santésuisse

Aperçu de la session d'hiver du 4 au 22 décembre 2023

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil National

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
Je, 14 décembre ev. Me, 20 décembre	**09.528** Iv.pa. Humbel. Financement moniste des prestations de soins	**Adopter. Tenir compte des recommandations de modification**	2-5
Je, 14 décembre	**23.048** Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Modification (échange de données, compensation des risques) (objet du Conseil fédéral)	**Adopter. Tenir compte des recommandations détaillées**	6
Je, 14 décembre	**23.061** Révision LDEP (Financement transitoire et consentement)	**Adopter**	7
Ve, 22 décembre	**19.508** Iv. pa. Crottaz. Modification des bases légales pour permettre à Swissmedic de pouvoir enregistrer des dosages et conditionnements de médicaments, même si la demande ne provient pas du fabricant	**Approuver la prolongation du délai**	8

santésuisse

Conseil national, jeudi, 14 décembre 2023

09.528 Iv.pa. Humbel. Financement moniste des prestations de soins

Texte déposé

Conformément à l'article 160 alinéa 1 de la Constitution et à l'article 107 de la loi sur le Parlement, je dépose l'initiative parlementaire suivante:

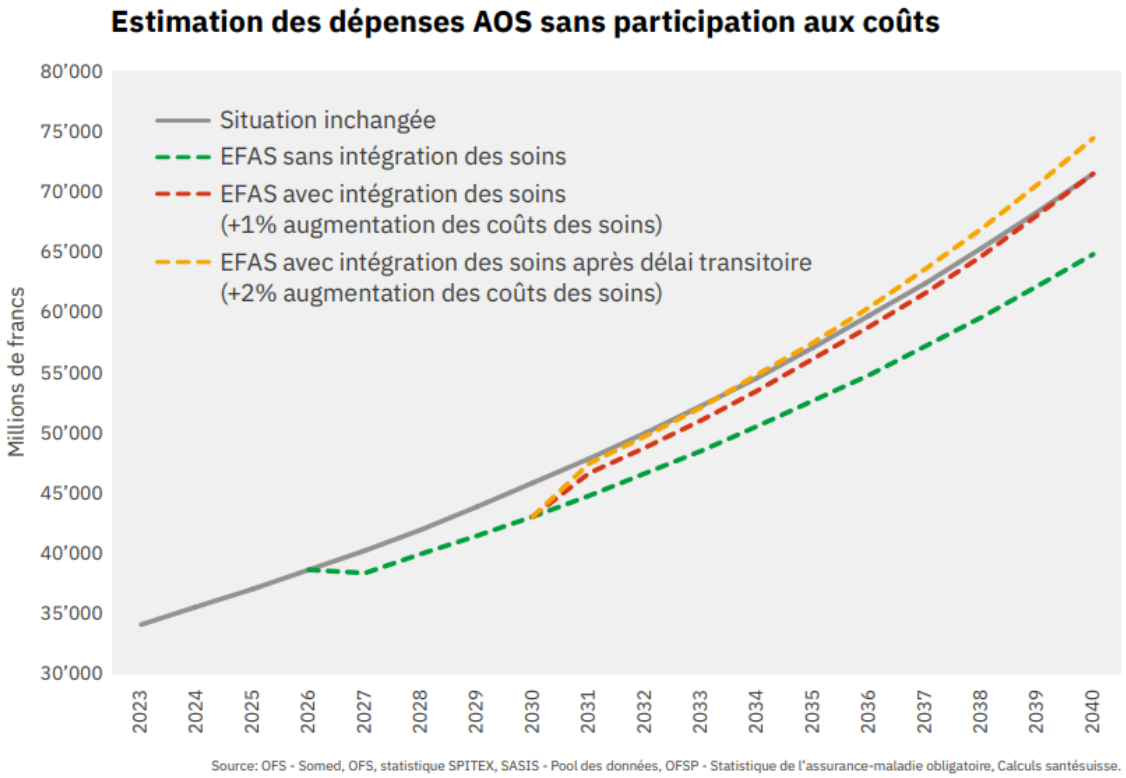
Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants:

- Les moyens publics seront consacrés à la formation et au perfectionnement du personnel médical, à la compensation des risques, aux prestations de santé publique et d'intérêt général, de même qu'à la réduction des primes d'assurance-maladie.
- La part du financement public des prestations couvertes par l'assurance de base sera fixée et adaptée au renchérissement des prestations de santé.
- Toutes les prestations hospitalières ou ambulatoires inscrites dans la LAMal seront financées par les assureurs-maladie.

Position de santésuisse

Le Conseil national a créé diverses divergences avec le Conseil des Etats qui, du point de vue des assureurs, se répercutent différemment sur l'initiative:

- A l'instar du Conseil des Etats, le Conseil national veut lui aussi intégrer les soins dans l'EFAS. A la différence du Conseil des Etats, le Conseil national réclame tout de même en supplément que les tarifs des soins soient fixés sur une base uniforme et transparente des coûts. Par ailleurs, l'initiative sur les soins doit être intégralement mise en œuvre. Dans son examen en première lecture, le Conseil des Etats a entièrement renoncé à de telles conditions. **Un modèle de calcul de santésuisse (cf. graphique ci-dessous) a mis en évidence que l'intégration des soins dans l'EFAS aurait à terme des conséquences onéreuses pour les assurés. Quelques années déjà après l'intégration des coûts des soins, les avantages procurés par l'EFAS en termes d'efficience s'inverseraient et représenteraient une charge supplémentaire pour les payeurs de primes. C'est la raison pour laquelle santésuisse recommanderait clairement de rejeter un projet EFAS dès lors que les coûts des soins y seraient intégrés sans condition. Au minimum, il faudrait que les conditions adoptées par le Conseil national soient reprises intégralement dans le projet pour que l'ampleur financière des coûts des soins soit enfin mise sur la table en toute transparence. Une intégration des soins sans condition ne serait pas supportable, surtout au vu de l'évolution effarante des coûts et des primes, et ne serait pas responsable vis-à-vis des payeurs de primes.**



- La possibilité pour les cantons de contrôler les factures stationnaires, tel que le prévoit la version du Conseil des Etats, entraîne des doublons coûteux et inutiles. Le **contrôle des factures** est la compétence-clé des assureurs-maladie. Grâce au contrôle des factures, les assureurs-maladie évitent environ 3,5 milliards de francs de dépenses indues, soit environ 10 pour cent des dépenses totales de l'AOS. **Le fait que les cantons souhaitent également avoir accès aux factures individuelles, voire veulent les contrôler à double, est inefficace, disproportionné et ne va pas dans le sens des assureurs-maladie ni n'est conforme à la loi sur l'assurance-maladie. Ce sont à la fois les payeurs de primes et finalement aussi les contribuables qui paieront le prix de cette bureaucratie excessive qu'est le double contrôle des factures, avec à la clé de nouvelles compétences pour les cantons et des charges bureaucratiques chez les assureurs-maladie. Les décisions adoptées à ce sujet par le Conseil national sont à saluer de ce point de vue.**

santésuisse a toujours salué une mise en œuvre allégée de l'EFAS. Dans la dernière ligne droite, des compromis de plus en plus insatisfaisants sont cependant conclus afin de lever de supposés blocages. Dans les faits, une intégration du financement des soins et l'intégration du double contrôle des factures par les assureurs et les cantons créeraient toutefois une «usine à gaz» financière et bureaucratique, synonyme de charge et non d'allègement pour les payeurs de primes. De plus, un acquis remporté de haute lutte serait remis en question: le nouveau financement des soins en vigueur depuis 2011. Le Parlement avait adopté celui-ci pour contrecarrer la hausse des primes croissante entrainée par l'explosion des coûts dans le domaine des soins. Aujourd'hui, il est de nouveau envisagé d'intégrer les soins intégralement dans l'AOS et l'énorme dynamique de croissance dans ce secteur doit être intégralement absorbée par les primes. Aussi, il convient de garder le sens de la mesure pour ne pas réduire à néant la plus grande réforme de la LAMal depuis le nouveau financement hospitalier.

santésuisse

Remarques et recommandations détaillées

Article de la LAMal/Mesure	Remarques de santésuisse	Position de santésuisse
Données des assureurs Art. 21 al. 2 let. d P-LAMal	Le complément apporté à la let. d, selon lequel des données individuelles peuvent être livrées dans des cas exceptionnels pour contrôler si un fournisseur de prestations remplit les conditions d'admission et si le tarif appliqué est autorisé, est incompréhensible du point de vue des assureurs-maladie. **En empruntant des voies détournées, la possibilité doit être offerte aux cantons de pouvoir procéder à des contrôles des factures dans ce domaine particulier.** Les cantons ont un besoin légitime de données pour leurs prestations de planification et de contrôle. Ces besoins peuvent être couverts en grande partie par des données agrégées dont disposent les autorités (OFSP, OFS). En outre, les cantons peuvent organiser directement le contrôle des prestations dans des conventions avec les fournisseurs de prestations. L'envoi en double des factures aux cantons, et partant l'échange de données individuelles, n'est ni nécessaire ni facile à mettre en œuvre pour répondre à ces besoins, car il soulèverait diverses questions de protection des données. Pour certains besoins clairement définis, les cantons doivent recevoir les données de la branche (pool de données/pool tarifaire de SASIS SA) dont ils ont besoin pour remplir certaines tâches (respect des mandats de prestations des hôpitaux, etc.). Si les cantons ont besoin de données pour remplir leur mandat légal (p. ex. pour la planification hospitalière, l'attribution et le contrôle des mandats de prestations, le pilotage des admissions), ils peuvent les demander directement et de manière ciblée aux fournisseurs de prestations.	**Rejeter le complément apporté à la let. D (= Conseil des États)**
Contrôle des factures par les cantons Art. 60 al.7, 7bis et 7ter P-LAMal	Même avec l'EFAS, le contrôle des factures demeure la tâche et la compétence principales des assureurs-maladie. Le changement de système proposé pour le financement n'a de sens que si le contrôle des factures est entièrement assumé par les assureurs. Le contrôle dual des factures prévu dans le domaine stationnaire constitue un doublon inutile et une charge administrative excessive, qui entraînerait des coûts supplémentaires. De plus, cela soulève des questions au regard de la protection des données.	**Maintenir** **(= tout biffer)**

santésuisse

Article de la LAMal/Mesure	Remarques de santésuisse	Position de santésuisse
Financement uniforme incluant les soins à des conditions claires Art. 33 al. 2bis et 2ter, Art. 47c al. 2bis, 3, 5 et 7, Art. 50, 60, 64, ainsi que les dispositions transitoires ch. III al. 8 et 9 tout comme ch. IV al. 3 et 4	Les données manquantes et le flou autour du financement des soins s'opposent, à eux seuls déjà, à l'intégration des soins de longue durée dans cette loi. L'intégration des soins dans un financement uniforme ne peut être envisagée que si des données transparentes et traçables sont disponibles. Les soins de longue durée se distinguent à maints égards des autres prestations, raison pour laquelle leur financement doit être réglé différemment. Le financement actuel des soins a globalement fait ses preuves. Intégrer les soins de longue durée dans l'EFAS consisterait à reculer d'un pas et réduirait rapidement à néant les potentiels d'efficience et les économies financières. Des solutions à moyen terme doivent néanmoins être recherchées en dehors du projet EFAS afin de pouvoir garantir durablement le financement des soins de longue durée.	**Maintenir**
Hôpitaux conventionnés **Art. 49*a* P-LAMal**	Lors du débat au Conseil des États, la proposition du Conseil national a suscité des critiques dès lors qu'elle entraînerait de facto un subventionnement d'hôpitaux privés, onéreux pour certains, par l'assurance obligatoire des soins. Elle induirait ainsi une réduction du domaine de l'assurance complémentaire. Par conséquent, la décision du Conseil des États (participation aux coûts de 45 pour cent par l'AOS) est compréhensible compte tenu de la forte croissance des coûts.	**Suivre la version du Conseil des États**
Participation aux coûts des patients **Art. 64 5bis**	La suppression complète de l'art. 25a entraîne également la disparition de la participation aux coûts des patients. Elle est donc réintroduite à l'art. 64, al. 5bis. La suppression de l'art. 64, al. 5bis entraînerait, dans une perspective dynamique, une charge supplémentaire pour les payeurs de primes.	**Suivre la version du Conseil des États**

Recommandation de santésuisse:

Adopter. Tenir compte des propositions de modification.

Renseignements complémentaires: Manuel Ackermann, santésuisse Berne, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch

santésuisse

Conseil national, jeudi, 14 décembre 2023

23.048 Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Modification (échange de données, compensation des risques)

Texte déposé

Les modifications de la loi sur l'assurance-maladie visent à instaurer un échange électronique de données entre les assureurs et les cantons selon une procédure uniforme, comme en matière de réduction des primes. Le domicile des assurés fera partie des données échangées et permettra de déterminer plus aisément le canton compétent pour l'affiliation et pour la prise en charge de la part cantonale des traitements hospitaliers. L'objectif de cet échange de données est également d'éviter les cas de double assurance. Les motions 18.3765 Brand «Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie» et 18.4209 Hess «Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs» seront ainsi mises en œuvre. Une autre modification concerne la compensation des risques. À l'heure actuelle, seuls les assurés résidant en Suisse sont pris en compte, ce qui crée des iniquités vis-à-vis des assurés vivant à l'étranger. La part de frontaliers, notamment, a fortement augmenté ces dernières années. Ils doivent logiquement être inclus dans la compensation des risques, mais seulement pour la part des prestations dont l'effectif des assurés de leur État de résidence a bénéficié en Suisse. À l'avenir, tous les assurés relevant de l'assurance obligatoire des soins seront ainsi pris en compte dans la compensation des risques, à quelques exceptions près, ce qui renforcera le principe de solidarité.

Position de santésuisse

santésuisse soutient le projet sur le principe, notamment l'échange d'informations entre les cantons et les assureurs-maladie (art. 6*b* P-LAMal). Il est important que tant les assureurs que les cantons disposent de données actuelles. En vue de la mise en œuvre (au niveau de l'ordonnance), l'échange de données devra s'effectuer selon une procédure normalisée, électronique et uniforme. Pour que celle-ci soit garantie, les différentes procédures d'annonce et le raccordement à l'échange d'informations devront notamment être réglés, ce qui permettra de maîtriser les charges administratives supplémentaires. De plus, lors de la mise en œuvre, il faudra veiller à ce que les assureurs-maladie et les cantons reçoivent les informations relatives aux personnes qui font l'objet d'une assurance double ou multiple.
La mise en œuvre de la motion Brand 17.3311 prévoit que les assurés de la LAMal dont le lieu de séjour est inconnu soient exclus de la compensation des risques, ce que santésuisse approuve expressément. Par contre santésuisse trouve qu'il n'y a aucune nécessité impérieuse d'agir au niveau de la modification supplémentaire de la compensation des risques, selon laquelle les personnes domiciliées à l'étranger, mais travaillant en Suisse, ainsi que les retraités à l'étranger doivent être intégrés à la compensation des risques. La variante proposée par le Conseil fédéral entraîne une augmentation de la charge financière pour certains assureurs, tandis que d'autres voient la leur allégée. De plus, la proposition est énoncée de façon quelque peu compliquée. Il convient de constater que la solidarité entre les assureurs-maladie serait renforcée.

Recommandation de santésuisse:

Adopter. Tenir compte des recommandations détaillées

Renseignements complémentaires: Manuel Ackermann, santésuisse Berne, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch

santésuisse

Conseil national, jeudi, 14 décembre 2023

23.061 Révision LDEP (financement transitoire et consentement)

Texte déposé

Le présent projet vise à accorder aux communautés de référence, qui sont les principaux exploitants du dossier électronique du patient, un financement transitoire destiné à en promouvoir la diffusion. Il prévoit par ailleurs de nouvelles possibilités pour donner son consentement à l'ouverture d'un dossier et donne aux cantons un accès au service de recherche des institutions de santé et des professionnels de la santé.

Position de santésuisse

santésuisse salue les modifications légales proposées. Le financement partiel par la Confédération et les cantons de chaque dossier électronique du patient (DEP) ouvert doit permettre d'accélérer sa diffusion. Une contribution maximale de la Confédération est prévue. Les cantons contribuent au moins à hauteur du même montant. La rémunération sous forme de forfait par DEP incite à poursuivre la diffusion du DEP et à mettre en place des structures de coûts efficaces dans les communautés de référence.
En outre, il est prévu de créer la possibilité, pour les patients, d'ouvrir un DEP par consentement électronique. Cette mesure abaisse considérablement les obstacles à l'ouverture d'un DEP et est expressément saluée par santésuisse. Elle n'a toutefois qu'une efficacité limitée dans un premier temps, car l'obligation pour les professionnels de santé du domaine ambulatoire de gérer un DEP ne sera introduite que lors de la révision complète prévue de la LDEP (fin de la procédure de consultation: 19 octobre 2023). L'introduction à grande échelle d'un dossier électronique du patient fonctionnel et utile est une étape de numérisation attendue depuis longtemps dans le système de santé suisse. santésuisse soutient les efforts de la Confédération pour accélérer l'introduction du DEP sur un large front, comme le prévoit le projet mis en consultation relatif à la révision complète de la LDEP.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Manuel Ackermann, santésuisse Berne, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch

santésuisse

Conseil national, vendredi 22 décembre 2023

19.508 Iv. pa. Crottaz. Modification des bases légales pour permettre à Swissmedic de pouvoir enregistrer des dosages et conditionnements de médicaments, même si la demande ne provient pas du fabricant

Texte déposé

Les bases légales sont modifiées de sorte que Swissmedic soit autorisé à faire figurer sur la liste des spécialités des dosages particuliers, plus économiques, de médicaments qui ont déjà été autorisés à des dosages différents, sans que l'industrie pharmaceutique n'en ait fait expressément la demande. Ces inscriptions sur la liste des spécialités pour des raisons d'économicité pourraient être décidées par Swissmedic ou sollicitées par des associations de patients, des groupes de spécialistes ou des assureurs.

Position de santésuisse

Le processus actuel d'admission de médicaments sur la LS doit être maintenu. L'admission doit continuer à se faire par l'OFSP. Il faut saluer la possibilité pour les assureurs-maladie de demander l'admission de médicaments sur la LS. Dans l'intérêt des payeurs de primes, il devrait être possible pour l'OFSP d'inscrire sur la LS des tailles d'emballages supplémentaires, même sans demande du fabricant. Les grands emballages peuvent être plus économiques. L'OFSP n'admet toutefois ces grands emballages dans la LS que si le fabricant a déposé une demande. Certains grands emballages sont donc actuellement absents de la liste. Néanmoins, dans l'intérêt d'une application uniforme et en vue d'une compensation des risques correctement calculée, l'objectif devrait être d'inscrire tous les grands emballages répandus et économiques sur la LS. En outre, nous suggérons que les «pseudo» grands emballages (quantité différente de principe actif et/ou autre forme galénique) soient également pris en compte dans la discussion.

Recommandation de santésuisse:

Approuver la prolongation du délai

Renseignements complémentaires: Manuel Ackermann, santésuisse Berne, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch