



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 2 | 2015

Plus de modération, moins de bureaucratie

L'ordonnance relative à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie doit être remaniée en profondeur



L'AVIS DU PRÉSIDENT

L'assurance-maladie risque de connaître une nouvelle vague de bureaucratisation lourde de conséquences sur les coûts avec l'ordonnance relative à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie! Plutôt que de limiter excessivement la liberté entrepreneuriale des assureurs-maladie, il faudrait agir sans tarder au niveau de l'indemnisation des prestations: les payeurs de primes doivent pouvoir profiter plus rapidement de baisses de prix sur les médicaments ainsi que sur les moyens médicaux auxiliaires. Par ailleurs, la question récurrente du gel des admissions doit enfin être résolue durablement avec une réglementation flexible privilégiant la qualité et l'économicité.

Heinz Brand, président de santésuisse

Le projet d'ordonnance relatif à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie doit être totalement remanié car il fait fi de décisions du législateur et s'avère disproportionné sur de nombreux points. Ce sont les assurés qui feraient, au final, les frais de cette bureaucratisation débridée.

santésuisse est favorable à une meilleure surveillance qui doit s'exercer systématiquement si des lacunes sont constatées. Mais le projet d'ordonnance relatif à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie va trop loin et met en péril le paysage actuel de l'assurance-maladie qui s'est développé au fil du temps.

Loi des exigences du législateur

Les primes reposent toujours sur des prévisions. Les coûts peuvent varier très fortement d'une année à l'autre notamment dans les cantons avec peu d'assurés. C'est pourquoi, le Parlement a délibérément approuvé une compensation « facultative » des primes trop élevées. Le projet d'ordonnance en revanche contient des dispositions impératives. Le législateur a également rejeté la surveillance des groupes d'assurance. Le projet d'ordonnance impose

quant à lui une bureaucratisation massive qui exige que toutes les « transactions » avec des tiers soient répertoriées et que des données, qui ne concernent pas l'assurance-maladie sociale, soient fournies.

Une «liste noire» des dirigeants?

Le projet d'ordonnance demande, par exemple, les curriculum vitae et les extraits du casier judiciaire de membres de la direction non encore engagés ou de membres du directoire, du conseil de fondation ou du conseil d'administration non encore élus. Par ailleurs, même les contrats les plus insignifiants doivent être soumis aux autorités pour approbation, notamment les accords passés avec des courtiers et d'autres prestataires externes qui se comptent par milliers dans la branche. santésuisse est d'avis qu'il faut empêcher une bureaucratisation aussi excessive qui n'apporte rien de plus aux assurés. •

CONTENU

Gel des admissions de médecins: un obstacle à une meilleure qualité et à des coûts plus bas 2

Il faut baisser les prix des médicaments ainsi que des moyens et des appareils! 3

Gel des admissions de médecins: un obstacle à une meilleure qualité et à des coûts plus bas

santésuisse rejette la proposition du Conseil fédéral qui relève d'une économie planifiée



santésuisse rejette les «gels des admissions» de médecins appliqués jusqu'à ce jour et le projet du Conseil fédéral qui s'apparente à une mesure d'économie planifiée. De telles interventions entravent le développement d'une assurance-maladie financièrement supportable et orientée sur la qualité.

Longtemps, le Parlement a semblé d'accord pour dire que les différents «gels des admissions» de médecins n'étaient pas défendables à long terme et qu'une solution pérenne devait être trouvée. Il est question à présent d'introduire, sans limite dans le temps, «une introduction transitoire de l'admission en fonction des besoins». Cette solution considérée comme la meilleure actuellement est en vérité la plus nuisible car elle bloque toute discussion sur les améliorations essentielles de l'assurance-maladie obligatoire.

Qualité des prestations et perméabilité en lieu et place de cartels privés

Le gel des admissions ne permet pas à l'assurance-maladie d'évoluer dans le sens d'un système financièrement supportable, orientée sur la qualité et réduisant les coûts ; et encore moins vers celui d'un système libéral. Pas plus le «gel des admissions» que le projet de planification du Conseil fédéral ne tiennent compte de la qualité et de l'économicité des prestations facturées à la charge de l'assurance-maladie obligatoire: les prestataires admis ont quasiment le droit, toute leur carrière durant, de facturer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire tandis que leurs homologues non admis ont l'interdiction d'exercer

à titre libéral. santésuisse estime que ces conditions sont restrictives et que tous les fournisseurs de prestations qualifiés devraient pouvoir exercer leur profession comme ils le souhaitent.

„
Les questions d'admission et de financement doivent être réglées de manière plus flexible et perméable que par le passé.

Séparer l'autorisation de pratiquer et le financement

Des études de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) montrent, quels que soient les scénarios retenus, que la Suisse connaîtra une pénurie de médecins d'ici 2030. Il faut donc encourager l'exercice de la médecine et non la brimer avec des interdictions de pratiquer. Pour éviter toutefois une augmentation incontrôlable des coûts de l'assurance-maladie obligatoire, l'autorisation de pratiquer et le financement doivent être réglés de manière plus flexible et perméable qu'actuellement, et notamment être séparés. Des restrictions doivent pouvoir être envisagées, par exemple si la qualité des prestations n'est pas publiée en toute transparence ou s'il existe d'autres réserves, comme le fait de ne pas maîtriser la langue locale. Contrairement à ce qu'affirment fréquemment les représentants du corps médical, une flexibilisation

de la possibilité actuelle de facturer quasiment sans restriction à la charge de l'assurance-maladie obligatoire n'équivaut en rien à une «interdiction d'exercer»: une proportion considérable de Suissesses et de Suisses paient les soins médicaux de leur poche. Les «médecins privés» disposent donc d'un important potentiel de clients et de marché. Par ailleurs, la SUVA, l'AI et les activités d'expertise, tout comme d'autres domaines intéressants, ont besoin de prestations médicales. Le gel des admissions entraîne en revanche des interdictions d'exercer et des discriminations à l'égard des jeunes médecins. •

Il faut baisser les prix des médicaments ainsi que des moyens et des appareils!



Soulager efficacement les payeurs de primes en adaptant rapidement les prix

Une comparaison avec l'étranger des prix des médicaments ainsi que des moyens et appareils médicaux révèle que les payeurs de primes paient chaque année plusieurs centaines de millions de francs de trop. santésuisse demande que ces prix fixés par l'Etat soient revus chaque année.

Contrairement à la recommandation de santésuisse, le Conseil national a proposé d'accorder aux fabricants une exclusivité commerciale de dix à douze ans, à compter de la mise sur le marché, pour le développement de médicaments destinés à soigner des maladies rares. Cette réglementation complique l'accès aux médicaments, empêche toute concurrence et entraîne des prix exorbitants. Les patients qui ont besoin de ces médicaments seraient pénalisés. En raison du long délai de protection accordé, ils ne pourraient pas profiter de l'introduction par la concurrence de produits plus efficaces. Les autorités politiques doivent améliorer l'accès aux médicaments pour les maladies rares et mettre en place des réglementations permettant une indemnisation équitable.

Prix des médicaments: le Conseil fédéral favorable à l'industrie pharmaceutique

Fin avril 2015, le Conseil fédéral a fait savoir qu'il continuerait à ne vérifier qu'un tiers des prix des médicaments chaque année. Dans le cadre de cet examen triennal, l'adaptation des prix au taux de change effectif durera donc quatre ans puisqu'elle est décalée dans le temps. La prochaine adaptation d'un tiers des médicaments devrait intervenir en novembre avec un taux de change de 1,20 francs pour 1 EUR qui a été calculé et fixé début février. Selon les estimations de santésuisse, adapter les prix des médicaments en tenant compte des taux de change effectifs permettrait d'économiser 400 millions de francs par an. Un examen annuel et non triennal des prix des médicaments générerait des économies supplémentaires de l'ordre de 270 millions de francs. Par conséquent, santésuisse demande que l'économicité des prix des médicaments soit réexaminée chaque année.

Moyens et appareils médicaux: le contrôle des prix reporté depuis des années

Le même rythme de contrôle des prix doit s'appliquer aux moyens et appareils médicaux. Chaque année, les assureurs-maladie remboursent quelque 495 millions de francs pour des moyens médicaux auxiliaires prescrits par les médecins. Les assureurs-maladie sont tenus de payer les prix maximaux fixés par les pouvoirs publics pour les produits achetés en Suisse.

Le DFI promet depuis des années l'évaluation de l'économicité des moyens et des appareils médicaux prescrits par les médecins, mais sans y donner suite. Or il serait urgent de comparer chaque année, au moins pour les cinq groupes de produits générant les plus gros chiffres d'affaires (appareils d'inhalation et de respiration, appareils de mesure, notamment les bandelettes de test de la glycémie, aides pour l'incontinence, matériel de pansement et matériel de stomathérapie), les prix pratiqués à l'étranger et éventuellement de les adapter. •

Des bandelettes de test de la glycémie trop chères

Depuis 2012, la rémunération maximale pour 100 bandelettes de test de la glycémie est fixée à 87,60 francs. Il est toutefois possible de trouver en Suisse des offres inférieures à 60 francs, soit un tiers de moins. Le patient ayant le libre choix parmi les offres proposées, son assureur-maladie doit rembourser jusqu'à 87,60 francs si ce dernier choisit le fournisseur le plus cher. •



En bref



Qualité: utiliser les ressources existantes plutôt que créer un institut national

Le Conseil fédéral a tenu compte des critiques à l'encontre du centre national pour la qualité formulées pendant la consultation et propose à présent la mise en place d'un réseau. santésuisse considère que cette nouvelle proposition va dans le bon sens. L'association approuve aussi que l'amélioration de la qualité soit ancrée dans la LAMal et non dans une nouvelle loi fédérale séparée, ce qui permettra de disposer d'une législation claire.

Des questions subsistent en revanche sur les mesures à prendre si les exigences en matière de qualité ne sont pas remplies. Cette problématique est la plus importante depuis l'introduction de la LAMal, notamment dans le domaine ambulatoire: il est impossible d'imposer la qualité et la transparence des prestations, faute de mesures appropriées. Dans sa réponse du 3 septembre 2014 dans le cadre de la consultation, santésuisse avait déjà demandé des possibilités de sanctionner les fournisseurs de prestations qui ne mesurent pas la qualité de leurs résultats. L'exigence d'augmenter la transparence ne suffit pas à elle seule à satisfaire cette attente.

Par contre, santésuisse n'approuve pas le prélèvement de 3,50 francs par assuré et par an pour le financement du réseau. La qualité doit être incluse dans les coûts des prestations. •

Une franchise minimale plus élevée responsabilise les assurés

Compte tenu de la hausse de plus d'un milliard de francs des dépenses de santé chaque année, santésuisse demande que la franchise minimale de l'assurance obligatoire des soins soit relevée de 300 à 500 francs. Cette mesure ferait participer davantage les assurés aux coûts et consoliderait le rôle principal de l'assurance-maladie, qui est de protéger les assurés contre les conséquences économiques liées à la maladie. •

EVÉNEMENT

3 juin 2015: manifestation parlementaire de santésuisse sur l'assurance-qualité dans le système de santé

Le mercredi 3 juin 2015, de 12h30 à 14h30, santésuisse organise une manifestation parlementaire à l'hôtel Bellevue Palace à Berne sur le thème de « L'assurance-qualité dans le système de santé ». Verena Nold, directrice de santésuisse et Max Aebi, Prof. Dr méd. Dr h.c., Président du conseil de Fondation pour l'assurance de la qualité en médecine des implants (SIRIS), présenteront respectivement un exposé qui sera suivi d'un débat sur la question de savoir comment garantir la qualité dans le système de santé et prouver la qualité des résultats. •

→ Inscription auprès de
judith.hostettler@santesuisse.ch

SUR LE BLOG

Les tarifs de référence restreignent le libre choix

Depuis début 2012, une personne assurée peut choisir librement un hôpital si elle doit subir un traitement hospitalier. Les tarifs varient toutefois de canton en canton si bien que tous les coûts d'un séjour stationnaire dans un autre canton peuvent ne pas être couverts. Monsieur Santé a calculé cet écart sur la base d'une appendicectomie réalisée sur un patient du canton de Schwyz à l'hôpital universitaire de Zurich. Dans ce dernier, l'intervention coûte 7672,20 francs (en 2015). Conformément au tarif de référence cantonal, seuls 6494,50 francs sont pris en charge si le patient domicilié dans le canton de Schwyz décide de se faire opérer à Zurich. S'il n'a pas d'assurance complémentaire, il doit payer de sa poche la différence entre le tarif de référence et les coûts de l'hôpital qui réalise l'intervention, soit 1177,70 francs. Pour les patients sans assurance complémentaire, cela équivaut à une limitation du libre choix et entrave la concurrence voulue par la LAMal entre les établissements hospitaliers. •

→ santesu.is/sekdh

