



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 3 | 2015

Les ordonnances donnent de plus en plus de fil à retordre

L'activisme actuel nuit à des solutions pérennes



L'AVIS DU PRÉSIDENT

On peut se poser des questions sur l'orientation prise par le DFI: limitation de la responsabilité individuelle des assurés au travers des franchises, coupe dans la marge de manœuvre entrepreneuriale des assureurs avec l'ordonnance sur la surveillance et pilotage des soins ambulatoires. Le DFI manque visiblement d'idées pour garantir à long terme une assurance-maladie de haut niveau à des coûts supportables. Reste que seuls les partisans de la caisse unique se réjouiront des incertitudes suscitées chez les payeurs de primes par ces initiatives des pouvoirs publics.

Heinz Brand, président de SantéSuisse

Les ordonnances relatives à l'assurance-maladie se révèlent de plus en plus être un véritable casse-tête. Les dispositions légales ne sont pas ou peu respectées. Ce sont les assurés, les patients et l'assurance-maladie dans son ensemble qui en font les frais. Pendant ce temps, les questions importantes pour l'avenir sont négligées.

Durant l'été, trois ordonnances controversées ont été mises en consultation: tout d'abord l'ordonnance relative à la loi sur la surveillance (OSAMa), puis l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMa), qui demande que les fournisseurs de prestations livrent des données qui rendraient les patients totalement transparents. Et pour finir, l'ordonnance qui entend éliminer des franchises et réduire les rabais.

Des propositions contestées

Tant l'ordonnance relative à la loi sur la surveillance que celle demandant la limitation des franchises et des rabais ont été très mal accueillies

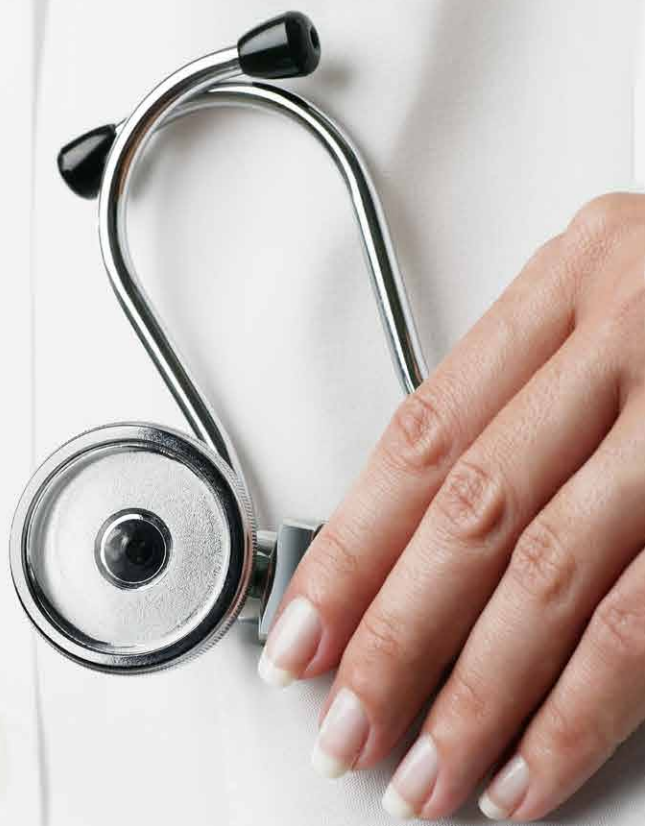
par la population. Concernant la dernière, un grand quotidien a été surpris par «le mécontentement suscité par cette proposition» dans ses forums. Lors de la conclusion d'une assurance, une personne doit se poser quatre questions: quel assureur, quel modèle, quelle franchise, avec ou sans accident. La plupart des gens sont tout à fait aptes à y répondre. L'analyse réalisée suite à la votation sur la caisse unique a clairement démontré que la population apprécie la diversité et le libre choix du système actuel et ne veut pas d'une « solution unique ».

CONTENU

Pilotage des soins ambulatoires: une histoire sans fin	2
Ne pas abuser du principe de territorialité!	3
En bref	4

Pilotage des soins ambulatoires : une histoire sans fin

Une occasion manquée de redéfinir les relations entre les fournisseurs de prestations, les assureurs-maladie et l'Etat



Au lieu de faire un pas en avant et de jeter le gel des admissions aux orties, la politique reste immobile: la mise en œuvre de la solution actuelle empêche certes que les cantons ne planifient totalement l'approvisionnement en soins. Mais c'est une occasion manquée de plus de redéfinir les relations entre les fournisseurs de prestations, les assureurs-maladie et l'Etat.

La majorité de la commission de la santé du Conseil national propose d'entrer en matière sur le projet de pilotage du secteur ambulatoire. Mais au lieu de suivre les propositions du Conseil fédéral, la solution provisoire du moratoire doit être ancrée dans la loi.

Pas de discussion constructive pour l'avenir

En principe, les assureurs-maladie doivent rembourser toutes les prestations des fournisseurs de prestations reconnus. Le gel des admissions permet aux cantons d'éviter qu'il n'y ait trop de fournisseurs de prestations en refusant par exemple de délivrer une autorisation de pratiquer à de nouveaux médecins. Un tel pilotage du secteur ambulatoire n'est ni libéral, ni judicieux et encore moins équitable. Cette «meilleure solution faute de mieux» comme elle est décrite à présent empêche toute discussion de fond sur une assurance-maladie de haut niveau à des coûts supportables à long terme.

Cartels privés et conflits d'intérêts

Les moratoires sur l'ouverture de cabinets médicaux reflètent les conflits d'intérêts des cantons, dont les services ambulatoires des hôpitaux sont

en concurrence directe avec les médecins en pratique privée – tout en fournissant les mêmes prestations à un coût plus élevé. Les médecins établis quant à eux veulent éviter la concurrence de jeunes médecins. Ceux qui sont admis en tant que fournisseurs de prestations disposent quasiment d'un droit à vie de facturer à la charge de l'assurance de base. L'absence d'admission équivaut de facto à une interdiction d'exercer, ce qui est contraire à un système libéral.

”
Les questions concernant l'admission et le financement doivent être réglées de manière plus flexible et transparente.

Séparer l'autorisation de pratiquer et le financement

Les études de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) montrent, dans tous les scénarios jusqu'en

2030, que la Suisse connaîtra une pénurie de médecins. Il faudrait donc encourager l'exercice de cette profession et non l'empêcher par des moratoires. Toutefois, pour éviter que les coûts de l'assurance-maladie obligatoire n'explorent de manière incontrôlée, les questions de l'admission et du financement doivent être traitées de manière plus flexible et souple qu'actuellement. Il faut séparer l'autorisation de pratiquer de la facturation à la charge de l'assurance de base. On pourrait envisager des restrictions lorsque la qualité des prestations n'est pas démontrée en toute transparence ou si le praticien ne maîtrise pas la langue régionale par exemple. De même, une flexibilisation de la possibilité actuelle de facturer sans aucune restriction à la charge de l'assurance obligatoire n'équivaut pas à une «interdiction d'exercer» pour les médecins. Ce sont les moratoires passés et actuels qui se soldent par des interdictions d'exercer et des discriminations. •

15.020 : KVG

Pilotage du domaine ambulatoire. santésuisse recommande de ne pas entrer en matière

santésuisse recommande de suivre la minorité de la commission de la santé du Conseil national et de ne pas entrer en matière sur le projet de pilotage du secteur ambulatoire. Seule une assurance-maladie disposant de suffisamment de fournisseurs de prestations qualifiés tout en restant finançable peut remplir sa mission à long terme. Des solutions libérales sont nécessaires pour ce faire, comme la séparation de l'autorisation de pratiquer et de la facturation à la charge de l'assurance-maladie. Le gel des admissions ne lutte que contre les symptômes et nuit systématiquement à la relève des médecins. •

Ne pas abuser du principe de territorialité!

Les médicaments achetés contribuent à faire baisser les primes



De nombreux patients et payeurs de primes désireux de contribuer à la limitation des coûts constatent que les médicaments sur ordonnance sont moins chers à l'étranger. **santésuisse demande, dans l'intérêt des payeurs de primes, que le principe de territorialité obsolète et coûteux soit supprimé pour les médicaments.**

Certains assureurs-maladie ont déjà commencé à rembourser les médicaments achetés à l'étranger, mais en faisant cela, ils enfreignent le principe de territorialité, qui interdit le remboursement de prestations achetées à l'étranger. Les fournisseurs suisses sont protégés de la concurrence de leurs homologues étrangers, ce qui consolide les prix excessifs pratiqués en Suisse. Or ce principe n'a plus de sens aujourd'hui, notamment pour les médicaments, compte tenu de la mobilité actuelle avec les achats dans les pays voisins et les vacances à

l'étranger. Les médicaments voire les substances actives tombées dans le domaine public sont souvent commercialisées dans le monde entier par des entreprises suisses comme Novartis. L'argument de la garantie de la qualité ne tient donc pas la route. A l'heure actuelle, le principe de territorialité est dépassé pour les médicaments et doit donc être supprimé.

”
Les assurés attendent des mesures qui réduisent les primes.

D'autant plus que les primes risquent à nouveau d'augmenter en 2016 compte tenu de l'évolution des coûts. Or les assurés demandent des mesures efficaces susceptibles de baisser les

primes. Il faut se réjouir que l'OFSP accepte enfin d'aborder ce sujet avec les assureurs-maladie afin que l'achat par les assurés et le remboursement par les assureurs-maladie de médicaments achetés à l'étranger reposent à terme sur une base légale correcte. •

Primes 2016 – 3 à 4%, une hausse loin d'être négligeable

santésuisse table pour 2016 sur une hausse moyenne des primes de 3 à 4% dans l'assurance de base compte tenu de l'augmentation ininterrompue des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Les coûts augmentent tout particulièrement dans le secteur ambulatoire (médecins et services hospitaliers ambulatoires). Ces prévisions sont alarmantes car la situation économique actuelle ne permet pas d'espérer des hausses significatives de salaire tandis que les primes pèsent chaque année un peu plus sur le budget des ménages. •



En bref



12.080 : Loi sur les produits thérapeutiques. Révision : garantir les rabais, refuser l'exclusivité de marché

L'élimination des divergences dans le cadre de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques est prévue lors de la session d'automne. Pour faire baisser les prix des médicaments, il faut suivre la décision du Conseil national du 4 mai 2015 concernant les rabais. Il convient en revanche de rejeter la décision en faveur de «l'exclusivité de marché» prise avec une faible majorité du Conseil national. Cet article est un frein à l'innovation, fait grimper les coûts et nuit aux patients. Il doit donc être rejeté conformément à la décision du Conseil des Etats du 10 décembre 2014. •

Pas de révision du TARMED sur le dos des assurés!

La révision a priori non contestée du tarif médical TARMED est bloquée depuis plus de cinq ans par les partenaires tarifaires. Tout le monde s'accorde à dire que la révision doit avoir pour objectif d'indemniser correctement, d'un point de vue objectif et économique, les prestations médicales ambulatoires. Le Conseil fédéral demande que la révision n'ait pas d'incidence sur les coûts. Il demande aussi la publication des bases, modèles de calcul et données ainsi que la prise en compte des baisses de coûts liées aux gains d'efficacité. En 2014, santésuisse a calculé un potentiel d'économies de 600 millions de francs. Mais compte tenu des

exigences posées par la FMH en 2012, santésuisse table en revanche sur des coûts supplémentaires de 1,5 milliard de francs. •

« En forme et heureux » avec l'OFSP?

La loi controversée sur la prévention a échoué en décembre 2012 sur la question du financement. Dans le cadre de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), l'OFSP, les ligues de la santé privées et autres cercles intéressés prévoient de relancer sans passer par le Parlement. L'assurance-maladie est également évoquée pour le financement. santésuisse estime que la promotion de la santé et la prévention sont des missions de santé publique (art. 19 et 20 LAMal) et doivent à ce titre être financées par la Confédération et les cantons. Toute charge supplémentaire au titre de la promotion de la santé et de la prévention devrait être bien justifiée et procurer des avantages évidents aux assurés. La hausse incessante des coûts de la santé est actuellement déjà l'une des principales sources de préoccupation de la population suisse. •

SUR LE BLOG

Top 10 des forfaits par cas

Les soins hospitaliers stationnaires représentent le bloc de coûts le plus important dans l'AOS à raison de 23 % voire de 28,6 milliards de francs (y compris la quote-part et la franchise). Quelles interventions génèrent le plus de coûts? Et quelles prestations sont les plus fréquentes? L'introduction du nouveau régime de financement des hôpitaux et des forfaits par cas permet de répondre à ces questions. La liste des traitements SwissDRG révèle, sur la base des coûts bruts, que la prothèse de hanche occupe la première place (entre le 1er janvier et le 30 avril 2015, coûts dans l'AOS). La pose d'une prothèse du genou arrive en deuxième place, suivie des accouchements par voie naturelle. •

→ santesu.is/seog3 (Voir les places 4 à 10)

Nouveau régime de financement hospitalier: flambée des coûts de l'ordre d'un demi-milliard

Quelles sont les conséquences du nouveau régime de financement hospitalier basé sur des forfaits par cas (SwissDRG) pour les hôpitaux et les payeurs de primes? Les chiffres de santésuisse le démontrent: de 2011 à 2012 les coûts ont augmenté de 12%, lorsque le nouveau régime de financement hospitalier forfaitaire a été introduit. Si l'on déduit environ 3% des 12% en respectant ainsi la croissance moyenne annuelle (estimation), il en résulte 9% de coûts supplémentaires par rapport aux hospitalisations dues uniquement à l'introduction dudit financement. En chiffres, cela représente un montant d'environ 556 millions ou environ 2% du montant total des primes. •

→ santesu.is/sex03

