

2017

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.

2017

L'année en bref

Janvier

REJET DU REDÉCOUPAGE DES RÉGIONS DE PRIMES

santésuisse s'oppose au projet de redécoupage des régions de primes proposé par le Conseil fédéral car il pénaliserait lourdement les communes rurales aux coûts plus modestes.

Février

LA QUALITÉ DES PRESTATIONS MÉDICALES DOIT GAGNER EN TRANSPARENCE

santésuisse réclame de longue date l'introduction d'outils de mesure standardisés pour évaluer la qualité des prestations fournies. La Commission de la santé du Conseil national concrétise en ce sens le projet relatif à la qualité du Conseil fédéral.

Mars

LE COMPARETEUR DES HÔPITAUX ÉLARGIT SON OFFRE DE DONNÉES

Sur le site www.hostofinder.ch, assurés et consommateurs ont désormais également la possibilité de s'informer de la qualité des cliniques psychiatriques et de réadaptation.

Avril

DES GÉNÉRIQUES TROP ONÉREUX

La comparaison des prix avec l'étranger réalisée par santésuisse révèle que les génériques sont 53% plus chers en Suisse que dans les pays de référence.

Mai

OUI AUX PRESTATIONS AMBULATOIRES, MAIS PAS AU DÉTRIMENT DES PAYEURS DES PRIMES !

Dans le but de réduire les incitations financières négatives, santésuisse réclame un financement identique des prestations ambulatoires et stationnaires.

Juin

NON À LA RÉDUCTION DES RABAIS DE PRIMES !

santésuisse rejette fermement les propositions du Conseil fédéral pour une réduction des rabais maximaux sur les échelons de franchise les plus élevés.

Juillet

INTRODUCTION DES FORAITS PAR CAS ÉGALEMENT POUR LA PSYCHIATRIE STATIONNAIRE

Les assureurs-maladie et l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse s'accordent sur une structure tarifaire pour le système de rémunération des prestations stationnaires de psychiatrie (TARPSY) en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018.

Août

CRÉATION DE LA PLATEFORME EN LIGNE WWW.PARLONS-ASSURANCE-MALADIE.CH

santésuisse lance le portail www.parlons-assurance-maladie.ch. Entièrement dédié aux assurés, celui-ci propose des informations exhaustives afin de mieux comprendre le système de santé suisse et l'assurance-maladie.

Septembre

LES COÛTS CONTINUENT DE GRIMPER

Avec une hausse de l'ordre de 3,8% dans l'assurance obligatoire des soins en 2016, la courbe de progression des coûts reste conforme à la croissance moyenne à long terme de 3 à 5% par an.

Octobre

PROPOSITION INSUFFISANTE DU CONSEIL FÉDÉRAL POUR LE PILOTAGE DES ADMISSIONS DES MÉDECINS

santésuisse critique la proposition du Conseil fédéral pour le pilotage des admissions de médecins comme étant inefficace et non viable dans la durée.

Novembre

CONTRE L'« ESPRIT DE CLOCHER »

À l'occasion de son Congrès de novembre, santésuisse encourage la mise en place de concepts intercantonaux dans les soins ambulatoires.

Décembre

APPEL À DE NOUVELLES BAISSSES DE PRIX POUR LES MOYENS MÉDICAUX AUXILIAIRES

Selon les calculs de santésuisse, les baisses de prix décidées par le Conseil fédéral pour les moyens et appareils médicaux sont largement insuffisantes. santésuisse réclame des baisses de prix durables d'ici à mi-2018.

Éditorial

santésuisse s'engage en faveur d'un système de santé concurrentiel et du renforcement de la responsabilité individuelle.



En 2017 également, la recherche de solutions durables pour un système de santé efficace et moins coûteux s'est avérée être un exercice difficile. Au lieu de propositions tournées vers l'avenir, la politique de la santé a de nouveau privilégié des solutions qui, de prime abord, apparaissaient les plus simples à mettre en œuvre. Ce fut par exemple le cas pour les tentatives du Conseil fédéral d'imposer un redécoupage des régions de primes. Une telle mesure se serait traduite par une augmentation des primes pour de très nombreux assurés attentifs aux coûts. Et comment peut-on encore parler d'une solution convaincante lorsque la nouvelle délimitation prétendument « plus équitable » s'avère aussi aléatoire qu'un tirage à pile ou face ? Les réductions de rabais que le Conseil fédéral avait également envisagées pour les franchises à option les plus élevées n'auraient pas non plus été viables car ce sont justement les assurés les plus responsables qui auraient été les plus pénalisés, et ce alors qu'ils versent aujourd'hui déjà une importante contribution de solidarité aux coûts des prestations des assurés optant pour une prime standard. C'est donc avec la plus grande véhémence que santésuisse a multiplié avec succès les prises de position à l'encontre de ces propositions.

santésuisse s'engage en faveur d'un système de santé garantissant à la population suisse des prestations de qualité à un coût abordable. À cet égard, santésuisse a accompli un important travail de fond avec ses propres études pour répondre à la question de l'offre de soins optimale dans le domaine ambulatoire. La coordination intercantonale se pose de plus en plus comme principale ligne d'action, aussi bien pour l'offre ambulatoire que stationnaire.

Avec ses sociétés santésuisse, tarifsuisse sa, SASIS SA et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), le groupe santésuisse a traversé avec succès une année riche en défis. Par la qualité de ses prestations et produits haut de gamme, il a pu apporter un soutien efficace aux membres de l'association et à ses clients dans la réalisation de leurs objectifs.

Je remercie très chaleureusement les membres du conseil d'administration et l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de santésuisse et des sociétés du groupe ainsi que les représentants des assureurs-maladie au sein des organes de l'association pour leur contribution et leur engagement en faveur de notre système de santé.

*Heinz Brand
Président du conseil d'administration*

« santésuisse œuvre en faveur de la liberté de choix des assurés et propose des mesures pour combattre la hausse des coûts et des primes. En tant que principale organisation de la branche des assureurs-maladie, nous privilégions les conventions par rapport aux réglementations étatiques, et luttons pour le libre choix des partenaires contractuels. »

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

santésuisse accompagne étroitement les processus de décision politiques. En tant que partenaire compétent, fiable et fortement présent sur le terrain de la santé, santésuisse défend les positions des assureurs-maladie au niveau de la politique de la branche ainsi que dans toute question portant sur la politique sociale et la politique de la santé.

Non aux réductions de rabais pour les franchises les plus élevées!

Après la vive et vaste opposition qui s'est élevée contre la suppression d'échelons de franchise, le Conseil fédéral a fait savoir le 28 juin 2017 qu'il renonçait à cette mesure mais qu'en revanche, il entendait réduire les rabais accordés pour les franchises les plus élevées. santésuisse a vivement réagi à cette annonce car elle pénaliserait tous les payeurs de primes soucieux des coûts. Lors de la session d'hiver 2017, le Conseil national n'a pas suivi le Conseil fédéral. Il a entendu les critiques des assureurs-maladie selon lesquelles la baisse des rabais ne renforcerait en aucun cas la solidarité, mais affaiblirait notamment la responsabilité individuelle des assurés. Tôt ou tard, le Conseil fédéral devra revenir sur cette décision incompréhensible et indéfendable.

Opposition à de nouvelles régions de primes

Les différences de primes d'une région de primes à l'autre sont le reflet des écarts de coûts géographiques pour les prestations fournies aux assurés. Après l'avoir annoncé de longue date, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a présenté une seconde proposition pour le redécoupage des régions de primes. À l'avenir, ce sont les districts et districts partiels – et non plus les communes – qui devront servir de base pour la répartition. S'appuyant sur les données de coûts issues des cinq dernières années à l'échelle des communes, santésuisse a démontré que la situation actuelle se dégraderait bien plus qu'elle ne s'améliorerait.

Les communes rurales aux coûts plus modestes seraient ainsi massivement désavantagées, ce qui est contraire – tout du moins de facto – à la volonté du législateur de dépolitiser le système de fixation des primes en faveur d'une évaluation purement actuarielle. La Commission de la santé du Conseil national (CSSS-N) a donc agi en toute logique en décidant que la délimitation des régions de primes devait continuer de reposer sur les différences de coûts entre les communes. Début 2018, la Commission de la santé du Conseil des États (CSSS-E) a également fait part de son scepticisme face à la seconde proposition du DFI, si bien que le conseiller fédéral Alain Berset devra revoir sa copie pour la troisième fois en tenant compte de la proposition des assureurs-maladie.

Oui au principe « ambulatoire avant stationnaire »!

Jusqu'en 2017, tous les cantons ont été tenus de relever à 55 % minimum leur part au financement des coûts hospitaliers stationnaires. Afin d'alléger la charge financière qui pèse sur eux, plusieurs cantons – Lucerne, Zoug, Zurich et le Valais – ont établi des listes répertoriant tous les actes chirurgicaux qui devront désormais être obligatoirement effectués en ambulatoire. Depuis le 1^{er} juillet 2017, le canton de Lucerne est ainsi le premier à mettre en œuvre une liste comportant 13 interventions chirurgicales à réaliser impérativement en mode ambulatoire. Par principe, santésuisse soutient les efforts en faveur d'un transfert accru des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire.

Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

Les différents modes de financement des prestations stationnaires et ambulatoires sont à l'origine d'incitations négatives. Dans le cas de séjours hospitaliers stationnaires, le canton prend en charge au minimum 55% des coûts alors que pour les prestations médicales et hospitalières ambulatoires, l'intégralité des coûts est couverte par l'assurance-maladie. La suppression des mauvaises incitations financières inhérentes à ces différents modes de financement profiterait aussi bien aux payeurs de primes qu'aux patients. Ces derniers bénéficieraient encore davantage du meilleur traitement possible au meilleur endroit, et ce indépendamment des régimes de financement. Pour autant, un financement uniforme ne doit pas entraîner de hausse des primes. Pour l'éviter, santésuisse propose que la part financée par les impôts soit reversée aux assureurs-maladie. Celle-ci s'élève à 23% nets (sans prise en compte de la participation aux coûts des assurés et de la réduction individuelle des primes).

«
santésuisse soutient les efforts
en faveur d'un transfert accru
des prestations stationnaires vers
le secteur ambulatoire.
»

Pilotage des soins ambulatoires

Dans le cadre de la prolongation du gel provisoire des admissions de médecins dans le domaine ambulatoire, le Parlement a demandé l'évaluation des deux alternatives suivantes : 16.3001 Motion de la CSSS-N «Système de santé. Équilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire» et 16.3000 Postulat de la CSSS-E, «Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins». Les deux initiatives requièrent de définir «une limite supérieure» et «une limite inférieure» pour l'offre de soins dans le domaine ambulatoire. santésuisse a présenté les résultats d'une étude portant sur les flux de patients en milieu ambulatoire. En plus des cabinets médicaux, cette analyse incluait également pour la première fois les services hospitaliers ambulatoires. Alors que les soins de base restent encore largement fournis à l'intérieur des cantons et le long des flux des travailleurs pendulaires, une planification inter-

cantonale des soins pour les médecins spécialisés semble en revanche s'imposer de plus en plus selon les conclusions de cette étude. Forte de ce constat, santésuisse a exprimé ses doutes quant au projet de pilotage des soins ambulatoires du Conseil fédéral. Les principales critiques formulées à cet égard sont les suivantes :

- L'élargissement des compétences en faveur des cantons dans le secteur ambulatoire n'est pas compensé par une responsabilité financière adéquate.
- L'attribution de compétences cantonales globales empêche l'émergence de solutions équilibrées, et notamment le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires.
- Le projet ne propose aucune incitation concrète en faveur d'une planification optimale des besoins à l'échelle supracantonale dans le but de réduire les surcapacités et d'éviter les offres de qualité insuffisante avec un nombre trop faible de cas.
- Les flux réels de patients par-delà les frontières cantonales ne sont pas pris en compte.

Deux nouvelles initiatives en provenance de Suisse romande

Après l'abandon par la Fédération romande des consommateurs (FRC), faute d'un soutien suffisant, de son projet d'initiative populaire pour l'introduction de caisses de compensation cantonales durant l'été 2016, deux nouvelles initiatives ont été immédiatement annoncées par les deux conseillers d'État en charge de la santé dans les cantons de Genève et Vaud, MM. Mauro Poggia et Pierre-Yves Maillard. L'initiative populaire «Pour un Parlement indépendant des caisses-maladie» propose que les membres des instances stratégiques ou opérationnelles des caisses-maladie ou des associations de la branche ne soient pas autorisés à siéger à l'Assemblée fédérale. Du point de vue de l'égalité des droits, interdire aux parlementaires fédéraux d'exercer une activité annexe dans le domaine des assurances-maladie apparaît extrêmement discutable et pourrait sonner le glas du parlement de milice. De fait, des constellations comparables existent dans de très nombreux autres secteurs de l'économie et de l'industrie. Afin de corriger cette inégalité de traitement induite 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.

Avec une deuxième initiative populaire réclamant la création de «caisses de compensation cantonales» pour l'assurance-maladie obligatoire, les deux conseillers d'État romands entendent, avec l'appui d'un comité de soutien, lancer une nouvelle tentative pour étatiser le système de santé alors que le peuple et les cantons ont déjà rejeté à trois reprises le projet de caisse unique en se prononçant en faveur de la libre concurrence et d'assureurs-maladie organisés selon le droit privé.

Contribuer à une progression ciblée du système de santé par la recherche de solutions adéquates

santésuisse élabore des propositions dans le but d'améliorer durablement le système de santé. En mettant l'accent sur la transparence, la qualité et les prix, santésuisse s'engage pour le libre choix des assurés et lutte contre les hausses de coûts ainsi que les augmentations de primes en découlant.

Intervention subsidiaire du Conseil fédéral dans la structure tarifaire

Le Conseil fédéral a estimé les économies annuelles réalisées suite à son intervention subsidiaire dans le tarif médical ambulatoire TARMED à 1,5 % du montant des primes, soit 470 millions de francs suisses. Sur ce, santésuisse a réclamé la mise en place d'un monitoring complet de la structure tarifaire du Conseil fédéral avec validation à la clé. Ce monitoring doit notamment permettre de documenter si les fournisseurs de prestations ont réellement respecté les exigences de facturation du Conseil fédéral et, si oui, dans quelle mesure. S'il s'avère que les économies imposées par le Conseil fédéral ne peuvent pas être réalisées avec les mesures décrétées, santésuisse a par ailleurs demandé que des mesures de compensation supplémentaires soient décrétées l'année suivante afin de remplir les objectifs d'économie qui ont été fixés.

santésuisse signe une convention portant sur un tarif forfaitaire ambulatoire

Il existe un large consensus sur le fait que les forfaits ambulatoires constituent un moyen efficace pour contrer une augmentation débridée du volume des prestations. Le conseil d'administration de santésuisse a approuvé la signature d'une convention – entre santésuisse et l'Union tarifaire fmCH de l'Association suisse des sociétés de discipline médicale avec activité chirurgicale et invasive – en vue du développement commun, de l'expérimentation et de la mise en œuvre de tarifs forfaitaires à l'échelon national ou cantonal conformément à l'art. 43, al. 2, let. c LAMal.

S'agissant des forfaits proprement dits, une convention tarifaire sera signée entre santésuisse et l'Union tarifaire fmCH pour chaque spécialité et chaque canton. De premiers forfaits ont déjà pu être définis entre les parties pour le domaine de la chirurgie ophtalmologique.

Baisses de prix insuffisantes pour les moyens médicaux auxiliaires

Après des années de mises en garde infructueuses de santésuisse dénonçant les prix trop élevés des dispositifs médicaux en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'était engagé à revoir, d'ici fin 2017, les prix de plusieurs catégories de produits totalisant à eux seuls deux tiers des coûts de la LiMA. Or les adaptations des prix de remboursement maximums qui avaient été annoncées par l'OFSP, dans un premier temps pour les appareils de mesure du diabète et le matériel de pansement, se sont avérées décevantes. À la suite de cela, santésuisse a lancé un nouvel appel auprès de l'OFSP afin qu'il revoie rapidement les montants maximaux remboursables d'ici à mi-2018. santésuisse a ainsi réclamé la diminution des montants maximaux de remboursement pour les trois catégories de produits les plus vendus, à savoir les aides pour l'incontinence et les cathéters, les dispositifs de mesure de la glycémie ainsi que la location d'appareils de respiration. Rien que pour ces catégories de produits, santésuisse a calculé un potentiel d'économie de 34 millions de CHF par rapport aux prix pratiqués à l'étranger.

santésuisse communique avec le public et les payeurs de primes au moyen de différents canaux. Les réseaux sociaux ouvrent de nouvelles possibilités de communication interactive. En sa qualité de principale organisation de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie ainsi que les secteurs connexes intéressés.



156

prises de position,
recommandations
et communiqués de
presse

6000

lectrices et lecteurs
du blog chaque mois

4000

journées de formation à
destination des apprentis

9000

utilisatrices et
utilisateurs
d'hostofinder.ch

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

Développement de la présence sur Internet

Depuis le 1^{er} octobre 2017, le site www.santesuisse.ch propose également des contenus en langue italienne, à savoir les communiqués, les consultations et la newsletter « Mise au point – Politique de la santé ». 38 articles ont par ailleurs été publiés sur le blog de Monsieur et Madame Santé. En 2017, 6000 utilisateurs en moyenne ont visité le blog chaque mois – ils étaient même 9000 en novembre. Les 68 000 utilisateurs au total pour l'année 2017 ont généré 76 000 sessions et consulté quelque 121 000 pages (source : Google Analytics). santésuisse dispose de trois comptes Twitter dans les trois langues nationales : allemand (@santesuisse), français (@santesuisse_fr) et également en italien (@santesuisse_it) depuis le 1^{er} octobre 2017. En 2017, les tweets du compte germanophone ont généré 51 000 consultations (impressions) et ceux du compte francophone 10 000 environ.

parlons-assurance-maladie.ch : la plateforme d'information au service des assurés

Fin août 2017, santésuisse a lancé son portail parlons-assurance-maladie.ch. Entièrement dédié aux assurés, celui-ci propose des informations exhaustives afin de mieux comprendre le système de santé suisse et l'assurance-maladie. Proposé dans les trois langues nationales allemand, français et italien, il s'adresse à toute personne souhaitant bénéficier d'informations approfondies autour de l'assurance-maladie. Des conseils pour faire des économies ainsi que des aides pour choisir la bonne franchise et le bon modèle d'assurance y sont prodigués sur un mode ludique. Par ailleurs, les utilisateurs peuvent également y trouver toute une série de précieuses recommandations pour l'adoption de comportements responsables en matière de santé.

hostofinder.ch compare désormais aussi les cliniques psychiatriques et de réadaptation

Depuis fin mars 2017, la plateforme comparative de santésuisse www.hostofinder.ch intègre également des données relatives à la qualité des cliniques psychiatriques et de réadaptation. Dans le domaine des soins aigus, l'hostofinder a été élargi à 99 diagnostics ou pathologies supplémentaires. Un système de chat par écrit y a également été intégré afin de guider l'utilisateur vers l'hôpital souhaité au moyen d'une boîte de dialogue dédiée. Ce « chatbot » (contraction de « chat » et de « robot ») s'adresse tout particulièrement aux assurés plus âgés.

→ www.hostofinder.ch

Accord de branche sur les commissions pour la conclusion de polices d'assurance

Dans le contexte de la traditionnelle annonce du montant des primes à l'automne, la publication du montant des commissions versées a nourri les revendications en faveur d'une réglementation contraignante au niveau national. Lors de sa séance du 15 décembre 2017, le conseil d'administration de santésuisse a réaffirmé qu'en ce qui concerne la révision de l'accord de branche sur la prospection des clients, une convention contraignante devait rapidement être définie pour l'ensemble de la branche. À la suite de cela, les sept principaux assureurs-maladie ont convenu d'élaborer, d'ici mi-2018, un accord plafonnant les commissions pour la conclusion de polices d'assurances selon la LAMal et la LCA. Après consultation, la Commission de la santé du Conseil des États (CSSS-E) a salué ce projet dans un communiqué de presse, sa volonté étant d'empêcher que le versement de commissions excessives aux intermédiaires n'entraîne des dépenses disproportionnées. Elle entend réexaminer cette question dès qu'elle disposera d'un projet d'accord.

Offre de formation complète

En sa qualité de principale organisation de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie ainsi que les secteurs connexes intéressés (collaborateurs du secteur de la 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 impliqués, notamment aussi les fournisseurs de prestations, favorise une bonne compréhension entre les différents partenaires du système de santé. En 2017, santésuisse a dispensé aux apprentis une offre de formation complète sur plus de 4000 journées de formation. 95 nouveaux apprentis ont commencé leur formation commerciale initiale. 51 participants ont entamé leur cycle de formation en vue du brevet. 43 personnes ont achevé avec succès leur perfectionnement et décroché leur brevet de spécialiste en assurance-maladie. Les besoins spécifiques sont quant à eux couverts par une offre de formations spéciales, par exemple dans le domaine médical ou dans celui des indemnités journalières, de l'assurance-accidents ou de l'assurance-invalidité. Pour le compte de l'ensemble de la branche, santésuisse a présenté la totalité de son offre au salon de la formation de Berne (BAM) ainsi qu'au salon des métiers de Zurich. Une formation spéciale a par ailleurs été intégrée au catalogue en lien avec l'introduction de la structure tarifaire TARPSY.

Avec 45 assureurs-maladie affiliés et une part de marché d'environ 60 % en moyenne nationale, tarifsuisse sa est non seulement la principale organisation d'achat de prestations dans le domaine de la LAMal, mais également l'interlocutrice privilégiée des clients, des fournisseurs de prestations et des autorités pour tout ce qui a trait aux structures tarifaires ainsi qu'à l'achat et à la gestion de prestations.



> 1000

conventions négociées

60%

de part de marché

2432

médecins statistiquement
hors normes

75

demandes
de remboursement
d'honoraires
excessifs de médecins

DES PRIX OPTIMAUX POUR UNE QUALITÉ ÉLEVÉE – DES PRIMES PLUS BASSES GRÂCE À DES NÉGOCIATIONS TARIFAIRES COHÉRENTES

tarifsuisse sa est la principale organisation d'achat de prestations de santé dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Elle gère plus d'un millier de conventions avec les fournisseurs de prestations et en renégocie chaque année plusieurs centaines. Pour le compte de santésuisse, tarifsuisse gère par ailleurs le développement des structures tarifaires ambulatoires et stationnaires et contrôle l'économicité des fournisseurs de prestations.

Pression sur les tarifs ambulatoires et stationnaires

Dans le domaine de l'achat des prestations, de nouveaux succès ont pu être enregistrés. À l'issue d'intenses négociations, il a été possible d'encadrer contractuellement les prix de base facturés par l'Hôpital de l'Île de Berne et l'hôpital universitaire de Zurich pour la période 2012–2018. Jusque-là, seuls des tarifs provisoires étaient appliqués. Ces tarifs fixés par les gouvernements cantonaux restent valables jusqu'à ce que les partenaires tarifaires parviennent à un nouvel accord. Cela a déjà été le cas en 2016 dans le canton d'Argovie avec les deux hôpitaux cantonaux d'Aarau et de Baden, avec l'hôpital cantonal de St-Gall et avec les hôpitaux universitaires de Genève, de Lausanne et de Bâle. En revanche, les négociations avec l'hôpital cantonal de Fribourg n'ont pas encore abouti. Une nouvelle convention sur la valeur du point tarifaire a pu par ailleurs être conclue avec physioswiss au 1^{er} janvier 2018.

Conclusion d'un accord dans la psychiatrie stationnaire

Après de longues négociations, tarifsuisse a pu, au nom et pour le compte de santésuisse, s'accorder avec les partenaires tarifaires curafutura et H+ Les Hôpitaux de Suisse sur une convention relative à l'introduction de la structure tarifaire TARPSY pour la psychiatrie stationnaire, ce qui garantit la mise en œuvre de forfaits journaliers liés aux prestations dans le domaine de la psychiatrie stationnaire depuis le 1^{er} janvier 2018. La convention prévoit diverses mesures et dispositions temporaires soutenant le transfert de réglementations cantonales disparates vers une structure tarifaire nationale uniforme. Pendant les deux premières années suivant l'introduction de TARPSY, un monitoring approprié devra permettre de prévenir toute divergence inattendue dans la facturation des prestations.

Une révision de la structure tarifaire en vigueur a pu être convenue avec les chiropraticiens et soumise à l'approbation du Conseil fédéral. La version révisée entrera en application à la mi-2018. Des négociations tarifaires ont par ailleurs été menées avec les associations de pharmaciens, de sages-femmes, de neuropsychologues et de physiothérapeutes.

Clarification pour les matériels de soins

Sur la question de la facturation des matériels de soins ainsi que des moyens et appareils utilisés en EMS, le Tribunal administratif fédéral a rendu une décision capitale qui a confirmé le recours de tarifsuisse sa. Le Tribunal a en effet établi que les matériels requis dans le cadre des soins étaient couverts par les contributions des assureurs et, partant, qu'ils ne pouvaient pas être facturés en sus. Cette décision a permis de clarifier l'un des derniers points encore en suspens concernant le nouveau financement des soins.

Vérification de l'application correcte des tarifs

Dans le cadre du tarifcontrolling, tarifsuisse sa vérifie l'application correcte des tarifs par les fournisseurs de prestations. Pour ce faire, les tarifs appliqués par ces derniers sont analysés et comparés à ceux de leur groupe de contrôle. Si les divergences constatées ne peuvent pas être justifiées de manière plausible, une demande de remboursement est adressée au fournisseur de prestations concerné. Dans toute une série de cas impliquant des médecins et des hôpitaux, les comparaisons ainsi établies ont donné lieu à des demandes de remboursement à hauteur de plusieurs centaines de milliers de francs.

Nouvelles orientations pour l'évaluation de l'économicité

Les évaluations de l'économicité ont avant tout une fonction préventive. Les demandes de remboursement ne sont pas leur objectif premier, mais elles peuvent en être la conséquence. Les médecins facturant des coûts largement au-dessus de la moyenne sont contactés et priés de les justifier. Les coûts dont le montant excessif ne peut pas être justifié devront être réduits dans un délai convenu.

Après un accord convenu en 2016 entre santésuisse, la FMH et curafutura quant au développement de la méthode visant à contrôler l'économicité des médecins exerçant en ambulatoire conformément à l'art. 56 al. 6 LAMal, le nouveau modèle a fait l'objet d'une validation externe au cours de l'année 2017. Cette validation doit attester que le modèle statistique retenu prend correctement en compte les indicateurs de morbidité. De fait, la morbidité des malades influe considérablement sur leurs coûts de traitement. L'objectif est de faire en sorte que seuls les médecins dont l'économicité est réellement insuffisante soient mis en évidence.

SASIS SA développe, gère et entretient les applications électroniques de la branche et met toutes les informations précieuses qui en découlent à la disposition du système de santé. Elle fournit des données actuelles, fiables et pertinentes, et s'engage en faveur de la mise en œuvre généralisée de l'échange électronique de données.



> **80 000**

fournisseurs de
prestations

10 500

conventions tarifaires

11

millions

de cartes d'assuré
(LAMal & LCA) en
circulation

25 000

appels téléphoniques
réceptionnés

LE LOGISTICIEN INNOVANT POUR LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

SASIS SA propose une vaste palette de prestations à différents groupes d'utilisateurs :

- La carte d'assuré (Cada) des assureurs-maladie suisses est éditée par le centre Cada de SASIS SA pour le compte des assureurs participants et est ensuite directement envoyée par courrier aux assurés. Le centre Cada gère une plateforme pour les services de consultation administratifs des fournisseurs de prestations lors de l'admission des patients, du traitement et de la facturation.
- Le registre des codes-créanciers (RCC) est utilisé par les assureurs-maladie suisses en tant que répertoire officiel des « créanciers » pour la saisie et le traitement des factures établies par les fournisseurs de prestations médicales.
- Le registre central des conventions (RCCo) des assureurs-maladie suisses permet à ces derniers de consulter les conventions tarifaires actuellement en vigueur pour l'achat de prestations et le contrôle des factures qui leur sont adressées. Le RCCo gère les conventions conclues par santésuisse, par tarifsuisse sa ainsi que par d'autres clients.
- Le pool de données édite la statistique détaillée de la branche dans le domaine des prestations médicales. Les assureurs ainsi que toute personne intéressée ont ainsi la possibilité d'accéder à des chiffres régulièrement mis à jour en lien avec l'évolution des prix.
- Le pool tarifaire de SASIS SA vient compléter le pool de données avec des statistiques détaillées sur les tarifs médicaux électroniques.

Une carte d'assuré virtuelle en préparation

À l'heure actuelle, 8,3 millions de personnes sont en possession d'une carte d'assuré éditée par SASIS SA. Celle-ci est utilisée aussi bien par les fournisseurs de prestations pour les consultations de couverture qu'en tant que support d'informations complémentaires telles que par exemple les données personnelles facultatives en cas d'urgence médicale. Parallèlement à la numérisation progressive du système de santé, les développements techniques vont eux aussi croissant. Les patients demandent de plus en plus de solutions mobiles intelligentes et connectées. Nombre d'entre eux – notamment les jeunes générations – n'ont plus envie de devoir toujours avoir une carte physique sur eux. Et les assureurs sont de plus en plus nombreux également à proposer à leurs clients leurs propres portails et applications mobiles. Pour tout un éventail de services élargis, l'utilisation de la carte physique se heurte à des limites d'ordre technique et juridique. Pour remédier à cela, SASIS SA a donné en 2017 le coup d'envoi au développement d'une carte d'assuré virtuelle. Cette dernière devra à l'avenir faciliter les procédures administratives, par exemple en standardisant la lecture électronique des données administratives par les fournisseurs de prestations

directement à partir de la carte virtuelle ; par ailleurs, le numéro d'assuré ne devra plus être saisi à la main. La carte d'assuré virtuelle devra également pouvoir être utilisée pour les inscriptions sur les différents portails d'assureurs.

Standardisation de la communication numérique

Lancé en 2009, le projet eKARUS a pour objectif de garantir un déroulement efficace, sans faille et quasi automatisé des échanges électroniques de données entre les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts. À l'issue d'une phase de conception réussie, la numérisation des échanges de données est devenue réalité en 2017, dans un premier temps pour le champ d'application du processus standard « Déroulement administratif des cas de traitement stationnaires LAMal/LCA ». Les partenaires du projet ont non seulement défini avec précision les différentes étapes administratives du processus et les contenus des données, mais avec le système SHIP (« Swiss Health Information Processing »), ils ont également développé un standard de communication informatique commun, sûr, homogène et ouvert auquel les hôpitaux, les assureurs et les cantons peuvent se raccorder avec leurs systèmes informatiques existants. Après la réussite des premiers tests techniques en 2016, l'exploitation pilote a pu être lancée en 2017. Si tout se passe comme prévu, SHIP pourra commencer son exploitation productive normale dès 2018. La transmission standardisée et sécurisée des données via une liaison « point à point » entre les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts ne se limitera pas uniquement aux hôpitaux et aux assureurs-maladie. Avec le système SHIP en tant que standard de communication ouvert et librement accessible reconnu par l'ensemble des partenaires, les conditions sont remplies pour une mise en œuvre effective et durable de la numérisation des données administratives au sein du système de santé ; avec, à la clé, d'énormes gains d'efficacité et un potentiel d'économies se chiffrant en millions.

Renouvellement des applications informatiques

SASIS SA gère quelque 70 applications informatiques qui traitent et mettent à disposition une multitude de données à destination des assureurs, des fournisseurs de prestations, des assurés, des autorités et d'autres groupes d'utilisateurs. Afin de pouvoir continuer de satisfaire également à l'avenir aux plus hautes exigences en matière de qualité, d'efficacité et d'orientation client, un important programme de renouvellement des applications informatiques a été initié en 2017. Au lieu de miser sur des composantes individuelles, l'objectif est désormais de privilégier de plus en plus le regroupement et la standardisation continue des applications.

La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) offre, dans divers domaines, des prestations de service complètes et spécialisées pour des traitements ambulatoires et stationnaires. Jusqu'à fin 2017, 33 assureurs ou groupes étaient membres de la SVK. En plus de cela, elle se charge également de la gestion de dossiers de patients pour la Suva/l'assurance militaire, l'Institution commune LAMal et l'assurance-invalidité/OFAS.



35

collaborateurs

36

clients – assureurs/
groupements d'assureurs et
clients institutionnels

40 000

dossiers de patients
traités

2017: L'ANNÉE DES CHANGEMENTS

L'année 2017 a été placée pour la SVK sous le signe du changement. La direction a été renouvelée. Le modèle de financement de la SVK a été réorienté sur des forfaits par cas et à l'échelle nationale, 31 assureurs-maladie/groupements d'assureurs-maladie sur 35 ont signé le nouveau contrat de prestations entrant en vigueur en 2018. Le pool d'appareils de la SVK a par ailleurs été dissous à la fin 2017 et en décembre de la même année, de nouveaux statuts ont été adoptés par l'assemblée des délégués.

Des secteurs de prestations stables

Dans l'ensemble de ses domaines d'activités, la SVK vérifie que les fournisseurs de prestations satisfont à toutes les conditions requises conformément aux dispositions légales et contractuelles en vigueur. Elle s'assure également que les critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité sont respectés. Si toutes les conditions requises sont remplies, elle délivre une garantie de prise en charge des coûts, vérifie toutes les factures entrantes et les transmet ensuite aux assureurs en vue de leur paiement. En cas d'anomalie ou de non-conformité, les factures sont refusées et renvoyées à leur émetteur.

Les dialyses à domicile continuent de progresser

Depuis 1963, la SVK assure le traitement de toutes les procédures en lien avec les différentes méthodes de traitement par dialyse en cas d'insuffisance rénale. Conjointement avec H+ Les Hôpitaux de Suisse et les partenaires industriels, elle est également coresponsable du contenu et de la mise en œuvre des conventions nationales ainsi que de leur approbation par le Conseil fédéral.

Transplantations: hausse du nombre de donneurs

Depuis les années 70, la SVK prend en charge les dossiers administratifs et autres processus associés aux transplantations. Conjointement avec H+, elle est ici aussi coresponsable des contenus et de la mise en œuvre des conventions nationales ainsi que de leur approbation par le Conseil fédéral, et ce aussi bien dans le domaine des « organes solides » pour les donneurs et les receveurs que dans celui des cellules souches.

Progression du nombre de patients bénéficiant d'une alimentation artificielle à domicile

Dans le champ de l'alimentation artificielle, la SVK évalue et délivre les garanties de prise en charge des coûts pour les assureurs-maladie et les clients, et prend en charge les formalités administratives. Le nombre de patients actifs a continué d'augmenter en 2017.

Une meilleure qualité de vie grâce à la ventilation mécanique

Dans le domaine de la ventilation mécanique à domicile, la SVK assure la gestion des dossiers de patients, évalue les garanties de prise en charge des coûts et accomplit les formalités administratives. Jusqu'à la fin de l'année 2017, elle finançait également les appareils, ce qui n'est plus le cas depuis 2018.

Des médicaments pour les patients

En 2017 également, la SVK a concentré son action sur la sclérose en plaques, le psoriasis et l'hémophilie. Un autre domaine revêtant une importance croissante est celui des médicaments dits « off-label » ou hors étiquette.

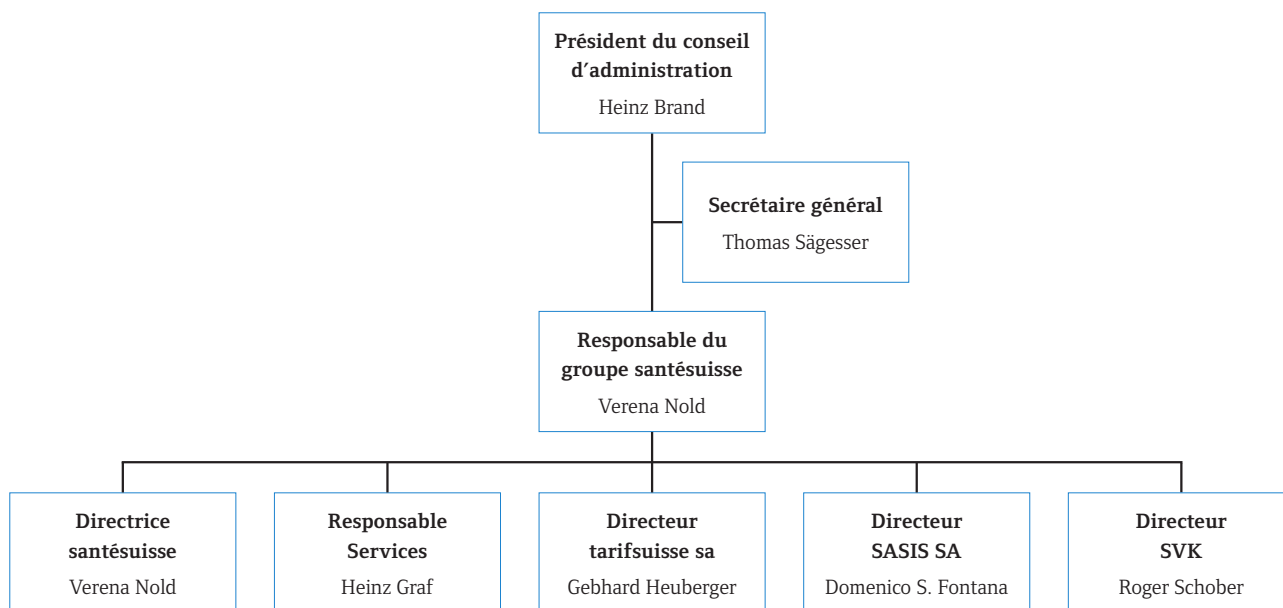
DONS D'ORGANES: AUGMENTATION DU NOMBRE DE DONNEURS

La population, les professionnels du monde médical et également les responsables politiques sont majoritairement favorables au don et à la transplantation d'organes. Avec 12,6 donneurs (après mort cérébrale) par million d'habitants, la Suisse demeure en deçà des attentes en la matière. L'objectif fixé dans le plan d'action de l'OFSP et visant à atteindre plus de 20 donneurs par million d'habitants en 2018 semble très peu réalisable. En 2017, la Suisse a enregistré 145 donneurs post-mortem. À la fin de l'année, 1478 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente de Swisstransplant. L'amélioration de l'identification des donneurs dans les hôpitaux, la réintroduction du don d'organes après un arrêt cardio-circulatoire, la mise en place d'une formation nationale uniforme pour les professionnels ainsi que le financement dédié des spécialistes du don d'organes et de tissus (SDOT) dans les hôpitaux ont permis de désamorcer quelque peu la pénurie de dons. Même si le nombre de donneurs augmente lentement sur le long terme, le taux de refus reste élevé car trop souvent encore, les proches ne connaissent pas la volonté du défunt.

Source: Swisstransplant

Organisation

au 1^{er} mars 2018



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-Caisse de Santé,
Brislacherstrasse 2, 4242 Laufon

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

**Stefan Schena, ÖKK Kranken- und Unfall-
versicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart**

Dr. Michael Willer, Sympany,
Peter-Merian-Weg 4, 4002 Bâle

Christof Zürcher, Atupri Assurance de la santé,
Zieglerstrasse 29, 3000 Berne 65

DIRECTION DU GROUPE

**Verena Nold, directrice de santésuisse et responsable
de la direction du groupe**

Heinz Graf, responsable Services de santésuisse

Gebhard Heuberger, directeur de tarifsuisse sa

Domenico S. Fontana, directeur de SASIS SA

Roger Schober, directeur de la SVK

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

Fax + 41 32 625 47 01

info@tarifsuisse.ch

www.tarifsuisse.ch

SASIS SA

Römerstrasse 20, 4502 Soleure

Tél. + 41 32 625 42 00

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

MENTIONS LÉGALES

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

Gewerbestrasse 3

4513 Langendorf

santésuisse –
Les assureurs-maladie suisses