

La session

Été 2018

Conseil national

15.083 MCF.

LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité

Conseil national: 11 juin 2018

La qualité et les efforts pour l'améliorer dans le régime sanitaire sont bien entendu importants. Pour les assureurs-maladie, la qualité des résultats (outcome) et la qualité de l'indication se trouvent clairement au premier plan.

Le CSSS-N a amélioré le projet du Conseil fédéral. Le Groupe Mutuel reste toutefois septique à l'égard des bases légales retravaillées, qui cherchent notamment avec la création de structures étatiques nouvelles à atteindre les objectifs visés. De notre point de vue, les bases légales actuelles suffisent largement pour définir et introduire les critères de qualité nécessaires. Plus de 20 ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, ceci doit enfin être mis en œuvre. Par conséquent, une modification de la LAMal s'impose et se justifie uniquement pour renforcer les possibilités de sanction. Nous nous engageons globalement pour un modèle respectant les principes suivants:

- Mise en œuvre des dispositions légales en vigueur
- Renforcement du rôle des partenaires tarifaires lié à une amélioration des sanctions
- Pas de pilotage de l'Etat des activités relatives à la qualité
- Reprise des structures existantes actuellement dans le domaine stationnaire (anq) pour le domaine ambulatoire (la création d'une nouvelle commission ou d'une institution n'est pas nécessaire)
- Aucun financement supplémentaire par les primes d'assurance-maladie, puisque les coûts relatifs à la qualité sont déjà compris dans les tarifs actuels des prestataires de soins.

Recommandation

- Ne pas entrer en matière
- Soutenir le projet de la CSSS-N par rapport à celui du Conseil fédéral
- Suivre la majorité de la commission à l'art. 58I LAMal concernant le financement

16.3350 Mo. CSSS-N.

Dépolitiser les paramètres techniques de la LPP

12.414 Iv. pa. Bortoluzzi Toni, UDC.

Les paramètres techniques n'ont pas leur place dans la LPP

Conseil national: 13 juin 2018

Ces interventions proposent que ces composantes importantes du 2ème pilier (taux de conversion et taux d'intérêt minimal) ne soient plus fixées dans la loi, ce qui permettrait de toujours mieux tenir compte de la situation effective. Le taux de conversion devrait notamment varier selon ces deux critères, l'espérance de

vie à l'âge de la retraite et le taux d'intérêt minimal. Cette manière de faire permettrait aussi de dépolitiser le débat sur ces éléments essentiels pour le 2ème pilier. En effet, un taux de conversion trop haut (comme c'est actuellement le cas) met en péril les institutions de prévoyance. En outre, suite au refus de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 par le peuple, le lancement d'une nouvelle révision devient de plus en plus nécessaire et urgent.

Recommandation

- Acceptation

17.3969 Mo. CSS-E.

Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires

Conseil national: 13 juin 2018

Cette motion demande que les tarifs des analyses pratiquées par des laboratoires médicaux soient négociés par les partenaires tarifaires.

Cette revendication renforcerait le rôle des partenaires tarifaires et la concurrence. La qualité des analyses et la sécurité des patients doivent toutefois conjointement rester garantis. Dans le cas contraire, les effets à moyen/long terme pourraient être négatifs.

Recommandation

- Acceptation

15.419 Iv. pa. Humbel Ruth, PDC.

Garantir la qualité et imposer la transparence dans l'offre de soins

Conseil national: 15 juin 2018

Avec ce projet, les tarifs dans le domaine ambulatoire prendraient également en compte la qualité des prestations.

Dans le domaine de la qualité, la position suivante doit, de notre point de vue, être soutenue. Les directives en matière de qualité devraient être élaborées par les partenaires concernés du système de santé et être inscrites dans des conventions relatives à la qualité ou dans des conventions tarifaires. Les mesures de qualité devraient en outre être uniformes, exhaustives et comparables dans toute la Suisse et être publiées de manière transparente, compréhensible et non anonymisée. Des possibilités de sanction plus efficaces devraient enfin être introduites.

Cette initiative parlementaire va ainsi dans la bonne direction et devrait être soutenue. Elle permet d'augmenter la transparence, d'encourager l'instauration de critères nationaux uniformes et d'étendre les possibilités de sanction.

Recommandation

- Acceptation de la prolongation du délai

17.401 lv. pa. CSSS-N.

Maintenance et développement des tarifs

Conseil national: initiative parlementaire 1^{re} phase

Cette intervention oblige les partenaires tarifaires à mettre en place une organisation chargée de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et du maintien des structures tarifaires.

Pour la rémunération des soins hospitaliers, il existe déjà une organisation (Swiss DRG AG), mise en place par les partenaires tarifaires et les cantons, qui élabore les structures correspondantes et les développe. La création d'une nouvelle organisation entraînerait des coûts supplémentaires, puisqu'un bureau doit être géré et financé.

Une organisation unique, qui devrait élaborer et développer toutes les structures tarifaires ambulatoires et hospitalières, ne disposera pas de toutes les compétences nécessaires puisque les structures tarifaires se rapportent à de nombreux prestataires de soins et situations tarifaires différents.

Cette modification élargira en outre une fois de plus le rôle de l'État dans le système de santé.

Pour toutes ces raisons, aucune suite ne devrait être donnée à cette initiative parlementaire.

Recommandation

- Ne pas donner suite

17.402 lv. pa. CSSS-N.

Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires

Conseil national: initiative parlementaire 1^{ère} phase

L'objectif de cette initiative parlementaire est d'obliger les partenaires tarifaires à inclure dans les conventions tarifaires des mesures de contrôle des coûts et des prestations. Si les prestataires de soins et les assureurs ne parviennent pas à s'accorder, l'autorité d'approbation compétente peut fixer ces mesures.

Nous pensons qu'il appartient aux partenaires tarifaires de se mettre d'accord sur ces mesures, même si les intérêts et les exigences de ces parties sont très différents, de sorte qu'il ne sera pas facile de parvenir à un accord. La voie libérale passe par la concurrence dans les domaines de la qualité et de l'économicité. Pour ce faire, les conditions cadres juridiques doivent être améliorées.

Avec la compétence subsidiaire des autorités d'approbation, le rôle des partenaires tarifaires sera de nouveau affaibli. A l'inverse, celle des autorités d'approbation sera renforcée, même si les cantons ont déjà trop de rôles dans le système de santé, ce qui conduit de plus en plus à des conflits d'intérêts connus.

Recommandation

- Ne pas donner suite

Conseil des Etats

16.065 MCF.

LPC. Modification (Réforme des PC)

Conseil des Etats: 30 mai 2018

La réforme des prestations complémentaires (PC) a pour but d'optimiser le système des PC et d'éliminer certains effets pervers. Le niveau des prestations doit être maintenu et la protection du capital de la prévoyance professionnelle obligatoire renforcée. De ce fait, il ne devrait plus être possible de percevoir la partie obli-

gatoire de la prévoyance professionnelle sous forme de capital lors du départ à la retraite. Cette réforme prévoit donc que les prestations de la prévoyance professionnelle soient en principe perçues sous forme de rente.

Lors de la survenance d'un cas de prévoyance, le retrait en capital devrait, de notre point de vue, rester possible pour la partie obligatoire des prestations de la prévoyance professionnelle. Particulièrement ceux qui exercent une activité pénible et dont l'espérance de vie est plus courte, ainsi que leurs proches, seraient pénalisés par l'exclusion des retraits en capital. Par ailleurs, la base statistique est insuffisante pour justifier une si forte limitation du droit à la propre fortune.

Lors de la session d'été 2017, le Conseil des Etats a proposé que les bénéficiaires de PC devaient être obligés de s'assurer auprès des trois caisses-maladie les moins chères. L'obligation pour ces assurés de conclure une assurance auprès des trois assureurs les meilleur marché ne limite pas seulement leur liberté de choix, mais introduit une distorsion de la concurrence. Cette proposition aggrave aussi la volatilité des primes et occasionne des risques supplémentaires pour les assureurs. Avec la proposition du Conseil national, la problématique expliquée ci-dessus pourrait être considérablement accentuée, puisqu'il est à prévoir que les cantons se concentreraient même sur la prime la plus favorable en cas de problèmes budgétaires. Pour ces raisons, nous continuons de soutenir la proposition du Conseil fédéral. Selon le Conseil fédéral, le montant pour l'AOS correspond à une somme forfaitaire annuelle égale à la prime moyenne cantonale ou régionale, les cantons pouvant limiter ce montant aux primes effectives si celles-ci sont inférieures au forfait annuel. Toutefois, la dernière partie de la disposition devrait être remplacée par la proposition de la CSSS-E, selon laquelle le montant forfaitaire annuel versé correspond au plus au montant de la prime effective.

Recommandation

- Art. 37 LPP: suivre la CSSS-E et le Conseil national (maintien du retrait en capital de la partie obligatoire des prestations de vieillesse de la LPP lors de la survenance d'un cas de prévoyance)
- Art. 10 al. 3 let. d LPC: suivre la CSSS-E (complément de la proposition du Conseil fédéral concernant le montant pour les primes d'assurance-maladie)

17.3607 Mo. Groupe libéral-radical.

LAMal. Adaptation régulière des tarifs pour garantir des soins de qualité à des coûts abordables

Conseil des Etats: 30 mai 2018

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement les bases légales nécessaires pour que le Tarmed soit régulièrement adapté et développé par les partenaires tarifaires. Contrairement à l'initiative parlementaire 17.401, cette intervention se limite au domaine du Tarmed.

Afin de remplir cette tâche, la forme de l'organisation actuelle du secteur stationnaire (SwissDRG) pourrait par exemple être utilisée comme modèle pour le domaine du Tarmed.

Une telle approche garantit que les partenaires tarifaires restent responsables et compétents pour adapter la structure tarifaire. De cette manière, les interventions du Conseil fédéral, qui entraînent de grandes incertitudes et montent en partie les partenaires les uns contre les autres, seront également évitées.

Le système, qui a été mis en place pour SwissDRG et qui génère également des coûts, fonctionne assez bien. Ce modèle semble donc approprié, mais devrait être limité aux structures tarifaires nationales SwissDRG et Tarmed.

Recommandation

➤ Acceptation

17.305 Iv. ct. St. Gall.

Pour que les fonds de la prévoyance vieillesse ne soient plus victimes de la politique d'intérêts négatifs pratiquée par la Banque nationale suisse

Conseil des Etats: 30 mai 2018

Sur les avoirs des institutions de prévoyance, aucun intérêt négatif ne devrait être appliqué. Les intérêts négatifs doivent permettre de réduire l'attrait du franc suisse. Toutefois, cette pratique engendre des coûts supplémentaires pour les assurés.

Le Groupe Mutuel soutient l'objectif d'exclure les assurances sociales de l'application de taux d'intérêts négatifs.

Recommandation

➤ Donner suite

17.319 Iv. ct. Jura.

Pour le transfert des réserves des assurés LAMal en cas de changement de caisse

Conseil des Etats: 14 juin 2018

Cette initiative cantonale souhaite instaurer la transmissibilité des réserves lors du passage d'assurés d'une caisse-maladie à une autre.

L'assurance obligatoire des soins (AOS) est financée, au contraire de la prévoyance professionnelle selon la LPP, selon le système de répartition. Le transfert des réserves lors d'un changement d'assureur contrevient ainsi clairement au principe d'assurance et à ce système de financement. En outre, cette pratique biaiserait la concurrence entre assureurs-maladie, puisque de nouveaux incitatifs négatifs seraient introduits.

Enfin, ce changement de paradigme aurait comme conséquence de transmettre au nouvel assureur également l'obligation de remboursement pour la période considérée, ce qui engendrerait une augmentation difficilement supportable des frais administratifs.

Recommandation

➤ Ne pas donner suite

Votre contact au Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch
