

Points de vue de la CSS concernant les sujets importants de la politique de la santé

1. Caisse unique (cantonale)

Le peuple suisse a rejeté plusieurs fois l'idée d'une caisse unique étatique. La dernière fois, le 28 septembre 2014, par 61,8% de voix contraires, le peuple suisse a nettement rejeté l'initiative pour une caisse publique d'assurance-maladie. Cela montre donc que la population tient toujours clairement à un système de santé basé sur la libre concurrence et financé solidairement. A l'automne 2017, une initiative populaire en faveur des caisses uniques cantonales a été lancée en Suisse romande. Finalement, l'initiative n'a pas abouti en raison d'un nombre insuffisant de signatures. Le canton de Neuchâtel a lancé un projet de loi identique en 2020 sous la forme d'une initiative cantonale, Mais le Parlement a rejeté la nouvelle version de caisse unique cantonale. Ces derniers mois, le débat relatif à une caisse unique publique a été ravivé. Ainsi, en août 2023, les délégués et déléguées du PS se sont penchés sur le lancement d'une nouvelle initiative en faveur d'une caisse unique étatique. L'initiative prévoit que chaque canton dispose de sa propre caisse-maladie publique, avec la possibilité de créer des caisses intercantionales. Les primes seraient liées à la capacité économique et ne devraient pas excéder 10% du revenu disponible.

La CSS s'oppose à la caisse unique, qu'elle soit fédérale, régionale ou cantonale. La concurrence entre les assureurs-maladie entraîne aujourd'hui un niveau qualitatif élevé et un contrôle efficace des factures, qui permet de réaliser des économies sur les prestations fournies inutilement, au profit des payeurs de primes. En outre, les personnes assurées peuvent opter pour une multitude d'offres innovantes et bénéficier de rabais de prime en choisissant un modèle alternatif d'assurance. Dans un tel système de caisse unique, elles perdraient cette liberté de choix et ainsi la possibilité prévue par la loi de changer d'assurance-maladie. Il est en outre probable qu'avec une institution ayant le monopole, où aucune concurrence ne s'exercerait, les frais administratifs augmenteraient. Enfin, l'idée d'une caisse unique poursuit l'objectif de réduire massivement les réserves, ce qui compromettrait la stabilité financière de l'institution, même en cas de petites erreurs d'estimation de l'évolution des coûts. Une telle position critique sur le plan financier ne pourrait être corrigée que par des augmentations de primes massives, ou avec l'argent du contribuable.

2. Surveillance de l'assurance complémentaire (FINMA)

L'autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA) exerce entre autres la surveillance de l'assurance-maladie complémentaire. Elle contrôle que les primes prévues respectent un certain cadre garantissant, d'une part, la solvabilité des différents organismes d'assurance et, d'autre part, la protection des personnes assurées contre les abus. Les assureurs ne peuvent proposer leurs produits qu'une fois que la FINMA a approuvé les primes.

La protection des personnes assurées contre les abus est une préoccupation centrale et incontestée de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). La loi n'a jamais défini avec précision ce qu'il faut comprendre par abus. La conception actuelle des abus par la FINMA et les interventions qui en résultent dans la liberté d'entreprise et l'autonomie contractuelle des assureurs vont toutefois très loin.

La CSS reconnaît l'importance d'une surveillance politiquement indépendante et transparente. Néanmoins, les assurances-maladie complémentaires sont surveillées selon des critères plus rigoureux que les autres assurances de dommages. La CSS revendique ici une égalité de traitement et refuse des interventions dans la liberté de décision entrepreneuriale, qui repose sur des bases légales insuffisantes. Elle s'engage pour des conditions-cadres qui laissent une marge de manœuvre suffisante pour des possibilités d'assurance individuelles et innovantes.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de l'assurance complémentaire dans le numéro 2/2021 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

3. Soins intégrés

L'encouragement des soins intégrés est et reste une préoccupation centrale de la CSS. Les soins intégrés veulent régler de manière contractuelle le pilotage des patient/es tout au long du traitement, ce qui améliore la qualité du traitement et entraîne des économies sur les coûts de prestations. Les clientes et clients bénéficient d'une meilleure qualité et de coûts moins élevés du fait de l'efficacité du traitement. La mise en œuvre de la compensation des risques optimisée renforce les incitations à étendre les modèles de soins intégrés. Comme autre possibilité de promouvoir les soins intégrés, la CSS Assurance entrevoit l'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires permet d'accorder des rabais supplémentaires dans les modèles des soins intégrés, ce qui les rend plus attrayants. Il convient en revanche d'éviter une définition trop étroite des soins intégrés dans la loi, car elle pourrait empêcher la mise en œuvre d'idées innovantes.

La CSS reconnaît la volonté du Conseil fédéral de continuer de promouvoir les soins intégrés dans le cadre du deuxième volet de mesures pour atténuer la hausse des coûts. On peut saluer sur le principe l'objectif du Conseil fédéral de garantir la coordination des soins par des réseaux, tout au long de l'itinéraire thérapeutique. La CSS dispose déjà des moyens de satisfaire à l'exigence du Conseil fédéral relative à la coordination du traitement tout au long de la chaîne de soins et estime qu'il est plus judicieux d'organiser la collaboration sous la forme de partenariats tarifaires.

En outre, les personnes assurées bénéficient aujourd'hui déjà de conventions favorables passées entre les partenaires tarifaires: Près de 70% des personnes assurées ont déjà opté pour une limitation du choix de leur fournisseur de prestations. Pour elles, des coûts corrigés du risque inférieurs sont enregistrés, ce qui signifie que cette restriction permet effectivement de réaliser des économies. Pour renforcer les modèles efficaces, il serait important de mettre directement en relation la coordination et les économies sur les coûts des prestations et de transformer ce lien en rabais accordés. Ainsi, l'importance du rabais accordé pour un modèle doit dépendre encore plus fortement de son résultat sur le plan de la coordination. Cette possibilité est déjà prévue par le cadre légal actuel, mais l'autorité de surveillance ne la réclame pas et ne la met pas en œuvre avec suffisamment de force. Naturellement, les modèles de Managed Care classiques ont pris de l'âge. Ils offrent trop peu d'incitations économiques aux fournisseurs de prestations pour coordonner l'ensemble du parcours thérapeutique. Le numérique précisément offre d'autres possibilités de networking, allant bien au-delà des médecins de premier recours, concrètement par exemple au moyen d'une plateforme en ligne comme Well, qui garantit des soins intégrés numériques.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des soins intégrés dans le numéro 2/20 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

4. Compensation des risques

Un système d'assurance obligatoire avec obligation d'admission et prime unique exige une compensation des risques qui fonctionne parmi les assureurs. Sinon, les incitations sont trop grandes à conserver dans l'effectif le plus possible de «bons risques» (et le moins possible de «mauvais risques»). Avec la compensation des risques optimisée, la chasse aux personnes en bonne santé et la mise à l'écart des personnes malades perdent leur attrait. C'est la condition d'une concurrence judicieuse centrée sur les coûts de prestations. La CSS a donc accueilli favorablement la nouvelle amélioration de la compensation des risques, qui intégrera un nouveau facteur de morbidité en deux étapes (coût des médicaments à partir de 2017 et groupe de coûts pharmaceutiques à partir de 2020). Le système actuel de la compensation des risques a fait ses preuves et a contribué à une consolidation sur le marché de l'assurance-maladie; une extension supplémentaire n'est pas indiquée.

En 2023, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR). La modification de l'ordonnance permet de compléter les statistiques du marché global sur la compensation des risques par des informations supplémentaires (mois d'assurance, prestations brutes, participations aux coûts, etc.). Ainsi, les assureurs pourront mieux évaluer la compensation des risques et calculer les primes de l'AOS de façon encore plus adéquate.

5. Financement hospitalier et planification hospitalière

Avec le financement des hôpitaux entré en vigueur en 2012, un changement est survenu. On est passé du principe de remboursement des coûts au système actuel de rémunération basée sur les prestations. Depuis lors, les hospitalisations sont prises en charge au moyen de forfaits orientés sur les prestations. Par conséquent, ce ne sont plus les coûts d'un hôpital qui déterminent le montant du tarif, mais un prix qui est en outre axé sur l'efficacité des hôpitaux. Lors de l'attribution des mandats de prestations pour les prestations stationnaires, les cantons sont tenus de tenir compte de la même manière des prestataires privés et publics. Les patientes et patients ont la possibilité de choisir entre les hôpitaux répertoriés de toute la Suisse. Ainsi, il faut instaurer ou renforcer la concurrence entre les hôpitaux. A long terme il faut que s'établissent sur le marché des prestataires qui fournissent leurs prestations efficacement et avec une qualité suffisante.

Conformément à la Constitution fédérale, la planification hospitalière relève de la compétence des cantons. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) stipule que dans le cadre de cette planification, les cantons contrôlent l'autorisation des hôpitaux selon l'AOS au moyen de listes des hôpitaux (mandats de prestations) tout en tenant compte des critères de planification selon l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal article 58a à 58e). La planification doit intervenir sur la base des besoins et les cantons sont tenus de coordonner entre eux leurs planifications, avec l'objectif clair d'éviter la surmédicalisation, de juguler les coûts et de garantir la qualité nécessaire. A l'exception de quelques coopérations très restreintes géographiquement, une telle coordination intercantonale de la planification hospitalière n'a pas été mise en place à ce jour. Guidée par des intérêts relevant essentiellement de la politique économique et de promotion des sites d'implantation, la planification reste dans une très large mesure cantonnée à l'intérieur des frontières des cantons. Dans la «concurrence» entre cantons, les surcapacités existantes sont maintenues tandis qu'on en crée même d'autres. Le renforcement de son propre site se fait en général par l'encouragement de ses propres hôpitaux (prestations d'intérêt général, investissements, fixation de tarifs de référence trop bas pour les traitements extra-cantonaux, etc.), ce qui, outre la limitation de la liberté de choix, porte préjudice aux autres hôpitaux et entraîne une distorsion de la concurrence. Cette action guidée par la politique économique et de promotion des sites d'implantation se manifeste au travers de la concurrence que se livrent les cantons en matière d'investissements. Au lieu de permettre une maîtrise des coûts, ce genre de planification hospitalière débouche forcément sur une hausse des coûts, car les surcapacités existantes sont refinancées par la surmédicalisation. Les cantons ont manifestement oublié d'exploiter la grande marge de manœuvre dont ils disposent dans le sens d'objectifs supérieurs en matière de politique de la santé. Cela pourrait s'expliquer par leur rôle multiple: ils sont à la fois l'exploitant des hôpitaux, l'autorité de surveillance et l'autorité d'approbation. Il est donc instamment nécessaire de résoudre les conflits d'intérêts existants et d'instaurer une planification hospitalière au niveau régional qui est judicieuse et correspond aux besoins effectifs.

Le Conseil fédéral a entretemps décidé de continuer à harmoniser les exigences en matière de planification des hôpitaux et des EMS en modifiant l'ordonnance. La mesure a servi à augmenter la qualité des soins dans le domaine stationnaire et à freiner les coûts. Le contrôle de l'économicité des hôpitaux doit intervenir de manière homogène sur le plan suisse. Dans le domaine de la qualité, les exigences auxquelles les institutions concernées doivent satisfaire sont réglementées de façon plus précise. De plus, les établissements hospitaliers figurant sur les listes cantonales des hôpitaux ne doivent plus verser de bonus ou de rémunérations liées au volume de prestations. L'objectif est de lutter contre l'augmentation du volume de prestations injustifiée sur le plan médical. Car les cantons sont également tenus d'assurer une meilleure coordination de leur planification des hôpitaux et des EMS. Les nouvelles dispositions relatives aux critères d'autorisation et

à la planification des hôpitaux et des EMS de l'ordonnance sur l'assurance-maladie sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022. La CSS est en principe d'accord avec l'adaptation de l'ordonnance par rapport aux critères de planification. Une uniformisation sur le plan national des critères de planification hospitalière était attendue depuis longtemps. La fixation du système de groupes de prestations, la prise en compte du caractère économique et surtout la pondération plus forte de la qualité des hôpitaux lors de la planification des soins peuvent apporter plus de précisions et contribuer à l'uniformisation des procédures cantonales. L'adaptation de l'ordonnance prévoit en outre le développement de la coordination cantonale, qui encourage le renforcement souhaité de la concentration de l'offre de prestations.

En ce qui concerne les possibilités de pilotage des cantons par la fixation de volumes de prestations maximums, le DFI n'a malheureusement pas donné suite à la revendication de la CSS. Pour les assureurs, il n'est pas possible de vérifier que les quotas fixés au niveau cantonal sont atteints. C'est pourquoi il aurait impérativement fallu s'assurer dans l'ordonnance qu'un canton ne peut pas se libérer de façon unilatérale de son obligation de prise en charge des coûts si un hôpital enfreint une ou plusieurs obligations.

De plus, la CSS accueille favorablement le droit de recours en vigueur depuis le 1er janvier 2024 des associations d'assureurs-maladie contre les planifications hospitalières cantonales.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la planification hospitalière dans le numéro 3/20 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

6. Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)

Alors même que les traitements ambulatoires coûtent souvent moins cher que ceux stationnaires, il est néanmoins fréquent qu'ils soient dispensés de façon stationnaire. Cela s'explique en partie par le financement. Tandis que les traitements ambulatoires sont entièrement financés par les primes des personnes assurées, les traitements stationnaires ne le sont qu'à hauteur de 45% tout au plus. Il en résulte que des interventions sont parfois effectuées en stationnaire, alors qu'elles pourraient être pratiquées en ambulatoire à moindre coût, avec un résultat équivalent sur le plan médical. Un transfert judicieux vers le domaine ambulatoire est de ce fait retardé, et l'évolution des soins intégrés est ainsi freinée. Ces effets pervers peuvent être éliminés grâce à un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). Grâce à l'EFAS, les assureurs-maladie devront à l'avenir rembourser intégralement (100%) les prestations de tous les domaines et les cantons financer sur leur territoire une part des coûts globaux (actuellement au moins 26,9% des coûts globaux) qui correspond à l'actuelle part de financement stationnaire. Ces fonds retournent dans le système, ce qui empêche une augmentation des primes pour les personnes assurées. Tous les acteurs du marché ou les associations qui les représentent soutiennent l'EFAS.

Après 14 ans, le projet EFAS a été accepté par le Parlement lors de la session d'hiver 2023.

- **L'inclusion des soins infirmiers:** le financement uniforme doit également s'appliquer aux soins avec un délai transitoire de sept ans. D'ici là, les partenaires contractuels doivent s'assurer que les tarifs des prestations de soins sont disponibles et qu'ils reposent sur des données et des coûts homogènes et transparents. En revanche, on a renoncé à la condition selon laquelle l'initiative sur les soins infirmiers devait être entièrement mise en œuvre d'ici là.
- **Accès aux données et contrôle des factures:** malgré le changement de système, les cantons doivent continuer d'avoir accès aux factures originales dans le domaine stationnaire. Ils disposent également d'un droit d'opposition. Ainsi, les cantons peuvent contester la prise en charge des coûts par l'assureur si le fournisseur de prestations ne remplit pas les conditions d'admission, si un tarif non admis est appliqué ou si les modalités d'application d'un tarif ne sont pas respectées.

Le projet de loi entrera en vigueur le 1er janvier 2028 pour le domaine des soins aigus et le 1er janvier 2032 pour le domaine des soins. Les syndicats ont déjà annoncé qu'ils saisiraient le référendum contre le projet. On ne sait pas encore si cela va se concrétiser.

La CSS salue l'adoption de cette réforme centrale, qui favorise le transfert vers l'ambulatoire et donne un nouvel élan aux soins intégrés. Dans le même temps, la CSS déplore le maintien du double contrôle des factures dans le domaine stationnaire. Le Parlement n'a ainsi pas réussi à trouver une solution permettant d'exploiter le potentiel d'efficacité de l'EFAS. Dans le cadre des travaux de mise en œuvre, il sera important de veiller à ce que ces contrôles soient aussi simples et non bureaucratiques que possible. Comme plusieurs parlementaires l'ont souligné, il doit s'agir uniquement d'un contrôle formel, et non d'un contrôle EAE par les cantons. L'intégration des soins sans condition plus contraignante en matière de transparence des coûts n'est pas non plus optimale. Les partenaires contractuels sont tenus de créer d'ici 2032 les conditions pour la mise en œuvre de l'EFAS dans le domaine des soins.

En outre, EFAS a comme conséquence que le contrôle des factures des prestations fournies n'est plus effectué deux fois, mais une seule fois par l'assureur, et ainsi qu'il ne dépend plus que d'un seul interlocuteur.

7. Organisation tarifaire pour le secteur ambulatoire (OTMA)

Durant l'été 2021, le Parlement a décidé de la création obligatoire d'une organisation tarifaire pour les tarifs médicaux ambulatoires dans le cadre du volet de mesures 1a pour freiner la hausse des coûts. Il est important de mettre sur pied cette organisation tarifaire, car cette dernière veillera à l'avenir à ce que les structures tarifaires ambulatoires soient constamment mises à jour et au besoin adaptées. Les partenaires tarifaires se sont tous regroupés pour créer l'Organisation des tarifs médicaux ambulatoires SA (OTMA SA) le 15 novembre 2022. Avec l'admission de curafutura en tant que membre à part entière de SwissDRG SA (en mars 2023), les partenaires clés sont représentés dans les deux organisations tarifaires.

Les demandes d'approbation indépendantes respectives du TARDOC et des forfaits ambulatoires ont été remises le 1er décembre 2023. A partir de 2024, l'OTMA devrait être entièrement opérationnelle, et dès qu'ils auront été approuvés, les systèmes tarifaires seront transmis dans leur intégralité à l'OTMA. La société ats-tms SA a été liquidée.

8. Forfaits ambulatoires

Il est question des forfaits de prestations ambulatoires dans le débat public à cause du premier volet de mesures, et plus précisément de l'ancrage légal de structures tarifaires forfaitaires nationales et d'une organisation tarifaire s'y rapportant pour le secteur ambulatoire (voir point de vue relatif à l'organisation tarifaire ambulatoire OTMA). En complément du TARMED, il existe actuellement de multiples forfaits ambulatoires fixés contractuellement, ce qui fonctionne bien dans la pratique. Fin 2023, les partenaires de la nouvelle société OTMA SA ont chacun soumis leur structure tarifaire au Conseil fédéral pour approbation: curafutura, SWICA et la FMH ont déposé le TARDOC, tandis que santésuisse et Hplus ont présenté une structure forfaitaire ambulatoire. Après l'approbation de deux premières versions, les structures tarifaires seront optimisées au sein d'OTMA SA.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des forfaits ambulatoires dans le numéro 3/21 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

9. Financement des soins

Le nouveau régime de financement des soins et son entrée en vigueur le 1er janvier 2011 traduit une volonté politique d'atteindre deux objectifs majeurs: premièrement, prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'AOS, puisque l'assurance prenait en charge de façon croissante, avant le nouveau régime, des soins dus à l'âge, et deuxièmement, améliorer la précarité sociale de certaines catégories de personnes nécessitant des soins. Les éléments phare de cette nouvelle réglementation, qui jouent un rôle déterminant pour la réalisation des objectifs, sont la limitation des contributions de l'AOS aux prestations de soins, la limitation de la participation des patient/es et le transfert du financement résiduel des prestations de soins aux cantons, de même que d'autres mesures de politique sociale (augmentation du montant de la fortune librement disponible pour avoir droit à des PC de l'AVS, introduction d'une allocation pour impotents dans l'AVS pour les personnes vivant à domicile et présentant une impotence légère et obligation pour les cantons de veiller à ce que les séjours en EMS n'entraînent pas de dépendance de l'aide sociale en général). Ces réglementations entraînent forcément des charges supplémentaires pour les cantons et les communes, ce qui traduit une volonté politique. Le rapport d'évaluation sur le nouveau régime de financement des soins publié en juillet 2018 montre que son premier objectif principal, à savoir la limitation de l'augmentation de la charge financière pesant sur l'AOS, a été atteint. Les dépenses de l'assurance obligatoire des soins en faveur des soins se sont stabilisées et la part des coûts des soins financée par les primes n'a donc pas augmenté. Le deuxième objectif principal, à savoir l'amélioration des situations difficiles, du point de vue de la politique sociale, des personnes nécessitant des soins, n'a que partiellement été atteint. Des carences dans la mise en application de la réforme du financement existent notamment au niveau du financement résiduel des coûts des soins par les cantons, qui n'est pas satisfaisant, et au niveau de la délimitation insuffisante entre les coûts des soins fournis par les prestataires selon qu'ils soient ou non pris en charge par la LAMal, d'où la nécessité d'agir à ce niveau. En plus de cela, la délimitation de la participation des patient/es n'a pas été respectée systématiquement. Dans leur majorité, les cantons se sont certes acquittés de leur obligation d'éviter que des personnes ne dépendent de l'aide sociale en séjournant dans un EMS, mais il y a des indications de cas spécifiques qui ne devraient plus se produire et sont donc le signe d'une mise en application lacunaire par certains cantons.

En 2017, deux jugements du tribunal administratif fédéral (C-3322/2015 et C-1970/2015) ont estimé que le remboursement du matériel de soins par les assureurs-maladie fixé au préalable dans des conventions de prestations était illégal. Cela a aggravé la situation financière, notamment des fournisseurs de prestations travaillant en ambulatoire, alors même qu'il n'y a pas de lacune de financement effective et que la prise en charge serait assurée si les cantons s'acquittaient entièrement de leur obligation légale (arrêt TF 9C_446/2017) de financement des coûts résiduels. Indépendamment de cela, le Conseil fédéral a introduit une nouvelle réglementation concernant le remboursement du matériel de soins à partir du 1er octobre 2021 en modifiant à la fois la loi, l'ordonnance et la liste des moyens et appareils (LiMA). Les dispositions prévoient qu'à l'avenir, le matériel de soins selon la LiMA, tant dans le domaine des soins ambulatoires que dans celui des EMS, sera entièrement remboursé par l'assurance obligatoire des soins (AOS), indépendamment de savoir si le matériel est utilisé par la personne assurée elle-même ou par une professionnelle ou un professionnel de la santé. Du fait de cette nouvelle réglementation, 65 à 100 millions de francs viendront grever en plus l'AOS, et les cantons seront déchargés à hauteur du même montant.

En raison de la pression des coûts croissante liée à la démographie, les cantons et les communes critiquent de plus en plus le système de financement actuel, remettent en question sa viabilité financière et augmentent la pression politique pour que ce système soit adapté, voire transformé. Cela se reflète au travers des interventions politiques lancées régulièrement. La CSS estime, notamment par rapport aux adaptations déjà apportées, qu'il n'est pas nécessaire de modifier la loi, ni d'apporter des changements fondamentaux au modèle de financement (p. ex. dans le sens d'une assurance obligatoire des soins).

La garantie de l'approvisionnement dans le domaine des soins de longue durée et pour les personnes âgées ainsi que son financement sont et restent l'une des missions de politique sociale de l'Etat. Quel que soit le

modèle de financement, les anciennes sources de financement ne peuvent pas être élargies (impôts, primes, propre participation directe / propre financement). Les modèles de financement alternatifs ne changent rien au besoin de financement. Ils modifient simplement les organismes-payeurs ou leurs contributions à la prise en charge des coûts. Dans cette optique, avant tout changement de modèle, il faut répondre à des questions de compatibilité sociale et de solidarité.

Le maintien du système de contribution actuel atteint de plus en plus ses limites au niveau politique, car les charges pesant sur les cantons et les communes, qui sont dues à l'évolution du volume et à la hausse des coûts, augmentent de façon disproportionnée. Les coûts des soins seront intégrés dans l'EFAS avec un délai transitoire de sept ans. D'ici là, les partenaires contractuels doivent garantir que les tarifs des prestations de soins reposent sur une base de données et de coûts uniforme et transparente. Ainsi, un système de financement solidaire est maintenu et cela fait taire les revendications relatives à un changement radical du modèle de financement (assurance des soins, compte d'épargne soins, etc.).

10. Prévention

La CSS en tant que partenaire santé se mobilise en faveur d'un comportement responsable de toutes les personnes assurées. Cela englobe aussi une attitude de nature à promouvoir la santé et des mesures préventives. La CSS met des produits et des services à la disposition des personnes assurées.

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé présente des lacunes: par rapport aux trois piliers des soins de santé médicaux (traitement, réadaptation et soins), la prévention et la promotion de la santé ne sont que partiellement ancrées dans la loi; aujourd'hui, cette répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les assureurs n'a pas été clarifiée définitivement. En conséquence, dans de nombreux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, le pilotage et la coordination sont insuffisants, tout comme la transparence au niveau des offres et des prestations. La Confédération doit limiter ses activités au mandat défini à l'art. 118 de la Constitution fédérale. Cela englobe la lutte contre les maladies transmissibles, l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé, ainsi que la protection contre les rayons ionisants. Dans le domaine de l'assurance-maladie et accidents, la prévention incombe en revanche aux assureurs et aux cantons. Ceux-ci gèrent de jure des institutions financées par les primes (fondation Promotion Santé Suisse, bureau de prévention des accidents), qui mettent en œuvre et coordonnent des mesures de promotion de la santé ou de prévention des accidents professionnels et non professionnels, ainsi que des maladies professionnelles. Les cantons sont responsables de l'ancrage légal et, en collaboration avec les communes, de la mise en œuvre de mesures de prévention et de promotion de la santé.

La CSS estime que dans le système actuel, il convient d'attacher plus d'importance à la prévention et à la promotion de la santé. De plus, les assureurs-maladie doivent être habilités à soutenir les personnes assurées par des mesures individuelles de promotion de la santé, au-delà du cadre légal actuel de la prévention médicale. L'aspect de l'accompagnement individuel pour éviter les maladies, mais aussi en cas de maladie, a une importance croissante. La CSS veut contribuer encore plus fortement à améliorer le bien-être et la santé de ses clientes et clients. Elle est favorable à une proposition discutée dans le cadre du deuxième volet de mesures, qui doit permettre l'utilisation des données relatives aux personnes assurées pour les informer individuellement au sujet des mesures préventives et des comportements contribuant à la réduction des coûts de la santé. L'objet est en cours de délibération.

Du point de vue de la CSS, les redevances de prévention financées par les primes doivent remplir les conditions suivantes: l'utilité de ces mesures doit pouvoir être attestée et elles doivent avoir un lien direct avec les affaires d'assurance-maladie. En principe, les assureurs doivent encore avoir eux aussi la possibilité d'agir pour le bien de leurs personnes assurées au moyen d'incitations en faveur de mesures de prévention facultatives.

11. Promouvoir la responsabilité individuelle

La CSS s'engage pour que les coûts de la santé ne croissent pas davantage. Il n'y a pas de recette miracle face à ce problème, mais des ébauches de solution, dont l'une d'elles est l'encouragement de la responsabilité individuelle des patient/es. En assumant une plus grande responsabilité individuelle, les patientes et patients peuvent contribuer à ce que l'augmentation des coûts de la santé soit moins forte. Dans l'assurance obligatoire, il existe deux piliers principaux par le biais desquels les patient/es peuvent assumer leur responsabilité individuelle. Il y a d'une part les modèles alternatifs d'assurance, dans lesquels on les engage par exemple à agir selon les recommandations du médecin de famille / du réseau de médecins. De ce fait, la personne assurée est guidée efficacement à travers le système de santé, elle bénéficie de meilleurs soins et les frais de traitement superflus lui sont évités. D'autre part, la responsabilité individuelle est complétée par le système judicieux de la participation aux coûts. Plus particulièrement, les différents niveaux de franchise réduisent la sollicitation des prestations et ont ainsi un effet incitatif en termes d'économies. En tant que partenaire santé, la CSS aide les personnes assurées chez elle à avoir un comportement responsable en cas de maladie («guérir» et «vivre avec une maladie»). Avec le Symptom Checker de l'appli Well, les personnes assurées disposent par exemple d'un service numérique développé par des médecins spécialisés et des informaticien/nes médicaux. Le Symptom Checker vérifie les symptômes de la maladie et émet une recommandation à l'intention de la personne assurée lui indiquant si elle doit ou non consulter le médecin, se rendre à la pharmacie ou l'hôpital. Et si tel n'est pas le cas, des conseils lui sont dispensés sur la manière de traiter les problèmes de santé.

Selon la CSS, les offres et produits de prévention («guérir»), par exemple à l'aide d'applications, représentent un moyen important de promouvoir la responsabilité individuelle. Aujourd'hui, cela concerne notamment l'assurance complémentaire. Dans l'assurance de base, la CSS estime qu'il faut respecter les critères suivants afin de ne pas enterrer le principe de la solidarité et la compensation des risques: l'offre doit être facultative et avoir un lien avec la conclusion facultative d'un modèle alternatif d'assurance. Dans ce contexte, elle doit être ouverte à l'ensemble des personnes assurées, indépendamment de leur état de santé et de leur âge, et être applicable de manière profitable pour toutes et tous. Les clientes et clients faisant attention à leur santé ne doivent pas être récompensés par des rabais de primes supplémentaires ou d'autres avantages pécuniaires. Une récompense via une réduction de la participation aux coûts en cas de sollicitation éventuelle de prestations tient lieu d'exception.

Il manque aujourd'hui un mandat concret pour coordonner les dispositions légales spéciales relatives à la prévention et à la promotion de la santé, à l'ancrage des principes communs et des objectifs ainsi qu'à l'ancrage légal de partenariats éventuels. Du point de vue de la CSS, un tel mandat serait important pour soutenir la promotion de la santé ciblée, pour sensibiliser et ainsi pour renforcer la responsabilité individuelle des personnes assurées.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la responsabilité individuelle dans le numéro 1/2019 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

12. Structures tarifaires

La CSS se mobilise en faveur du développement actif des structures tarifaires (notamment TARDOC, RBP, physiothérapie, structures tarifaires stationnaires). Ce faisant, elle se détermine en fonction de la primauté de l'objectivité et défend une séparation rigoureuse entre structure et prix. Les structures tarifaires doivent refléter l'état actuel de la médecine, la fourniture de prestations conforme au critère du caractère économique et tenir compte de l'évolution des structures de soins. Elle s'oppose donc aux révisions inadéquates, qui s'appuient sur des motivations purement financières. La CSS considère que l'autonomie tarifaire et un

partenariat tarifaire qui fonctionne bien sont des éléments importants du système de la libre concurrence et soutient tous les efforts entrepris pour amener des solutions par la négociation, mais elle soutient aussi les interventions subsidiaires du Conseil fédéral lorsque l'autonomie tarifaire ne débouche sur aucune solution adéquate et acceptable pour les payeurs/-euses de primes.

13. TARDOC

Le TARMED est depuis 2004 la structure tarifaire uniforme sur le plan national pour les prestations médicales ambulatoires dans les cabinets médicaux et à l'hôpital. Ces 15 dernières années, TARMED n'a pas subi de mises à jour importantes. En conséquence, il ne reflète plus correctement les progrès réalisés dans les domaines technique et médical. Via le TARMED, les médecins et les hôpitaux facturent leurs prestations à hauteur de 12 milliards de francs par année. Les partenaires tarifaires curafutura, FMH et CTM ont considéré que la situation n'était plus tenable avec l'ancien tarif désuet TARMED, qui n'était plus adéquat, et ces dernières années, ils ont donc travaillé intensément à l'élaboration d'un nouveau tarif à la prestation appelé TARDOC.

La CSS considère qu'il est nécessaire de revoir globalement le partenariat tarifaire du TARMED. La structure tarifaire existante TARMED incite les fournisseurs de prestations à adopter de mauvais comportements, ce qui a des conséquences négatives sur l'efficacité des coûts et la qualité des prestations.

En juillet 2019, la situation se présentait de la manière suivante: la FMH et curafutura avaient soumis pour approbation pour la première fois une proposition tarifaire élaborée conjointement avec la commission des tarifs médicaux CTM pour l'assurance-accidents, invalidité et militaire. En juin 2022, le Conseil fédéral s'est une nouvelle fois abstenu d'approuver le TARDOC. Il a cependant envisagé de l'approuver une fois que ses revendications précises relatives à la neutralité des coûts auront été satisfaites et qu'un plan aurait été établi pour remédier aux autres lacunes signalées selon le rapport d'évaluation. Le TARDOC est établi en tant que structure tarifaire à la prestation et il est susceptible d'être approuvé. Il n'est plus prévu de remanier le TARDOC avant son approbation par le CF. Après de légères adaptations allant dans le sens des exigences du Conseil fédéral, les travaux sont maintenant terminés, y compris le plafonnement de la croissance des coûts à 2% par an jusqu'à l'introduction de tarifs forfaitaires complémentaires. Fin 2023, le TARDOC a été soumis dans sa version actuelle (1.31) au Conseil fédéral pour une approbation et une entrée en vigueur au 1er janvier 2025.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet du partenariat tarifaire dans les numéros 2/17 et 3/21 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

14. Qualité

La garantie d'une bonne qualité et l'élaboration de systèmes de qualité (critères, indicateurs, etc.) ainsi que la mesure et la présentation de ces mesures sont primordiales si l'on veut avoir un système de santé efficace et sont avant tout du ressort des fournisseurs de prestations. Outre la qualité des processus et des structures, des mesures de la qualité et des indications doivent notamment garantir la transparence quant à la qualité entre les fournisseurs de prestations. Cette transparence constitue un critère important en matière de concurrence.

La CSS s'engage, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle loi sur la qualité (art. 58 LAMal), pour que la qualité de la fourniture des prestations dans le système de santé suisse soit analysée et attestée de manière transparente. Les règles relatives au développement de la qualité et à la transparence sur cette dernière doivent être contraignantes et être assorties d'un système de sanctions. La mise en œuvre du nouvel article de loi sur la qualité (art. 58 LAMal) s'avère toutefois complexe, car les associations de fournisseurs de

prestations et celles d'assureurs-maladie doivent préserver la neutralité des coûts. La transparence dans le domaine de la qualité désormais obtenue doit permettre aux payeurs/-euses de primes de comparer les différentes offres des fournisseurs de prestations et aux partenaires tarifaires de créer une concurrence qualitative en plus de la concurrence en matière de prix.

15. Prix et marges des médicaments

En ce qui concerne l'autorisation des médicaments et la fixation de leur prix, il existe actuellement diverses incitations inopportunes ou réglementations inadéquates. De ce fait, les médicaments en Suisse coûtent toujours plus cher qu'à l'étranger, et il n'est pas possible de parer aux exigences de prix disproportionnées de l'industrie.

Ces prochaines années, beaucoup de nouveaux médicaments onéreux seront autorisés. On peut s'interroger au sujet de notre capacité à les financer et des mesures pour freiner l'évolution des dépenses de médicaments. Les systèmes réglementaires actuels ne sont pas conçus pour représenter de nouveaux phénomènes comme la personnalisation de la médecine, la gestion du manque de données probantes (incertitude) ou les produits combinés.

Les futurs modèles de prix devront s'adapter à ces défis.

Les principes suivants sont importants:

- Flexibilisation des règles tarifaires: le système réglementaire est constamment adapté aux défis actuels (p. ex. résoudre la problématique liée aux combinaisons). En l'absence de données probantes claires, les produits doivent être admis sur la liste des spécialités (LS) pour une durée déterminée avec des conditions et un prix bas (Managed-Entry-Schemes). Si les conditions ne sont pas remplies ou si les données probantes sur l'efficacité ne peuvent pas être fournies après coup, les produits doivent être supprimés de la LS. La proposition faite par le Conseil fédéral dans le deuxième volet de mesures va dans cette direction. Il est possible de s'accommoder d'une certaine opacité dans la flexibilisation de la fixation des prix. On pourrait par exemple admettre que les prix nets n'apparaissent plus sur la liste des spécialités. Toutefois, les prix nets doivent dans tous les cas être d'office portés à la connaissance des organismes-payeurs, et dans l'idéal aussi des fournisseurs de prestations. Une opacité totale telle que proposée avec la solution du fonds n'est pas une option du point de vue des personnes assurées et de celles qui paient des primes ainsi que de la bonne gouvernance. Elle doit donc être refusée.
- Elaboration et mise en œuvre d'un système de fixation des prix différencié: dans le cadre d'un tel système, la prévalence et l'impact budgétaire doivent entrer en ligne de compte. Cela signifie que si un produit est utilisé à grande échelle ou si son administration est élargie, un prix bas doit être fixé pour celui-ci, ou son prix doit baisser. En revanche, la fixation des prix ne doit pas se calquer sur le bénéfice théorique d'un produit sur le plan économique, car cela conduit à des niveaux de prix qu'une assurance sociale ne parvient pas à financer, une situation qui ne se retrouve sur aucun autre marché.

Actuellement, seule l'entreprise qui a présenté la demande peut faire recours contre une décision d'autorisation ou de fixation des prix de l'OFSP. Les assureurs-maladie en tant qu'organismes-payeurs ne peuvent donc pas réagir pour défendre les intérêts de leurs client/es lorsque, malgré un caractère EAE contestable, un médicament est admis dans le catalogue des prestations ou lorsque son prix est jugé trop élevé et injustifié. La CSS prône donc, tout comme le groupe d'expert/es institué par le Conseil fédéral pour maîtriser la hausse des coûts, un système dans lequel un droit de recours pour les parties prenantes (assureurs, consommateurs/-trices / patient/es) soit introduit lors de la fixation du prix d'un médicament.

Une rémunération réglementée contractuellement de la part relative à la distribution qui serait négociée avec les fournisseurs de prestations selon les canaux ne peut malheureusement pas être mise en œuvre actuellement d'un point de vue politique. Depuis un certain temps, la Confédération voulait soumettre la part relative

à la distribution pour les médicaments à une nouvelle réglementation. Dans cette optique, le DFI avait élaboré en 2022 une proposition avec les parties prenantes. En décembre 2023, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance modifiant la part relative à la distribution:

L'adaptation de la part relative à la distribution repose sur deux mesures: d'une part, le modèle de calcul de la part relative à la distribution des médicaments soumis à ordonnance est adaptée, et d'autre part, une part relative à la distribution uniforme est introduite pour les médicaments contenant le même principe actif. Jusqu'à présent, la part relative à la distribution des médicaments plus onéreux était supérieure à celle des médicaments meilleur marché, d'où l'incitation à remettre des médicaments plus chers. Désormais, une part relative à la distribution uniforme s'applique pour les médicaments contenant le même principe actif. Ainsi, la rémunération des fournisseurs de prestations est toujours la même, indépendamment du fait qu'ils délivrent une préparation originale plus onéreuse ou un générique meilleur marché. Grâce à l'adaptation du modèle de calcul de la part relative à la distribution, la part relative à la distribution, et avec elle le prix de vente, diminueront pour les médicaments plus coûteux, et ils augmenteront pour les médicaments meilleur marché. Ces mesures visent à promouvoir la remise de médicaments meilleur marché, notamment de génériques et de biosimilaires. Des économies globales de l'ordre de 60 millions de francs sont escomptées. Les dispositions sur la part relative à la distribution entreront en vigueur le 1er juillet 2024.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des médicaments dans les numéros 1/16, 3/22 et 1/24 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

16. Remboursement au cas par cas selon les art. 71a à 71d OAMal

Le remboursement au cas par cas selon les art. 71a à 71d OAMal représente une possibilité importante pour les patientes et patients d'accéder à des traitements vitaux, pour lesquels aucune autorisation n'a encore été délivrée. Néanmoins, les demandes de remboursement ont fortement augmenté ces dernières années, et on ne peut plus parler de caractère individuel. La CSS salue donc les efforts du Conseil fédéral pour optimiser les procédures d'évaluation au cas par cas et pour réduire le nombre de cas dans ce domaine.

Pour conférer à nouveau de plus en plus son caractère individuel à l'évaluation au cas par cas, la CSS fait valoir deux exigences:

- D'une part, le domaine d'application de l'art. 71a à 71d OAMal doit se limiter aux maladies qui, non traitées, ont avec une probabilité prépondérante une évolution mortelle pour les personnes assurées, ou entraînant des atteintes à la santé graves et chroniques.
- D'autre part, le remboursement des cas définis par l'art. 71b doit être limité à deux ans afin de renforcer l'intérêt pour les industriels de faire une demande d'admission de leurs produits sur la liste des spécialités.

La CSS porte un regard critique sur la nouvelle réglementation légale d'abattements fixes élevés en fonction du bénéfice thérapeutique. Des questions fondamentales sont soulevées au sujet de l'applicabilité de ces rabais face aux titulaires d'autorisations, ceux-ci n'étant pas des fournisseurs de prestations selon la LAMal. Les titulaires d'autorisations feront de plus en plus pression sur les médecins-conseil en rapport avec l'évaluation du bénéfice dans le but d'obtenir une meilleure évaluation et ainsi une participation plus faible de l'entité disposant d'une autorisation. En pratique, l'acceptation de rabais fixes vient compliquer le refus en raison d'un prix jugé disproportionné, ce qui entraînera peut-être un surcoût substantiel. Il y a en outre un risque que l'accès des patientes et patients aux traitements vitaux se complique, parce que les entreprises voudront soit maintenir leurs anciennes exigences de prix, soit se retirer entièrement du marché suisse et donc cesser de proposer le produit concerné en Suisse.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers dans le numéro 3/19 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

17. Transformation numérique

Dans le cadre de la pandémie de coronavirus, de nombreux manquements sont apparus en lien avec la transformation numérique, notamment dans le domaine de la santé et le domaine administratif. Il se peut que le potentiel du numérique de nature à accroître l'efficacité dans le domaine de la santé soit (encore) déployé. Il manque une stratégie globale à ce niveau ainsi qu'une coordination des activités. Depuis des années, la population attend par exemple en vain l'introduction d'un dossier électronique du patient. La pandémie l'a montré: il existe un réel besoin de la population en la matière, et les offres numériques sont plus demandées que jamais. C'est pourquoi la CSS s'engage avec ses propres offres innovantes et par le biais de coopérations dans le domaine de la cybersanté pour qu'un grand coup d'accélérateur soit donné à la transformation numérique du système de santé et pour que la clientèle puisse en bénéficier. Pour la CSS, le passage au numérique offre un instrument d'optimisation de la qualité et de l'efficacité dans le domaine de la santé.

Deux des principaux objectifs de la cybersanté sont la meilleure mise en réseau des acteurs du système de santé et le renforcement de la responsabilité individuelle.

La CSS a mis sur pied avec des partenaires la plateforme numérique de santé Well, qui offre un accès interactif au système de santé à toutes les personnes domiciliées en Suisse et est ouvert à l'ensemble des acteurs (fournisseurs de prestations, assurances, pharmacies, etc.). La plateforme de santé pose les bases de soins intégrés numériques dans toute la Suisse.

Avec des projets tels que «active365», les personnes assurées peuvent prendre la responsabilité de leur santé. A l'aide des appareils mobiles, les malades chroniques sont en mesure de surveiller leur maladie, de rester mobiles et grâce à la télécommunication, d'être en contact à tout moment avec des professionnels. A l'avenir, les fournisseurs de prestations seront mis en réseau par le dossier électronique du patient. Les patientes et patients à leur tour valideront les interfaces afin de permettre les échanges et bénéficieront ainsi, grâce à l'analyse (sous anonymat) de leurs données, d'une médecine personnalisée. Grâce au passage au numérique, le degré de transparence n'augmente pas uniquement du côté des personnes assurées, mais aussi au niveau des prestations fournies grâce à l'analyse de données des institutions. Cela peut améliorer la qualité et freiner les coûts. De plus, la transformation numérique permet de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Avec Well, la CSS propose notamment à sa clientèle un conseil médical personnalisé, qui est disponible 24h/24.

Néanmoins, le numérique ne peut progresser que dans un système de données efficace et de qualité. Cela nécessite d'avoir les bonnes conditions cadres, qui garantissent la sécurité des données et ne compromettent pas la solidarité dans l'assurance obligatoire des soins, sans toutefois freiner le potentiel du numérique. Les données de santé personnelles recèlent par exemple un potentiel important en matière de soins de santé. Une meilleure coordination des traitements médicaux grâce à l'exploitation des données de santé personnelles entraîne une meilleure qualité et de ce fait aussi, des coûts moins élevés. Pour exploiter les données de santé, il existe dans certains pays ce que l'on appelle des Trust-Centers. Ils associent et gèrent les données de santé personnelles et les mettent à disposition dans un environnement sécurisé avec un niveau qualitatif élevé. Cela permet aux patientes et patients, aux institutions de recherche et aux fournisseurs de prestations de consulter des données de santé récentes, structurées et de grande qualité.

Le but doit être de créer, grâce à la technologie et à la réglementation, un écosystème permettant une exploitation des données fiable tout en préservant la souveraineté des patientes et patients en matière de données. En plus d'une réglementation adéquate, un écosystème numérique requiert en priorité des infrastructures techniques, des applications et des données de qualité. La CSS soutient les efforts du Conseil fédéral pour progresser avec les acteurs du système de santé sur la base du partenariat face aux défis dans le

domaine de la gestion des données et des flux de données ainsi que pour établir un modèle de création d'un écosystème des données dans le système de santé.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet de la transformation numérique dans les numéros 2/16, 1/20 et 1/22 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

18. Mesures visant à freiner la hausse des coûts

Les coûts de la santé par personne assurée augmentent constamment, avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires, et dans les années 2023 et 2024, ils affichent une hausse supérieure à la moyenne. Cela met en difficulté un nombre croissant de personnes assurées, qui ont du mal à payer leurs primes mensuelles. Dans le même temps, de nombreux cantons se retirent de plus en plus de la réduction des primes pour cause de restrictions budgétaires.

C'est pourquoi la CSS salue le débat lancé en déjà 2017, qui s'est intensifié aujourd'hui, sur les mesures adéquates pour freiner la hausse des coûts au sein de l'AOS. Dans ce sens, elle a une attitude constructive et soutient en priorité l'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), la révision rapide des structures tarifaires centrales comme le TARDOC et la RBP ainsi que la poursuite de la diffusion des soins intégrés numériques.

Ces trois réformes centrales peuvent être accompagnées d'autres mesures découlant des volets visant à freiner la hausse des coûts du Conseil fédéral, comme le droit de recours des assureurs-maladie au niveau de la planification hospitalière ou de nouvelles approches pour les prix des médicaments.

Si ces mesures ne produisent pas l'effet souhaité, il sera tout à fait judicieux de définir des objectifs pluriannuels de croissance AOS ainsi que d'instituer une Task Force pour le pilotage des coûts, de façon à atténuer la croissance des coûts à l'avenir et à la rendre mesurable sur le plan qualitatif. Les mesures décidées par le Parlement dans le cadre **du contre-projet de l'initiative pour un frein aux coûts** constituent une étape qui va dans la bonne direction. Le contre-projet prévoit dans le fond l'introduction d'objectifs en matière de coûts et de qualité dans le système de santé. Le Conseil fédéral doit fixer tous les quatre ans des prescriptions en matière de prestations selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie. De plus, les prestations ne doivent plus être remboursées par l'assurance obligatoire des soins si une procédure basée sur des éléments objectifs et concrets a démontré que ces prestations ne sont pas ou plus efficaces, adéquates ou économiques. Par contre, le Parlement a **refusé l'initiative pour un frein aux coûts du Centre**, parce qu'il estime qu'elle est trop rigide, ce qui reflète également le point de vue de la CSS.

Les objectifs de croissance des coûts de la santé pourraient servir d'indicateurs de l'efficacité de toutes les futures mesures visant à freiner la hausse des coûts et ainsi rendre ces dernières mesurables et contrôlables. Une définition largement étayée des objectifs mettrait une certaine pression sur les acteurs (Confédération, partenaires tarifaires) pour qu'ils accroissent l'efficacité et la qualité et qu'ils réduisent les volumes et/ou les prix, par exemple en restreignant les prestations qui ne sont pas nécessaires ou en fournissant efficacement des prestations avec une qualité égale ou supérieure. Cela renforcerait en outre le partenariat tarifaire du fait de la pression exercée sur les partenaires tarifaires pour qu'ils concluent des conventions qui accordent une importance plus grande au caractère économique et contribuent ainsi à atténuer la croissance des coûts.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des mesures visant à freiner la hausse des coûts dans les numéros 3/17 et 3/18 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».

19. Commissions d'intermédiaire

Pour acquérir de nouveaux client/es, la CSS mise fortement sur son propre réseau de vente. Dans le même temps, elle coopère aussi avec des intermédiaires. Pour promouvoir un conseil d'un niveau qualitatif élevé et efficace en termes de coûts, la CSS est favorable à une collaboration renforcée de toute la branche de l'assurance-maladie par le biais d'une convention de branche autorégulatrice dans l'assurance de base et complémentaire.

Depuis le 1er janvier 2021, un nouvel accord de branche (ABI) les appels publicitaires indésirables ainsi que les commissions d'intermédiaires donnant matière à discussion depuis des années. Aux côtés des associations faitières curafutura et santésuisse, la CSS a usé de son influence pour améliorer la qualité du conseil grâce à des normes homogènes et pour limiter la rémunération des intermédiaires provenant de la prospection de nouveaux client/es dans le domaine de l'AOS et de la LCA. La CSS apporte clairement son soutien à cet accord de branche et s'est engagée en faveur de la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance, qui prévoit que cet accord soit déclaré de portée générale pour l'ensemble des assureurs. La CSS estime toutefois que la loi adoptée va trop loin. Plus particulièrement, elle rejette catégoriquement l'élargissement des règles aux collaboratrices et collaborateurs internes des entreprises d'assurance et ainsi l'égalité de traitement entre les forces de vente internes et les intermédiaires externes. Des appels téléphoniques excessifs et indésirables sont le problème des intermédiaires externes, et pas du personnel interne des entreprises. Les employées et employés de la CSS sont en effet déjà soumis à des normes de qualité très élevées. Le domaine de la vente interne, dans lequel aucune défaillance du marché ne prédomine, va maintenant être réglementé. curafutura et santésuisse ont amélioré la teneur de l'accord de branche «Intermédiaires» dans le contexte de la dernière révision de la loi. Cet accord de branche «Intermédiaires» révisé est conforme aux nouvelles exigences légales de la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. La force obligatoire générale du nouvel accord entré en vigueur le 1er septembre 2023 peut maintenant être déclarée. La CSS applique le nouvel accord de branche.

20. Initiative 10% du PS et contre projet indirect

Les coûts du système de santé par personne assurée augmentent constamment, avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires. En 2023 et en 2024, ils affichent une hausse supérieure aux années précédentes. Les primes des assureurs-maladie augmentent au même rythme puisque les primes doivent toujours couvrir les coûts. La CSS est d'accord avec les auteurs de l'initiative sur le fait que cette tendance met en difficulté financière de nombreux ménages, notamment les familles de la classe moyenne. Cette situation est préoccupante pour la CSS.

L'initiative populaire vise à limiter la charge de primes à 10% du revenu disponible et à harmoniser le système de la réduction individuelle de prime (RIP). Du point de vue de la CSS, cette initiative constitue toutefois un moyen coûteux de lutter contre les symptômes. L'initiative ne s'attaque pas aux causes de la croissance des coûts. On peut d'une part redouter que les efforts instantanés nécessaires pour améliorer l'efficacité et la qualité seront freinés si les hausses de coûts sont masquées par un développement massif de la RIP. D'autre part, il faudrait que la RIP soit multipliée par deux en l'espace de vingt ans pour rester au même niveau d'amortissement. En conséquence, l'initiative ne s'inscrit pas dans une approche durable. Sans oublier que la principale charge financière, contrairement à ce que prévoit le contre-projet, devrait être supportée par la Confédération, et pas par les cantons, bien que ces derniers jouent à proprement parler un rôle important pour éviter le manque d'efficacité et la surmédicalisation. De plus, l'initiative affaiblit les modèles alternatifs d'assurance: vu que les personnes assurées, si l'initiative venait être acceptée, devraient consacrer au maximum 10% de leur revenu à leurs primes, elles seraient moins incitées, en fonction de la mise en application de l'initiative, à conclure des formes d'assurance plus avantageuses.

C'est pourquoi la CSS soutient le contre-projet indirect. Dans celui-ci, la contribution cantonale aux réductions des primes est indexée sur les coûts de la santé bruts du canton respectif. Le contre-projet prévoit que

les cantons doivent à présent affecter un minimum de 3,5% à 7,5% des coûts de l'assurance de base obligatoire à la réduction des primes. Le concept prévoit en outre que les cantons restent compétents pour calculer le montant exact de la réduction des primes. Le compromis trouvé implique un surcoût de près de 356 millions de francs pour les cantons. Avec ce contre-projet, les cantons avec des coûts de la santé supérieurs et une charge de primes plus forte des ménages devraient dans l'ensemble payer plus que les cantons où les coûts sont moins élevés. De plus, le contre-projet crée des incitations à prendre des mesures pour endiguer les coûts de la santé (planification hospitalière, autorisation, etc.): les cantons font la planification hospitalière, approuvent ou édictent des tarifs et à l'avenir, ils piloteront également l'autorisation des fournisseurs de prestations ambulatoires. En conséquence, la responsabilité des réductions de primes leur incombera aussi et ils devront l'assumer. Le Parlement refuse l'initiative pour l'allègement des primes du PS, qui sera soumise à une votation en juin 2024.

Des réformes du système de santé qui n'agissent pas uniquement sur le plan du financement, mais aussi sur celui des coûts, restent nécessaires. Même si la CSS soutient l'orientation générale du contre-projet indirect, il est surtout important aussi de juguler les coûts de la santé pour soulager les personnes assurées, ce qui correspond à l'objectif visé par les réformes actuelles.

21. Réserves

Le Conseil fédéral a adopté au 1er juin 2021 une modification de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal), qui prévoit pour les assureurs-maladie une simplification des conditions pour réduire volontairement les réserves. La limite à partir de laquelle une réduction volontaire des réserves est possible est abaissée. Initialement, les assureurs devaient disposer de réserves dépassant 150% du montant minimal prescrit dans l'ordonnance. Avec la révision, cette limite est abaissée au niveau minimal de 100%.

Le coussin financier sert à amortir les surcoûts imprévus (p. ex. coût de la vaccination) et à permettre que la charge de primes pour les personnes assurées reste la plus basse possible. La CSS estime qu'il ne sert à rien d'accumuler des réserves qui ne sont pas nécessaires. En définitive, les réserves appartiennent aux personnes assurées. L'orientation de la révision de l'OSAMal correspond de façon générale à la position de la CSS, selon laquelle les primes doivent être calculées au plus juste, ce qui au final n'engendre pas de réserves trop élevées.

La CSS accepte une réduction des réserves qui intervient sur une base volontaire et qui respecte la liberté d'entreprise des assureurs-maladie. Une réduction contraignante ou excessive des réserves mettrait en revanche en péril la stabilité financière, précisément pendant une pandémie, marquée par beaucoup d'impondérables et de fluctuations imprévisibles de la solvabilité.

Vous trouverez plus d'informations sur le sujet des réserves dans le numéro 2/2022 de notre publication de politique de la santé «place au dialogue».