

# 2018

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 reposant sur la concurrence.

# L'année 2018 en bref

---

## Janvier

### COMMISSIONS VERSÉES AUX INTERMÉDIAIRES – ÉVITER DES DÉPENSES DISPROPORTIONNÉES

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) soutient les efforts déployés par les assureurs-maladie pour mettre fin au versement de commissions disproportionnées aux intermédiaires. De telles limitations seraient également souhaitables dans le domaine des assurances complémentaires.

---

## Février

### LA FMCH ET SANTÉSUISSE CONVIENNENT DE TARIFS FORFAITAIRES AMBULATOIRES

santésuisse et l'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) ont signé une convention portant sur un tarif forfaitaire ambulatoire.

---

## Mars

### « AMBULATOIRE AVANT STATIONNAIRE » : PREMIERS ENSEIGNEMENTS

Après six mois d'application de sa liste contraignante énumérant les interventions devant être réalisées en ambulatoire, le canton de Lucerne enregistre des coûts en diminution. santésuisse met en garde contre toutes conclusions hâtives. Ce transfert accroît la charge pour les payeurs de primes.

---

## Avril

### SANTÉSUISSE SOUTIENT LE FINANCEMENT UNIFORME DES PRESTATIONS MÉDICALES

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) entend ainsi responsabiliser les cantons pour qu'ils participent à l'avenir à tous les coûts de la santé relevant de l'assurance-maladie. Elle décide de lancer une consultation sur ce sujet.

---

## Mai

### PILOTAGE DE L'ADMISSION DES MÉDECINS : LA PROPOSITION DU CONSEIL FÉDÉRAL CRITIQUÉE

Pour santésuisse, le message du Conseil fédéral relatif au pilotage de l'admission des médecins est inefficace. santésuisse estime urgent que la Confédération édicte des conditions cadres claires pour brider la multiplication incontrôlée de l'offre médicale à la charge de l'assurance de base.

---

## Juin

### LE CONSEIL NATIONAL POSE DES JALONS EN FAVEUR DE LA QUALITÉ

Le Conseil national vote à une grande majorité un projet en faveur de la qualité. santésuisse salue cette décision éclairée.

---

## Juillet

### HAUSSE MODÉRÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ

En 2017, la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'est légèrement tassée par rapport à 2016. La croissance des prestations brutes s'élève à 1,7 % par assuré, ce qui est inférieur à la moyenne pluriannuelle de 3,2 %.

---

## Août

### LE CONTRÔLE DES FACTURES EMPÊCHE DES HAUSSES DE PRIMES DE PLUS DE 10 %

Le contrôle des factures par les assureurs-maladie dans l'assurance-maladie obligatoire décharge les payeurs de primes de coûts à hauteur de 3 milliards de francs. C'est ce qui ressort d'une enquête réalisée par l'Institut d'études économiques de Bâle (IWSB).

---

## Septembre

### HAUSSE MODÉRÉE DES COÛTS DE LA SANTÉ

En 2017, les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par personne assurée ont augmenté de 1,7 %, restant ainsi inférieurs à la moyenne pluriannuelle. santésuisse rappelle l'urgence de mesures concrètes afin de freiner durablement l'évolution des primes.

---

## Octobre

### MISE EN ŒUVRE EFFICACE DE LA LIMITATION DES ADMISSIONS

santésuisse salue les décisions de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) relatives au pilotage des admissions de médecins dans les cantons. La CSSS-N entend garantir une mise en œuvre systématique et donc efficace de la limitation des admissions afin de freiner efficacement la croissance des coûts.

---

## Novembre

### LA QUALITÉ ET L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE DOIVENT S'AMÉLIORER

santésuisse rappelle que les prestations médicales inutiles ou inefficaces coûtent chaque année plusieurs milliards de francs aux payeurs de primes. Une meilleure qualité, attestée de manière transparente, et une plus grande efficacité doivent permettre de garantir la fourniture des prestations médicales requises dans la meilleure qualité qui soit.

---

## Décembre

### L'ORIENTATION PRISE POUR RÉDUIRE LES COÛTS VA DANS LA BONNE DIRECTION

santésuisse soutient pour l'essentiel le premier volet de mesures du Conseil fédéral en faveur de la réduction de la hausse des coûts de la santé. Toutefois, des adaptations s'imposent pour que cet objectif puisse réellement être atteint.

# Éditorial

santésuisse s'engage en faveur d'un système de santé reposant sur la concurrence et le renforcement de la responsabilité individuelle.



*L'année 2018 est sortie du cadre habituel en un point : au lieu de poursuivre sur sa lancée d'une croissance de 3 à 4 % depuis plusieurs années, la hausse des coûts s'est tassée pour s'établir à près d'1 %. Au regard de la stagnation des revenus, il s'agit là d'une nouvelle particulièrement réjouissante pour les payeurs de primes. Cette diminution des coûts sera-t-elle durable ? Seul l'avenir nous le dira. En effet, santésuisse a invité l'ensemble des acteurs à persévérer et à poursuivre leurs efforts en faveur de la maîtrise des coûts.*

*En matière de politique de santé, santésuisse a défini en tant que priorités le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, le financement des soins, les prix des médicaments et l'approvisionnement en soins optimal. santésuisse a accordé une attention particulière à la question de la qualité. Après des années sans bases légales efficaces, une solution s'impose depuis longtemps. Les fournisseurs de prestations doivent pouvoir être sanctionnés s'ils refusent d'assumer les missions de qualité qui leur ont été confiées par la loi.*

*Le groupe santésuisse a réussi à asseoir sa position en dépit d'un environnement fortement concurrentiel. Avec ses sociétés santésuisse, tarifsuisse sa, SASIS SA et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), il a pu soutenir efficacement les membres de l'association et ses clients par la qualité de ses prestations et ses produits haut de gamme.*

*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 de 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 de choix des partenaires contractuels. »

# santésuisse s'engage en faveur d'un système de santé libéral

En sa qualité d'association principale de la branche, santésuisse représente et défend dans le débat politique les positions de ses membres sur toutes les questions relatives à la politique sociale et à la santé.

## **Appliquer les concepts de qualité à l'échelle nationale**

Les patients ne peuvent véritablement exercer un libre choix que si la qualité des résultats des traitements médicaux fournis par les médecins et les hôpitaux est publiée et peut être comparée. Le bon fonctionnement d'une concurrence en matière de qualité suppose impérativement que l'on dispose d'indicateurs et de données sur les résultats des traitements, ces éléments devant être comparables, transparents et couvrir l'ensemble du territoire. En vertu de la loi et de l'ordonnance, les fournisseurs de prestations sont tenus de mettre sur pied les mesures administratives relatives à l'assurance qualité et de créer les systèmes de contrôle et d'incitation nécessaires – ceci, impérativement, avec le concours des assureurs-maladie.

Dans la version actualisée en 2018 de sa stratégie qualité en faveur du système de santé suisse, santésuisse confirme par ailleurs que les assureurs-maladie entendent jouer un rôle actif dans la mise en œuvre de la stratégie qualité définie par la Confédération. Dans le domaine ambulatoire en particulier, l'introduction standardisée des programmes de qualité exigés par la loi n'a jusqu'ici pas été possible faute de sanctions effectives. Le Conseil national a voulu remédier à cette situation insatisfaisante en créant les conditions pour imposer enfin des mesures de garantie de la qualité dans toute la Suisse. Au départ, le Conseil des États préconisait une solution dont les effets découleraient exclusivement des conventions de qualité conclues entre les partenaires tarifaires. En mars 2019, il s'est rallié à l'avis du Conseil national. Tout donne à penser que la situation insatisfaisante que nous connaissons actuellement va prendre fin.

## **Une nouvelle solution pour remplacer le gel des admissions**

santésuisse signale depuis longtemps que, dans sa forme actuelle, le gel des admissions des médecins n'est absolument pas efficace. Dans l'optique de la définition d'un pilotage durable des admissions, il est donc d'autant plus important de réglementer au moins les flux de financement de manière plus pérenne. Le 12 décembre 2018, le Conseil national a adopté à une large majorité un projet équilibré sur le pilotage des admissions.

Les cantons doivent assumer financièrement les coûts induits par leurs décisions. Il est donc compréhensible que le Conseil national ait lié l'entrée en vigueur du projet du Conseil fédéral relatif au pilotage des admissions à celle du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). Si les cantons ne respectent pas les limites supérieures imposées concernant la densité des médecins ou si ces limites ne respectent pas la volonté du législateur, les assureurs-maladie doivent désormais pouvoir saisir la justice. Les cantons doivent en outre avoir la possibilité, s'ils le souhaitent, d'associer le pilotage des admissions à un assouplissement de l'obligation de contracter en cas d'offre de soins excédentaire. Comme le Conseil fédéral le souligne régulièrement, près de 20% des prestations médicales sont superflues : en d'autres termes, elles impliquent des charges, notamment financières, sans apporter de valeur ajoutée aux patients.

## **Adaptations des flux de financement**

La tendance à l'externalisation des prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire existe depuis longtemps du fait du progrès médical. Depuis que certains cantons ont commencé en 2018 à obliger les hôpitaux à pratiquer en ambulatoire les interventions énumérées sur des listes d'opérations, le débat s'est intensifié sur la question du financement uniforme des pres-

tations ambulatoires et stationnaires. D'après les calculs de santésuisse, la part à la charge des cantons s'élèverait à tout juste un quart.

### **L'inclusion du financement des soins dans l'EFAS n'est pas opportune**

Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011, les tarifs cadres pour la participation aux coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont été limités. Les écarts avec les coûts effectifs des soins ont été mis à la charge du canton compétent au titre de financement résiduel. Le nouveau régime de financement des soins ne prémunit toutefois pas les assureurs-maladie contre des coûts supplémentaires. Les contributions des assureurs aux soins ont d'ailleurs enregistré une croissance continue ces dernières années. Ce phénomène s'explique en premier lieu par une augmentation du volume des prestations du fait de l'évolution démographique. Le plafonnement des contributions aux soins permet au moins de veiller à ce que les coûts à la charge des payeurs de primes restent dans un ordre de grandeur globalement acceptable. La charge ne doit pas non plus s'alourdir pour les personnes dépendantes de soins. En conséquence, le législateur considère que le financement résiduel doit rester à la charge des cantons et des communes. C'est pourquoi une intégration du financement des soins dans l'EFAS ne serait pas plus opportune qu'un changement de paradigme dans le financement des soins qui aurait comme objectif la suppression des plafonds applicables aux contributions aux soins.

«  
Les cantons doivent  
assumer une responsabilité  
financière pour les coûts  
induits par leurs décisions.  
»

### **Oui aux mesures du Conseil fédéral en faveur de la maîtrise des coûts**

Le Conseil fédéral s'est appuyé sur un rapport international d'experts présentant 38 mesures en faveur de la maîtrise des coûts de la santé pour envoyer un premier volet de mesures en consultation. santésuisse soutient ces mesures dans une large mesure. Ce paquet comprend notamment l'obligation faite aux fournisseurs de prestations de remettre une copie des factures aux patients. Cette mesure comble ainsi une lacune dans le contrôle des fac-

tures. Il ressort d'un sondage réalisé par santésuisse que le contrôle des factures par les assureurs-maladie permet chaque année de détecter plus de 3 milliards de francs de prestations facturées de manière injustifiée; les factures concernées sont rejetées.

santésuisse n'est pas favorable à la création d'un organe étatique de contrôle des factures, comme le suggère le rapport des experts. Le contrôle des factures relève des tâches essentielles des assureurs-maladie et joue un rôle non négligeable en termes de concurrence. Le contrôle des factures doit être réalisé par ceux qui paient les factures. Les signes venant de l'administration laissent à penser que le message a été entendu par Berne. santésuisse soutient également le droit de recours des assureurs-maladie contre les décisions cantonales en matière de planification hospitalière. Ce dernier prévoit que les associations des assureurs-maladie puissent recourir devant la justice contre les décisions d'attribution des mandats de prestations des cantons (liste des hôpitaux et des EMS). Cette nouvelle possibilité incite les cantons à tenir davantage compte de l'exigence d'économie dans leurs décisions de planification.

En plus de la liste des hôpitaux et des EMS, il devient tout aussi urgent d'agir au niveau de la liste des spécialités des médicaments édictée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Là aussi, les assureurs n'ont pas la possibilité légale de contester les décisions de l'OFSP – et donc les prix. santésuisse demande par conséquent que les assureurs puissent aussi engager des recours contre des décisions de prix concernant la liste des spécialités.

### **Oui à un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet a expiré**

Les génériques sont en moyenne deux fois plus chers en Suisse qu'à l'étranger. Les calculs de santésuisse démontrent que la mise en place d'un système de prix de référence permettrait d'économiser chaque année quelque 400 millions de francs, sans perte de qualité, sur les médicaments remboursés par les caisses-maladie. Les systèmes de prix de référence sont mis en œuvre avec succès depuis des décennies dans des pays comparables à la Suisse pour réduire les coûts.

### **santésuisse est favorable à une augmentation de la franchise minimale**

Outre l'introduction de l'indexation des franchises sur l'évolution des coûts, il est également question de relever la franchise minimale de 300 CHF actuellement à 500 CHF. santésuisse soutient cette demande. Cette mesure permettrait de réduire les primes d'assurance-maladie d'au moins 430 millions de francs par an, soit une diminution d'environ 1,7 point de pourcentage. Les assurés en situation économique difficile ont droit à une réduction individuelle des primes – qui est considérablement plus élevée, par an, que la franchise – et, selon les cas, à des prestations complémentaires ainsi qu'à des allocations pour imposables.

# Contribuer à une progression ciblée du système de santé

santésuisse dialogue en permanence avec les principales organisations et institutions du secteur de la santé, toujours dans l'objectif de préserver son degré élevé de qualité à un bon rapport qualité-prix, voire de l'améliorer.

## Les traitements ambulatoires sont-ils systématiquement moins chers ?

Selon une opinion largement répandue, le transfert du plus grand nombre possible d'interventions chirurgicales du secteur stationnaire vers l'ambulatoire entraînerait une réduction massive des coûts de la santé. En fonction des sources, les économies sont estimées à près de 100 millions de francs au minimum et, pour les hypothèses les plus optimistes, elles pourraient même atteindre 1 milliard de francs. Lors de l'analyse de quelque 62 000 factures, santésuisse s'est notamment concentrée sur 16 interventions qui peuvent aujourd'hui être réalisées principalement en ambulatoire. Il en ressort que le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire pourrait chaque année décharger notre système de santé d'environ 100 millions de francs, avec toutefois des charges supplémentaires pour les assureurs-maladie, et par conséquent pour les payeurs de prime, de l'ordre de 70 millions de francs.

## Moins de dix régions hospitalières suffisent

santésuisse a examiné le fonctionnement du système des soins dans le domaine hospitalier stationnaire. Il ressort de cette analyse qu'une planification et un pilotage supracantonaux de la prise en charge seraient judicieux dans moins de dix régions de soins. Une meilleure coordination de l'offre permettrait d'améliorer la qualité de notre système de santé et de réaliser d'énormes gains d'efficacité et des économies de coûts de plusieurs millions de francs. santésuisse exige donc également un nombre minimal de cas pour les interventions chirurgicales complexes.

## Réduction ponctuelle des remboursements des moyens auxiliaires

En 2017, santésuisse a demandé au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la réduction des montants maximaux de remboursement (MMR) 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 respiratoires. Rien que pour ces produits, santésuisse estime le potentiel d'économies à 34 millions de CHF par rapport aux prix pratiqués à l'étranger. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a donc décidé de valider la réduction des MMR; celle-ci se fera en plusieurs étapes. Au 1<sup>er</sup> juillet 2018, le MMR applicable aux bandelettes de test de la glycémie a diminué de 10%. Après une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, les MMR concernant les aides pour l'incontinence et le matériel de stomathérapie ont été revus à la baisse au 1<sup>er</sup> janvier 2019. santésuisse table sur des économies de 7 millions de francs.

Étant donné qu'une grande partie des montants maximaux de remboursement figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA) ne sont plus conformes au marché, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est chargé depuis 2015 de soumettre la LiMA à une révision complète. santésuisse espère que cette révision se traduira par une rémunération conforme au marché et économique des produits médicaux, ceci afin d'alléger la charge qui pèse sur les payeurs de primes. La conformité des produits aux critères EAE doit être régulièrement contrôlée et les prix, si nécessaire, revus rapidement à la baisse. Il est important que la révision aboutisse au plus vite afin que les résultats puissent également être évalués.

santésuisse communique avec le public et les payeurs de primes au moyen de différents canaux. Les plateformes de 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.



**120**

prises de position,  
recommandations  
et communiqués de  
presse

**6800**

lectrices et lecteurs  
du blog chaque mois

**> 156 000**

consultations  
des tweets  
en français/italien/  
allemand

**4000**

journées de formation  
à destination des  
apprentis



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

### **Intensification de la présence sur les réseaux sociaux**

En 2018, santésuisse a intensifié sa communication via les réseaux sociaux. Outre son blog bilingue « Monsieur Santé » et « Madame Santé », santésuisse utilise régulièrement les trois canaux Twitter dans les langues nationales français @santesuisse\_fr, italien @santesuisse\_it et allemand @santesuisse pour commenter les derniers développements relevant de la politique de la santé.

### **parlons-assurance-maladie.ch : la plateforme d'information à l'intention des assurés**

Le portail [www.parlons-assurance-maladie.ch](http://www.parlons-assurance-maladie.ch) fournit aux assurés un grand nombre d'informations sur le système de santé ainsi que sur l'assurance-maladie. Les assurés sont informés en permanence des nouveaux contenus diffusés sur la plateforme, via Facebook ainsi que via les canaux de communication des assureurs-maladie.

### **hostofinder.ch publie des données sur la satisfaction des patients**

Conformément à la stratégie qualité en faveur du système de santé suisse, santésuisse gère le site comparatif [www.hostofinder.ch](http://www.hostofinder.ch) depuis trois ans. Ce site permet de comparer les hôpitaux de soins aigus, les hôpitaux psychiatriques ainsi que les cliniques de réadaptation. Constamment mise à jour, la plateforme est le portail comparatif le plus fiable dans ce domaine. Elle inclut désormais les résultats de l'enquête de satisfaction des patients réalisée en 2016 dans les hôpitaux de soins aigus et ceux du sondage réalisé en 2017 dans les cliniques de réadaptation.

### **Réglementation de la branche sur les commissions des courtiers**

Fin 2017, le Conseil d'administration de santésuisse s'est prononcé en faveur de la mise en place rapide d'une convention de branche contraignante sur le démarchage.

La solution de branche élaborée par les caisses-maladie et applicable à l'ensemble de la branche prévoit pour tous les assureurs des normes de qualité auxquelles les intermédiaires et courtiers devront se conformer. La prospection téléphonique « à froid » sera dorénavant interdite. Les commissions versées aux intermédiaires et courtiers doivent être limitées aussi bien dans le domaine de l'assurance de base que dans celui des assurances complémentaires. Les assureurs-maladie ont par ailleurs proposé des amendes élevées, susceptibles de prévenir les abus.

Le Conseil des États s'est rallié à la proposition de la branche en faveur d'une réglementation contraignante relative à l'activité d'intermédiaire et au versement de commissions. En raison des réserves émises par la Commission de la concurrence et par la Finma, il entendait en fait ne pas limiter les commissions dans le

domaine de l'assurance complémentaire. Dans l'examen préalable pour la deuxième Chambre en février 2019, la Commission du Conseil national (CSSS-N) est cependant allée plus loin que la proposition du Conseil des États en affichant la volonté de limiter également les commissions dans le domaine des assurances complémentaires.

### **Une 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 2018, santésuisse a dispensé aux apprentis une offre de formation complète sur plus de 4000 journées de formation. 90 nouveaux apprentis ont commencé leur formation commerciale initiale. 60 participants ont entamé leur cycle de formation en vue du brevet. 42 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, des indemnités journalières, de l'assurance-accidents ou de la protection des données.

Les participants aux cours de base ont désormais des e-books à disposition sur lesquels fonctionne une application d'apprentissage en ligne (e-learning) aujourd'hui utilisée par 100 % des élèves et consultée quotidiennement par 96 % d'entre eux.

santésuisse était présente avec six assureurs-maladie au salon professionnel de Zurich. À la demande des assureurs-maladie, nous y avons fait de la publicité pour la branche des assureurs-maladie, tandis que les entreprises ont pu proposer leurs places d'apprentissage. La présence de santésuisse aux côtés de la Conférence suisse des branches de formation et d'examen commerciales (CSBFC) pour la profession d'employé/e de commerce CFC a également rencontré un large écho lors du salon professionnel SwissSkills à Berne.

Dans le cadre de la révision de la formation professionnelle commerciale « Employés de commerce 2022 », santésuisse a réalisé une analyse des profils professionnels et décrit un profil d'activités avec les compétences d'avenir. Il s'agissait de répondre à la question de savoir quelle sera l'évolution de l'environnement professionnel des employés de commerce compte tenu de la numérisation et quelles seront les compétences requises dans le futur.

En sa qualité de plus grand acheteur de prestations dans l'assurance de base, tarifsuisse sa doit rendre des comptes aux 42 assureurs-maladie qui lui sont affiliés c'est-à-dire, en dernier ressort, aux payeurs de primes. Des structures tarifaires appropriées, des négociations tarifaires menées de manière ciblée et des mécanismes de contrôles judiciaires sont indispensables à un remboursement équitable des prestations et à un système de santé abordable.



**1000**

conventions  
tarifaires  
conclues et  
gérées

**10+2**

10 structures  
tarifaires nationales  
gérées par tarifsuisse  
en ambulatoire et  
2 en stationnaire

**60**

% de part de  
marché dans  
le domaine des  
négociations  
tarifaires

**1,3**

mio. de CHF a été  
remboursé à la suite  
d'une intervention  
du tarifcontrolling  
de tarifsuisse

**65**

collaborateurs  
(53,6 en  
équivalents  
temps plein)

## DES PRIX AU PLUS JUSTE POUR UNE BONNE QUALITÉ – DES PRIMES PLUS BASSES GRÂCE À DES NÉGOCIATIONS TARIFAIRES ET DES ÉVALUATIONS DE L'ÉCONOMICITÉ SYSTÉMATIQUES

Principale société d'achat de prestations de santé dans l'assurance-maladie obligatoire, tarifsuisse sa officie à la croisée des chemins entre les exigences des fournisseurs de prestations, les directives administratives des cantons et de la Confédération ainsi que celles de ses mandants, les 42 assureurs-maladie qui lui sont affiliés. Cette filiale de santésuisse est chargée du contrôle continu des structures tarifaires ainsi que des tarifs des prestations ambulatoires et stationnaires; elle veille également à leur adaptation et procède régulièrement à leur renégociation. Ceci toujours dans l'objectif d'obtenir les meilleurs tarifs possibles pour les prestations médicales auxquelles recourent les payeurs de prime. Elle joue ainsi un rôle central dans la maîtrise de la hausse des coûts de la santé. Les départements Évaluation de l'économicité et tarifcontrolling sont deux autres piliers de tarifsuisse sa. L'objectif de l'évaluation de l'économicité consiste à identifier les fournisseurs de prestations qui facturent des coûts excessivement élevés sans pouvoir les justifier. De son côté, le tarifcontrolling utilise différentes méthodes pour vérifier et veiller à la bonne application des tarifs par les fournisseurs de prestations.

### La valeur du point tarifaire dans la ligne de mire

L'exercice sous revue a été marqué par d'intenses négociations sur la valeur du point tarifaire dans le domaine ambulatoire. Plusieurs sociétés cantonales de médecine ont dénoncé leurs conventions relatives à la valeur du point tarifaire et exigé de nouvelles négociations; les médecins réclament une revalorisation de l'indemnisation de leurs prestations. Cette requête s'explique principalement par l'intervention radicale du Conseil fédéral dans le tarif médical ambulatoire TARMED. En vigueur depuis le début de l'année 2018, cette adaptation tarifaire annoncée de longue date a provoqué des pertes importantes de chiffre d'affaires pour certains fournisseurs de prestations, lesquelles doivent maintenant être compensées par des hausses des valeurs du point tarifaire. Les négociations en la matière s'annoncent difficiles. Les tarifs fixés par les autorités cantonales restent valables jusqu'à ce que les partenaires tarifaires s'accordent sur une nouvelle valeur du point tarifaire.

### Tarifs hospitaliers stationnaires: baisse des « baserates »

Dans le domaine stationnaire, tarifsuisse sa négocie les prix de base facturables par les hôpitaux et les cliniques. Ceux-ci n'ont cessé de baisser depuis l'introduction du nouveau système de financement hospitalier en 2012 grâce aux interventions efficaces de tarifsuisse sa. Or, les négociations sont de plus en plus difficiles, car les hôpitaux subissent eux-mêmes une forte pres-

sion financière et, bien souvent, leur marge de manœuvre n'est plus que minimale désormais. Il n'est donc pas rare que les « baserates » soient aussi fixés sur décision des Conseils d'État. Les accords sont néanmoins possibles comme en témoigne l'exemple de l'hôpital pédiatrique de Zurich où, après des années de négociation, les partenaires tarifaires ont réussi à s'entendre en 2018 sur un taux de base pour les années 2012 à 2020.

### Demandes de restitution adressées aux établissements médico-sociaux (EMS)

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, les coûts du matériel utilisé par les professionnels de la santé dans le cadre des soins ne peuvent plus être facturés en supplément aux assureurs-maladie. Un fait qui a été confirmé en 2017 par un arrêt du Tribunal administratif fédéral. Cette décision de justice a conduit tarifsuisse sa à faire valoir des prétentions au nom de divers assureurs à l'encontre de quelque 1300 EMS en remboursement des contributions versées en trop, ceci pour près de 57 millions de francs au cours de l'exercice sous revue. Elle a également introduit de manière préventive les procédures judiciaires correspondantes.

### Examen de l'économicité: accord avec la FMH sur le principe d'une convention de la méthode à employer

Dans le cadre de l'évaluation d'économicité réalisée par tarifsuisse sa pour le compte de santésuisse auprès des médecins, tarifsuisse sa a adressé plus d'une centaine de demandes de restitution pour des honoraires médicaux excessifs au regard de ceux pratiqués par le groupe de contrôle et déposé des plaintes devant le tribunal arbitral.

La FMH a donné son feu vert après que les assureurs-maladie ont validé le nouveau principe en vertu duquel la méthode à employer doit faire l'objet d'une convention conformément à l'art. 56 al. 6 LAMal relatif à l'examen de l'économicité des médecins. Les partenaires contractuels ont convenu qu'en plus des critères existants de l'âge et du sexe des patients ainsi que de l'emplacement du cabinet médical, d'autres facteurs supplémentaires reflétant en particulier la morbidité des patients sont à prendre en compte. La nouvelle méthode statistique de sélection (screening) doit permettre de mieux repérer les fournisseurs de prestations dont les coûts élevés sont statistiquement hors normes.

Assureurs-maladie, fournisseurs de prestations et administrations cantonales, tous font confiance à la force d'innovation de SASIS SA. Ce logisticien de données est un partenaire incontournable en matière d'applications de branche novatrices et garantit une plus grande transparence dans le secteur de la santé en mettant à disposition des données fiables, pertinentes et en permanence actualisées.



**> 82 000**

fournisseurs de  
prestations

**13 000**

conventions tarifaires

**11 mio.**

de cartes d'assuré  
(LAMal et LCA) en service

**> 30 000**

appels téléphoniques  
réceptionnés

## LE LOGISTICIEN INNOVANT POUR LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE



La transformation numérique ne cesse de progresser et modifie en profondeur les processus du secteur de la santé. Alors que les applications électroniques développées pour la branche contribuent à l'accroissement de son efficacité et à une meilleure qualité des données, les processus inhérents sous-jacents sont de plus en plus complexes. Ils donnent du fil à retordre aux développeurs d'application et aux prestataires de données. Ce défi, voilà plus de dix ans que la société SASIS SA le relève avec succès en offrant des produits et des services essentiellement utilisés par les assureurs-maladie et les organisations apparentées. Elle propose également des applications de branche indispensables comme le registre des codes-crédenciers, le registre central des conventions, le pool de données et le pool tarifaire, la carte d'assuré ainsi que le standard SHIP.

### **La voie est libre pour la carte d'assuré virtuelle**

L'un des projets clés de l'exercice sous revue a consisté dans le développement d'un complément virtuel à la carte d'assuré physique. À partir de 2019, les assurés pourront enregistrer cette « carte d'accès » au système de santé suisse dans une application sur leur smartphone. Ce projet répond aux attentes de la génération montante qui se sent comme un poisson dans l'eau dans le monde numérique. Mais les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie tirent aussi profit de la solution numérique : la procédure administrative est plus simple lors de l'admission d'un patient et la carte d'assuré virtuelle « approved by SASIS » protège des abus, car les cartes non valides sont immédiatement détectées. L'intérêt pour cette nouvelle solution de branche est d'autant plus grand. Des projets pilotes sont planifiés avec les premiers assureurs pour l'été 2019. Au cours d'une phase ultérieure, il s'agira de construire une identité numérique sur ce support.

### **Le système d'annonce interactif point à point SHIP a le vent en poupe**

SASIS SA est également très occupée avec le projet de branche SHIP, à savoir la numérisation du transfert des données échangées entre les hôpitaux et les répondants des coûts, lesquelles étaient jusqu'ici enregistrées manuellement, ce qui était long et source d'erreurs. Cette nouvelle solution garantit un échange de données sécurisé et normalisé entre les différents acteurs. Au cœur de cet échange numérique d'informations et de données se trouve la norme de communication ouverte uniforme SHIP (Swiss Health Information Processing), que les hôpitaux, les assureurs et les cantons peuvent intégrer dans leurs systèmes informatiques existants dans une première phase. Au cours de l'exercice sous revue, des partenaires pilotes renommés ont procédé avec succès aux premiers tests d'exploitation de SHIP.

À partir du printemps 2019, le système SHIP sera opérationnel et à la disposition de tous les hôpitaux, assureurs-maladie et administrations cantonales intéressés. Dorénavant, ces processus électroniques standardisés permettent d'ouvrir des cas de traitement, d'échanger des informations sur le traitement et de répondre aux questions sur la prise en charge des coûts. Cette transmission de données sécurisée point à point ne se limitera pas aux applications entre les hôpitaux et les assureurs-maladie. Bien au contraire, le système SHIP a posé les jalons d'une numérisation efficace et durable dans le secteur de la santé, ceci dans le but d'accroître l'efficacité des processus et, par conséquent, de réaliser des économies de coûts estimées à plusieurs millions.

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 2018, 35 assureurs ou groupes étaient clients de la SVK. En outre, 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.



**33**

collaborateurs

**35**

clients – assureurs/  
groupements d'assureurs et  
clients institutionnels

**46 000**

dossiers de  
patients traités

## EN 2018, NOUVEAU MODÈLE ÉCONOMIQUE ET NOUVEAU POSITIONNEMENT

L'année 2018 a été marquée par le changement de modèle économique et le passage au financement de forfaits par cas. Cela a permis de renforcer la capacité bénéficiaire. En outre, ce nouveau modèle de financement permet d'adapter plus facilement les ressources à la hausse du volume des cas. Le portefeuille de clients de 35 assureurs-maladie ou clients institutionnels a pu être stabilisé par la signature de conventions pluriannuelles. En novembre 2018, la SVK a obtenu la certification en tant que service de réception de données (SRD) conformément à l'art. 59a OAMal. Toutes les conditions sont donc réunies pour la mise en œuvre, à partir de 2019, du traitement électronique des factures et de la transmission électronique des données.

### Offre globale de services

La SVK est une organisation de prestations de services qui, pour le compte des assureurs-maladie qui lui sont affiliés, entreprend des évaluations et traite des dossiers dans le domaine des médicaments, des transplantations, des dialyses, de l'alimentation artificielle à domicile ainsi que de la ventilation mécanique à domicile. De plus, elle examine les demandes et accorde les garanties de prise en charge des coûts, veille au bon déroulement de la thérapie, contrôle et vise les factures envoyées par les fournisseurs de prestations. Celles-ci sont ensuite transmises aux assureurs-maladie pour paiement.

Dans les domaines mentionnés ci-dessus, la SVK mène avec les prestataires de soins et les partenaires les négociations requises, établit des calculs, convient des tarifs et conclut des contrats selon la LAMal, qui sont ensuite soumis aux autorités pour approbation.

### Progression du nombre de patients bénéficiant d'une alimentation artificielle

En 2018, le secteur de l'alimentation artificielle a une nouvelle fois enregistré une forte augmentation du nombre de patients actifs. Cette hausse s'explique en particulier par la généralisation de la mise en place d'équipes spécialisées dans l'alimentation au sein des hôpitaux. La ventilation mécanique à domicile affiche une évolution similaire du nombre de cas.

### 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. La proportion des dialyses réalisées par les patients eux-mêmes à domicile est en hausse continue depuis quelques années.

### Transplantations: hausse du nombre de donneurs

Depuis les années 1970, 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.

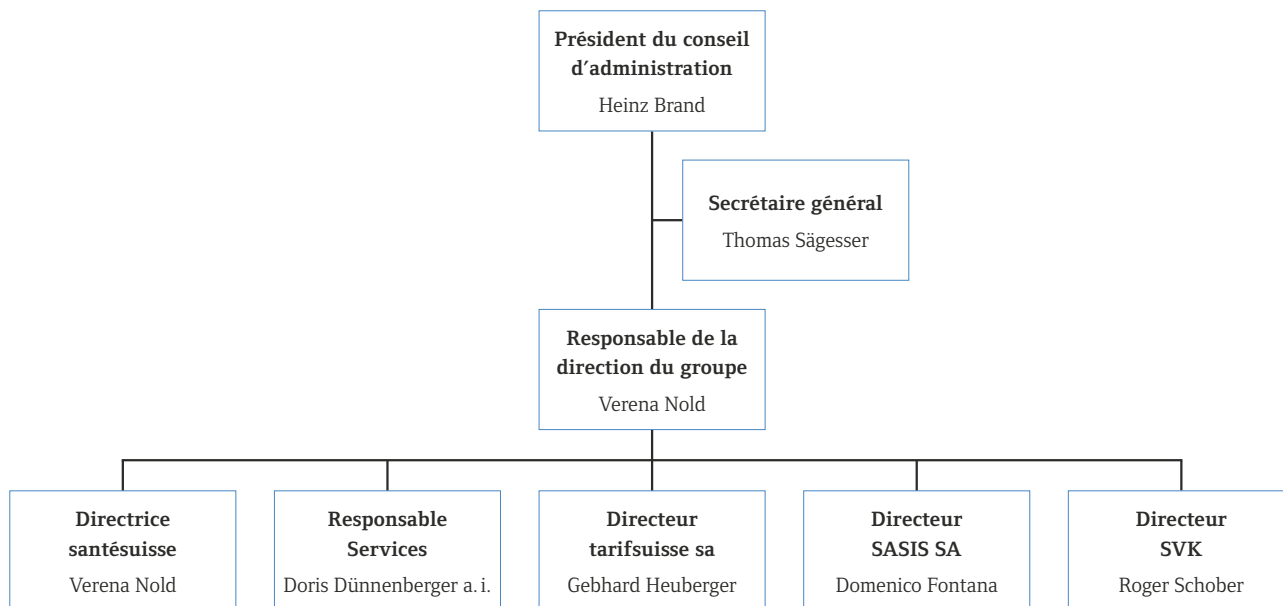
Chargée d'attribuer les organes aux receveurs en conformité avec la loi, la Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes (Swisstransplant) a créé en 2018 un registre national en ligne du don d'organes. L'inscription comme donneur étant désormais simplifiée, les autorités espèrent une augmentation de leur nombre.

### Développement de nouvelles offres

La SVK développe en permanence de nouvelles prestations à l'intention de ses clients. En la matière, elle se concentre sur les domaines présentant un faible nombre de cas et des coûts moyens élevés, qui requièrent néanmoins des connaissances pointues et peuvent difficilement être standardisés. Elle a notamment procédé au développement d'offres pour le traitement administratif des implants cochléaires, l'utilisation hors étiquette (off-label use) de médicaments selon l'art. 71a OAMal et pour de nouvelles formes de thérapies dans le domaine de la médecine personnalisée. La SVK est donc en mesure d'assumer le rôle de médecin-conseil dans le cadre de l'art. 71a OAMal. Pour les assureurs-maladie, cela signifie un allègement de leurs processus opérationnels et une meilleure évaluation des cas.

# Organisation

au 1<sup>er</sup> mars 2019



## 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

**Valeria Trachsel, 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**

**Dr Doris Dünnenberger, responsable Services de santésuisse a. i.**

**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

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

## 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  
Gewerbstrasse 3  
4513 Langendorf



santésuisse –  
Les assureurs-maladie suisses