

La session

Automne 2018

Conseil national

16.065 MCF.

LPC. Modification (Réforme des PC)

Conseil national: 10 septembre 2018

Cet objet se trouve dans la procédure d'élimination des divergences. La divergence relative à l'art. 10 al. 3 let. d requiert, de notre point de vue, une attention particulière.

Selon la variante initiale du Conseil des Etats, les bénéficiaires de PC devraient s'assurer auprès des trois caisses-maladie les moins chères. Ceci ne limite pas seulement leur liberté de choix, mais introduit également une distorsion de la concurrence.

Avec la proposition du Conseil national, la problématique expliquée ci-dessus pourrait être considérablement accentuée, puisqu'il est possible que les cantons, se trouvant dans une situation financière difficile, fixeraient le montant forfaitaire même au niveau de la prime la meilleure marché.

La nouvelle variante du Conseil des Etats, qui se base sur la formulation du Conseil fédéral, est en revanche judicieuse. 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. Le Conseil des Etats propose toutefois de supprimer la formulation potestative pour que le montant forfaitaire annuel versé corresponde toujours au plus au montant de la prime effective.

Recommandation

- > Art. 10 al. 3 let. d LPC: suivre le Conseil des Etats

17.3969 Mo. CSSS-E.

Négociation des tarifs des analyses de laboratoire par les partenaires tarifaires

Conseil national: 19 septembre 2018

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

Cette revendication renforcerait le rôle des partenaires tarifaires et la concurrence. En effet, il serait opportun de leur permettre de négocier les prix à la place que l'Etat les fixe. Par ailleurs, si une tarification maximale est fixée légalement, les laboratoires n'ont aucun incitatif à conclure des conventions avec des prix inférieurs avec les assureurs-maladie. Les critères EAE selon l'art. 32 LAMal doivent par ailleurs être respectés. La qualité des analyses et la sécurité des patients doivent également rester garantis. Dans le cas contraire, les effets à moyen/long terme pourraient être négatifs.

Recommandation

- > Acceptation

18.3387 Mo. CSSS-N.

LAMal. Permettre des programmes judicieux de gestion des patients

Conseil national: 19 septembre 2018

Cette motion charge le Conseil fédéral de modifier la LAMal de manière à ce que les prestations fournies dans le cadre de programmes de gestion des patients («Disease Management») puissent être rémunérées.

Les programmes de «Disease Management» devraient être soutenus, puisqu'ils permettent une meilleure efficacité et une meilleure qualité dans la prise en charge des assurés malades chroniques. Ils devraient dès lors avoir une influence positive sur les coûts.

Toutefois, il convient de ne pas permettre la prise en charge de prestations en dehors du catalogue des prestations reconnues pour l'AOS. En effet, tous les assureurs sont tenus de ne rembourser que les prestations reconnues. La modification proposée affaiblirait les principes d'égalité de traitement, de solidarité et de légalité. Il faut plutôt examiner l'efficacité et l'adéquation de ces prestations non obligatoires dans le cadre des programmes HTA, etc. et, le cas échéant, présenter une demande de reconnaissance au catalogue des prestations

Recommandation

- > Refus

18.3388 Mo. CSSS-N.

Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables

Conseil national: 19 septembre 2018

Avec l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, le Parlement a choisi de renforcer la concurrence entre établissements stationnaires et le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse.

Afin de respecter cette volonté, il est nécessaire de définir correctement les tarifs de référence. Ces derniers doivent ainsi se baser, si possible, sur les tarifs réellement appliqués dans le canton de domicile (hôpital fournissant les mêmes prestations).

Recommandation

- > Acceptation

18.3709 Mo. CSSS-N.

Établissement des listes cantonales des hôpitaux et des EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie

Conseil national: 19 septembre 2018

Cette motion demande de créer les bases légales pour que les assureurs-maladies ou leurs associations faitières puissent recourir contre les planifications hospitalières décidées par les cantons.

En effet, depuis 2010, le TAF a argumenté que les désavantages financiers que les assureurs-maladie étaient susceptibles de subir en cas de mauvaise planification hospitalière, de même que la poursuite d'intérêts publics, ne représentaient pas des intérêts suffisamment concrets et directs pour qu'ils soient légitimés à recourir contre ces décisions.

Les assureurs sont des acteurs intéressés au nombre et à la qualité des prestataires admis, qui influencent directement les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ils jouent le rôle d'avocats des assurés et défendent leurs intérêts pour contenir les coûts.

Dans le cadre de la discussion sur l'introduction d'un financement uniforme, les cantons demandent, en échange d'un cofinancement, des instruments de pilotage dans le secteur ambulatoire. Le même argument aurait dû être utilisé depuis longtemps pour impliquer les assureurs dans le pilotage du domaine stationnaire.

Recommandation

- Acceptation

18.3710 Mo. CSSS-N.

Produits figurant sur la LiMA. Prise en compte par les prestataires de soins

Conseil national: 19 septembre 2018

Cette motion charge le Conseil fédéral de créer les conditions juridiques nécessaires pour que les prestataires des soins visés à l'art. 25a LAMal puissent facturer les produits figurant sur la LiMA aussi bien lorsqu'ils sont utilisés par la personne assurée elle-même que lorsqu'ils sont utilisés par le personnel infirmier. Selon la jurisprudence fédérale, les produits LiMA utilisés dans le processus normal de soins ou par le personnel professionnel ne sont pas facturables en plus, mais font partie des contributions de soins des assureurs-maladie. L'OFSP a fait évaluer en 2016 et 2017, par une instance externe, le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur au début 2011. La vérification de la neutralité des coûts a montré la nécessité d'adapter légèrement à la hausse les contributions des assureurs-maladie fixées à l'époque pour les EMS et légèrement à la baisse celles pour les soins à domicile. Ces adaptations font partie d'une procédure de consultation en cours.

Selon son communiqué de presse du 4 juillet 2018, le DFI invitera prochainement les différents acteurs à une table ronde pour aborder les questions, si et comment les contributions de l'AOS aux prestations de soins peuvent être ajustées à l'évolution des coûts. Par conséquent, cette motion est superflue et peut être refusée.

Recommandation

- Refus

17.306 Iv. ct. Genève.

Pour une gestion équitable des réserves LAMal

17.319 Iv. ct. Jura.

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

Conseil national: 25 septembre 2018

Ces initiatives cantonales souhaitent instaurer la transmissibilité des réserves lors du passage d'assurés d'une caisse-maladie à une autre.

Contrairement à la prévoyance professionnelle selon la LPP, l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est financée 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

Conseil des Etats

17.3942 Mo. Tornare Manuel, PSS.

Médicaments à l'unité. Osons un test!

Conseil des Etats: 18 septembre 2018

Le Conseil fédéral est invité à créer les bases nécessaires pour permettre une phase de test pour la vente à l'unité de certains médicaments.

La vente au détail d'antibiotiques aurait un effet positif sur la résistance aux antibiotiques.

Cette solution pourrait également être une réponse au problème du gaspillage des médicaments, qui est coûteux pour le public. Selon l'Office fédéral de l'environnement, 30% des médicaments achetés en Suisse ne sont pas consommés.

Enfin, toutes les mesures, qui permettent de réduire les coûts à la charge de l'AOS, doivent être soutenues.

Recommandation

- Acceptation

18.3512 Mo. Stöckli Hans, PSS.

Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patientse

Conseil des Etats: 18 septembre 2018

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre une modification de la LAMal qui prévoit que les patients, qui doivent prendre simultanément au moins trois médicaments, ont le droit d'obtenir un plan de médication.

A partir de cinq substances prises de manière concomitante, les interactions deviennent plus difficiles à maîtriser et le risque d'effets secondaires augmente. En Europe, on dénombre ainsi chaque année 8,6 millions d'hospitalisations en urgence causées par des médicaments. Le problème des interactions entre médicaments est donc important et le deviendra encore plus en raison du vieillissement de la population.

Avec cette proposition, les mauvaises interactions entre médicaments pourraient être empêchées. En outre, des coûts supplémentaires à la charge de l'AOS pourraient également être évités. Cette motion devrait ainsi être soutenue.

Recommandation

➤ Acceptation

18.3425 Mo. Bischof Pirmin, PDC.

Supprimer la hausse brutale des coûts à la charge des cantons, des communes et des organisations de soins à domicile en adaptant les coûts du matériel de soins

Conseil des Etats: 18 septembre 2018

Cette motion charge le Conseil fédéral d'augmenter les contributions de l'AOS, qui sont fixés à l'art. 7a al. 3 OPAS. Ces tarifs doivent prendre en compte l'augmentation effective des coûts des soins ainsi que de l'utilisation des moyens et des appareils.

Selon la jurisprudence fédérale, les produits LiMA utilisés dans le processus normal de soins ou par le personnel professionnel ne sont pas facturables en plus, mais font partie des contributions de soins des assureurs-maladie. L'OFSP a fait évaluer en 2016 et 2017, par une instance externe, le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur au début 2011. La vérification de la neutralité des coûts a montré la nécessité d'adapter légèrement à la hausse les contributions des assureurs-maladie fixées à l'époque pour les EMS et légèrement à la baisse celles pour les soins à domicile. Ces adaptations font partie d'une procédure de consultation en cours.

Selon son communiqué de presse du 4 juillet 2018, le DFI invitera prochainement les différents acteurs à une table ronde pour aborder les questions, si et comment les contributions de l'AOS aux prestations de soins peuvent être ajustées à l'évolution des coûts. Par conséquent, cette motion est superflue et peut être refusée.

Recommandation

➤ Refus

Votre contact au Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch
