

# Rapport annuel

# 2021

Le groupe santésuisse est la principale organisation de la branche des assureurs-maladie suisses. Il s'engage pour un système de santé libéral et social, reposant sur le libre jeu de la concurrence.

# L'année 2021 en bref

## JANVIER

### 25 ans de solidarité entre les payeurs de primes

La loi sur l'assurance-maladie (LAMa) fête son 25<sup>e</sup> anniversaire. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, elle permet aux assurés de bénéficier d'un accès uniforme aux prestations médicales grâce au principe de solidarité. Mais la loi n'a pas pu freiner la hausse des coûts de la santé. Des réformes s'imposent plus que jamais pour que de larges couches de la population puissent encore payer les primes à l'avenir.

## FÉVRIER

### EFAS: les conditions pour une inclusion des coûts des soins de longue durée ne sont pas réunies

Un rapport de l'administration fédérale sur le financement uniforme des prestations ambulatoires (EFAS) révèle que les conditions pour l'intégration des coûts des soins de longue durée dans l'EFAS ne sont pas réunies. santésuisse rejette l'intégration des soins de longue durée dans le nouveau modèle de financement.

## MARS

### Accord de branche concernant les intermédiaires: la commission de surveillance est opérationnelle

L'accord de branche concernant les intermédiaires vise à endiguer les appels téléphoniques non souhaités et à accroître la qualité du conseil. La nouvelle commission de surveillance, chargée de veiller au respect de l'accord, peut prononcer des sanctions pouvant atteindre 100'000 francs dans l'assurance de base et 500'000 dans les assurances

## AVRIL

### Le Conseil fédéral influe sur les réserves

santésuisse dénonce le mauvais signal donné par le Conseil fédéral qui exerce une pression sur les réserves des assureurs par une modification d'ordonnance. Des dispositions plus poussées, par exemple sous la forme d'une réduction automatique des réserves, mettraient durablement en péril la stabilité des primes.

## MAI

### Médecins, hôpitaux et assureurs-maladie créent une organisation tarifaire

Avec la fondation de l'organisation tarifaire commune «solutions tarifaires suisses sa», les associations H+, santésuisse et FMCH créent un cadre pour élaborer et développer rapidement des forfaits ambulatoires.

## JUIN

### Le Parlement pose les jalons pour le tarif du futur

Dans son vote final, l'Assemblée fédérale a posé les jalons pour l'introduction de forfaits ambulatoires dans toute la Suisse. Grâce à la fondation de l'organisation tarifaire nationale également décidée, la voie est désormais libre pour développer le tarif du futur. En prenant cette décision tournée vers l'avenir, le Parlement crée les conditions pour l'élaboration d'un tarif intelligent qui garantira enfin la transparence et freinera l'évolution des coûts.

## JUILLET

### La carte d'assuré virtuelle fait de nouveaux adeptes

L'autoroute numérique du système de santé s'ouvre à un nombre croissant d'utilisateurs. Quatre nouveaux assureurs-maladie ont rejoint ce système, ce qui porte à 3 millions le nombre d'assurés pouvant déjà utiliser la carte d'assuré virtuelle VICARD sur leur smartphone.

## AOÛT

### Coût des médicaments plus élevé que jamais

Au printemps 2021, santésuisse a réalisé avec Interpharma une comparaison des prix des médicaments avec l'étranger. Les résultats montrent que les écarts de prix se sont encore accrus par rapport aux dernières années. Les coûts des médicaments pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ont atteint 7,6 milliards de francs, un chiffre jamais atteint jusqu'ici. santésuisse exige des réformes efficaces grâce auxquelles les payeurs de primes pourraient économiser plusieurs centaines de millions de francs.

## SEPTEMBRE

### Stabilité des primes, nouvelle hausse des coûts

Le Conseil fédéral informe que les primes baisseront de 0,2 pour cent en moyenne en 2022. Compte tenu de la forte croissance des coûts au premier semestre 2021, santésuisse exige de véritables mesures d'économie afin que les primes restent finançables à l'avenir.

## OCTOBRE

### Premier tarif médical basé sur des coûts effectifs

Les partenaires H+, santésuisse et FCMH présentent à Berne leur structure tarifaire reposant sur des forfaits ambulatoires tenant compte des prestations fournies. Toutes les organisations de la branche ainsi que les représentants des autorités fédérales sont invités. Le nouveau tarif présente des avantages pour toutes les parties concernées: des rémunérations transparentes, équitables et claires sur la base de coûts et de prestations effectifs, mais aussi des factures simples et compréhensibles.

## NOVEMBRE

### Mise en œuvre difficile de l'initiative sur les soins

Lors du 7<sup>e</sup> congrès annuel de santésuisse, d'éminents intervenants ont évoqué la situation dans le domaine des soins et se sont accordés pour dire que la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts» soulève de nombreuses questions qui n'ont pas encore trouvé de réponse.

## DÉCEMBRE

### H+ et santésuisse remettent les forfaits ambulatoires au Conseil fédéral

Les partenaires tarifaires H+ et santésuisse ont remis la structure tarifaire ambulatoire au Conseil fédéral. Les deux associations créent ainsi les conditions nécessaires à l'introduction obligatoire de forfaits ambulatoires au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

# Éditorial

## **La pandémie de coronavirus a exigé un engagement fort de la part de tous les acteurs. Freiner la hausse des coûts est devenu plus important que jamais.**

Le coronavirus a placé notre système de santé dans un «état d'urgence» et a exigé un engagement très important de la part de tous les acteurs. Au cours de la deuxième année de la pandémie aussi, les assureurs-maladie ont pu démontrer avec force qu'ils étaient en mesure d'assumer à tout moment leur mission d'importance systémique. Grâce à leurs solides réserves, les assureurs-maladie ont pu absorber les charges financières extraordinaires survenues à court terme. Les conséquences à moyen et long terme de la pandémie sur les coûts de la santé sont encore totalement incertaines. D'une part, on ne sait pas si les opérations reportées entraîneront des complications médicales et quel sera leur impact sur les coûts. D'autre part, personne ne peut encore estimer dans quelle mesure les patients qui souffrent de symptômes importants, plusieurs mois encore après une infection au coronavirus, devront faire appel au système de santé. De plus, il n'est pas exclu que d'autres vagues d'infections avec des mutations se propagent et nécessitent des vaccinations complémentaires.



La nécessité de freiner les dépenses de santé n'est pas contestée au Parlement. L'inscription des forfaits ambulatoires dans la loi est une décision importante à cet égard. Elle récompense le travail des partenaires tarifaires qui œuvrent depuis des années à l'élaboration d'une structure tarifaire basée sur des forfaits ambulatoires. En revanche, le Parlement n'a pu se résoudre qu'à demi-mot à prendre des mesures d'économie efficaces. Dans le domaine des soins, de nombreuses questions de mise en œuvre se posent après le oui du peuple à l'initiative sur les soins. Au vu des défis qui attendent notre système de santé dans un avenir proche, notamment en raison de l'évolution démographique, l'initiative sur les soins doit être évaluée pour savoir si elle est réellement la bonne réponse pour l'avenir.

L'année dernière, les assureurs-maladie ont fait de nouveaux progrès en matière de numérisation. La plupart des offres sont aujourd'hui disponibles sous forme numérique, et l'association elle-même met les bouchées doubles pour généraliser la carte d'assuré numérique. L'autoroute numérique du transfert de données entre les assureurs et les hôpitaux progresse également de manière satisfaisante. Nous resterons actifs dans ce domaine, car nous ne pouvons pas attendre un soutien de l'État pour trouver des solutions sur mesure pour nos assurés.

2021 a été une année pleine de défis pour santésuisse et ses membres. Je remercie le conseil d'administration, tous les collaborateurs de santésuisse et de ses filiales ainsi que les collaborateurs des assureurs-maladie siégeant au sein des organes de l'association, de leur contribution et de leur engagement important en faveur de notre système de santé. Après plus de sept ans au service de l'association santésuisse, je remettrai ma fonction de président du conseil d'administration lors de l'assemblée générale de 2022. Ces dernières années ont été exigeantes et passionnantes. Je garde un souvenir particulier de la consolidation réussie de la structure du groupe et de la prise en charge par santésuisse de la gestion stratégique de la numérisation de l'assurance-maladie. Sur le plan politique, mon fil conducteur a été en permanence l'engagement en faveur des membres et des payeurs de primes pour un système de santé libéral, de haute qualité et abordable pour tous.

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 de la santé.

Nous nous engageons pour un cadre politique qui préserve la marge de manœuvre entrepreneuriale de nos membres.

# 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 des questions importantes touchant à la politique sociale et à la santé.**

## **Le Parlement approuve l'introduction de forfaits ambulatoires**

Lors de la session d'été, le Conseil national et le Conseil des Etats ont approuvé l'introduction de structures tarifaires uniformes, dans toute la Suisse, pour les prestations ambulatoires. Ils ont ainsi créé la base légale pour un tarif ambulatoire reposant sur des rémunérations forfaitaires. A l'avenir, tous les partenaires tarifaires gèreront et développeront ensemble tous les systèmes tarifaires sous l'égide d'une organisation tarifaire nationale. Le nouveau système tarifaire basé sur des forfaits est d'une importance capitale pour le système de santé suisse. Les prestations médicales peuvent ainsi être fournies de manière équitable, transparente et à un niveau de qualité élevé. De plus, les forfaits contribuent à stabiliser la croissance des coûts, ce qui est décisif pour les payeurs de primes.

## **Imposer une réduction des réserves est très risqué**

Dans l'ensemble, santésuisse estime à près d'un milliard de francs les coûts de la pandémie à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les assureurs-maladie ont pu couvrir cette somme imprévue à l'aide de leurs réserves, de sorte que les primes ont même légèrement baissé en 2022. Lorsque les réserves sont trop élevées, les dispositions légales actuelles autorisent un assureur-maladie à les réduire à certaines conditions. Certains assureurs affiliés à santésuisse ont saisi cette possibilité et se sont engagés à rembourser quelque 300 millions de francs à leurs assurés. Ces réserves constituent toutefois un matelas de sécurité dont le montant ne saurait être réduit à un plafond uniforme valable pour tous les assureurs. Or plusieurs initiatives politiques demandent que les réserves soient obligatoirement diminuées lorsqu'elles dépassent le montant minimal défini par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). santésuisse rejette une diminution imposée et précipitée des réserves qui peut non seulement conduire à des hausses de primes non souhaitées, mais aussi mettre en péril la survie de

certaines caisses-maladie, un risque qu'on ne peut totalement exclure. Or les conséquences de telles faillites devraient être supportées par les payeurs de primes.

## **Freiner la hausse des coûts!**

Durant l'année 2021, les coûts de la santé dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont augmenté de plus de 5 pour cent par personne assurée. Cette évolution est préoccupante, car les primes suivent à long terme l'évolution des coûts – et tous les payeurs de primes doivent donc s'attendre à une charge financière croissante en l'absence de mesures correctives. santésuisse a donc exhorté les acteurs du système de santé à agir rapidement et fermement.

santésuisse a démontré sur la base de comparaisons de prix avec l'étranger que les médicaments et les analyses de laboratoire en Suisse sont facturés à des prix sensiblement plus élevés que dans les pays voisins. Le potentiel d'économies inexploité se chiffre en milliards.

## **La volonté d'économiser du Parlement fédéral s'essouffle**

santésuisse et ses membres s'engagent résolument afin d'éviter que la population ne subisse de nouvelles hausses de coûts et, partant, de primes. Une mise en œuvre rapide des mesures visant à maîtriser les coûts est donc primordiale. C'est dans cet esprit que le Conseil des États a approuvé, lors de la session d'hiver, un droit de recours pour les assureurs-maladie en ce qui concerne les listes d'hôpitaux. Mais il n'est pas allé jusqu'au bout puisqu'il a rejeté le système de prix de référence pour les génériques qui aurait été une mesure simple et judicieuse pour réduire les coûts. La Confédération doit maintenant s'atteler à trouver d'autres mesures pour augmenter le taux des génériques et permettre enfin un alignement des prix sur le niveau européen. Le Conseil des Etats a également refusé d'inclure des mesures contraignantes de pilotage des coûts dans les conventions tarifaires.

### **Non à l'intégration des soins de longue durée dans l'EFAS**

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) fait l'objet de discussions politiques depuis des années. santésuisse soutient la mise en œuvre d'EFAS si elle profite aux payeurs de primes. EFAS doit apporter une véritable simplification et éliminer effectivement les incitations négatives existantes.

santésuisse rejette l'intégration, voulue par les cantons, des soins de longue durée dans le nouveau modèle de financement. Il s'agit au contraire de préserver les acquis du système actuel de financement. Afin de limiter la charge financière croissante des coûts des soins pour l'AOS, le législateur a introduit en 2011 le nouveau financement des soins. Les soins de longue durée sont réglementés, financés et surveillés différemment d'un canton à l'autre. Une harmonisation devrait prendre des années à la Confédération.

### **Le matériel de soins est désormais à la charge des assureurs-maladie**

Les modifications de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) relatives à la rémunération du matériel de soins sont entrées en vigueur le

1<sup>er</sup> octobre 2021. santésuisse s'est battue jusqu'au dernier moment au Parlement contre le transfert d'environ 100 millions de francs de coûts des cantons aux payeurs de primes – sans succès. À l'avenir, les assureurs-maladie devront prendre en charge le matériel utilisé pour les soins ambulatoires et stationnaires selon la Liste des moyens et appareils (LiMA) et ce, bien que, dans la grande majorité des cas, ce matériel ne soit pas utilisé par les patients eux-mêmes, ce qui constituait jusqu'à présent une condition préalable à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Les assureurs-maladie se sont rapidement mis d'accord avec les cantons sur un forfait de rémunération pour les vaccinations de masse contre le coronavirus.

### **Rémunération forfaitaire des vaccinations contre le coronavirus**

Au vu du nombre élevé d'infections enregistrées en plusieurs vagues, les assureurs-maladie avaient tout intérêt à maîtriser la pandémie rapidement et avec tous les moyens disponibles. Dans la lutte contre le coronavirus, les vaccinations de masse étaient d'une grande importance pour la population et le système de santé suisse. Les assureurs-maladie ont réalisé rapidement qu'il était beaucoup trop dispendieux de rembourser chaque vaccination individuellement par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ils se sont donc mis d'accord avec

les cantons sur un montant forfaitaire à rembourser par personne vaccinée pour la vaccination dans les centres de vaccination, les unités mobiles et les cabinets médicaux. De plus, les caisses participent à hauteur de cinq francs au coût de chaque dose administrée.

Les assureurs-maladie ont également été fortement sollicités par la mise en œuvre de la stratégie de test de la Confédération. Avec le soutien de santésuisse, ils ont fait en sorte que les tests gratuits payés par la Confédération et délivrés par les pharmacies puissent être décomptés correctement dès le début du mois d'avril 2021.

### **Entrée en vigueur des modifications dans l'admission des fournisseurs de prestations**

Durant l'été 2020, le Parlement a adopté diverses modifications concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2021, les cantons sont ainsi tenus de fixer des nombres maximaux de médecins autorisés à exercer. Toutefois, les cantons bénéficient d'un délai transitoire, jusqu'au 30 juin 2025 au plus tard, pour la détermination et la fixation de ces nombres maximaux. Selon une analyse de données de santésuisse, une forte densité de médecins, tant de premier recours que spécialisés, est un facteur important pour expliquer les dépenses de santé élevées. Genève, par exemple, est le deuxième canton le plus cher, avec 5161 francs, bien qu'il bénéficie d'une population relativement jeune. Or le canton de Genève affiche la plus forte densité de médecins de Suisse.

# Garantir un développement ciblé du système de santé

**santésuisse dialogue en permanence avec les principales organisations et institutions du secteur de la santé, avec pour objectif constant de maintenir et renforcer la qualité élevée des prestations.**

## **Création de la nouvelle organisation «solutions tarifaires suisses»**

En mai 2021, l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse, la Fédération des médecins avec activité chirurgicale et invasive (FMCH) et santésuisse ont fondé l'organisation tarifaire pour le domaine ambulatoire «solutions tarifaires suisses sa». Les trois associations ont ainsi créé un cadre commun pour élaborer et développer rapidement des forfaits ambulatoires. Les forfaits garantissent une rémunération transparente et équitable aux médecins et aux hôpitaux, tout en minimisant les incitations néfastes connues du tarif à l'acte actuel. Contrairement à ce dernier, qui englobe l'ensemble des interventions et des traitements, les forfaits ambulatoires rémunèrent les interventions les plus courantes ainsi que les examens et traitements complexes de manière simple et compréhensible.

## **Des prix excessifs pour les analyses de laboratoire**

Des enquêtes menées par santésuisse en 2020 ont démontré que les prix des analyses de laboratoire sont beaucoup plus élevés en Suisse que dans les pays voisins. santésuisse a réagi contre les coûts excessifs en déposant une demande de clarification du caractère controversé des prestations auprès de la Confédération et en demandant une réduction des prix, d'un montant d'environ 300 millions de francs, des analyses de laboratoire les plus importantes en termes de chiffre d'affaires. Cette démarche s'est appuyée sur une comparaison des prix avec l'Autriche, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France. Elle montre que les prix en Suisse sont en moyenne trois fois plus élevés que ceux pratiqués dans des pays comparables. S'ils étaient ramenés au niveau moyen, les payeurs de primes pourraient économiser près d'un milliard de francs par an.

## **Accord de branche efficace concernant les intermédiaires**

Depuis des années, santésuisse s'engage en faveur de mesures efficaces pour mettre un terme aux appels téléphoniques non sollicités. L'accord de branche concernant les intermédiaires élaboré avec des membres de curafutura est entré en

vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Cette autorégulation volontaire semble déjà porter ses fruits: l'année dernière, le nombre de signalements d'infractions a été presque trois fois moins élevé qu'en 2020. Une nette majorité des assureurs-maladie salue donc le fait que divers points de l'accord soient déclarés de force obligatoire générale dans la nouvelle loi fédérale sur la réglementation de l'activité d'intermédiaire d'assurance. Deux points du projet de loi doivent toutefois être modifiés: le texte actuel prévoit inutilement d'étendre le concept d'intermédiaire aux collaborateurs internes des caisses-maladie. De plus, les sanctions relevant du droit de surveillance ne tiennent pas compte du dispositif de sanctions prévu par l'accord de branche. Il existe donc un risque de double sanction.

## **Simplification du remboursement de médicaments dans des cas particuliers**

Dans certains cas, les assureurs-maladie peuvent rembourser des médicaments qui ne figurent pas sur la liste des spécialités (LS) ou qui sont utilisés en dehors du cadre des informations professionnelles en vigueur. L'art 71 a-d OAMal règle non seulement les demandes de remboursement de médicaments nouveaux et innovants, mais également la prise en charge de produits dont le brevet a expiré et qui sont régulièrement utilisés sur la base de lignes directrices pour certaines indications non répertoriées. Ces médicaments sont en règle générale remboursés par les assureurs-maladie. Afin de réduire la charge de travail importante liée à l'évaluation de ces demandes, santésuisse cherche une solution afin que les médicaments concernés soient automatiquement admis sur la liste des spécialités après un certain laps de temps. C'est pourquoi, au cours de l'été 2021, un groupe de travail incluant des représentants des assureurs a été constitué par santésuisse dans le but d'élaborer des règles de base qui permettront à l'avenir de traiter plus efficacement et plus simplement ce genre d'évaluations de cas particuliers.

santésuisse s'engage en faveur d'un système de santé libéral – dans l'intérêt des assurés et de tous ses membres. L'objectif est de garantir, grâce à la concurrence, le libre choix, l'accès à des prestations de haute qualité et un bon rapport coût-utilité pour les assurés.

**95**

nouveaux apprentis en formation commerciale initiale

**160**

communiqués de presse, prises de position et recommandations

**1 750**

followers sur LinkedIn

**2 700**

followers sur Twitter

**850 000**consultations des tweets en français/  
italien/allemand



# Au service des assureurs-maladie, du public et des payeurs de primes

**La gestion de la crise du coronavirus a fait partie des priorités de santésuisse en 2021. Les formations ont été réalisées en grande partie de manière virtuelle.**

L'activité de communication de santésuisse a été marquée par la gestion de la crise du Covid également au cours de la deuxième année de la pandémie. santésuisse a soutenu en permanence ses membres dans la mise en œuvre des mesures. Dès le début de l'année, les données de facturation des premiers mois indiquaient qu'il fallait s'attendre d'ici la fin de l'année à une augmentation des coûts des prestations d'environ 5 pour cent à la charge de l'assurance obligatoire des. santésuisse a alors insisté dans les médias et auprès des milieux politiques sur le fait que, en l'absence de corrections significatives des coûts, de nouvelles hausses de primes étaient à craindre, les primes reflétant ni plus ni moins les coûts.

**Sans corrections notables des coûts, de nouvelles hausses des primes ne pourront guère être évitées.**

## **Une publication spéciale examine les coûts cantonaux de la santé**

Dans une publication spéciale, santésuisse a montré comment les différents domaines du système de santé ont évolué en termes de coûts pendant la pandémie en Suisse et dans huit cantons clés. Les données de coûts analysées montrent clairement que la situation financière reste tendue. L'influence de l'âge sur les coûts a fait l'objet d'une évaluation séparée. Résultat: les coûts de la santé n'augmentent que très peu en raison du vieillissement. En revanche, les progrès de la médecine, avec des prix élevés pour les nouveaux traitements et médicaments, ont une influence bien plus importante.

## **Les canaux numériques, vecteurs clés de la communication de l'association**

Le service de messages Twitter et la plateforme en ligne LinkedIn font désormais partie des canaux de communication

de santésuisse. Grâce à des activités liées à des campagnes et à des possibilités visuelles élargies, santésuisse atteint une portée supplémentaire avec ces canaux en ligne. En termes de contenu, la communication numérique est calquée sur la communication classique. Le service de messages Twitter permet à santésuisse de s'adresser directement aux médias et à la politique. Le canal LinkedIn est utilisé en premier lieu par les membres et les personnes intéressées par le système de santé.

## **Apprentissage mobile pour les formations initiales et spécialisées**

Sur ses trois sites de formation à Berne, Zurich et Lausanne, santésuisse propose une offre de formation initiale et continue complète axée sur la pratique. Parmi les clients, on trouve non seulement des collaborateurs des assureurs-maladie, mais aussi des assistantes médicales, des collaborateurs de l'administration hospitalière et d'autres fournisseurs de prestations. Des cours individuels pour entreprises sont également régulièrement réservés.

Les formations spécialisées sont passées en mode numérique dès le début de l'année 2020, ce qui a facilité l'entrée dans le monde des cours en ligne. Grâce au passage à l'apprentissage mobile initié dès le début de la pandémie, les cours de la formation initiale comme de la formation spécialisée ont pu être organisés en grande partie sous une forme numérique en 2021.

En 2021, 95 apprentis ont commencé la formation commerciale initiale. 38 candidats ont décroché le brevet fédéral de spécialiste en assurance-maladie. Le taux de réussite de 50 pour cent témoigne du niveau élevé d'exigences de l'examen professionnel. La formation intensive – de deux semestres au lieu de trois – proposée pour la première fois en Suisse allemande pour l'obtention du brevet a fait ses preuves. Aucune différence n'a été constatée entre la préparation normale et la préparation intensive en ce qui concerne le taux de réussite.

tarifsuisse sa s'engage dans les unités d'affaires Structures tarifaires, Achat de prestations et Management des prestations en son propre nom ou pour le compte de la société mère santésuisse. En sa qualité de principale organisation d'achat de prestations de santé dans l'assurance-maladie obligatoire, tarifsuisse sa contribue de manière décisive à la fourniture économique de prestations médicales ambulatoires et stationnaires.

**10 + 3**

10 structures tarifaires nationales ambulatoires  
et 3 stationnaires gérées par tarifsuisse

**60**

part de marché (en pour cent) dans l'achat de prestations

**64**

collaborateurs

**>1 000**

conventions tarifaires conclues et gérées

# Un soutien important pour les assureurs-maladie

**tarifsuisse sa s'engage pour des solutions optimales dans l'intérêt de ses clients, et au final des payeurs de primes, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. En tant que représentante de la majorité des assureurs-maladie – et partant des assurés suisses –, tarifsuisse est aussi une interlocutrice compétente pour les fournisseurs de prestations et les autorités.**

## Création d'une nouvelle organisation tarifaire

Les partenaires tarifaires H+ et santésuisse ont remis au Conseil fédéral une demande d'examen de forfaits ambulatoires en décembre 2021. Ils ont ainsi créé les conditions pour que le tarif du futur puisse être introduit de manière contraignante en janvier 2024. La nouvelle organisation tarifaire «solutions tarifaires suisses sa», dans laquelle sont représentées les associations H+, FMCH et santésuisse, continuera d'optimiser le système et le soumettra au Conseil fédéral pour approbation dans sa version finale courant 2022.

## Convention de réadaptation stationnaire en vigueur

En juillet 2021, après plusieurs années de préparation, les partenaires tarifaires ont pu soumettre au Conseil fédéral la convention relative à la structure tarifaire de réadaptation stationnaire (ST Reha) en vue de son approbation. tarifsuisse a entamé les premières négociations de prix afin de permettre l'entrée en vigueur de la structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Par ailleurs, après l'accord sur une nouvelle structure tarifaire conclu en 2020 avec l'Association suisse des neuropsychologues (ASNP), les négociations de prix correspondantes ont pu être conclues en 2021.

## Laboratoires: les rétrocommissions appartiennent aux assurés

Les laboratoires qui accordent des avantages financiers aux médecins pour s'assurer des mandats d'analyse octroient des rétrocessions sous différentes formes. Ces commissions prennent les formes les plus diverses: le spectre va de rabais pour du matériel ou des appareils médicaux à des prêts sans intérêts jusqu'au paiement direct d'environ dix francs par mandat. Si elles sont versées, les fournisseurs de prestations doivent impérativement les rétrocéder aux payeurs de primes, ce qui

n'a pratiquement pas été le cas jusqu'ici. Après avoir observé le marché et lancé divers contrôles en 2020, tarifsuisse sa a encore intensifié son action contre de telles pratiques commerciales déloyales.

## Les évaluations de tarifsuisse démontrent leur efficacité

Une prestation médicale doit remplir les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE), et être facturée correctement. C'est selon ce principe, ancré dans la loi sur l'assurance-maladie, que tarifsuisse évalue les fournisseurs de prestations. Lorsque des erreurs de facturation sont découvertes, tarifsuisse obtient – si nécessaire devant les tribunaux – que les fournisseurs de prestations remboursent les rémunérations indûment perçues. L'évaluation d'économicité que tarifsuisse effectue sur mandat de santésuisse est un instrument important pour garantir l'efficacité des coûts des prestations médicales à la charge de l'assurance de base. En 2019, par exemple, 1718 médecins ont été repérés pour leur comportement inhabituel en matière de facturation. Seuls 83 ont été sommés de rembourser des montants surfacturés, soit 0,3 pour cent de l'ensemble des médecins. Lorsque des cas sont portés devant la commission paritaire de conciliation, voire devant le tribunal, il s'agit toujours d'abus graves au détriment de l'assurance-maladie sociale.

Le tarifcontrolling a pour mission de vérifier l'application correcte des tarifs sur les factures des fournisseurs de prestations (par exemple les hôpitaux, les thérapeutes, les médecins). L'identification de factures surévaluées ou erronées repose, entre autres, sur des analyses complexes de données et de comparaisons. tarifcontrolling agit sur mandat de différents assureurs-maladie. Enfin, tarifsuisse sa a mis en place un service de signalement des irrégularités.

Les données de SASIS SA servent au traitement des droits aux prestations jusqu'aux statistiques de la branche et tiennent lieu de standard pour tous les partenaires du système de santé. SASIS SA est un partenaire incontournable en matière d'applications de branche novatrices et garantit plus de transparence dans le système de santé en mettant à disposition des données fiables, pertinentes et actuelles.

**11**

millions de cartes d'assurés (LAMal et LCA) en service, dont 5 millions d'utilisateurs potentiels de la VICARD

**37**

milliards de francs de prestations brutes représentées au pool de données (couverture de 100%)

**70**

pour cent de tous les assurés de l'AOS sont affiliés à une caisse-maladie rattachée à SHIP

**>105 000**

fournisseurs de prestations (RCC) et employés (C) enregistrés

# Le logisticien de données numériques pour le système de santé

## La numérisation a le vent en poupe: de plus en plus d'assurés et de fournisseurs de prestations empruntent «l'autoroute numérique» de SASIS SA.

### L'échange numérique de données entre les hôpitaux et les assureurs-maladie: une solution qui fait ses preuves

Le standard de communication SHIP (Swiss Health Information Processing) joue un rôle essentiel dans le système de santé en améliorant l'efficacité des processus administratifs. SHIP simplifie massivement l'échange de données entre hôpitaux, administrations et assureurs-maladie. La numérisation de bout en bout permet de réaliser automatiquement l'ouverture des cas, la transmission d'informations aux destinataires corrects et la clarification de questions sur la prise en charge des coûts. En 2021, SHIP a donné la preuve de sa fonctionnalité comme solution intégrée dans le cadre de l'exploitation opérationnelle chez des fournisseurs de prestations et des assureurs. Les expériences recueillies dépassent les attentes et montrent que SHIP est la bonne solution pour simplifier et améliorer la qualité des processus administratifs.

Actuellement, plusieurs assureurs-maladie qui représentent en chiffres cumulés plus de 70 pour cent de l'ensemble des assurés de l'assurance obligatoire des soins (AOS) misent déjà sur le standard SHIP. Et de plus en plus d'hôpitaux sont en passe de l'adopter. Financièrement, la participation à SHIP est intéressante aussi bien pour les fournisseurs de prestations que pour les répondants des coûts.

### VICARD: annonce sans contact depuis le smartphone

Avec la VICARD (carte d'assuré virtuelle), SASIS SA offre aux payeurs de primes une application utilisable sur leur smartphone pour s'annoncer sans contact chez le médecin, à l'hôpital ou à la pharmacie, et transférer leurs données en conformité avec la protection des données.

Les assureurs-maladie sont de plus en plus nombreux à intégrer la VICARD dans leurs applications-clients. En 2021, CONCORDIA, ÖKK, Aquilana, EGK et Swica ont rejoint les rangs des assureurs qui proposent la VICARD à leurs clients. Désormais près de cinq millions d'assurés peuvent utiliser la VICARD auprès de quelque 5000 fournisseurs de prestations et 2000

pharmacies. Ainsi, l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) vient, par exemple, d'inclure la VICARD dans son application intégrée pour l'administration des patients.

### Portail en libre-service pour les numéros de décompte

Suite à une modification de loi adoptée par le Parlement en 2020, les cantons sont compétents, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, non seulement pour l'octroi des autorisations cantonales de pratiquer et d'exploiter, mais également pour le contrôle obligatoire du respect des exigences de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS par les fournisseurs de prestations ambulatoires – une tâche jusqu'alors assumée par SASIS SA. En s'appuyant sur la vérification opérée par les cantons et les données enregistrées dans différents registres, SASIS SA continue d'attribuer les numéros du registre des codes-créanciers (RCC). Un portail en libre-service a été mis en place en 2021 avec certains fournisseurs de prestations. A l'avenir, tous les fournisseurs de prestations pourront se procurer un numéro RCC par le biais d'une demande numérique via ce portail en ligne, de même qu'y consulter et gérer directement leurs données. SASIS SA contribue ainsi à faire progresser la numérisation des processus administratifs.

### Registre central des conventions pour les assureurs-maladie

SASIS SA met à la disposition des assureurs participants un registre central électronique contenant les conventions tarifaires actuelles. En 2021, le registre central des conventions (RCCo) regroupait plus de 16 000 conventions tarifaires. Ce répertoire sert de source de référence des conventions tarifaires en vigueur pour l'achat de prestations. Pour le contrôle des factures chez les assureurs-maladie, les informations contenues dans les conventions constituent la base pour l'enregistrement et la vérification des factures des fournisseurs de prestations médicales.

### **Données statistiques fiables sur l'évolution des coûts**

SASIS SA met à la disposition des assureurs, des organisations de branche et des autorités les données de coûts collectées par les assureurs-maladie et préparées selon différents critères. Les résultats présentés grâce aux deux instruments statistiques Pool

de données et Pool tarifaire sont utilisés pour le contrôle, le monitoring, la comparaison et les prévisions de coûts, mais aussi pour les évaluations d'économicité, l'analyse de l'évolution des volumes et les négociations tarifaires.

La SVK est une organisation de prestations de services qui, pour le compte des assureurs, réalise des évaluations et traite des dossiers dans le domaine des médicaments, des transplantations, des dialyses, de l'alimentation artificielle à domicile et de la ventilation mécanique à domicile. Outre les assureurs-maladie, la SUVA/l'assurance militaire, l'Institution commune LAMal et l'assurance-invalidité/OFAS font également partie des clients de la SVK.

**34**

clients – assureurs/groupements d'assureurs et clients institutionnels

**35**

collaborateurs

**56 600**

dossiers de patients traités

**300 000**

factures contrôlées

# La numérisation est en bonne voie

**La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) fournit une gamme complète de prestations de services. Elle négocie et conclut des contrats et des tarifs dans des domaines spécialisés de l'assurance-maladie.**

Au cours de l'exercice sous revue, les travaux de révision pour le contrat national sur les traitements par dialyse, les contrats de partenariat pour le complexe thérapeutique Alimentation artificielle à domicile et les contrats avec l'industrie pour la dialyse à domicile ont été entamés. La SVK a mené à bien la révision du contrat national sur la protonthérapie ainsi que des contrats nationaux sur les transplantations d'organes solides et de cellules souches; en 2021, ces différents contrats ont été soumis au Conseil fédéral en vue de leur approbation et de leur entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## Le nombre de dossiers de patients continue d'augmenter

Sur mandat des assureurs-maladie affiliés, la SVK évalue les demandes de garantie de prise en charge des coûts selon des critères uniformes, examine les factures, contrôle les indications médicales ainsi que les couvertures d'assurance. Le nombre de dossiers de patients suivis a augmenté de 6,7 pour cent par rapport à l'année dernière pour atteindre près de 56 600 cas. La pandémie de coronavirus a eu un impact contrasté sur le volume des cas. Dans les domaines Dialyse, Transplantations et Coordination de cas AI, les chiffres sont légèrement inférieurs à l'année d'avant. En contrepartie, le nombre de cas dans les domaines Alimentation artificielle, Ventilation

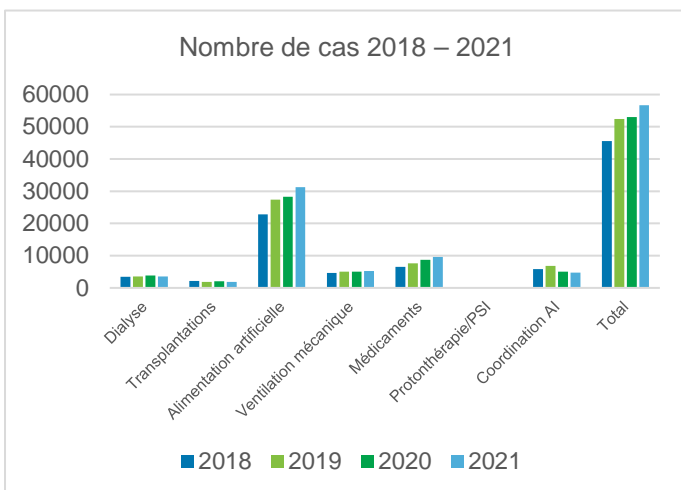
mécanique à domicile et Médicaments a dépassé les chiffres de l'année 2020. Le nombre de protonthérapies réalisées à l'Institut Paul Scherrer est resté stable en raison des capacités de traitement limitées de l'établissement.

## Le règlement pour les donneurs vivants fait ses preuves

Le règlement élaboré par la SVK en 2019 avec les parties prenantes dans le domaine des dons de donneurs vivants a fait ses preuves dans la pratique au cours des 18 mois depuis son entrée en vigueur. La détermination de la perte de gain et la prise en charge des frais selon des critères uniformes ont permis de créer une valeur ajoutée pour les donneurs vivants et pour l'ensemble des partenaires concernés. Sur cette base, la SVK a traité en 2021 une centaine de cas de perte de gain chez des donneurs vivants pour ses clients assureurs. La SVK a soumis le règlement à l'OFSP pour consultation et validation.

## Une étape-clé dans la transformation numérique a été franchie

La SVK travaille d'arrache-pied pour devenir un prestataire de services numériques. Fin 2021, la part de factures traitées électroniquement par la SVK avoisinait 98 pour cent. Même pendant les restrictions dues à la pandémie, toutes les demandes de prise en charge des coûts et tous les remboursements ont pu être traités dans les temps grâce aux mesures précoces engagées en faveur de la numérisation des processus de gestion des cas. L'efficacité du traitement opérationnel, en particulier le contrôle de la couverture et des factures, ne peut être améliorée que si tous les fournisseurs de prestations et fabricants transmettent systématiquement leurs factures électroniquement. Le rattachement des 24 offices AI cantonaux de Suisse opéré fin 2021 permet à la SVK, dès début 2022, de faire parvenir les factures contrôlées à tous ses clients sous forme électronique.





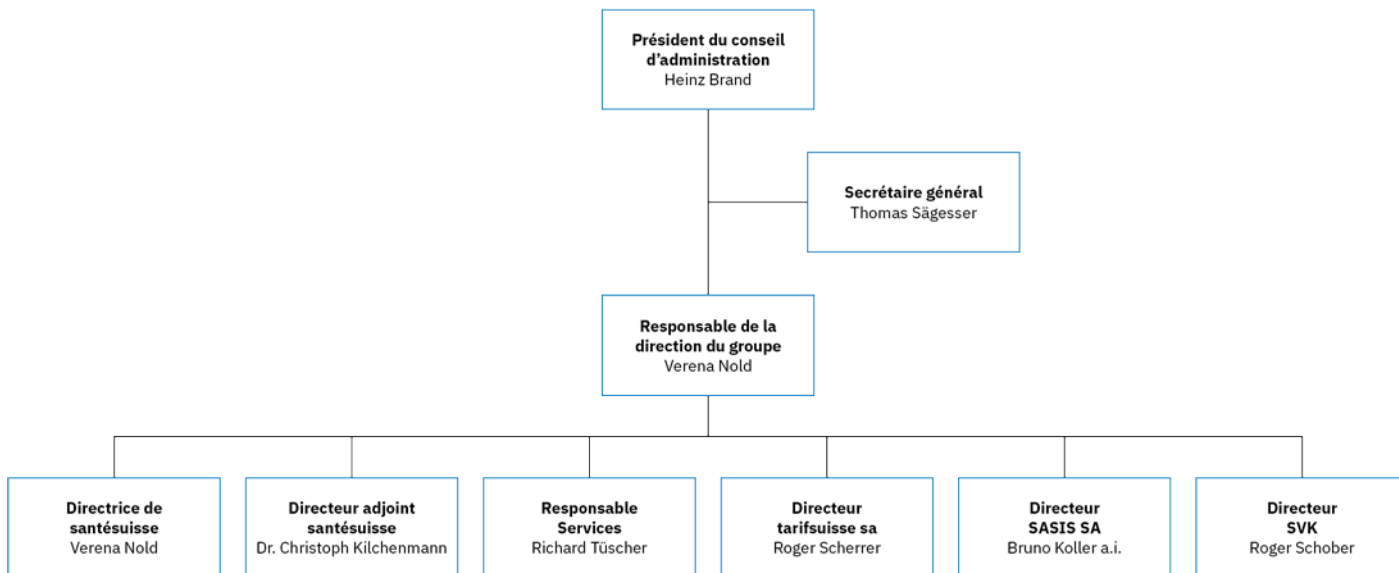
**La sécurité des informations et de la protection des données est au cœur des priorités**

En 2021, la SVK a de nouveau obtenu la recertification selon les normes ISO pour les domaines Sécurité de l'information, Protection des données et Service de réception des données selon l'art. 59a OAMal. Cette certification est valable pour les 3

prochaines années. Pour 2022, la SVK envisage de demander en plus la certification selon la norme ISO 27 001, qui identifiera la SVK auprès des clients, de leurs auditeurs et des autorités comme une organisation ayant mis en œuvre des processus de bonne pratique pour garantir la sécurité de l'information.

# Organisation

Au 1<sup>er</sup> mars 2022



## Conseil d'administration

**Président, ancien conseiller national, Heinz Brand,**  
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, 1919 Martigny

**Dr Ruedi Bodenmann,** Groupe Assura,  
Avenue C.-F. Ramuz 70, Case Postale 532, 1009 Pully

**Dr Reto Dahinden,** SWICA Organisations de santé,  
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

**Nikolai Dittli,** CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA,  
Bundesplatz 15, 6002 Lucerne

**Dr Reto Flury,** EGK-Caisse de Santé,  
Birsparck 1, 4242 Laufon

**Angelo Eggli,** Visana Services SA,  
Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15

**Stefan Schena,** ÖKK, 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, responsable de la direction du groupe

**Dr Christoph Kilchenmann,** directeur adjoint santésuisse

**Richard Tüscher,** responsable Services

**Roger Scherrer,** directeur de tarifsuisse sa

**Bruno Koller,** directeur a. i. de SASIS SA

**Roger Schober,** directeur de la SVK

## Secrétaire général

**Dr Thomas Säggerer**

# Sièges

**santésuisse –****Les assureurs-maladie suisses**

Römerstrasse 20, case postale,  
4502 Soleure

Tél. + 41 32 625 41 41

[mail@santesuisse.ch](mailto:mail@santesuisse.ch)

[www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)

**tarifsuisse sa**

Römerstrasse 20, case postale,  
4502 Soleure

Tél. +41 32 625 47 00

[info@tarifsuisse.ch](mailto:info@tarifsuisse.ch)

[www.tarifsuisse.ch](http://www.tarifsuisse.ch)

**SASIS SA**

Römerstrasse 20, 4502 Soleure

Tél. + 41 32 625 42 00

[info@sasis.ch](mailto:info@sasis.ch)

[www.sasis.ch](http://www.sasis.ch)

**SVK****Fédération suisse pour tâches  
communes des assureurs-maladie**

Muttenstrasse 3, 4502 Soleure

Tél. +41 32 626 57 47

[info@svk.org](mailto:info@svk.org)

[www.svk.org](http://www.svk.org)

## Impressum

### Édition, rédaction et production

santésuisse –  
Les assureurs-maladie suisses  
Ressort Publications  
Römerstrasse 20  
Case postale  
4502 Soleure  
Téléphone + 41 32 625 41 41  
[mail@santesuisse.ch](mailto:mail@santesuisse.ch)  
[www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)

### Concept/design

brenneisen theiss communications ag, Bâle  
[www.brenneisentheiss.ch](http://www.brenneisentheiss.ch)