



Aperçu de la session d'hiver 2018

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil National

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
26 nov. 2018	18.440 Iv.pa. CSSS-CN. Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'art. 55a LAMal	Entrée en matière. Prolonger la solution actuelle jusqu'en juin 2021	2
26 nov. 2018	18.036 LAMal. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts	Entrée en matière. Augmenter la franchise minimale à CHF 500.-.	3
26 nov. 2018	15.468 Iv. pa. Brand (Borer). LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle	Entrée en matière. Inscrire dans la loi une durée de de 3 ans pour les franchises	4
26 nov. 2018	18.4096 Mo. CSSS. Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs	Adoption	5
12 déc. 2018	18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations	Entrée en matière. Rendre contraignante la mise en œuvre par les cantons; étendre le droit de recours aux assureurs-maladie et prévoir des alternatives empruntées à l'économie de marché; rattacher la mise en œuvre à l'EFAS	6



Conseil national, lundi 26 novembre 2018

18.440 Iv.pa. CSSS-CN. Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'article 55a LAMal

Contenu du projet

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national décide de présenter une initiative de commission visant à prolonger de deux ans supplémentaires, à savoir jusqu'au 30 juin 2021, la durée de validité de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Position de santésuisse

Comme chacun sait, santésuisse reste critique face au pilotage actuel des admissions selon la clause du besoin. Mais la situation de départ a changé: le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires doit être politiquement lié au pilotage des admissions et faire apparaître les nouvelles compétences des cantons sous un autre jour: ceux qui doivent contribuer aux coûts doivent également participer au processus de prise de décision.

Afin de pouvoir traiter ces deux propositions d'une manière équilibrée et adéquate sur le plan législatif, on manque de temps jusqu'à l'expiration fin juin 2019 du « soi-disant dernier gel temporaire des admissions ». Il faut donc prolonger la solution temporaire pour une nouvelle période de deux ans.

Recommandation de santésuisse

- Le pilotage temporaire des admissions expire le 30 juin 2019.
- Il faut prolonger la solution temporaire de gel des admissions pour une nouvelle période de deux ans afin de pouvoir traiter la solution de remplacement définitive et le projet concomitant de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires d'une manière équilibrée et adéquate sur le plan législatif.

Recommandation de santésuisse

Entrée en matière. Prolonger la solution actuelle jusqu'en juin 2021.

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



Conseil national, lundi 26 novembre 2018

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

Contenu du projet

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

Position de santésuisse

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 votre portemonnaie 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.

En ce sens, le mécanisme proposé par le Conseil fédéral pour augmenter périodiquement la franchise minimale peut être approuvé en principe. La franchise minimale devrait toutefois être relevée de suite à 500 francs par an comme le demande entre autre la **motion CSSS-N (n°18.4096) «Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs»**.

Il convient de relativiser l'argument de l'opposition à une participation aux coûts plus élevée selon lequel, en Suisse, un nombre inquiétant de personnes ne se font pas soigner pour des raisons de coûts: les paiements annuels au titre de la RIP pour les personnes en situation économique difficile sont nettement plus élevés que la franchise minimale voire la différence par rapport à la franchise minimale augmentée. Il y a aussi une différence considérable entre une personne qui pense ne pas avoir les moyens de se payer quelque chose et fixe d'autres priorités, et une personne qui ne peut objectivement pas se permettre une franchise augmentée de 200 francs. Il est peu probable que ce soit le cas dans l'Etat providence suisse.

En bref

- La franchise minimale doit être adaptée régulièrement à l'évolution des coûts pour conserver la responsabilité individuelle.
- Mais la franchise minimale devrait être relevée rapidement à 500 francs.

Recommandation de santésuisse:

Entrée en matière. Augmenter la franchise minimale à CHF 500.-.

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



Conseil national, lundi 26 novembre 2018

15.468 Iv.pa. Brand (Borer). LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle

Contenu du projet

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.

Position de santésuisse

santésuisse approuve la proposition centrale de l'initiative: un contrat pluriannuel permettrait en effet d'empêcher un changement de franchise opportuniste en fonction de l'état de santé ou avant une intervention chirurgicale planifiée. Toutes les franchises voire uniquement les franchises à option peuvent être assorties d'une durée obligatoire de trois ans. La première variante garantit davantage de stabilité.

Tout en préservant le libre choix, la responsabilité individuelle s'en trouverait renforcée et la durabilité améliorée. Cette mesure inciterait en outre les assureurs à s'engager encore davantage au niveau de la gestion des soins.

La mise en œuvre de l'initiative ne nécessite pas de changements fondamentaux supplémentaires:

- Il est possible de conserver le libre passage lors du choix de l'assureur tout en conservant la franchise choisie.
- Les primes peuvent être fixées chaque année comme c'est le cas actuellement.

En bref

- L'obligation de conserver la même franchise pendant trois ans permet d'éviter un choix opportuniste des franchises dans de nombreux cas.
- La responsabilité individuelle et la durabilité sont ainsi renforcées.
- Une plus grande responsabilité individuelle va souvent de pair avec un mode de vie plus sain.

Recommandation de santésuisse:

Entrée en matière. Inscrire dans la loi une durée de de trois ans pour les franchises

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



Conseil national, lundi 26 novembre 2018

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

Contenu du projet

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

Une minorité (Feri Yvonne, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Gysi, Heim, Piller Carrard, Ruiz Rebecca) propose de rejeter la motion.

Position de santésuisse

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

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

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

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

En bref

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

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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

Conseil national, mercredi 12 décembre 2018

18.047 LAMal. Admission des fournisseurs de prestations

Contenu du projet

Selon le Conseil fédéral, les cantons doivent être dotés d'un outil durable pour éviter une offre excédentaire de soins médicaux tout en maîtrisant les coûts. La révision de loi fédérale sur l'assurance-maladie leur permet de fixer des plafonds pour les médecins qui fournissent des soins ambulatoires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral crée ainsi une sécurité de planification pour toutes les parties concernées.

Position de santésuisse

Aucun rapport scientifiquement corroboré n'a pu être établi entre les cantons enregistrant des coûts « élevés » ou « faibles », et la mise en œuvre ou non du gel des admissions. Les versions successives de pilotage des admissions selon les besoins n'ont donc pas fait leurs preuves jusqu'à présent ou de manière très limitée. La trop grande hétérogénéité de leur application n'a pas donné naissance à une coordination efficace entre les cantons si bien que ni les flux de patients réels ni les régions d'approvisionnement en soins n'ont été pris en compte. Il faut par ailleurs rappeler que, dans la plupart des cas, le gel des admissions n'a pas empêché les médecins de s'installer à leur compte, mais a uniquement différé l'ouverture des cabinets après une pratique de trois ans dans un établissement hospitalier. Un autre facteur de poids a été que, dans les faits, aucun pilotage des admissions n'est intervenu dans le domaine hospitalier ambulatoire. Bien que santésuisse ait rejeté les différents « régimes d'admission » pour leur absence d'effet, l'EFAS permet un changement de paradigme. Il faut éviter que les cantons ne se comportent de manière « opportuniste »: « leur projet de pilotage des admissions » doit entrer en vigueur en même temps que l'EFAS.

Garantir l'efficacité de la nouvelle loi

En outre, le pilotage des admissions par les cantons, qui est visiblement privilégié par rapport à la liberté de contracter, devrait avoir un effet modérateur sur les coûts. L'intervention des cantons en cas d'offre excédentaire ou inappropriée ne doit pas être seulement facultative. Le caractère contraignant des interventions cantonales en cas d'offre excédentaire doit être garanti et la coordination entre les cantons être améliorée. Afin de garantir ce caractère contraignant, les assureurs-maladie devraient disposer d'un droit de recours pour intervenir en cas d'offre excédentaire ou inappropriée. Les tribunaux l'empêchent actuellement avec l'argument formaliste et irritant selon lequel les assureurs-maladie n'ont le droit d'intenter une action en justice que si des intérêts privés directs sont touchés. Le simple intérêt public dans l'application correcte de la loi n'est pas suffisant. L'intérêt public ou les intérêts de tiers (en l'occurrence les payeurs de primes) ne peuvent pas être invoqués. La conséquence de cette jurisprudence est un déséquilibre systématique dans la mesure où seuls les acteurs qui souhaitent élargir l'offre ont le droit d'intenter une action en justice, alors que ceux qui luttent contre l'offre excédentaire et inappropriée ne bénéficient pas de ce droit. Ce déséquilibre est d'autant plus choquant que les payeurs de primes et les contribuables, qui doivent en fin de compte payer l'offre excédentaire et inappropriée, n'ont pas le droit d'intenter une action en justice.

Prévoir des instruments empruntés à l'économie de marché

Si les cantons sont responsables de la réduction de l'offre excédentaire et inappropriée, ils devraient également disposer d'instruments fondés sur le marché en guise d'alternative. Concrètement, ils devraient aussi pouvoir assouplir l'obligation de contracter si l'approvisionnement en soins est garanti.

En bref

- Garantir l'efficacité de la loi (formulation contraignante des art. 55a al. 1, 5 et 6; élargir explicitement aux assureurs-maladie le droit de recours visé à l'art. 53)
- Les critères pour les chiffres maximaux dans les cantons doivent provenir de la Confédération, faute de quoi l'amélioration urgente de la coordination entre les cantons (mots-clés régions de planification) n'aurait pas de base correspondante.
- Prévoir des instruments empruntés à l'économie de marché en guise d'alternatives (art. 55a)
- Rattacher la mise en œuvre ou l'entrée en vigueur à l'EFAS (dispositions transitoires)

Recommandation de santésuisse:

Entrée en matière. Rendre contraignante la mise en œuvre par les cantons; étendre le droit de recours aux assureurs-maladie et prévoir des alternatives empruntées à l'économie de marché; rattacher la mise en œuvre à l'EFAS

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