



Aperçu de la session d'hiver 2018

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil des Etats

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
27 nov. 2018	16.065 LPC. Modification (Réforme des PC)	Primes d'assurance-maladie imputables (art. 10 al. 3 let. d): suivre le CE	3
27 nov. 2018	18.440 lv.pa. CSSS-N. Prolongation pour une durée déterminée de la limitation de l'admission à pratiquer définie à l'art. 55a LAMal	Approuver la proposition de la commission. Prolonger la solution provisoire jusqu'en juin 2021	4
13 déc. 2018	15.4231 Mo. Brand. Plan directeur 2030 pour une assurance-maladie aux coûts supportables	Adoption	5
13 déc. 2018	17.3827 Mo. Humbel. Projets pilotes dans le cadre de la LAMal	Adoption	6
13 déc. 2018	17.3828 Mo. Humbel. Système différencié pour fixer les prix des médicaments	Adoption	7
13 déc. 2018	17.3974 Mo. CSSS-N. Prévention et gestion des dommages lors de traitements médicaux	Adoption	8
13 déc. 2018	18.4091 Mo. CSSS-E. Caisses-maladie : réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité 17.3956 Mo. Birrer-Heimo. Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées 18.305 lv.ct. SG. Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires	Adoption avec modification Rejet Rejet	9
13 déc. 2018	18.3713 Mo. CSSS-E. Maintenir des régions de primes dans leur état actuel 16.4083 Mo. Germann. Régions de primes de l'assurance-maladie. Ne pas changer une formule qui a fait ses preuves	Adoption Adoption	10 11



13 dec. 2018	18.4079 Mo. Ettlin. Pharmaciens. Autoriser les prestations qui réduisent les coûts	Rejet	12
13 dec. 2018	16.411 Iv.pa. Eder. Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité (prolongation du délai de traitement)	Accorder une prolongation du délai de traitement	13



Conseil des Etats, mardi 27 novembre 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 des Etats, mardi 27 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 d'élaborer 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 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

Approuver la proposition de la commission. Prolonger la solution provisoire jusqu'en juin 2021.

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

Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

15.4231 Mo. Brand. Plan directeur 2030 pour une assurance-maladie aux coûts supportables

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement d'ici à la fin du premier semestre 2017 un rapport et un plan directeur sur le financement à long terme d'une assurance obligatoire des soins qui offre des prestations de qualité. Il respectera à cet égard les éléments ci-après. Axes principaux du plan directeur :

1. scénarios motivés de l'évolution des coûts et des primes dans l'assurance obligatoire des soins jusqu'en 2030, en tenant compte de différents pronostics pour l'évolution globale de l'économie (PIB, salaires, prix, rentes) et de l'évolution démographique de la population suisse sur cette période;
2. mesures concrètes sur la manière de réaliser, selon les estimations d'experts, des gains d'efficacité allant jusqu'à 20 pour cent sur les coûts du système de santé sans porter atteinte à la qualité;
3. mesures concrètes visant à renforcer la concurrence régulée, y compris sur les plans de la qualité et du prix des prestations dans tous les domaines de l'assurance obligatoire des soins;
4. mesures concrètes visant à flexibiliser le cadre contractuel entre les fournisseurs de prestations et les caisses-maladie (assouplissement de l'obligation de contracter);
5. propositions concrètes pour renforcer la responsabilité individuelle des assurés et des patients;
6. propositions concrètes pour assurer à long terme le financement des soins.

Objectifs du plan directeur

- freiner l'augmentation excessive et sans fin des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins;
- réaliser tous les gains d'efficacité possibles dans l'assurance obligatoire des soins;
- éviter les soins excédentaires ou inadaptés et l'accroissement du volume des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins;
- renforcer la responsabilité individuelle dans le respect du principe de solidarité sur lequel repose l'assurance obligatoire des soins;
- mettre fin aux mauvaises incitations découlant des flux financiers liés à l'assurance obligatoire des soins.

Position de santésuisse

Si la tendance à long terme de la croissance des coûts n'est pas activement inversée, les coûts de l'assurance-maladie doubleront à nouveau d'ici 20 ans. Ce chiffre n'inclut même pas les coûts encore plus élevés qui découleront à l'avenir du vieillissement de la population. L'effondrement financier de l'assurance-maladie est clairement prévisible, alors que l'on ne constate pas de changement de cap décisif du Conseil fédéral ou du département compétent compte tenu de l'urgence.

Actuellement, le premier paquet de mesures de réduction des coûts du Conseil fédéral est en cours de consultation. Toutefois, en raison des critiques, il faut s'attendre à ce qu'un certain nombre de mesures ne soient pas mises en œuvre ou ne le soient que partiellement. Il faut donc dès aujourd'hui prendre des précautions en cas d'échec partiel ou total des mesures de maîtrise des coûts. Faute de quoi, plusieurs mois, voire des années, risquent de s'écouler avant que des mesures concrètes puissent être prises. Il faut donc aussi être conscient de ce qui se passera si le train de mesures échoue et si la situation actuelle perdure sans instruments efficaces de maîtrise des coûts. Il serait fatal que les opposants à la maîtrise des coûts l'emportent tout en sachant qu'aucune mesure de remplacement efficace n'est prévisible avant longtemps.

Or sans maîtrise efficace des coûts dans les années à venir, notre assurance-maladie deviendra tôt ou tard inabordable pour la majorité de la population. La responsabilité suprême de l'assurance-maladie, c'est-à-dire également de ses coûts et de son financement, incombe sans nul doute et sans partage à la Confédération (art. 117 Cst.). Le Conseil fédéral a donc tout intérêt à élaborer des prévisions et des scénarios fiables pour l'avenir, parallèlement aux mesures de maîtrise des coûts qui ont été lancées, ainsi que des mesures ciblées basées sur ces prévisions et scénarios permettant alternativement d'atteindre l'objectif.

Bien que la stratégie « Santé 2020 » contienne quelques bonnes approches, il manque des prévisions et des scénarios fiables. A titre d'exemple, le Conseil fédéral devrait se prononcer sur l'évolution à long terme de la part à la charge des répondeurs des coûts (Confédération, cantons, assureurs-maladie, patients). En outre, le Conseil fédéral devrait d'ores et déjà se demander s'il convient d'examiner de nouveaux modèles d'assurance-maladie (p. ex. gatekeeping systématique, principe des prestations en nature au choix, assouplissement des obligations contractuelles, liberté contractuelle, etc.) ou complémentaires (p. ex. assurance des soins, prévoyance liée avantaagée fiscalement, etc.).

Recommandation de santésuisse

Adoption

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

17.3827 Mo. Humbel. Projets pilotes dans le cadre de la LAMal

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 s'insérant dans des programmes de gestion par cas puissent être prises en charge, à certaines conditions, par l'assurance obligatoire des soins dans le cadre de projets pilotes.

Pour être autorisés, ces projets pilotes devront remplir les conditions suivantes:

- Amener des économies de coûts dont la plausibilité peut être vérifiée
- Réversibilité
- Conformité aux principes garantis par la loi et par la constitution
- Préservation de la garantie de prestation et du principe de solidarité
- Limitation dans le temps des projets pilotes
- Encadrement scientifique
- Présentation des dossiers de projets pilotes par 2 partenaires au moins

Position de santésuisse

La motion est en principe soutenue par santésuisse et les remarques à ce sujet peuvent être consultées à la page suivante **18.3387 Mo. CSSS-N. Permettre des programmes judicieux de gestion des patients.**

Recommandation de santésuisse

Adoption

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

17.3828 Mo. Humbel. Système différencié pour fixer les prix des médicaments

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de mettre en place, pour les préparations et les médicaments de la liste des spécialités, un système différencié d'autorisation de mise sur le marché et de fixation des prix qui tienne compte non seulement du coût thérapeutique journalier, mais aussi largement du coût pour l'ensemble du système de santé. Les médicaments onéreux et innovateurs dits à haute prévalence seront soumis à une évaluation systématique. Parallèlement, les obstacles qui entravent l'accès à d'autres thérapies dans le domaine des médicaments dont le brevet est échu seront levés.

Position de santésuisse

Selon santésuisse, cette motion peut être adoptée. Toutefois, comme le Conseil fédéral le souligne de manière convaincante, elle ne devrait pas s'accompagner de nouveautés significatives en faveur de la maîtrise des coûts des médicaments.

Recommandation de santésuisse

Adoption

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

Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 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. De plus, 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. Or 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, 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, et a essayé plus tard de falsifier le compte-rendu opératoire. La clinique a dissimulé l'erreur, laissant le médecin continuer à opérer tranquillement et portant même plainte par la suite contre les journalistes qui ont fait éclater le scandale. (AZ 12.06.2018)

Le cas exposé ci-dessus le montre de manière exemplaire: celui 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 évitables. En fin de compte, cette mesure sera bénéfique à toute la branche de la santé, mais aussi aux patients et aux répondants des coûts.

En bref

- Il y a plus de points d'interrogation sur la qualité de nos soins que nous ne le souhaiterions: des études scientifiques montrent que la chirurgie est pratiquée trop souvent et avec un nombre de cas trop faible. Environ 2000 - 3000 décès médicalement évitables et 75'000 infections pour la plupart évitables par an sont d'autres points critiques. En particulier dans le secteur ambulatoire, la qualité n'est ni systématiquement mesurée ni rapportée.
- Avec des dispositions plus équilibrées sur le fardeau de la preuve et la responsabilité, les médecins et les hôpitaux auront la motivation nécessaire pour prévenir les incidents évitables.
- Il en va de l'intérêt non seulement des patients, mais aussi des payeurs de primes et des contribuables.

Recommandation de santésuisse:

Adoption

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

18.4091 Mo. CSSS-E. Caisses-maladie : réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité

17.3956 Mo. Birrer-Heimo. Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées

18.305 Iv.ct. SG. Les primes ne doivent pas servir à financer les commissions versées aux intermédiaires

Position de santésuisse

santésuisse soutient la motion de la Commission de la santé du Conseil des Etats (**18.4091**) qui permet au Conseil fédéral:

- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins une réglementation des commissions versées aux intermédiaires, d'approuver des modifications et de prévoir des sanctions en cas de non-respect;
- de déclarer obligatoire pour l'ensemble de la branche concernée par l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire selon la LAMal une réglementation des points ci-dessous et de prévoir des sanctions en cas de non-respect:
 - interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid;
 - formation approfondie obligatoire;
 - obligation de dresser un procès-verbal de l'entretien, signé par le client et le conseiller.

santésuisse trouve regrettable qu'aucune limite de rémunération obligatoire pour les commissions ne soit prévue dans le domaine des assurances complémentaires. La solution la mieux appropriée pour mettre un terme aux pratiques abusives et au « harcèlement téléphonique » de certaines brebis galeuses parmi les intermédiaires et les courtiers serait de fixer des plafonds adéquats sur le plan économique. santésuisse va continuer d'œuvrer pour qu'une solution obligatoire pour toute la branche soit également mise en place dans le domaine des assurances complémentaire, en analogie avec l'assurance de base.

En bref

- La déclaration obligatoire pour l'ensemble de la branche au niveau législatif constitue une étape importante pour empêcher les commissions disproportionnées dans l'assurance obligatoire des soins et remédier au problème des appels téléphoniques indésirables des intermédiaires et courtiers.
- Dans le domaine des assurances complémentaires selon la LAMal, des limites de rémunération obligatoires pour les commissions devraient également être fixées pour prévenir les pratiques abusives et le « harcèlement téléphonique » de certaines brebis galeuses parmi les intermédiaires et les courtiers. C'est la seule façon de remédier globalement au problème.
- Des mesures dans la loi sur les télécommunications sont également nécessaires pour que l'interdiction de faire de la prospection téléphonique à froid ne puisse pas être contournée via l'étranger, souvent avec des numéros de téléphones CH fictifs (usurpation de l'identité de l'appelant etc.).

Recommandation de santésuisse

Adoption de la motion 18.4091 avec modification

Rejet de la motion 17.3956 et de l'iv. ct.18.305

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

18.3713 Mo. CSSS-E. Maintenir des régions de primes dans leur état actuel

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales pertinentes (Loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal) de manière à ce que les régions de primes soient maintenues dans leur état actuel. En outre, il édicte des règles permettant de déterminer à quelle région doit être attribuée une commune née d'une fusion.

Position de santésuisse

Les assureurs-maladie reconnaissent que le système actuel des régions de primes peut être optimisé. Toutefois, à la date de décembre 2017, aucune des deux propositions de l'OFSP pour réformer les régions de primes n'est appropriée. La deuxième proposition de l'OFSP présente certes plusieurs améliorations, mais elle repose toujours sur l'entité inadéquate du district qui est sans rapport avec l'assurance-maladie. A cet égard, la deuxième proposition s'inscrit en contradiction avec le mandat de la présente initiative Aebi et de la motion Ger-mann de définir les régions de primes sur la base des communes. A ces deux démarches vient maintenant s'ajouter la motion de la CSSS-E (18.3713) «Maintenir des régions de primes dans leur état actuel». Les trois initiatives ont en commun de vouloir proroger la solution actuelle et de rejeter la proposition de nouvelle délimitation formulée par le DFI.

santésuisse salue une remise à plat régulière des régions de primes sur la base du critère de la commune. Elle représente nettement mieux les différences de coûts locaux qu'une délimitation basée sur le critère du district, lequel fait fonction d'entité administrative. La loi impose que les «rabais» tiennent compte des différences de coûts réelles tout en évitant si possible en parallèle – mais ce n'est pas un objectif légal – de créer un système disparate. Le modèle pour les régions de primes devrait avoir pour objectif d'évaluer sur la base des données les facteurs qui doivent être considérés comme des coûts supplémentaires réels par rapport à la moyenne statistique dans le canton et qui entraînent du même coup une prime légèrement plus élevée.

Les subventionnements croisés systématiques entre les régions de primes doivent être éliminés grâce à un contrôle périodique tous les 4 à 5 ans. De plus, le modèle doit être transposable – comme le prescrit la loi – à tous les cantons. Le deuxième modèle révisé de l'OFSP ne reprend pas, lui non plus, toutes ces caractéristiques.

En bref

- Le deuxième modèle de l'OFSP reflète, lui aussi, moins bien les coûts que la situation actuelle. L'OFSP n'a pas élaboré d'indicateur permettant d'examiner l'équité des coûts dans tout le canton.
- santésuisse recommande d'adopter la motion de la CSSS-E **18.3713**.

Recommandation de santésuisse

Adoption

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

Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

16.4083 Mo. Germann. Régions de primes de l'assurance-maladie. Ne pas changer une formule qui a fait ses preuves

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales pertinentes (LAMal, LSAMal) de manière à ce que les régions de primes soient délimitées, comme dans le système actuel, à l'échelon de la commune et qu'il revienne au Conseil fédéral de fixer le montant maximal des différences de coûts imputables.

Position de curafutura et santésuisse

Le système actuel des régions de primes peut être optimisé. Mais aucune des deux propositions de l'OFSP pour réformer les régions de primes n'est appropriée. La deuxième proposition repose toujours sur l'entité inadéquate du district ou des régions MS de l'OFS (**mobilité spatiale**), ces dernières dépassant parfois les limites des cantons. Les districts et les régions MS ne conviennent pas à l'assurance-maladie. Ils sont également sans rapport avec les impôts, qui sont à leur tour largement utilisés pour l'assurance maladie.

Avec le contrôle de l'obligation de s'assurer, le paiement des primes pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le paiement ou le cofinancement des réductions de primes, le financement ou le cofinancement des primes impayées et la participation aux frais de fonctionnement des assureurs maladie, les communes, en tant que troisième niveau étatique reconnu, ont divers rôles et domaines de responsabilité en ce qui concerne l'assurance-maladie. Et ce tout à fait contrairement aux districts ou régions MS que l'OFSP propose comme base pour les régions de primes: ceux-ci n'ont ni un rôle au niveau de l'assurance maladie ni des impôts, qui à leur tour subventionnent les primes d'assurance maladie.

Les régions de primes devraient en principe être délimitées à l'échelon de la commune. Il ne s'agit pas seulement de la solution la plus économique, mais aussi d'une solution correcte, compte tenu du rôle des trois niveaux de gouvernement en Suisse (voir ci-dessus). Le fait qu'il y ait des fusions de communes n'est pas une raison pour ne pas se baser sur les communes: des fusions de communes ont toujours existé, il suffit de définir une règle sensée pour savoir quelle région de prime s'applique dans le cas d'une fusion (par exemple, attribution en fonction de la majorité de la population). Les districts et les régions MS ne sont pas non plus un paramètre fixe: les districts changent au fil des ans: 9 cantons ont aboli (AR, SH, SG, SO, LU, NE) ou réduit (GR, VD, BE, TG) les districts depuis 1995; dans plusieurs cantons, des efforts de réduction ou d'abolition (SZ, FR, VS) ont été récemment en cours. Les régions MS ne sont pas non plus fixes et leur adaptation a été annoncée pour 2019 au plus tard.

Les différences de coûts locales ou régionales apparaîtraient bien mieux sur la base des communes que sur celle des districts ou des régions MS. La loi impose que les «rabais» tiennent compte des différences de coûts réelles tout en évitant si possible en parallèle – mais ce n'est pas un objectif légal – les éventuelles distorsions géographiques. Les subventionnements croisés systématiques entre les régions de primes doivent être éliminés grâce à un contrôle périodique tous les 4 à 5 ans. De plus, le modèle doit pouvoir être appliqué à tous les cantons, comme prescrit par la loi. De plus, le modèle doit être transposable – comme le prescrit la loi à tous les cantons. L'utilisation de données standardisées garantit que les communes ayant des EMS ou une population plus âgée, par exemple, ne sont pas désavantagées.

En bref

- Les propositions de réforme des régions de primes de l'OFSP ne tiennent pas compte des coûts et ne sont politiquement pas compréhensibles. Elles nient l'importance des communes en tant que troisième niveau de l'État et en ce qui concerne l'assurance maladie. Les districts et régions MS proposés ne sont pas pertinents sur ces deux questions.
- Afin de clarifier les conditions cadres, la motion Germann devrait être adoptée.
- La motion **18.3713 (CSSS-E) «Maintenir des régions de primes dans leur état actuel»** peut également être adoptée en alternative à cette motion.

Recommandation de santésuisse

Adoption

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

18.4079 Mo. Ettl. Pharmaciens. Autoriser les prestations qui réduisent les coûts

Contenu du projet

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de manière à ce que les partenaires tarifaires puissent rembourser à la charge de l'assurance obligatoire des soins les prestations réduisant les coûts qui sont fournies par les pharmaciens, même sans remise de médicaments, et à ce que les pharmaciens puissent également être rémunérés pour leur participation aux programmes de prévention cantonaux et nationaux cofinancés par l'assurance obligatoire des soins.

Position de santésuisse

santésuisse est d'avis que l'adoption de cette motion ne garantit pas une réduction des coûts pour l'assurance-maladie. Au contraire, l'expérience recueillie depuis de longues années montre que chaque extension de compétence dans le système de santé conduit irrémédiablement à des coûts supplémentaires. Par conséquent, il est plus probable que la mise en œuvre de la motion entraînerait un accroissement du volume des prestations – et ainsi des coûts supplémentaires à la charge de l'assurance-maladie.

Par ailleurs, il paraît peu efficace de discuter différents paquets de mesures contre la hausse des coûts de la santé au Conseil fédéral et au Parlement, et en même temps d'ouvrir les vannes pour créer d'éventuels coûts supplémentaires.

Dans le cadre du nouvel article d'expérimentation actuellement en discussion, on pourrait le cas échéant vérifier à l'échelon régional pendant une période limitée si les promesses formulées se réalisent réellement.

En bref

- santésuisse rejette la motion.
- L'accroissement du volume des prestations est plus probable que des économies de coûts; ce qui signifie une hausse des coûts.
- Dans le cadre du nouvel article d'expérimentation actuellement en discussion, un essai expérimental à l'échelon régional pourrait éventuellement être réalisé pendant une période limitée.
- Les premiers paquets de mesures contre la hausse des coûts sont en cours d'élaboration et plusieurs acteurs réclament de freiner les dépenses: dans ce contexte, il paraît peu efficace d'ouvrir les vannes pour créer des coûts supplémentaires à la charge des payeurs de primes.

Recommandation de santésuisse

Rejet

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



Conseil des Etats, jeudi 13 décembre 2018

16.411 Iv.pa. Eder. Surveillance de l'assurance-maladie. Garantir la protection de la personnalité

Contenu du projet

La loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) est modifiée de manière à garantir la protection des données personnelles. Les modifications suivantes constituent un des moyens possibles pour atteindre ce but:
Art. 35

...

Al. 2bis

Les indications sur les données sont livrées en bloc, de manière à ce qu'aucune conclusion sur des données individuelles ne puisse en être tirée.

Al. 2ter

Les assureurs fournissent à l'institution commune au sens de l'article 18 LAMal les données individuelles nécessaires à la compensation des risques.

...

Position de santésuisse

santésuisse soutient l'initiative.

En bref

- santésuisse soutient l'initiative.
- Pour les prolongations de délai, santésuisse recommande généralement un Oui, indépendamment du contenu.

Recommandation de santésuisse

Accorder une prolongation du délai de traitement

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