



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 1 | 2018

Interdiction de siéger dans les organes dirigeants des caisses-maladie

**Tentative d'affaiblissement du
parlement de milice**



Recherche commune de solutions

Il est urgent de freiner la hausse des coûts de la santé. Il y a donc lieu de se réjouir du transfert de certaines interventions médicales vers le secteur ambulatoire notoirement moins onéreux. La question de la participation financière des cantons devra toutefois être abordée lors de l'évaluation globale de l'impact de cette mesure. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Si l'initiative populaire fédérale 'Pour un Parlement indépendant des caisses-maladie' était acceptée, l'Assemblée fédérale deviendrait un parlement professionnel.

L'initiative populaire fédérale 'Pour un Parlement indépendant des caisses-maladie', dont la récolte des signatures est en cours, entend interdire aux parlementaires d'exercer un mandat dans les caisses-maladie. Une telle exclusion des assureurs-maladie, de surcroît inscrite dans la Constitution, aurait d'importantes conséquences. Du point de vue de l'égalité de droit, interdire aux parlementaires fédéraux d'exercer une activité annexe auprès d'une caisse-maladie est particulièrement discutable, car des constellations comparables existent dans de très nombreux secteurs de l'économie et de l'industrie.

Le début de la fin du parlement de milice

Pour corriger l'inégalité de traitement voulue par l'initiative, tous les secteurs dans lesquels des

entreprises privées fournissent des prestations d'utilité publique devraient également être soumis à des règles d'incompatibilité. En font notamment partie les institutions de prévoyance professionnelle, les sociétés d'assurance-accidents ou d'autres secteurs économiques directement ou indirectement gérés par les pouvoirs publics comme l'agriculture, les transports publics ou l'éducation. Une limitation aussi poussée des domaines d'activité extraparlimentaires pour les membres de l'Assemblée fédérale affaiblirait considérablement le droit de vote actif et passif, et ouvrirait la voie à un parlement professionnel. •

SOMMAIRE

Liste d'opérations ambulatoires	2
Primes et prestations complémentaires	3
En bref	4

Listes d'opérations ambulatoires

Revoir à la baisse les capacités hospitalières



Les listes d'opérations à réaliser impérativement en ambulatoire proposées par l'OFSP et certains cantons permettent de réaliser des économies substantielles de coûts. Mais pour que les payeurs de primes et les contribuables en profitent équitablement, le financement doit être adapté, tout comme les coûteuses infrastructures et procédures hospitalières.

Selon les calculs de santésuisse, les opérations que l'OFSP et certains cantons veulent confier au secteur ambulatoire permettraient d'économiser jusqu'à 135 millions de francs par an. Près de 50 000 interventions seraient transférées vers le secteur ambulatoire.

Adaptations incontournables des structures

Plusieurs cantons, à savoir Lucerne, Zoug, Zurich et le Valais, disposent déjà de listes d'opérations cantonales. Or bien que ces listes entraînent le transfert de très nombreuses opérations, très peu d'informations ont filtré jusqu'à présent, notamment de la part des hôpitaux publics, sur la mise en œuvre concrète de ces directives.

Des représentants d'hôpitaux privés estiment que pour exploiter pleinement la capacité d'une salle d'opération ambulatoire, quelque 2000 interven-

tions par an doivent y être réalisées. Une seule salle d'opération n'étant pas rentable, il faudrait en exploiter deux. Ce qui porte le nombre d'interventions à 4000 par an, un chiffre que tous les hôpitaux n'arriveront pas à atteindre.

Chaque hôpital doit donc se demander s'il doit réaliser des interventions ambulatoires et comment. Parallèlement, le transfert décharge les infrastructures stationnaires, ce qui requiert un redimensionnement de ces dernières. La baisse du nombre de cas contraindrait de nombreux hôpitaux cantonaux à réduire les investissements massifs prévus dans leur rénovation. L'«esprit de clocher» encore bien vivace devrait ainsi faire place à une planification intercantonale des ressources.

Les payeurs de primes priés de passer à la caisse

La composition des listes d'opérations a une influence décisive sur le montant du transfert des coûts et entraîne des charges supplémentaires pour les payeurs de primes. Les six interventions proposées par l'OFSP permettent de réaliser des économies pour l'ensemble du système de santé d'environ 100 millions de francs. Mais elles entraînent, pour les payeurs de primes, des surcoûts de près de 10 millions de francs. santésuisse a également calculé les conséquences sur les coûts

des cinq autres interventions prévues sur les listes cantonales. Leur transfert générerait des économies de coûts allant jusqu'à 135 millions de francs par an – toutefois, avec des charges supplémentaires pour les assureurs-maladie s'élevant jusqu'à 77 millions de francs. Cette forte hausse des coûts ambulatoires est entre autres imputable au fait que dans la structure tarifaire ambulatoire TARMED, le matériel coûteux, comme par exemple les stents pour le traitement des pathologies cardiaques, est facturé séparément. Le traitement des artères coronaires bouchées entraînerait ainsi, à lui seul, des coûts ambulatoires supplémentaires de l'ordre de 40 millions de francs.

Forfaits et financement uniforme

Le transfert de certaines interventions du stationnaire vers l'ambulatoire est positif car il a un effet modérateur sur les coûts globaux de la santé. Pour éviter toute incitation néfaste, des mesures d'accompagnement sont toutefois indispensables. santésuisse soutient de ce fait le développement de forfaits ambulatoires pour les limiter. De plus, le transfert des coûts ne doit pas impacter unilatéralement les payeurs de primes. Pour garantir l'équilibre, un financement uniforme est donc nécessaire, avec une participation à parts égales aux coûts stationnaires et ambulatoires par les cantons. •

Primes et prestations complémentaires

La solution pragmatique du Conseil fédéral



La prime réellement payée doit être prise en compte pour le calcul des prestations complémentaires si elle est plus basse que la moyenne cantonale. Et un assureur-maladie ne doit pas être désavantagé quand il doit assurer des bénéficiaires de prestations complémentaires. La proposition du Conseil fédéral remplit ces deux exigences.

La croissance des prestations complémentaires doit être freinée, tout le monde s'accorde sur ce point. Or la proposition du Conseil des Etats sur la manière dont les primes d'assurance-maladie doivent à l'avenir être prises en compte de façon équitable et économe pour le calcul des prestations complémentaires ne permet pas d'atteindre cet objectif. Actuellement, la prime cantonale moyenne est prise en compte forfaitairement. Le hic, c'est que pour les bénéficiaires de PC assurés auprès d'une caisse beaucoup moins chère que la moyenne, le montant retenu est plus élevé que la prime effective à payer.

Risque de faillite pour les petites caisses-maladie

Le Conseil des Etats demande à présent que la prime du troisième assureur-maladie le moins

cher soit prise en compte pour les PC. Il en résulterait que des dizaines de milliers de bénéficiaires de PC seraient contraints de changer de caisse chaque année. Car le troisième assureur-maladie le moins cher conserve rarement ce statut pendant des années. De plus, la simple obligation d'assurer des milliers de bénéficiaires de prestations complémentaires conduirait, notamment pour les petites caisses-maladie régionales, à d'importantes fluctuations des primes et à un réajustement massif inévitable des réserves.

”
Les petites caisses ne doivent pas être évincées du marché alors qu'elles n'ont commis aucune faute.

Renchérissement en Suisse romande

La proposition du Conseil des Etats de prendre en compte le troisième assureur le moins cher entraînerait de surcroît un renchérissement par rapport au statu quo, notamment dans les cantons ro-

mands. En effet, dans ces cantons, les assureurs les moins chers sont souvent les grandes caisses. Il se pourrait dans ce cas que la prime imputable soit plus élevée que la prime cantonale moyenne, ce qui aurait une incidence sur les coûts.

Solution économe et durable

La nouvelle proposition du Conseil fédéral est réaliste et économe par rapport à la solution préconisée par le Conseil des Etats. La prime cantonale moyenne continuera de servir de base de calcul. Mais les cantons pourront désormais tenir compte du montant réel de la prime d'un bénéficiaire de PC, si celle-ci est inférieure à la prime cantonale moyenne. Les avantages sont évidents. Aucun bénéficiaire de PC ne doit toucher plus que ce qu'il paie à son assurance-maladie. Et les petites caisses ne seront pas exposées au risque d'être évincées du marché par des facteurs exogènes dont elles ne sont pas responsables. Le principe d'économicité serait ainsi respecté au niveau des prestations complémentaires sans déséquilibrer l'assurance-maladie. •

En bref



Le conseiller fédéral Alain Berset lors de la 5^e conférence nationale Santé2020 le 29 janvier 2018 à Berne.

La FMCH et santésuisse conviennent d'un tarif forfaitaire ambulatoire

santésuisse et l'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) ont signé une convention portant sur un tarif forfaitaire ambulatoire. Le prix d'un forfait ambulatoire inclut les prestations pré- et postopératoires. Les fournisseurs de prestations qui veulent facturer sur la base de forfaits doivent s'engager à participer à des mesures de garantie de la qualité.

Les ophtalmologues seront les premiers à bénéficier de ces forfaits de prestations ambulatoires pour le domaine de la chirurgie ophtalmique. Sous réserve de l'approbation du tarif par les directions cantonales de la santé, des forfaits décidés d'un commun accord s'appliqueront désormais aux opérations de la cataracte et du glaucome ainsi qu'aux injections intravitréennes (intervention sur le corps vitré). Tous les chirurgiens ophtalmiques et les assureurs-maladie peuvent adhérer à cette nouvelle convention tarifaire. D'autres forfaits pour la chirurgie de la main, la radiologie, la chirurgie pédiatrique et l'orthopédie sont en préparation. Les médecins qui veulent facturer sur la base de ces forfaits doivent s'engager à participer à un programme européen de garantie de la qualité, qui saisit entre autres les indications et le taux de complications lors des interventions. •