santésuisse

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

Recommandations de santésuisse

Affaires au Conseil des États

Date	Projet	Recommandation de santésuisse	Page
Ma, 5 décembre	**09.528** Iv.pa. Humbel. Financement moniste des prestations de soins	**Adopter. Tenir compte des recommandations de modification**	2-5
Lu, 18 décembre	**22.3372** Mo. CSSS-CE. Introduction du financement uniforme des prestations au sens de la LAMal. Vérifier la neutralité des coûts	**Adopter**	6
Lu, 18 décembre	**23.039** Loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques (loi sur le service national des adresses, LSAdr)	**Adopter**	7
Lu, 18 décembre	**23.3981** Mo. Graf Maya. Assurance-maladie. Mettre fin au système antisocial de la prime par tête	**Rejeter**	8
Lu, 18 décembre	**23.4153** Mo. Ettlin Erich. Mise en œuvre du modèle de la prescription. Suivi semestriel	**Adopter**	9
Lu, 18 décembre	**23.4088** Mo. Hegglin Peter. LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter	**Adopter**	10
Lu, 18 décembre	**23.4041** Mo. Kuprecht. Assurances sociales. Créer une base juridique complète et uniforme pour la procédure électronique (eLPGA)	**Adopter**	11
Lu, 18 décembre	**21.3779** Mo. Maitre. Livraison de données à l'OFSP par les assureurs-maladie de manière exacte, complète et gratuite	**Rejeter**	12
Me, 20 décembre	**22.321** Iv. ct. GE. Pour une indexation des primes d'assurance aux coûts de la santé	**Ne pas donner suite**	13

santésuisse

Conseil des États, jeudi, 5 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:

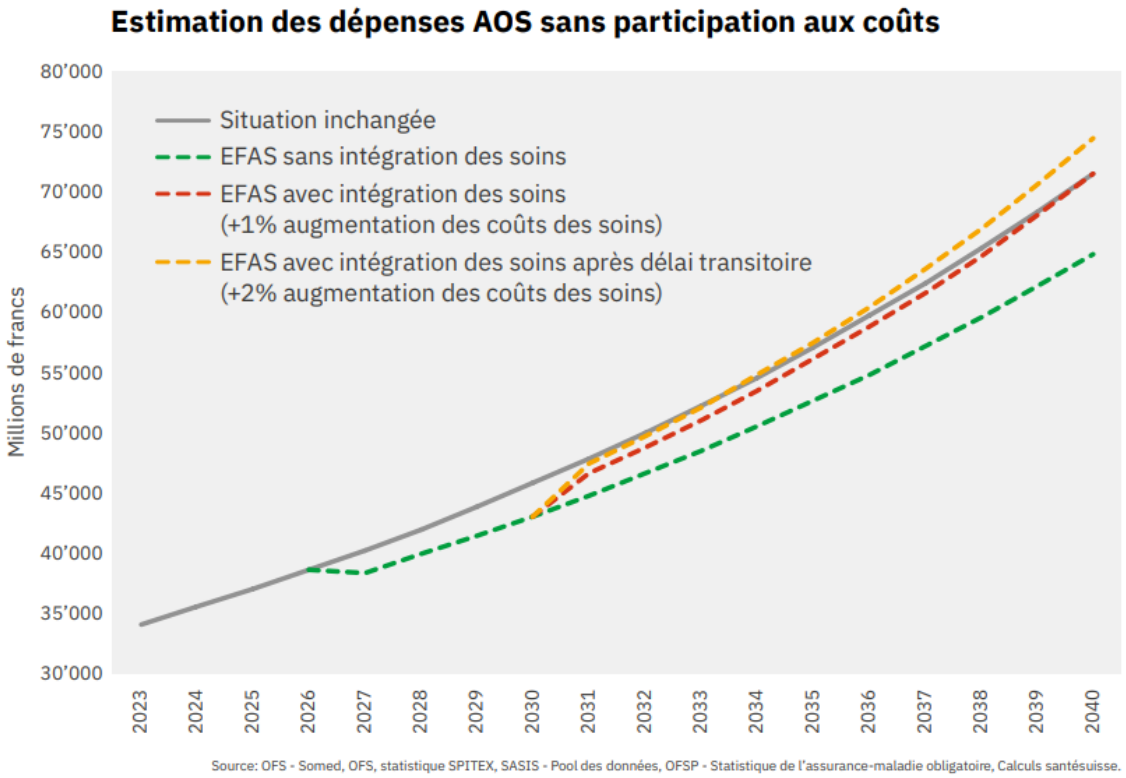
Un système de financement moniste sera introduit, par le biais d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Afin que les cantons puissent garder le contrôle des moyens publics, le système en question respectera notamment les points suivants:

- 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.	**Maintenir, rejeter le complément apporté à la let. d**
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.	**Suivre la décision du Conseil national** **(= tout biffer)**

santésuisse

Article de la LAMal/Mesure	Remarques de santésuisse	Position de santésuisse
Financement uniforme incluant les soins 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.	**Pas d'intégration des soins, sinon suivre les exigences minimales selon le Conseil national**
Hôpitaux conventionnés **Art. 49*a* P-LAMal**	Lors du débat au Conseil des États, la proposition du Conseil national a suscité des critiques car 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 des États, lundi, 18 décembre 2023

22.3372 Mo. CSSS-E. Introduction du financement uniforme des prestations au sens de la LAMal. Vérifier la neutralité des coûts

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre le financement uniforme des prestations au sens de la LAMal à une évaluation. En particulier il examine si l'introduction a été neutre en termes de coûts pour les cantons et les assureurs par rapport aux années 2016 à 2019 et si la contribution financière accrue de certains cantons s'est traduite par une baisse correspondante des primes dans ces cantons. Si nécessaire, le Conseil fédéral doit proposer au Parlement une adaptation de l'art. 60, al. 3.

Position de santésuisse

Le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est un projet de grande envergure. Si le projet devait être adopté un jour par le Parlement, il faudrait donc procéder à une évaluation du fonctionnement de l'EFAS. La motion peut donc être approuvée.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

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

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

23.039 Loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques (loi sur le service national des adresses, LSAdr)

Contenu du projet

La loi instaure un service national des adresses. Celui-ci permet à certains services administratifs ainsi qu'à des tiers mandatés par la loi de consulter les adresses de la population résidante sur l'ensemble du territoire suisse. Jusqu'à présent, de telles recherches d'adresses n'étaient possibles qu'au niveau communal ou cantonal. La création d'un système national de consultation vise à simplifier les processus administratifs.

Position de santésuisse

santésuisse est en principe favorable à une loi sur un service national des adresses. Celle-ci crée les bases légales requises pour mettre en place et exploiter un système national de consultation des adresses. Comme les assureurs-maladie peuvent utiliser systématiquement le numéro AVS, ils seront également autorisés à y accéder. santésuisse souligne encore les points suivants:

- **Actualisation et exhaustivité des données:** avec une mise à jour trimestrielle, le service des adresses ne peut pas garantir une réelle actualité des données, ce qui aura inévitablement pour conséquence que les assureurs-maladie devront continuer à effectuer des recherches en parallèle auprès des communes ou des cantons malgré la consultation du service. L'efficacité de la recherche d'adresses et l'amélioration de la qualité des données annoncées par le nouveau service des adresses ne sont donc guère garanties.
- En ce qui concerne les **données pouvant être consultées**, les assureurs-maladie doivent obtenir des vérifications d'adresses aussi étendues que possible, afin de pouvoir par exemple contrôler efficacement l'obligation de s'assurer ou garantir l'envoi correct des factures de primes.
- **Financement du service national d'adresses:** santésuisse ne comprend pas pourquoi les assureurs-maladie doivent continuer à payer pour la consultation des données. Cela va à l'encontre du sens et de l'esprit de l'art. 32 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, selon lequel les assureurs-maladie sont autorisés à obtenir gratuitement les informations correspondantes de la Confédération, des cantons et des communes dans le cadre de l'entraide administrative.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Philippe Gubler, santésuisse Bern, 079 531 63 91, philippe.gubler@santesuisse.ch

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

23.3981 Mo. Graf Maya. Assurance-maladie. Mettre fin au système antisocial de la prime par tête

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement un projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie qui prévoie des primes en fonction du revenu et de la fortune.

Position de santésuisse

santésuisse partage l'avis selon lequel les coûts, et donc les primes, augmentent actuellement très fortement et représentent une charge financière importante pour de nombreuses personnes. santésuisse soutient aussi les efforts entrepris pour alléger cette charge financière par des augmentations ciblées des réductions de primes, comme le prévoit le contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes.
santésuisse estime que le financement mixte actuel par l'impôt et les primes est équilibré – les réductions de primes constituant un correctif social aux primes uniques. La solidarité entre les hauts et les bas revenus s'applique, comme c'est le cas par exemple pour l'AVS. L'augmentation des réductions de primes ainsi qu'une prime d'assurance-maladie calculée selon le revenu et la fortune n'interviennent qu'au niveau du financement et ne font que combattre des symptômes. Alors qu'il faut, au contraire, s'attaquer aux structures et aux mauvaises incitations du système de santé. L'objectif doit également être de réduire l'évolution annuelle des coûts à un niveau raisonnable. De même, il convient de poursuivre les efforts pour faire aboutir d'autres mesures de réduction des coûts, d'autant plus que celles adoptées jusqu'à présent s'avèrent peu efficaces.

Recommandation de santésuisse:

Rejeter

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

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

23.4153 Mo. Ettlin Erich. Mise en œuvre du modèle de la prescription. Suivi semestriel

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de mettre en place un suivi de l'évolution des coûts et du volume des prestations, influencée par la possibilité qu'ont les psychologues-psychothérapeutes depuis le 1er juillet 2022 de pratiquer de manière indépendante et à leur propre compte à la charge de l'assurance obligatoire des soins, et de présenter début 2024 un premier rapport de suivi, qui paraîtra ensuite à un rythme semestriel.

Position de santésuisse

Lors du calcul des conséquences financières du changement de système (modèle de délégation vs modèle de prescription), le Conseil fédéral est parti du principe qu'il fallait s'attendre à court terme à des coûts supplémentaires de l'ordre de 100 millions de francs. À moyen terme, le Conseil fédéral s'attendait même à 170 millions de francs. Or pour l'année en cours, il faut s'attendre à un doublement des coûts supplémentaires à moyen terme pronostiqués à l'époque.
Par conséquent, santésuisse soutient la mise en place d'un monitoring de l'évolution des coûts et des volumes. Il serait souhaitable, en parallèle, de prévoir aussi un monitoring efficace pour d'autres catégories de coûts beaucoup plus importantes, comme le préconise le nouvel art. 47c LAMal.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

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

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

23.4088 Mo. Hegglin Peter. LAMal. Assouplissement de l'obligation de contracter

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) afin d'assouplir l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et hospitalier. Il respectera les principes suivants afin de garantir la même qualité de soins aux patients :

- garantie de la sécurité des soins ;
- respect des exigences de qualité et d'économicité ;
- garantie d'un comportement correct et conforme à la concurrence.

Position de santésuisse

L'obligation de contracter prévue par la LAMal oblige les assureurs-maladie à conclure une convention avec chaque fournisseur de prestations admis. Seuls des critères formels, tels que les qualifications professionnelles ou les exigences en matière d'infrastructure, sont déterminants pour l'admission. Les exigences en matière de qualité et d'économicité de la fourniture de prestations ne jouent jusqu'à présent qu'un rôle secondaire.
Il est donc juste de reconsidérer le maintien de l'obligation de contracter. Son assouplissement permettrait aux assureurs-maladie de décider, sur la base de critères de concurrence, de qualité et d'approvisionnement en soins, avec quels fournisseurs de prestations ils souhaitent conclure une convention. C'est d'ailleurs déjà le cas dans les modèles d'assurance alternatifs. Une concurrence efficace, basée sur des critères de qualité et d'approvisionnement en soins, doit permettre de réduire la densité de médecins actuellement très élevée dans les grandes villes et les agglomérations urbaines.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

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

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

23.4041 Mo. Kuprecht. Assurances sociales. Créer une base juridique complète et uniforme pour la procédure électronique (eLPGA)

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de présenter une modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) qui crée une base juridique complète et globale instituant une procédure électronique pour toutes les assurances sociales (eLPGA).

Position de santésuisse

Le projet eLPGA veut obliger légalement les assurances sociales, par le biais d'une révision partielle de la LPGA, à proposer également leurs services par voie électronique si les assurés et les employeurs le souhaitent. Il s'agit d'une nouvelle étape logique vers une numérisation aussi complète que possible. Actuellement, il existe divers obstacles légaux à une offre numérique de services administratifs. Une réglementation dans la LPGA pourrait supprimer ces obstacles afin d'inclure autant que possible tous les domaines de l'assurance sociale. Le degré de numérisation est déjà très élevé du côté des assureurs-maladie. Lors de la mise en œuvre de la motion, il convient de veiller à ce que les efforts individuels des assureurs-maladie ne soient pas sapés si de nouvelles solutions centrales sont poursuivies. Celles-ci doivent être prises en compte.

Recommandation de santésuisse:

Adopter

Renseignements complémentaires: Philippe Gubler, santésuisse Bern, 079 531 63 91, philippe.gubler@santesuisse.ch

santésuisse

Conseil des États, lundi, 18 décembre 2023

21.3779 Mo. Maitre. Livraison de données à l'OFSP par les assureurs-maladie de manière exacte, complète et gratuite

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de prendre les mesures pour que les assureurs-maladie fournissent de manière exacte, complète et gratuite, conformément à ce qu'impose la législation applicable en la matière, les données dont l'OFSP a besoin tant pour suivre l'évolution des coûts de la santé que pour exercer la surveillance de l'assurance-maladie obligatoire.

Position de santésuisse

SASIS SA est une société sans but lucratif et exploite notamment un centre de compétences qui établit des statistiques pour l'ensemble de la branche. Ce centre instaure des normes pour les livraisons de données par les assureurs-maladies, demande les données, les plausibilités, les valide et les traite pour créer des pools de données. Cette prestation de service est notamment réalisée à destination de l'OFSP en complément des données directement obtenues auprès des assureurs-maladie. Les pools de données sont financés à prix coûtant par les assureurs-maladie qui livrent les données et par les acheteurs des prestations de services. Les statistiques de branche portent sur les fournisseurs de prestations et sur les tarifs. Conformément aux dispositions légales, l'OFSP reçoit des données directement de la part des assureurs-maladies pour exercer la tâche de surveillance fixée par la loi ou pour approuver les primes par exemple.

D'un point de vue économique, il n'est pas pertinent que l'OFSP crée lui-même des pools de données déjà existants et y affecte des ressources, comme le réclame la motion. La collaboration mise en place constitue par ailleurs un excellent exemple de la façon dont des entreprises privées peuvent fournir des prestations avec une meilleure efficience en comparaison.

Recommandation de santésuisse:

Rejeter

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

santésuisse

Conseil des États, mercredi, 20 décembre 2023

22.321 Iv. ct. GE. Pour une indexation des primes d'assurance aux coûts de la santé

Texte déposé

Le Grand Conseil de la République et du canton de Genève vu l'art. 160, al. 1, de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999 ; vu l'article 115 de la loi fédérale sur l'Assemblée fédérale, du 13 décembre 2002 ; vu l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 décembre 1985, considérant
- l'augmentation importante des primes d'assurance-maladie ;
- l'obligation faites aux pouvoirs publics de subventionner leurs administrés ;
- l'énorme charge financière sur le budget des ménages ;
- le choix de franchises élevées ;
- le renoncement aux soins et aux traitements liés à l'impossibilité de payer la franchise ;
- que les primes des assurances-maladie augmentent plus vite que les coûts réels de la santé,

demande à l'Assemblée fédérale d'indexer l'augmentation des primes d'assurance-maladie «au maximum» sur la croissance réelle des coûts de la santé.

Position de santésuisse

Les primes reflètent les coûts de la santé. Plus les coûts des traitements médicaux augmentent, plus la hausse des primes sera importante l'année suivante. Ce principe est inscrit dans la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. L'exigence est donc déjà satisfaite.
santésuisse ne comprend pas les chiffres mentionnés dans le développement (augmentation des coûts et des primes par tête de 146 et 82 pour cent). Ils sont tout simplement faux, comme le démontrent ceux de l'Office fédéral de la santé publique. Les prestations nettes par personne assurée ont augmenté d'environ 137 pour cent entre 1997 et 2022. Les recettes de primes par tête ont, quant à elles, progressé d'environ 126 pour cent durant la même période.
Les réserves des assureurs-maladie ont fondu ces deux dernières années, ce qui prouve que les recettes de primes ont été inférieures aux coûts de la santé durant cette période.
Le taux de solvabilité moyen des assureurs-maladie s'élève encore à environ 130 pour cent (état au 1er janvier 2023), le niveau minimal légal étant fixé à 100 pour cent. Les réserves sont nécessaires pour atténuer les fortes augmentations de coûts imprévues.

Recommandation de santésuisse:

Ne pas donner suite

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