



# Aperçu de la session d'hiver 2017

## Recommandations de santésuisse

### Affaires au Conseil des Etats

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
29 nov. 2017	<b>16.3987</b> Mo. Ettlín. Hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Prendre des mesures de maîtrise des coûts adaptées	<b>Rejet</b>	2
29. nov. 2017	<b>16.3988</b> Mo. Ettlín. AOS. Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger	<b>Adoption</b>	3
29. nov. 2017	<b>17.3963</b> Po. Français. Assurance obligatoire pour les soins - LAMal. Transparence des prestataires de soins	<b>Adoption</b>	4
29. nov. 2017	<b>17.3964</b> Mo. Bruderer Wyss. Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées	<b>Rejet.</b> Evaluer éventuellement une autre solution	5
29. nov. 2017	<b>17.3969</b> Mo. CSSS-E. Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires	<b>Adoption</b>	6
14. déc. 2017	<b>16.479</b> Iv. pa. CSSS-E. Base légale pour la surveillance des assurés	<b>Adoption</b>	7
14. déc. 2017	<b>17.3637</b> Mo. CSSS-E. Rabais maximal applicable aux franchises à option. Ne pas sanctionner les assurés qui font des choix responsables	<b>Adoption</b>	8
14. déc. 2017	<b>17.3771</b> Mo. Stöckli. Assurance-maladie. Fixer à 80 pour cent le rabais maximal pour la franchise à option de 500 francs	<b>Rejet.</b> Incompatible avec la motion de la CSSS-E <b>17.3637</b>	9



Conseil des Etats, mercredi 29 novembre 2017

## 16.3987 Mo. Ettlín. Hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Prendre des mesures de maîtrise des coûts adaptées

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie et, le cas échéant, d'autres bases légales de manière à ce que des mesures contraignantes visant à limiter les coûts entrent en vigueur dès que les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins augmentent plus fortement en moyenne annuelle que les salaires nominaux multipliés par un facteur de 1,1.

### Position de santésuisse

santésuisse juge elle aussi l'évolution des coûts préoccupante. Plutôt que de vouloir régler le problème par un dirigisme économique accru et des interventions étatiques indifférenciées, il faut que les fournisseurs de prestations eux-mêmes donnent des gages de qualité dignes de foi afin d'endiguer l'accroissement des prestations superflues et de qualité médiocre. Avec la modification du projet relatif à la qualité, la CSSS-N est sur la bonne voie. Faire des coupes budgétaires à tous les étages dans le cadre de la fixation d'un budget global n'est en revanche pas une méthode adaptée pour améliorer notre système de santé sur le plan de la qualité et de l'efficacité.

La section 5 de la LAMal intitulée «Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts» prévoit déjà diverses possibilités pour les cantons (dans le domaine des hôpitaux et des EMS) ainsi que pour les autorités d'approbation compétentes (s'agissant des tarifs et des prix d'autres prestations, notamment TARMED, médicaments, analyses et remèdes LiMA) de geler le montant des rémunérations.

### En bref

- Il n'existe aucun lien entre la demande de prestations de santé et la croissance économique.
- Les mesures importantes prévues par les autorités sont actuellement largement inexploitées (art. 55 – 56 LAMal).
- Notre système de santé doit être développé pour être de meilleure qualité et plus efficace, or la motion n'y contribue pas. Les prestations nécessaires et efficaces seraient mesurées à la même aune que les prestations de qualité médiocre ou superflues.
- santésuisse rejette cette motion qui est trop indifférenciée.

### Recommandation de santésuisse:

**Rejet**

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



Conseil des Etats, mercredi 29 novembre 2017

## 16.3988 Mo. Ettl. AOS. Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie et, le cas échéant, d'autres bases légales de manière à ce que les consultations médicales et hospitalières et les achats de moyens auxiliaires figurant sur la liste des moyens et appareils ou de médicaments que les assurés ont choisi d'effectuer à l'étranger soient remboursés par l'assurance obligatoire des soins, pour autant que l'assuré dispose d'une prescription médicale pour la prestation concernée et que les prix pratiqués à l'étranger soient inférieurs aux prix maximaux remboursés par l'assurance obligatoire des soins suisse.

### Position de santésuisse

santésuisse recommande d'adopter la motion. Il existe à l'heure actuelle des différences de prix pour de nombreux examens et traitements médicaux et des écarts de prix excessifs pour des médicaments et remèdes identiques, lesquelles sont supportés par l'assurance obligatoire des soins. Les médicaments contre l'hépatite C en sont un exemple: tandis qu'une thérapie standard coûte 48 000 CHF en Suisse, les mêmes médicaments procurés à l'étranger reviennent à 1500 CHF. Le médicament est donc 32 fois plus cher en Suisse. Les opérations dont les prix sont clairement excessifs, à l'instar de l'opération de la prostate, ainsi que les séjours en cliniques de réadaptation et les produits figurant sur la liste des moyens et appareils constituent d'autres exemples.

### En bref

- Afin d'encourager la concurrence, de réduire les coûts et de soutenir les payeurs de primes ayant une attitude responsable en matière de coûts, la proposition mérite d'être soutenue.
- Tandis que l'ouverture du marché s'impose dans de nombreuses branches, la préservation voire l'extension des acquis au moyen de la régulation étatique sont de mise dans le secteur de la santé.

**Recommandation de santésuisse:**

**Adoption**

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



Conseil des Etats, mercredi 29 novembre 2017

## **17.3963 Po. Français. Assurance obligatoire pour les soins - LAMal. Transparence des prestataires de soins**

### **Contenu du projet**

Le Conseil fédéral est chargé de présenter, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins et la transparence des prestations, un rapport sur les exigences demandées aux assureurs-maladie et aux prestataires de soins. Celui-ci traitera notamment de la rémunération (obligation de publier le système de rémunération ainsi que du montant perçu par les membres des organes dirigeants), de l'obligation de transmettre des données ainsi que de l'obligation de disposer d'une bonne gouvernance et d'un organe de compliance.

Ce rapport exposera la situation actuelle ainsi que les modifications législatives nécessaires éventuelles afin de garantir, au niveau fédéral, un même niveau de transparence pour tous les acteurs de l'assurance obligatoire des soins.

### **Position de santésuisse**

santésuisse salue l'exigence du postulat et recommande son adoption.

**Recommandation de santésuisse:**

**Adoption**

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



Conseil des Etats, mercredi 29 novembre 2017

## 17.3964 Mo. Bruderer Wyss. Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de compléter comme suit l'art. 19 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie: Al. 4 Le Conseil fédéral peut régler l'indemnisation des intermédiaires.

### Position de santésuisse

santésuisse soutient l'objectif de la motion qui est d'éviter des dépenses disproportionnées pour les commissions versées aux intermédiaires. Toutefois, le Conseil fédéral n'entretient pas de relation commerciale ou contractuelle avec des intermédiaires si bien qu'il ne dispose pas des connaissances requises pour régler cette situation.

La loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) stipule que les assureurs doivent contenir les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale dans les limites qu'impose une gestion économique. Font notamment partie des frais d'administration les coûts des intermédiaires et les dépenses de publicité. Dans ses comptes annuels, l'assureur atteste de manière séparée les dépenses de publicité et les commissions versées aux intermédiaires. Les assureurs peuvent conclure un accord visant à régler le démarchage téléphonique, l'abandon des services fournis par des centres d'appels et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires.

La majeure partie des membres de santésuisse a signé l'accord selon l'art. 19 al. 3 LSAMal, qui prévoit que la somme maximale de CHF 50.- peut être versée pour les contrats souscrits dans l'assurance obligatoire des soins. La majorité des membres de santésuisse soutient donc le fait que chaque assureur-maladie qui travaille avec des intermédiaires et courtiers externes doit signer l'accord d'une association.

### En bref

- santésuisse soutient l'objectif de la motion, mais elle devrait être rejetée dans sa forme actuelle:
  - o la loi stipule que les assureurs doivent contenir les frais d'administration dans les limites qu'impose une gestion économique et en attester de manière séparée. Dans le cas contraire, l'autorité de surveillance peut intervenir.
  - o Il convient éventuellement de vérifier si chaque assureur-maladie qui travaille avec des intermédiaires et courtiers externes doit signer un accord selon l'art. 19 al. 3 LSAMal.

### Recommandation de santésuisse:

**Rejet. Evaluer éventuellement une autre solution.**

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



Conseil des Etats, mercredi 29 novembre 2017

## 17.3969 Mo. CSSS-E. 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 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.

La LAMal est la base légale pour la prise en charge des coûts des analyses répertoriées en tant que prestations obligatoires. Une commission paritaire de représentants de l'économie, des assureurs-maladie et de la science soumet au DFI des propositions d'admission ou de suppression d'analyses. Le DFI décide quelles analyses sont des prestations obligatoires. Une liste positive précise quelles analyses peuvent être remboursées à quelle fin. Dans certains cas, il est déjà possible actuellement de fixer des prix négociés par les partenaires tarifaires pour les laboratoires au cabinet médical.

Les laboratoires reconnus ont passé des contrats avec les médecins et les hôpitaux qui leur donnent des analyses à effectuer. Certains hôpitaux et médecins disposent de leur propre laboratoire d'analyses. Les directives de qualité prescrites par la Confédération dans les art. 42 – 43 OPAS ont fait leurs preuves; mais des optimisations restent possibles. La commission compétente du DFI devrait avant tout réévaluer les différentes analyses sous l'angle des coûts.

### 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 prestations non économiques et/ou de moindre qualité ne soient plus remboursées à l'avenir contrairement à ce qui est actuellement le cas.
- L'obligation de contracter doit être supprimée.

### Recommandation de santésuisse:

**Adoption**

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



Conseil des Etats, jeudi 14 décembre 2017

## 16.479 Iv.pa. CSSS-E. Base légale pour la surveillance des assurés

### Contenu du projet

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats élabore un projet visant à préciser et à clarifier la base légale régissant la surveillance des assurés, comme le demande la Cour européenne des droits de l'homme.

### Position de santésuisse

Dans le domaine des assurances sociales, la fraude est particulièrement choquante. Le fait de toucher intentionnellement des prestations d'assurances indues pénalise tous les assurés qui participent collectivement au financement des assurances sociales. Une base légale doit permettre de lutter efficacement contre la fraude à l'assurance. santésuisse approuve l'initiative parlementaire.

### En bref

- La fraude à l'assurance n'est pas un délit mineur
- La fraude à l'assurance doit être combattue efficacement

**Recommandation de santésuisse:**

**Adoption**

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



Conseil des Etats, jeudi 14 décembre 2017

## 17.3637 Mo. CSSS-E. Rabais maximal applicable aux franchises à option. Ne pas sanctionner les assurés qui font des choix responsables

### Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de maintenir le rabais maximal applicable à toutes les franchises à option à 70 % du risque supplémentaire encouru.

### Position de santésuisse

Cette décision du Conseil fédéral affaiblit encore plus la responsabilité individuelle au lieu de la renforcer: les franchises à option les plus basses deviennent plus intéressantes alors que les plus élevées perdent de leur attrait. Pour les franchises les plus élevées, le Conseil fédéral a opté exactement pour ce qui avait été rejeté massivement lors de la consultation, à savoir les coupes dans les rabais correspondants. Même parmi les rares partisans de la suppression de certaines franchises, la réduction des rabais a été rejetée (Fédération des entreprises romandes, Fédération romande des consommateurs, Stiftung für Konsumentenschutz).

Pour santésuisse, la décision du Conseil fédéral du 28 juin 2017 est incompréhensible d'un point de vue actuariel. Voici les faits:

- Les assurés optant pour la franchise la plus élevée contribuent aujourd'hui, en moyenne, à hauteur de CHF 2300.- par an à la solidarité dans l'assurance-maladie. Soit un excédent de 3,6 milliards de francs. Réduire le rabais maximal de CHF 440.- n'encouragera pas les assurés à utiliser précautionneusement les ressources financières de l'assurance-maladie.
- Au niveau de la franchise de CHF 500.-, « déficitaire » de 300 millions de francs, pour laquelle chaque personne consomme en moyenne CHF 330.- de prestations de plus par an, le Conseil fédéral augmente le rabais de CHF 20.- (de 70% à 80%).
- Au niveau de la franchise ordinaire de CHF 300.-, un montant de CHF 1400.- de plus par an et par personne est dépensé pour les prestations par rapport aux primes payées. Le déficit s'élève actuellement à 4,3 milliards de francs. La décision du Conseil fédéral augmente encore davantage l'attrait de la franchise ordinaire: elle s'avèrera désormais « payante » à partir de CHF 1500.- de prestations brutes au lieu de CHF 2000.- actuellement.

### En bref

- La décision du Conseil fédéral de réduire les rabais maximaux des franchises les plus élevées est incompréhensible. Elle affaiblit la responsabilité individuelle que le Parlement souhaite renforcer.
- Pour des questions de principe, le Conseil fédéral ne devrait pas revenir sur sa décision du 28 juin 2017.
- santésuisse recommande par conséquent d'inscrire dans la loi les rabais maximaux pour les franchises à option.

### Recommandation de santésuisse:

## Adoption

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





Conseil des Etats, jeudi 14 décembre 2017

## **17.3771 Mo. Stöckli. Assurance-maladie. Fixer à 80 pour cent le rabais maximal pour la franchise à option de 500 francs**

### **Contenu du projet**

Le Conseil fédéral est chargé de fixer à 80 pour cent au lieu de 70 pour cent le rabais maximal accordé sur les primes d'assurance-maladie pour la franchise à option de 500 francs.

### **Position de santésuisse**

La motion est incompatible avec la motion de la commission n° **17.3637** (Mo. CSSS-E) «Rabais maximal applicable aux franchises à option. Ne pas sanctionner les assurés qui font des choix responsables». Elle devrait donc être rejetée.

**Recommandation de santésuisse:**

**Rejet. Incompatible avec la motion de la CSSS-E n° 17.3637**

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