et risque de confusion ou usage inapproprié, coûts supplémentaires pour les médecins et pharmaciens. Mais le problème du gaspillage de médicaments, qui coûte cher à la collectivité, persiste. Selon l'Office fédéral de l'environnement, 30 pour cent des médicaments achetés en suisse ne sont pas consommés. Les avantages d'une vente à l'unité sont évidents. Vendre des médicaments à l'unité réduit le gaspillage et le risque d'automédication avec les comprimés restant dans les boîtes. On peut ainsi résoudre le problème des microbes qui deviennent résistants lorsqu'un malade ne suit pas jusqu'à son terme le traitement antibiotique qui lui a été prescrit. Par ailleurs, la vente à l'unité garantit la sécurisation de l'identification et les conditions de conservation au domicile des patients par la mise en piluliers, notamment pour les gens âgés. Par ailleurs, une telle mesure permet de réaliser de grosses sommes d'économies pour l'assurance-maladie. Une phase de test sur la vente à l'unité réservée aux antibiotiques, assurée par des pharmaciens de manière volontaire, s'impose. Le Conseil fédéral est invité à créer les dispositions nécessaires pour la mise en place d'une phase de test de la vente à l'unité des antibiotiques.

Position de santésuisse

La vente à l'unité de médicaments est autorisée en Suisse et relève de la responsabilité des cantons.

Les cantons devraient prendre leurs responsabilités et prendre les dispositions appropriées pour que la vente à l'unité puisse effectivement être mise en place. Sous la coordination de l'OFSP, de tels projets cantonaux pourraient être conçus comme des expériences pilotes et être évalués en conséquence.

En bref

- Le but de l'initiative est de sensibiliser la population à utiliser plus soigneusement les ressources de l'assurance-maladie.
- Elle peut aussi contribuer à améliorer le suivi d'un traitement (compliance).

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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



Conseil des Etats, mardi 18 septembre 2018

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:

Adoption

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



Conseil des Etats, mardi 18 septembre 2018

18.3425 Mo. Bischof. Supprimer la hausse brutale des coûts à la charge des cantons, des communes et des organisations de soins à domicile en adaptant les coûts du matériel de soins

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé d'augmenter au 1er janvier 2019 au plus tard les montants pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, qui sont fixés à l'art. 7a, al. 3, de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, en les adaptant à l'augmentation effective des coûts des soins. Il prendra en compte au surplus dans ces montants les coûts de l'utilisation des moyens et appareils recensés dans la liste des moyens et appareils (LiMA).

Position de santésuisse

L'initiative doit être rejetée. La décision du Tribunal administratif fédéral pèse naturellement sur ceux qui doivent prendre en charge les coûts restants. Mais c'était précisément l'intention du législateur en instaurant le nouveau régime de financement des soins: en introduisant la nouvelle ordonnance en 2011, le législateur a voulu éviter que l'AOS ne supporte de nouvelles charges financières alors qu'elle prenait déjà en charge de plus en plus de coûts des soins liés à l'âge (Office fédéral de la santé publique, Evaluation du nouveau régime de financement des soins [Rapport final du 4 janvier 2018](#)).

Evoquer les moyens et appareils recensés dans la liste des moyens et appareils (LiMA) n'est pas la référence correcte pour la situation dans les EMS et ce, pour deux raisons:

Produits inscrits sur la liste: la liste est conçue pour une utilisation par les patients eux-mêmes. Les professionnels utiliseront probablement d'autres produits.

Prix: les prix sont fixés dans l'optique d'un achat par le patient pour ses propres besoins (et donc surévalués). L'EMS peut acheter de grandes quantités, ce qui coûte beaucoup moins cher.

Comme l'a indiqué le Tages-Anzeiger dans son édition du 4 avril 2018, le taux d'occupation des EMS est en baisse ces dernières années, ce qui signifie que les cantons ont pris trop de places sur les listes des EMS. Cela explique sans doute aussi la soi-disant hausse des coûts (structures surdimensionnées). Il n'est pas question que l'AOS assume les conséquences d'une mauvaise planification et cofinancement des lits vides.

En bref

- Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins, le législateur a voulu protéger l'AOS des conséquences financières prévisibles du vieillissement démographique.
- L'initiative mélange des aspects que le législateur a voulu séparer à juste titre: les produits LiMA sont conçus pour être utilisés par les patients eux-mêmes, non par les professionnels.
- Les cantons sont responsables de la planification des structures de soin. Il est dans leur pouvoir de préconiser et d'imposer des structures efficaces, qui répondent aux principes d'économicité. Aujourd'hui encore, les assureurs-maladie n'ont même pas un droit de recours.

Recommandation de santésuisse:

Rejet

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