

2016

Rapport annuel

Le groupe santésuisse est la principale organisation de la branche des assureurs-maladie suisses. Il s'engage pour un système de santé à la fois social et libéral basé sur la concurrence.



2016

L'année en bref

Janvier

NOUVELLE STRUCTURE DE GROUPE

Après une réorganisation complète, le nouveau groupe santésuisse démarre l'année sur des bases solides.

Février

LE PORTAIL HOSTO-FINDER.CH ÉLARGIT SON OFFRE DE DONNÉES

Le comparateur des hôpitaux propose désormais aussi des données concernant la satisfaction des patients et les infections des plaies.

Mars

LA COMPARAISON INTERNATIONALE DE SANTÉSUISSE RÉVÈLE DES MARGES DE MÉDICAMENTS TROP ÉLEVÉES

La comparaison des marges commerciales sur les médicaments réalisée par santésuisse révèle qu'elles sont plus élevées en Suisse, de 489 millions de francs, que dans les pays européens de référence.

Avril

SANTÉSUISSE DEMANDE DES ALTERNATIVES AU GEL DES ADMISSIONS DE MÉDECINS

Après la prolongation du moratoire par le Conseil fédéral, santésuisse demande une solution durable mettant l'accent sur les exigences en matière de qualité.

Mai

DES FORAITS POUR LA RÉVISION DU TARIF TARMED

Pour mettre en œuvre rapidement la révision du tarif, santésuisse propose des forfaits pour les interventions ambulatoires fréquentes.

Juin

SANTÉSUISSE FÊTE SES 125 ANS

Dans le cadre d'une belle cérémonie, santésuisse a fêté ses 125 ans en présence du conseiller fédéral Alain Berset.

Juillet

FORTE CROISSANCE DES COÛTS AMBULATOIRES

santésuisse table pour l'année 2016 sur une hausse des dépenses de santé de près de 3,5%. Ce sont les médicaments et les soins ambulatoires (cabinets médicaux et hôpitaux) qui pèsent le plus sur les coûts.

Août

PAS DE LIVRAISON À L'OFSP DE DONNÉES À « GARDER EN RÉSERVE »

santésuisse rejette la livraison, voulue par l'OFSP, de données détaillées des patients qu'elle juge disproportionnée.

Septembre

FORTE HAUSSE DES PRIMES ANNONCÉE POUR 2017

Le Conseil fédéral annonce une hausse de 4,5% des primes standard pour l'année 2017.

Octobre

EXAMEN ANNUEL DES PRIX DES MÉDICAMENTS

santésuisse demande un examen annuel des prix des médicaments ainsi qu'un droit de requête et de recours lors de leur admission sur la liste des médicaments à la charge des caisses-maladie.

Novembre

LE RÔLE CENTRAL DE LA QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

Lors de son Congrès de novembre, santésuisse réclame des contrôles systématiques permettant de mesurer et garantir la qualité également dans le domaine ambulatoire.

Décembre

LES FRANCHISES DOIVENT ÊTRE ADAPTÉES À L'ÉVOLUTION DES COÛTS

Le Conseil national a également adopté une motion, soutenue par santésuisse, qui réclame une adaptation régulière des franchises à l'évolution des coûts.

Éditorial

santésuisse alimente le débat politique en faisant des propositions misant sur la qualité et l'efficacité comme contrepoids aux mesures de régulation et à l'interventionnisme croissant de l'État.



L'année 2016 est à marquer d'une pierre blanche pour deux raisons: d'une part parce que l'association santésuisse a fêté ses 125 ans et, d'autre part, en raison du succès opérationnel du nouveau groupe santésuisse. La convergence de ces deux événements majeurs illustre parfaitement comment santésuisse a toujours su se renouveler pour répondre aux exigences et aux attentes de ses membres.

Les sociétés du groupe, c'est-à-dire santésuisse, tarifsuisse sa, SASIS SA et la SVK, assument d'importantes tâches dans notre système de santé. La répartition de ces tâches permet à l'association santésuisse de se concentrer sur son cœur de métier que sont la communication et la formation. La communication des positions et propositions revêt une importance croissante compte tenu des discussions de plus en plus vives sur les coûts de la santé et sur les solutions pour les diminuer. santésuisse alimente le débat politique en faisant des propositions misant sur la qualité et l'efficacité comme contrepoids aux mesures de régulation et à l'interventionnisme croissant de l'État.

Les mauvaises incitations financières sont un facteur déterminant de la hausse ininterrompue des coûts. La forte croissance des coûts des prestations ambulatoires ne date notamment pas d'hier. santésuisse soutient donc les exigences du Conseil fédéral d'une révision sans incidence sur les coûts du tarif médical ambulatoire TARMED et a elle-même déjà soumis des propositions de réforme, qui pourraient être rapidement mises en œuvre. La lutte contre l'augmentation effrénée des coûts ne se limite toutefois pas à cette question. En tant que représentante des intérêts des assurés à tous les niveaux et dans tous les domaines de la santé, santésuisse s'engage inlassablement en faveur d'une assurance-maladie obligatoire dont les coûts restent abordables à long terme. La solution pour ce faire est d'accroître à la fois sa qualité et son efficacité!

D'importants travaux ont été réalisés l'année dernière dans tous les domaines du groupe santésuisse. Je remercie le conseil d'administration, les collaboratrices et les collaborateurs de santésuisse ainsi que des sociétés du groupe de même que les représentants des assureurs-maladie au sein des organes de l'association de leur contribution et de leur engagement en faveur de notre système de santé.

Heinz Brand, président du conseil d'administration

« Nous nous engageons pour un système de santé à la fois social et libéral, qui garantit à chaque assuré l'accès à un approvisionnement médical de haut niveau à un coût abordable. Nous sommes l'organisation de la branche qui fait autorité en matière de politique suisse de la santé. »

santésuisse s'engage pour plus de responsabilité individuelle et moins d'ingérence de l'État

santésuisse accompagne étroitement les processus de décision politiques. Elle communique la position de la branche sur diverses questions de politique de la santé au travers de lettres d'information, de communiqués de presse et de prises de position.

Échec de la quatrième tentative de lancer une caisse unique

Bien que le système actuel ait fait ses preuves, la Fédération Romande des Consommateurs (FRC) et d'autres cercles ont fait une nouvelle tentative pour modifier en profondeur le paysage de l'assurance-maladie. La proposition prévoyait l'introduction de caisses de compensation cantonales. Faute d'un soutien suffisant, les initiants ont finalement abandonné en mai 2016 leur projet qui n'était en réalité qu'une quatrième initiative allant dans le sens d'une caisse unique, voire d'une cantonalisation de l'assurance-maladie obligatoire.

Piloter l'admission des médecins sur la base du critère de qualité

Lors de la session d'été, le Parlement a une nouvelle fois prolongé la limitation des admissions de médecins. Or selon l'évaluation de l'évolution des coûts de santésuisse, la comparaison des coûts entre les cantons avec et sans limitation ne montre aucune différence significative. En lieu et place de nouvelles interventions inspirées d'un modèle d'économie planifiée qui conduiraient à de nouvelles incitations financières désastreuses, santésuisse a demandé au Conseil fédéral de proposer des solutions durables de pilotage des prestations ambulatoires. L'autorisation de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit, par exemple, être conditionnée à la mise en œuvre de critères de qualité.

Réserves à l'encontre des livraisons de données

Faisant suite à la circulaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les assureurs-maladie ont remis des données individuelles détaillées de leurs assurés, à des fins de statistiques, pour le 30 juin 2016. D'autres livraisons de données personnelles sont prévues. Des expertises réalisées à la demande de santésuisse parviennent à la conclusion que les données demandées sont particulièrement sensibles et que la demande de l'OFSP est disproportionnée. santésuisse s'est opposée à ces livraisons de données sans but spécifique car en dépit de l'anonymisation réalisée, l'identification des personnes est possible et la protection de la personnalité n'est pas garantie.

Le Parlement veut davantage responsabiliser les assurés

Les commissions de la santé du Conseil national et du Conseil des États souhaitent renforcer la responsabilité individuelle des assurés. Ils ont soutenu une initiative demandant une durée de contrat minimale de trois ans pour les franchises à option. Augmenter la durée des contrats renforcerait la solidarité dans l'assurance-maladie puisqu'il ne serait plus possible de passer à court terme à la franchise ordinaire de 300 francs lorsque des dépenses de santé plus importantes sont prévisibles. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sont encore en cours de délibération au Parlement. Ce dernier a également approuvé une motion proposant une adaptation des franchises à l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins. santésuisse a soutenu ces deux mesures qui sont des améliorations judicieuses pour garantir la pérennité de l'assurance-maladie obligatoire.

Financement uniforme des prestations médicales

Plusieurs cantons veulent imposer dès 2017 que certaines opérations ne soient plus réalisées qu'en mode ambulatoire. Santé-suisse n'émet pas d'objections contre le fait de transférer davantage de prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire. Ces efforts doivent au contraire être soutenus. Mais il faut trouver une solution unique pour toute la Suisse et rejeter des solutions cantonales différentes. Ce transfert doit aussi profiter aux payeurs de primes en se traduisant par une baisse des coûts, raison pour laquelle un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires est indispensable.



La qualité est la clé pour éviter
des prestations superflues et
garantir un financement pérenne
de l'assurance-maladie.



Budgets globaux : mauvaise recette avec des effets secondaires

L'OFSP examine l'introduction de budgets globaux afin de contenir la croissance des coûts de l'assurance de base obligatoire. Plusieurs initiatives parlementaires demandent également des mesures radicales. Pour Santé-suisse, promouvoir la transparence et la concurrence en matière de qualité chez les fournisseurs de prestations est une priorité absolue pour atténuer la croissance excessive des coûts. Santé-suisse refuse tout rationnement au détriment des patients, et demande une meilleure qualité et une plus grande efficacité dans l'intérêt de l'assurance-maladie. La combinaison de critères de qualité et d'un assouplissement de l'obligation de contracter est la voie à suivre.

Faire progresser le système de santé de manière ciblée par la recherche de solutions adéquates

santésuisse fait des propositions pour améliorer durablement le système de santé. En réclamant davantage de transparence, de qualité et des prix équitables, santésuisse s'engage pour le libre choix des assurés et lutte contre les hausses de coûts, voire des primes.

Échec de la révision globale du TARMED

Après qu'en 2015 déjà, une proposition commune pour la révision globale du tarif médical ambulatoire TARMED a été reportée dans un lointain avenir, santésuisse a entamé en 2016 des négociations avec l'Union tarifaire fmCh, qui regroupe 25 sociétés de disciplines médicales et associations représentant quelque 8000 médecins. Une proposition reposant sur des forfaits pour les prestations ambulatoires les plus fréquentes a été préparée à l'attention du Conseil fédéral. La révision globale du TARMED a finalement définitivement échoué fin octobre 2016 en raison de l'opposition de la FMH à une mise en œuvre neutre sur le plan des coûts. La révision complète du tarif médical ambulatoire TARMED demandée par les médecins aurait entraîné plus de quatre milliards de coûts supplémentaires à la charge des payeurs de primes. Le Conseil fédéral a annoncé qu'il ferait usage de sa compétence subsidiaire pour intervenir dans la structure tarifaire.

Non à un redécoupage arbitraire des régions de primes

Avec son projet de redécoupage des régions de primes sur la base des districts et non plus des communes, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a suscité l'ire des cantons concernés. Cette mesure entraînerait en effet des hausses de primes parfois massives pour près de trois millions d'assurés, notamment dans les régions rurales. santésuisse a activement soutenu la formation de l'opinion au Parlement et dans les cantons avec des analyses et des informations sur les coûts à l'échelon des communes.

Baisses de prix de produits médicaux

santésuisse signale depuis des années que les prix des produits médicaux sont trop élevés en Suisse. Elle a tiré la sonnette d'alarme la dernière fois en 2015, à l'occasion d'une comparaison avec l'étranger des prix des bandelettes de mesure de la glycémie. Les recherches de santésuisse ont mis en évidence que les prix de ces bandelettes sont deux fois plus élevés en Suisse que dans les pays voisins. Le potentiel d'économies est estimé à plus de 30 millions de francs par an. L'OFSP a donné suite à la proposition de santésuisse et a baissé à partir du 1^{er} janvier 2017, en guise de mesure immédiate, les prix maximaux des bandelettes de test de la glycémie et des lampes de luminothérapie.

Reprise du contrôle des prix des médicaments

Suite à un arrêt du Tribunal fédéral contre les contrôles de prix des médicaments, le Conseil fédéral avait été contraint d'adapter l'ordonnance correspondante. Après trois années d'interruption, le Conseil fédéral va à présent reprendre le contrôle des prix des médicaments. La modification de l'ordonnance ne contient toutefois pas le droit de recours réclamé par santésuisse ni l'examen annuel des prix des médicaments. Elle continue également d'ignorer le principe d'économicité inscrit dans la loi. Pourtant, en l'appliquant systématiquement et en faisant la part belle aux génériques, il serait possible d'économiser près de 600 millions de francs par an, auxquels s'ajoutent les marges de distribution excessives qui représentent 460 millions de francs. Ces économies d'un milliard de francs permettraient d'alléger les primes des assurés de 3 à 4% par an.

santésuisse échange avec le public et les payeurs de primes par l'intermédiaire de nombreux moyens de communication. Les réseaux sociaux utilisés par santésuisse permettent de nouvelles formes interactives de communication. En sa qualité de principale organisation de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie et les milieux proches de la branche.



148

prises de positions,
recommandations
et communiqués de
presse

5000

lectrices et lecteurs
du blog chaque mois

85

apprentis formés chaque
année à la profession
d'«employés de commerce
santésuisse»

30 000

consultations sur
www.hostofinder.ch

AU SERVICE DES ASSUREURS-MALADIE, DU PUBLIC ET DES PAYEURS DE PRIMES

La plate-forme www.hostofinder.ch compare la qualité des hôpitaux

En 2016, l'hostofinder, le portail de comparaison exhaustif de la qualité des hôpitaux suisses créé par santésuisse et Konsumentenforum Kf, a été consulté par près de 30 000 assurés. L'offre a été élargie aux données les plus récentes concernant la satisfaction des patients et les infections des plaies.

→ www.hostofinder.ch

Monsieur Santé explique le système de santé

Depuis son lancement en 2012, le blog « Monsieur Santé » a été visité par 90 000 lecteurs qui ont consulté 225 000 articles, soit une moyenne de 500 lecteurs par article. Par l'intermédiaire de 300 articles en allemand et de 100 articles en français, des collaborateurs de santésuisse expliquent le fonctionnement du système de santé suisse sur le blog « Monsieur Santé ». Environ 2 000 à 5 000 personnes ont consulté le blog chaque mois durant l'année 2016.

Accord de branche de santésuisse sur le démarchage téléphonique

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, l'accord de branche sur le démarchage téléphonique vise à mieux protéger les assurés des appels commerciaux indésirables et à augmenter la qualité de la prospection des clients. santésuisse a reçu environ une centaine de réclamations d'assurés concernant des abus présumés. La principale critique relevée par santésuisse porte sur les centres d'appels aux pratiques agressives. Comme la plupart de ces signalements concernent un seul numéro de centre d'appel, les recherches sont restées vaines car aucun lien n'a pu être établi avec un donneur d'ordres précis. Dans les rares cas pour lesquels on a disposé de davantage d'informations, les assureurs ont activement soutenu les recherches de santésuisse.

Évolution continue de l'offre de formation

En sa qualité de principale association de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie et les milieux proches de la branche (collaborateurs du système de santé). L'offre de formation de santésuisse est déclinée dans les trois langues nationales et dispensée dans toutes les régions. Le fait d'y associer tous les acteurs, y compris les fournisseurs de prestations, favorise une compréhension commune entre les partenaires du système de santé.

santésuisse propose une vaste offre de formation, allant de la formation commerciale initiale jusqu'au cycle de formation pour les spécialistes et les experts en assurance-maladie avec brevet fédéral ou diplôme, en passant par les cours de base pour les personnes souhaitant changer d'orientation professionnelle. Des cours spéciaux sont proposés pour couvrir les besoins spécifiques, tels des cours de connaissances médicales ou des cours sur l'assurance-accidents ou invalidité. L'offre a été élargie puisque le cours sur la protection des données a connu un vif succès, également en Romandie. Le nouveau cours spécial consacré à l'assurance d'indemnité journalière témoigne de l'évolution continue de l'offre de formation de santésuisse.

Le niveau de qualité insuffisant des courtiers et intermédiaires d'assurance a été régulièrement pointé du doigt par les médias. L'Association Suisse d'Assurances (ASA) et l'Association pour la formation professionnelle en assurance (AFA) veulent faire en sorte que les conseillers en assurance disposent impérativement d'une accréditation par l'intermédiaire du label de qualité « Cicero ». Une certification pour l'assurance-maladie et accidents, qui pourrait être développée et mise en œuvre en collaboration avec santésuisse, a été discutée avec l'AFA.

santésuisse et ses partenaires de la branche ont participé pour la quatrième fois à la foire de la formation à Berne (BAM) afin de convaincre de jeunes adultes de suivre la formation commerciale initiale chez un assureur-maladie.

Avec 45 assureurs-maladie affiliés et près de 60% de part de marché, tarifsuisse sa est la plus grande société d'achat de prestations dans l'assurance de base selon la LAMal. Grâce au savoir-faire approfondi de ses collaborateurs, tarifsuisse sa est l'interlocuteur compétent des fournisseurs de prestations et des autorités pour tout ce qui a trait aux questions tarifaires.



> 1000

conventions
négociées

60%

de part de marché

2432

médecins statistiquement
« hors norme »

75

demandes de
remboursement
d'honoraires excessifs
de médecins

DES PRIX AVANTAGEUX POUR DES PRESTATIONS DE QUALITÉ – DES PRIMES PLUS BASSES GRÂCE À DES NÉGOCIATIONS TARIFAIRES SYSTÉMATIQUES

tarifsuisse sa gère plus de 1000 conventions avec les fournisseurs de prestations et en renégocie quelques centaines chaque année.

Les négociations ont permis de mieux encadrer les tarifs hospitaliers

Au niveau des tarifs hospitaliers stationnaires, la tendance à des prix de base (base rate) plus bas s'est également confirmée durant l'année sous revue. Le Tribunal administratif fédéral a rendu le 29 janvier 2016 un arrêt décisif en approuvant le recours des assureurs-maladie représentés par tarifsuisse sa contre le prix de base décidé par le Conseil d'État de St-Gall. D'après cet arrêt, la sélection des établissements hospitaliers déterminants pour la fixation des prix doit refléter de manière authentique les hôpitaux de soins aigus suisses. Dans le courant de l'année, les contentieux opposant tarifsuisse sa et plusieurs hôpitaux ont pu être réglés de manière positive pour les deux parties.

Dans le domaine ambulatoire, tarifsuisse sa œuvré en faveur de la convergence des valeurs du point pour les hôpitaux et les cabinets privés, et a développé un nouveau modèle de pilotage des valeurs de points tarifaires des médecins libres praticiens.

Les spécialistes de tarifsuisse sa ont travaillé d'arrache-pied au développement et à l'introduction de nouveaux modèles de tarification pour les prestations stationnaires de psychiatrie (TARPSY) et de réadaptation (ST Reha).

tarifsuisse sa a mené des entretiens et des négociations en vue de l'adaptation des structures tarifaires avec diverses autres associations, comme celles des physiothérapeutes, des sages-femmes et des pharmaciens.

Contrôle des prestations

Par un contrôle systématique de l'application des tarifs effectué par le « tarifcontrolling de tarifsuisse sa », les assureurs-maladie réagissent aux interprétations tarifaires « fantaisistes » qui se font au détriment des assurés. Les annonces relatives à des irrégularités présumées dans les factures d'un fournisseur de prestations proviennent généralement des assureurs-maladie, des autorités ou d'associations, mais les fournisseurs de prestations et les personnes privées peuvent aussi s'adresser à la centrale d'annonces.

Depuis le 1^{er} septembre 2014, plusieurs centaines d'annonces ont été reçues et soumises à une première analyse. Sur mandat des assureurs-maladie, 40 d'entre elles ont été analysées et traitées. Divers accords de remboursement ont déjà été conclus.

Évaluations de l'économicité selon l'art. 56 LAMal

Pour le compte de santésuisse et de la branche tout entière, tarifsuisse sa évalue si les médecins et les autres fournisseurs de prestations travaillent de manière économique. La méthode statistique utilisée vise à identifier les fournisseurs de prestations qui pratiquent par exemple la « surmédicalisation » (polypragmasie) et génèrent ainsi des coûts sensiblement plus élevés que leurs consœurs et confrères de la même spécialité. Les fournisseurs de prestations dont les coûts sont supérieurs à la moyenne sont tout d'abord priés par écrit de justifier leur profil de coût. Si un médecin n'arrive pas à expliquer le niveau plus élevé de ses coûts, une demande de remboursement lui est adressée. Dans de rares cas, une action en justice peut être intentée. Le nombre de médecins statistiquement « hors norme » a légèrement augmenté au cours de l'année statistique 2014.

À l'automne 2016, santésuisse, curafutura et la FMH sont tombées d'accord pour faire valider par un organisme externe la méthode statistique, le modèle et d'éventuelles améliorations. De plus, l'organisme externe contrôle de manière indépendante si la méthode statistique existante permet de détecter les médecins travaillant de manière non économique. L'objectif est qu'à l'avenir le moins de médecins soient si possible identifiés à tort comme des prestataires travaillant de manière non économique. Car tous les participants ont au final intérêt à réduire le temps consacré aux évaluations d'économicité.

Exemple de cas

CONTRÔLE TARIFAIRE : NON-RESTITUTION DES RABAIS

Dans le cas spécifique d'un hôpital, on soupçonne que le fournisseur de prestations a négocié des rabais à l'achat de matériel à usage courant et d'implants mais qu'il n'en a pas fait bénéficier les assurés comme la loi le prévoit. Outre l'enquête pénale encore en cours, tarifsuisse sa a déposé une plainte civile pour ses clients.

→ Pour les mandants représentés, la somme du matériel à usage courant et des implants concernés par l'enquête s'élève à environ deux millions de francs.

Pour garantir le bon déroulement des processus administratifs, les assureurs-maladie ont besoin de données structurées et d'informations pertinentes. SASIS SA développe, exploite et commercialise des applications électroniques pour les assureurs-maladie suisses. SASIS SA fournit également des données pertinentes et actuelles sur l'évolution des coûts et en vue de l'amélioration de la transparence dans le système de santé et l'assurance-maladie.



> 100
millions
de factures

26 314
médecins
factureurs

11 000
conventions
gérées

4
millions
de consultations de
couverture par mois

LE LOGISTICIEN INNOVANT POUR LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

En 2016, les départements Registre des codes-créanciers, Registre central des conventions et Statistiques se sont focalisés sur l'amélioration durable de la qualité des données.

Optimisation de l'offre du centre des cartes d'assurés (centre Cada)

Le centre Cada comprend la production des cartes, les services de consultation et l'attribution du nouveau numéro AVS. Depuis 2016, les prestations de premier ordre du centre Cada sont utilisées par l'ensemble des assureurs-maladie. Une assistance téléphonique a été mise en place pour renseigner les fournisseurs de prestations sur les numéros de cartes Cada lorsque les patients n'ont pas leur carte d'assuré sur eux. Chaque jour, la hotline communique entre 1000 et 1300 numéros de cartes, soit par téléphone, soit par mail.

Le dossier électronique du patient sera introduit le 1^{er} janvier 2017. Les hôpitaux et les EMS ont l'obligation de proposer un tel dossier d'ici trois ou cinq ans. À l'inverse, le dossier électronique du patient sera facultatif pour les fournisseurs de prestations ambulatoires et pour les patients. Selon l'art. 42a LAMal, la carte d'assuré peut être utilisée comme outil d'identification. SASIS SA créera les conditions-cadres nécessaires pour que cet objectif soit réalisé.

L'application Web www.vvk-online.ch pour la consultation de la couverture d'assurance est utilisé par plus de 3000 fournisseurs de prestations médicales. Des services de consultation spécifiques à la branche sont en outre proposés avec 60 partenaires et prestataires.

La centrale d'annonce des changements d'assureur (CAC) – solution de branche destinée à signaler le nouvel assureur par voie électronique – est actuellement utilisée par 24 assureurs représentant 6,2 millions d'assurés.

Registre des codes-créanciers

Pour les assureurs-maladie suisses, le registre des codes-créanciers (RCC) tient lieu de répertoire officiel des « créanciers » pour la saisie et le traitement des factures des fournisseurs de prestations médicales. Le RCC recense plus de 80 000 codes-créanciers actifs et plus de 16 000 numéros de contrôle pour les employés avec attestation de leurs qualifications. Le taux de couverture de l'utilisation du RCC par les assureurs est de 99% par rapport à l'effectif d'assurés.

L'application « Mandats de prestations des cantons aux hôpitaux (LEA) » destinée au contrôle manuel et électronique des factures DRG a été élargie et les résultats sont satisfaisants. Les informations sont mises à disposition sur le portail Internet de SASIS et par l'intermédiaire d'interfaces électroniques.

Le registre central des conventions

Le registre central des conventions des assureurs-maladie suisses (RCCo) permet de consulter les conventions tarifaires en vigueur et les informations qui y figurent pour l'achat de prestations et le contrôle des factures par les assureurs-maladie. Le RCCo gère plus de 11 000 conventions de santé suisse, tarifsuisse sa et d'autres clients.

Pour les assureurs-maladie, l'extension du traitement de cas numérique avec les fournisseurs de prestations du système de santé suisse est un objectif stratégique important. Pour ce faire, un prototype du standard SHIP prévu a été créé avec succès dans le cadre du projet eKARUS. Une version finale va à présent être développée jusqu'à fin 2017 dans le cadre d'un essai pilote productif sous la forme d'un Proof of Concept. Plus d'informations sur www.ekarus.ch.

Pool de données et pool tarifaire

Le pool de données contient les décomptes de prestations et de primes qui font l'objet d'évaluations statistiques en continu afin de mettre à disposition des assureurs et du public intéressé des chiffres actuels sur la tendance de l'évolution des coûts. Grâce à la couverture de 100% et à l'amélioration constante de la qualité des données livrées, la qualité des données s'accroît également sans cesse dans ce domaine.

Le pool tarifaire de SASIS SA complète la statistique des fournisseurs de prestations du pool de données avec des chiffres détaillés sur les différents fournisseurs de prestations médicales par position tarifaire. Il fournit non seulement les bases pertinentes pour le contrôle et le développement des tarifs, mais permet également de mieux évaluer l'économicité des fournisseurs de prestations et de mieux contrôler les coûts. L'année dernière, le pool tarifaire a été étendu à d'autres tarifs, contribuant ainsi à une meilleure qualité de l'ensemble des données. Son taux de couverture calculé par rapport aux prestations du pool de données est de 88%, ce qui contribue à une meilleure qualité des données globales.

La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) propose une vaste gamme de prestations pour les soins ambulatoires et stationnaires des patients ayant besoin d'exams ou de traitements complexes et coûteux. À l'heure actuelle, 46 assureurs font appel à ces prestations en tant que membres à part entière de la SVK. La SVK gère aussi des patients de l'assurance militaire et de l'Institution commune LAMal.



53 389

cas

285 102

factures

642

millions

de coûts totaux

35

collaborateurs

DES PRESTATIONS SPÉCIALISÉES POUR LES ASSUREURS-MALADIE ET LES PATIENTS

Les collaborateurs de la SVK vérifient tout d'abord, pour le compte des assureurs affiliés et des clients, que les fournisseurs de prestations disposent d'une autorisation et des qualifications requises conformément aux dispositions légales et contractuelles en vigueur. Ils s'assurent également que l'économie, l'adéquation et l'efficacité (critères EAE) des traitements, médicaments et appareils proposés sont garantis. Si toutes ces conditions sont remplies, ils délivrent une garantie de prise en charge des coûts, vérifient les factures et les envoient ensuite en vue de leur paiement aux assureurs. En cas de facturation incorrecte, les factures sont refusées et renvoyées au fournisseur de prestations.

La SVK conclut avec ses partenaires des contrats et des tarifs applicables dans toute la Suisse afin de garantir le respect des critères EAE, la fourniture de soins hautement efficaces et l'utilisation optimale des synergies. Ces contrats et tarifs sont contrôlés et adaptés en continu. La protection des données occupe une place essentielle dans tous les processus mis en œuvre.

Les dialyses à domicile augmentent

Depuis 1963, la SVK traite toutes les procédures en relation avec des traitements par dialyse. La SVK est responsable, en collaboration avec H+ (Les Hôpitaux de Suisse) et les partenaires industriels, du contenu et de la mise en œuvre des contrats nationaux ainsi que de leur approbation par le Conseil fédéral. À ce jour, la SVK gère 5000 dossiers de patients pour un montant total annuel de 380 millions de francs de prestations. La part des dialyses à domicile plus économiques augmente et s'établit actuellement à plus de 27%.

Transplantations: hausse du nombre de donneurs

La SVK traite les procédures administratives et les processus en matière de transplantations depuis les années 1970. Elle couvre à la fois le domaine des organes solides pour les donneurs et les receveurs, et celui des cellules souches. Certes il y a eu moins de donneurs en 2016 et plus de patients sur liste d'attente. Mais le nombre de donneurs est généralement soumis à d'importantes fluctuations et grâce à l'important engagement des hôpitaux et de nos partenaires, le nombre de donneurs a clairement augmenté ces dernières années. Les contrats de transplantation ont été remaniés et devraient entrer en vigueur en 2017.

Plus de patients avec une alimentation artificielle à domicile

La SVK délivre les garanties de prise en charge des coûts de l'alimentation artificielle pour le compte des assureurs-maladie affiliés et des clients, et se charge du déroulement administratif. Actuellement, 13701 patients actifs sont suivis par la SVK dans le cadre des contrats sur l'alimentation artificielle à domicile. Le nombre de patients actifs a une nouvelle fois augmenté en 2016 – toujours suite à la modification de l'annexe 1 OPAS en 2012.

Une meilleure qualité de vie grâce à la ventilation mécanique

Dans le cadre de la ventilation mécanique à domicile, 4055 patients actifs de toute la Suisse sont inscrits auprès de la SVK. La SVK accorde les garanties de prise en charge des coûts pour la ventilation mécanique à domicile au nom des assureurs-maladies affiliés et des clients. De plus, elle s'occupe du déroulement administratif et finance les appareils.

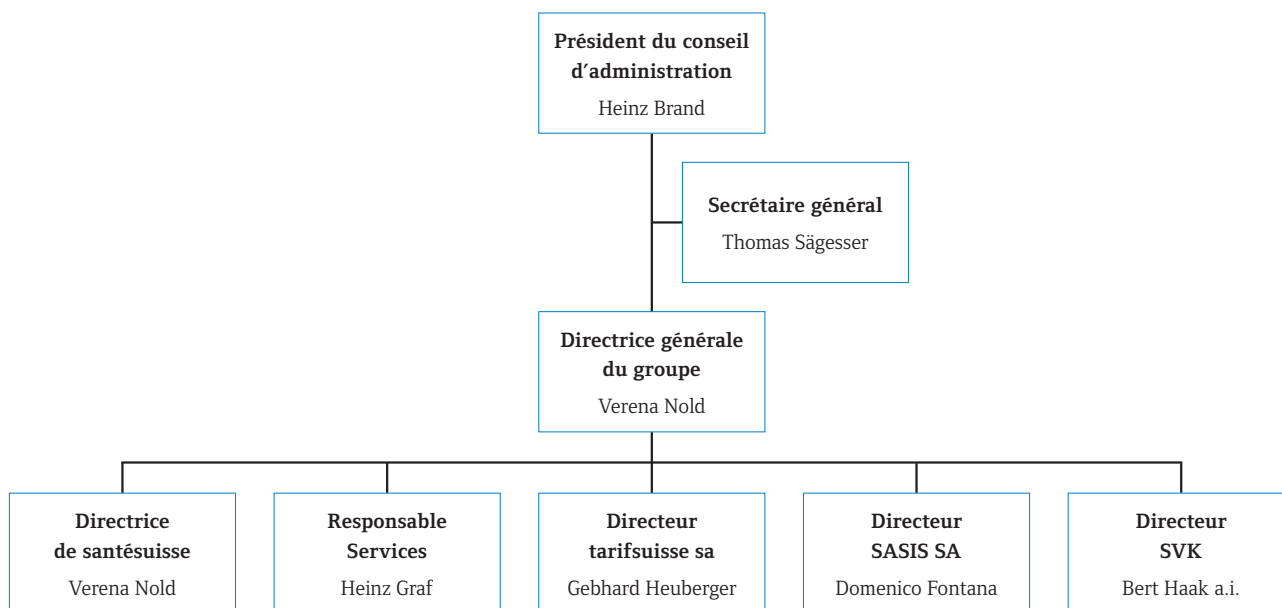
La ventilation mécanique à domicile améliore la qualité de vie des patients, réduit le nombre et la durée des hospitalisations et contribue ainsi à réduire les coûts de la santé. Dans les cas les plus graves, la machine remplace la fonction pulmonaire et assure la survie des patients.

Des médicaments pour les patients

Le nombre de patients et les coûts ont considérablement augmenté en 2016. La SVK se concentre sur des maladies comme la sclérose en plaques, le psoriasis et l'hémophilie. Le médecin-conseil et les collaborateurs du ressort Médicaments gèrent aussi quotidiennement les médicaments dits « hors indication » ou « off label ». La SVK décharge ses membres de processus administratifs complexes avec les autorités ou les médecins prescripteurs, et constitue un important fournisseur de données pour l'industrie. Le médecin-conseil examine avec les sociétés médicales à quelles conditions le médicament concerné peut être bénéfique pour un patient. Si les spécialistes consultés approuvent le traitement, des négociations portant sur le prix et les conditions de distribution sont entamées avec le laboratoire pharmaceutique.

Organisation

au 1^{er} mars 2017



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président, Heinz Brand, conseiller national,
Römerstrasse 20, 4502 Soleure

Vice-président, Dieter Boesch, RVK,
Aquilana Assurances, case postale, 5401 Baden

Vice-président, Dr Thomas J. Grichting, Groupe Mutuel,
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny

Dr Ruedi Bodenmann, Assura-Basis SA,
Avenue C.-F. Ramuz 70, case postale 532, 1009 Pully

Dr Reto Dahinden, SWICA Organisation de santé,
Römerstrasse 38, 8401 Winterthour

Nikolai Dittli, CONCORDIA Assurance suisse
de maladie et accidents SA, Bundesplatz 15,
6002 Lucerne

Dr Reto Flury, EGK,
Brislacherstrasse 2, 4242 Laufon

Urs Roth, Visana Services SA,
Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15

Stefan Schena, ÖKK, Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart

Dr. Michael Willer, Sympany,
Peter-Merian-Weg 4, 4002 Basel (à partir du 26.4.2017)

Christof Zürcher, Atupri Krankenkasse,
Zieglerstrasse 29, 3000 Berne 65

DIRECTION DU GROUPE

Verena Nold, directrice générale du groupe et
directrice de santésuisse

Heinz Graf, responsable Services de santésuisse

Gebhard Heuberger, directeur de tarifsuisse sa

Domenico Fontana, directeur de SASIS SA

Bert Haak, directeur de la SVK a.i.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Dr Thomas Sägesser

Sièges

santésuisse –**Les assureurs-maladie suisses**

Römerstrasse 20, case postale 1561,
4502 Soleure
Tél. + 41 32 625 41 41
Fax + 41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

tarifsuisse sa

Römerstrasse 20, case postale 1561,
4502 Soleure
Tél. +41 32 625 47 00
info@tarifsuisse.ch
www.tarifsuisse.ch

SASIS SA

Römerstrasse 20, 4502 Soleure
Tél. + 41 32 625 42 00
Fax +41 32 625 42 10
info@sasis.ch
www.sasis.ch

SVK**Fédération suisse pour tâches
communes des assureurs maladie**

Muttenstrasse 3, 4502 Soleure
Tél. +41 32 626 57 47
Fax +41 32 626 57 30
info@svk.org
www.svk.org

IMPRESSUM

Édition, rédaction et production

santésuisse –

Les assureurs-maladie suisses

Ressort Communication

Römerstrasse 20

Case postale 1561

4502 Soleure

Téléphone + 41 32 625 41 41

Téléfax + 41 32 625 41 51

mail@santesuisse.ch

www.santesuisse.ch

Concept/Design/Réalisation

Linkgroup AG, Zurich

www.linkgroup.ch

Impression

Druckerei Herzog AG

Gewerbstrasse 3

4513 Langendorf

santésuisse –
Les assureurs-maladie suisses