

2019

Rapport annuel

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 2019 en bref

Janvier

ENGAGEMENT PARTIEL EN FAVEUR DE LA QUALITÉ

La loi sur la qualité doit permettre aux patients de subir moins de prestations inutiles et de qualité insuffisante. Contrairement au Conseil national, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a opté à une courte majorité pour une variante imposant peu d'obligations aux fournisseurs de prestations.

Février

DES MESURES PLUS EFFICACES CONTRE LES APPELS INDÉSIRABLES

Après le Conseil des États, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) soutient également une réglementation légale visant à déclarer contraignante, pour l'ensemble de la branche de l'assurance-maladie, la solution élaborée par les assureurs-maladie pour encadrer le démarchage des clients.

Mars

SANTÉSUISSE SOUHAITE UNE SOLUTION RAPIDE POUR REMBOURSER LES THÉRAPIES GÉNÉRIQUES

Les thérapies génériques innovantes, par exemple pour le traitement de certaines formes de cancer, offrent aux patients de nouveaux espoirs de guérison. santésuisse s'engage en faveur de solutions permettant un accès rapide et simple à ces thérapies, tout en restant financièrement supportables pour les payeurs de primes.

Avril

LES GÉNÉRIQUES RESTENT BEAUCOUP PLUS CHERS EN SUISSE

Les génériques restent en moyenne deux fois plus chers en Suisse que dans les pays de comparaison. C'est ce que montre la dixième comparaison de prix avec l'étranger réalisée en commun par santésuisse et Interpharma. Un alignement permettrait d'économiser des centaines de millions de francs au profit des payeurs de primes.

Mai

PILOTAGE DES ADMISSIONS: DES RECVS REGRETTABLES AU DÉTRIMENT DES PAYEURS DE PRIMES

La CSSS-E affaiblit la solution efficace du Conseil national pour le pilotage des admissions de médecins dans les cantons.

Juin

UNE PERCÉE EN FAVEUR D'UNE QUALITÉ MÉDICALE MESURÉE

À une écrasante majorité, le Conseil national et le Conseil des États ont décidé que des conditions-cadres en faveur de la transparence et de la qualité, qui sont dans l'intérêt des patients, doivent être inscrites dans la loi.

Juillet

FIN DU RÉPIT POUR LES PAYEURS DE PRIMES – SI RIEN N'EST ENTREPRIS, UNE NOUVELLE AUGMENTATION DES COÛTS MENACE

Avec 1 % d'augmentation en 2018, la progression des coûts de la santé dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) a été bien plus faible que les années précédentes. Pour l'année en cours et celle à venir, santésuisse prévoit que les coûts augmenteront à nouveau plus fortement. Ils pourraient croître encore davantage si des souhaits particuliers étaient satisfaits.

Août

LE CONSEIL FÉDÉRAL ENTEND ENFIN ÉLIMINER LES COÛTS INUTILES

Le Conseil fédéral veut prendre des mesures efficaces pour juguler la hausse des coûts de la santé. Le Parlement doit désormais veiller à ce que ces mesures soient effectivement mises en œuvre.

Septembre

LE CONSEIL NATIONAL PREND UNE DÉCISION FAVORABLE AUX PAYEURS DE PRIMES

Le feu vert du Conseil national au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est un signal pour une efficience accrue et pour éviter des dépenses de santé inutiles. Toutefois, afin de réduire efficacement les coûts à long terme, d'autres mesures sont impérativement nécessaires.

Octobre

MISE EN ŒUVRE EFFICACE DE LA LIMITATION DES ADMISSIONS

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

Novembre

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

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

Décembre

L'ORIENTATION PRISE POUR RÉDUIRE LES COÛTS EST JUSTE

santésuisse soutient le premier volet de mesures du Conseil fédéral pour réduire la hausse des coûts de la santé. Mais des adaptations s'imposent pour que cet objectif puisse réellement être atteint.

Éditorial

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



Le Parlement a donné un signal fort en 2019 en adoptant le projet de loi sur la qualité. Après 20 ans de procrastination, les fournisseurs de prestations seront enfin contraints de participer aux mesures d'assurance-qualité. Les patients devront ainsi subir moins de prestations inutiles et de qualité insuffisante. Il est réjouissant que des avancées importantes soient encore possibles au Parlement, même s'il faut se battre âprement pour les obtenir. Cependant, des questions tout aussi importantes, comme le pilotage des admissions ou le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, n'ont pas abouti.

Le bref répit concernant la hausse des coûts de la santé a pris fin en 2019. Les mesures de maîtrise des coûts proposées par le Conseil fédéral sont donc d'autant plus importantes. Il s'agit maintenant d'en concrétiser et d'en peaufiner le développement et la mise en œuvre, et de les faire avancer au profit des payeurs de primes.

Une percée a été réalisée au niveau de l'autorégulation de la branche en ce qui concerne les intermédiaires et les commissions qui leur sont versées. Un accord de branche a été signé par les deux associations santésuisse et curafutura le 24 janvier 2020. Élaboré par les responsables des sept plus grands assureurs-maladie, il définit des normes exhaustives et contraignantes. À partir du 1^{er} janvier 2021, les assureurs participants s'engagent à respecter des plafonds pour les commissions versées aux intermédiaires, à renoncer au démarchage téléphonique « à froid » et à respecter des normes de qualité en matière de conseil.

Les sociétés du groupe santésuisse, soit santésuisse, tarifsuisse sa, SASIS SA et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), ont relevé avec succès les défis liés à un environnement exigeant en constante évolution. Des collaborateurs compétents ainsi que des prestations adaptées aux besoins des membres et des clients sont une condition clé de cette réussite.

Je remercie très chaleureusement les membres du conseil d'administration et l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de santésuisse et des sociétés du groupe ainsi que les représentants des assureurs-maladie au sein des organes de l'association de leur contribution et de leur engagement en faveur de notre système de santé.

*Heinz Brand
Président du conseil d'administration*

« santésuisse œuvre en faveur de la liberté de choix des assurés et propose des mesures pour combattre la hausse des coûts et des primes. En tant que principale organisation de la branche des assureurs-maladie, nous privilégions les conventions par rapport aux réglementations étatiques et luttons pour le libre de choix des partenaires contractuels. »

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

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

Une percée en faveur d'une qualité médicale mesurée

La révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie « Renforcement de la qualité et de l'économicité » est un signal fort lancé par le Parlement dans l'intérêt des patients. Il a jeté ainsi les bases d'une plus grande sécurité des patients et d'une efficacité accrue. Les fournisseurs de prestations se verront imposer des obligations plus contraignantes que jusqu'alors pour participer à des mesures d'assurance-qualité. Les patients pourront donc enfin savoir, dans le domaine ambulatoire aussi, où un traitement est meilleur, voire moins bon.

Bien que les fournisseurs de prestations en aient l'obligation depuis une vingtaine d'années, le manque de possibilités de sanction n'a pas permis jusqu'à maintenant – en particulier dans le domaine ambulatoire – d'introduire de manière standardisée les programmes de qualité réclamés par la loi. Les grands perdants de cet échec étaient les patients qui devaient choisir leur médecin sans aucun élément de référence concernant la qualité. L'inscription, dans la législation, de dispositions en faveur de la qualité améliorera de manière notable cette situation insatisfaisante.

La modification de loi adoptée va contraindre les fournisseurs de prestations à élaborer des mesures d'assurance-qualité, sous peine de sanctions en cas de manquement. Une commission fédérale coordonnera le travail des organisations de qualité existantes. Elle instaurera la transparence nécessaire et pourra intervenir si les fournisseurs de prestations persistent à bloquer le travail en matière de qualité. Les patients en profiteront car ils ne devront plus subir autant d'actes superflus et de prestations de qualité insatisfaisante qu'actuellement.

Nouvelle réglementation de l'admission des médecins sans effet sur les coûts

Politiciens, cantons, assureurs: tous s'accordent à dire qu'une trop forte densité de médecins fait grimper les coûts. Dans une Suisse qui se démarque par une offre de soins globalement excédentaire, un plus grand nombre de médecins n'est pas forcément synonyme d'amélioration de la santé, mais surtout de traitements superflus et de davantage de coûts inutiles.

Après de nombreuses tentatives infructueuses pour amorcer un nouveau départ dans le pilotage de la densité des médecins, les avis continuaient d'être divisés au sein du Parlement. Alors que les décisions du Conseil national laissaient entrevoir une mise en œuvre efficace, le Conseil des Etats ne voulait pas, pour sa part, obliger les cantons à prendre des mesures efficaces et obligatoires. Compte tenu des conditions peu contraignantes imposées aux cantons par le Conseil des Etats, il faut s'attendre à ce que le pilotage de la densité des médecins continue d'être géré de façon très hétérogène par les cantons et à ce que la mise en œuvre soit, comme c'est le cas aujourd'hui, contradictoire, lacunaire, ou pis, inexistante. Les contribuables et les payeurs de primes devraient une fois de plus supporter les conséquences d'une offre de soins excédentaire et défailante.

Financement équitable des prestations médicales

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) vise une répartition à parts égales des coûts entre les assureurs-maladie et les cantons. santésuisse estime qu'il est nécessaire de relier l'EFAS au pilotage des admissions par les cantons, afin que ces derniers assument la responsabilité des compétences qui leur sont accordées.

La demande des cantons d'inclure les coûts des soins dans l'EFAS n'est toutefois pas appropriée. Les cantons posent en effet comme conditions à leur soutien à l'EFAS que les coûts des établissements médico-sociaux (EMS) et des soins à domicile y soient inclus. Les assureurs-maladie versent déjà 2,8 milliards de francs aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile. La mise en œuvre de cette mesure mettrait encore davantage les assurés à contribution et équivaldrait à un transfert de coûts des contribuables aux payeurs de primes. Les soins de longue durée, voire aux personnes âgées, dont la responsabilité incombe aux cantons et aux communes, ne relèvent que partiellement de l'assurance-maladie. Cela signifie concrètement que les cantons et les communes doivent d'abord assumer pleinement leur rôle et veiller au financement résiduel des coûts des soins.

«

Dès lors que les cantons sont obligés de payer une partie de chaque facture ambulatoire, ils ont également un intérêt économique à gérer l'offre de soins de manière économe.

»

Des souhaits coûteux pour le système de santé

La hausse des primes a également été une préoccupation majeure pour les Suisses en 2019. Les mesures du Conseil fédéral visant à réduire les coûts revêtent donc une importance primordiale. Or force est de constater que dans le système de santé, la liste des nouveaux souhaits coûteux n'a cessé en parallèle de s'allonger en 2019. Les coûts supplémentaires pourraient se monter à des milliards de francs par an. Si ces coûteux souhaits particuliers sont exaucés, le système de santé ne sera bientôt plus financable, ce qui risque d'engendrer un rationnement et une médecine à deux vitesses. Dans l'intérêt des payeurs de primes, santésuisse demande que les moyens soient utilisés de manière économe.

Une initiative sur les soins inutile et coûteuse

L'initiative pour des soins infirmiers forts demande une revalorisation du personnel soignant alors même que les soins en Suisse font déjà bonne figure en comparaison européenne. La Suisse est en effet très bien placée en termes de personnel soignant pour 1000 habitants. De plus, les salaires se situent dans la moyenne suisse. C'est précisément parce que les soins sont très importants dans une société vieillissante que nous devons veiller à ce qu'ils restent financables à l'avenir. Car les contribuables et les payeurs de primes seront de toute manière confrontés à d'énormes coûts supplémentaires, même si les conditions générales restent inchangées. Sur la base de scénarios réalistes, santésuisse estime les surcoûts à près de 5 milliards de francs par an. L'association rejette aussi le contre-projet indirect élaboré par le Parlement s'il ne garantit pas l'absence d'augmentation du volume des soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins. santésuisse demande que les mesures de soutien favorisent plus particulièrement le retour à l'emploi ainsi que les possibilités de reconversion dans la profession d'auxiliaire de santé ou d'aide-soignant afin de garantir l'approvisionnement futur en soins.

«Oui, mais» au changement de système pour les psychologues-psychothérapeutes

Dans son projet mis en consultation, le Conseil fédéral prévoit que les psychologues-psychothérapeutes admis à pratiquer pourront à l'avenir, sur ordonnance médicale, fournir leurs prestations à titre indépendant et les facturer pour leur propre compte dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. santésuisse s'oppose fermement à une compétence générale de prescrire des psychothérapies pour tous les médecins non spécialisés dans ce domaine. L'association demande que les règles proposées concernant la garantie de la qualité soient précisées et exige des mesures préalablement définies contre des augmentations de volumes injustifiées, afin d'éviter des prestations inutiles aux dépens des payeurs de primes. La proposition du Conseil fédéral entraînerait un surcoût bien plus élevé que les quelque 100 millions de francs pronostiqués. Les payeurs de primes ne doivent pas avoir à payer un prix aussi élevé.

Prix de référence pour les génériques

Les génériques coûtent en moyenne deux fois plus cher en Suisse que dans les pays étrangers comparables. La mise en place d'un système de prix de référence permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 400 millions de francs par an au niveau des médicaments remboursés par les caisses-maladie – sans que la qualité des soins en pâtisse. Des systèmes de prix de référence sont mis en œuvre avec succès depuis des décennies déjà dans des pays comparables à la Suisse pour réduire les coûts.

Garantir un développement ciblé du système de santé

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

Évaluation des bénéfices de traitements – Health Technology Assessments (HTA)

Des prestations inutiles et inefficaces nuisent aux patients et font grimper les primes. Il est donc important que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des prestations soient régulièrement examinées. Les HTA sont un instrument permettant d'évaluer les prestations relevant de l'assurance-maladie de base selon les critères EAE et, éventuellement, de les retirer du catalogue des prestations obligatoires. L'objectif est de réévaluer les prestations sur la base des connaissances les plus récentes. En 2019, l'OFSP a traité six thèmes dans le cadre de consultations externes. Quatre d'entre eux ont été soumis par santésuisse. L'objectif de santésuisse est de soumettre à l'OFSP des thèmes dont l'obligation de prise en charge est contestée, afin qu'ils puissent, après leur évaluation, être retirés de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ou que leur utilisation soit limitée.

Administration croissante de médicaments hors étiquette

De nouvelles possibilités de thérapie et des méthodes de traitement sur mesure font que de plus en plus souvent, les médicaments utilisés ne suivent pas la procédure d'approbation ordinaire et que leur remboursement n'est pas régi par la liste des spécialités (LS). D'après les estimations des experts, les assureurs-maladie et leurs médecins-conseils traitent actuellement, chaque année, près de 25 000 demandes de prise en charge des coûts. C'est deux fois plus qu'il y a trois ans. Les prix de ces médicaments et traitements sont négociés entre les assureurs-maladie et les fabricants. Alors qu'en cas d'admission régulière dans la LS, l'OFSP contrôle l'économicité d'un médicament selon des règles claires et précises, cette tâche échoit dans le domaine « off label » aux assureurs-maladie. Cela signifie que les assureurs doivent examiner chaque cas individuellement en tenant compte des bénéfices potentiels. Compte tenu du nombre élevé de nouveaux médicaments onéreux, d'autres modèles liant la prise en charge d'un traitement à son efficacité mesurable pourraient

s'avérer pertinents. santésuisse s'engage pour que la prise en charge de médicaments au cas par cas reste une exception, comme initialement prévu par le législateur.

Remboursement de nouvelles thérapies géniques

santésuisse vise une solution dans le cadre de la structure tarifaire des prestations hospitalières stationnaires SwissDRG pour la rémunération des nouvelles thérapies géniques. La condition préalable est la négociation d'une convention tarifaire par les partenaires tarifaires et son approbation par le Conseil fédéral. Elle doit s'appliquer à toute la branche de l'assurance-maladie. Une convention de branche garantit des prix moins élevés que les accords directs avec les fournisseurs de ces thérapies ou médicaments.

santésuisse communique avec le public et les payeurs de primes au moyen de différents canaux. Les plateformes de réseaux sociaux ouvrent de nouvelles possibilités de communication interactive. En sa qualité de principale organisation de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie ainsi que les secteurs connexes intéressés.



100

prises de position,
recommandations et
communiqués de
presse

6800

lectrices et lecteurs
du blog chaque mois

445 000

consultations des tweets
en français/italien/
allemand

>4000

journées de formation
à destination
des apprentis

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

Nouvel accord de branche concernant le démarchage téléphonique et les intermédiaires

Les appels téléphoniques indésirables de courtiers en assurances-maladie et les commissions excessives versées à des intermédiaires sont une source de mécontentement pour la population suisse et nuisent à l'image des assureurs-maladie. En 2019, le Parlement a adressé au Conseil fédéral des interventions parlementaires correspondantes pour une limitation du démarchage et des commissions. Le processus politique prenant beaucoup de temps – la nouvelle loi ne devrait pas entrer en vigueur avant 2023 –, la branche a réagi pour résoudre elle-même le problème des appels téléphoniques indésirables.

Le 24 janvier 2020, les associations faïtières curafutura et santésuisse ont signé le nouvel accord de branche concernant les intermédiaires qu'ils ont élaboré ensemble. Il réglemente de manière contraignante la qualité des conseils et l'indemnisation des intermédiaires pour la prospection de clients. À l'avenir, les appels téléphoniques sans contact préalable, autrement dit l'acquisition « à froid », ne seront plus autorisés. Les commissions seront limitées à 70 francs au plus dans l'assurance de base et à l'équivalent d'une prime annuelle dans les assurances-maladie complémentaires. Le nouvel accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021. 41 assureurs-maladie y ont déjà adhéré. Ils représentent environ 90 % des assurés. curafutura et santésuisse souhaitent cependant que cet accord revête un caractère obligatoire pour tous les acteurs du marché.

La nouvelle méthode statistique de sélection (screening) pour les évaluations d'économicité fait ses preuves

Les évaluations d'économicité de santésuisse doivent permettre d'identifier les fournisseurs de prestations qui occasionnent des coûts hors normes et ne peuvent pas les justifier. En 2019, une nouvelle méthode statistique de sélection (screening) convenue avec la Fédération des médecins suisses FMH a été appliquée pour la première fois dans le cadre des évaluations d'économicité. Elle permet d'éviter que des médecins présentant des coûts élevés, liés à la pathologie de leurs patients ou à d'autres facteurs que les praticiens ne peuvent pas influencer, soient identifiés comme travaillant de manière non économique. En revanche, les médecins présentant des coûts élevés, suggérant une gestion et une facturation inefficaces ou incorrectes, doivent être détectés. Grâce à la nouvelle méthode, le pourcentage de médecins dont les coûts sont statistiquement hors normes a diminué de 9 à 6 %. Ces médecins font l'objet d'un examen approfondi par santésuisse.

Une offre de formation exhaustive

La complexité de l'assurance-maladie exige un haut degré de compétence des collaborateurs des caisses-maladie. En sa qualité de principale organisation de la branche, santésuisse forme des spécialistes pour les assureurs-maladie ainsi que les secteurs connexes intéressés (collaborateurs du secteur de la santé). L'offre de formation de santésuisse est déclinée dans les trois langues nationales et dispensée dans toutes les régions. Le fait d'y associer tous les acteurs impliqués, notamment aussi les fournisseurs de prestations, favorise une bonne compréhension entre les différents partenaires du système de santé.

En 2019, santésuisse a dispensé aux apprentis une offre de formation complète sur plus de 4000 journées de formation. 86 nouveaux apprentis ont commencé leur formation commerciale initiale. 60 participants ont entamé leur cycle de formation en vue de l'obtention du brevet. 37 personnes ont achevé avec succès leur perfectionnement et décroché leur brevet de spécialiste en assurance-maladie. Les besoins spécifiques sont, quant à eux, couverts par une offre de formations spéciales, par exemple des cours de connaissances médicales, ou des cours sur les indemnités journalières, l'assurance-accidents, voire la protection des données.

Les cours en entreprise ont eu beaucoup de succès. Des cours sur mesure sont élaborés et proposés pour les assureurs-maladie, les hôpitaux et les entreprises actives dans le domaine de la santé. Pour la première fois, des formations adaptées aux besoins spécifiques de plusieurs organisations internationales ont été dispensées.

santésuisse et ses partenaires de la branche étaient présents au BAM, le salon de la formation de Berne, pour faire découvrir aux jeunes adultes la formation commerciale initiale de l'assurance-maladie.

Dans le cadre de la révision de la formation professionnelle commerciale « Employés de commerce 2022 », santésuisse a élaboré les objectifs détaillés et les programmes de la branche pour les cours interentreprises (CIE) de la formation commerciale initiale et les a transmis à la Conférence suisse des branches de formation et d'examen commerciales (CSBCF). La réforme doit permettre d'adapter les compétences des employés de commerce aux exigences changeantes liées p. ex. à la numérisation.

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



>1000

conventions
tarifaires conclues
et gérées

10 + 2

10 structures
tarifaires nationales
ambulatoires et
2 stationnaires
gérées par tarifsuisse

Env. 60

pour cent de part
de marché dans le
domaine des
négociations tarifaires

3,6

millions de francs
ont été remboursés
à la suite d'une
intervention du
tarifcontrolling de
tarifsuisse

65

collaborateurs

DES PRIX AU PLUS JUSTE POUR UNE BONNE QUALITÉ – DES PRIMES PLUS BASSES GRÂCE À DES NÉGOCIATIONS TARIFAIRES SYSTÉMATIQUES

Les partenaires tarifaires sont confrontés à un double défi : pérenniser des soins de haute qualité et maîtriser la spirale des coûts. Principale société d'achat de prestations de santé dans l'assurance-maladie obligatoire, tarifsuisse sa officie à la croisée des chemins entre les exigences des fournisseurs de prestations, les directives administratives des cantons et de la Confédération ainsi que celles de ses mandants, c'est-à-dire les 42 assureurs-maladie qui lui sont affiliés. Cette filiale de santésuisse est chargée du contrôle continu des structures tarifaires et des tarifs des prestations ambulatoires et stationnaires ; elle veille également à leur adaptation et procède régulièrement à leur renégociation, l'objectif étant toujours d'obtenir les meilleurs tarifs possibles pour les prestations médicales auxquelles recourent les payeurs de prime. Sur mandat de santésuisse, tarifsuisse sa procède aux évaluations d'économicité des fournisseurs de prestations conformément à l'art. 56, al. 6 LAMal (voir p. 7 pour plus de détails). Le tarifcontrolling est une autre tâche réalisée au nom et sur mandat des répondants des coûts. Le tarifcontrolling utilise différentes méthodes pour vérifier et veiller à la bonne application des tarifs par les fournisseurs de prestations.

Les négociations tarifaires avec les médecins restent ardues

En 2019, les fronts se sont encore davantage durcis lors des négociations tarifaires avec les sociétés cantonales de médecine dans le domaine ambulatoire. Aucune solution négociée constructive n'a pu être trouvée. Par conséquent, de nombreuses et coûteuses procédures de fixation et de recours ont dû être engagées, avec une issue incertaine pour les deux parties.

Négociations complexes des tarifs hospitaliers stationnaires

Dans le domaine stationnaire, tarifsuisse sa négocie les prix de base facturables par les hôpitaux et les cliniques. Lors de la fixation des prix, les coûts relevant de la LAMal doivent être clairement délimités et établis de manière transparente. Les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques constituent des enjeux spécifiques, les exigences en matière de transparence étant importantes. Ils doivent notamment prouver que les coûts plus élevés – par rapport à d'autres fournisseurs de prestations – correspondent réellement à une fourniture de prestations efficace.

En 2019, de nouvelles méthodes d'analyse des données ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances, en particulier dans le domaine des hôpitaux pédiatriques. Ces informations ont ensuite pu être utilisées avec succès lors des négociations.

L'interprétation de la loi et de la jurisprudence par certains cantons est le principal obstacle à des négociations constructives. Certains hôpitaux sont ainsi moins disposés à conclure des négociations et recherchent plutôt une procédure de fixation par le canton.

Demandes de remboursement du matériel utilisé pour les soins

Selon un arrêt du Tribunal administratif fédéral de 2017, le matériel utilisé par les professionnels de la santé pour les soins fait partie intégrante des prestations de soins et ne peut pas être facturé séparément aux assureurs-maladie. Dans sa décision, le tribunal a établi que le financement résiduel doit être assuré par les cantons ou les communes. tarifsuisse sa a fait valoir à l'encontre des EMS concernés des demandes de restitution au nom des assureurs affiliés. Un total de 57 millions de francs suisses a ainsi été réclamé devant les tribunaux.

Clarification concernant les forfaits de prestations médicales ambulatoires

Début septembre 2019, le Tribunal administratif fédéral a décidé que la Confédération était responsable de l'approbation des tarifs forfaitaires ambulatoires valables dans toute la Suisse. La question de la compétence étant clarifiée, la voie est désormais libre pour soumettre des forfaits de prestations ambulatoires pour approbation dans diverses disciplines médicales.

Les tarifs forfaitaires améliorent la transparence pour les assurés et les assureurs. En associant les forfaits ambulatoires à des mesures de garantie de la qualité, des prestations superflues et des coûts inutiles peuvent être évités. Grâce à son expertise dans ce domaine, tarifsuisse a collaboré – sur mandat de santésuisse – avec la FMCH lors de l'élaboration des forfaits ambulatoires.

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



> 82 000

fournisseurs
de prestations

> 14 000

conventions
tarifaires

11 mio.

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

> 30 000

appels téléphoniques
traités par le registre des
codes-créanciers

LE LOGISTICIEN INNOVANT POUR LES DONNÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations et les autorités travaillent, en tant qu'organisations, au sein du système de santé réglementé. Pour garantir le bon déroulement des processus administratifs, les partenaires impliqués ont besoin de données structurées et d'informations pertinentes. En sa qualité de logisticien innovant en matière de données, SASIS SA soutient la collaboration des assureurs-maladie avec les fournisseurs de prestations dans le cadre de l'échange électronique de données et de l'optimisation des processus. SASIS SA développe également des prestations dans le domaine de la cybersanté et de la cyberadministration.

Les produits et prestations de SASIS SA sont principalement utilisés par les assureurs-maladie et les organisations apparentées. SASIS SA propose des applications de branche indispensables comme le registre des codes-crédenciers, le registre central des conventions, le pool de données et le pool tarifaire, la carte d'assuré ainsi que SHIP (Swiss Health Information Processing).

La numérisation croissante modifie en profondeur les processus du système de santé. Alors que les applications électroniques développées pour la branche contribuent à une efficacité accrue et à une meilleure qualité des données, les processus sous-jacents sont de plus en plus complexes et constituent un véritable défi pour les développeurs d'application et les prestataires de données. En 2019, un projet de longue date visant à assurer une haute disponibilité et une fiabilité optimale des infrastructures grâce à des systèmes redondants a été achevé avec succès. Sur cette base, d'autres projets de numérisation pourront suivre.

La voie est libre pour la carte d'assuré virtuelle

La carte d'assuré (Cada) des assureurs-maladie suisses est produite par le centre Cada de SASIS SA pour le compte des assureurs participants, puis envoyée directement aux assurés afin que ces derniers puissent l'utiliser chez les fournisseurs de prestations médicales en Suisse et à l'étranger. Cette solution de branche permet aux assureurs de profiter de toutes les applications présentes et futures liées à la carte d'assuré suisse.

Un projet clé consiste dans le développement d'un complément virtuel à la carte d'assuré physique. À partir de 2020, les premiers assureurs-maladie intégreront dans leurs propres applications l'outil développé par SASIS SA pour servir de «carte d'accès» dans le système de santé suisse. Ce projet répond aux attentes de la génération montante qui se sent comme un poisson dans l'eau dans le monde numérique. Mais les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie tirent aussi profit de la carte d'assuré virtuelle : la procédure administrative est plus efficace et moins sujette aux erreurs lors de l'admission d'un patient chez un fournisseur de prestations – p. ex. chez un médecin – et la carte d'assuré virtuelle protège des abus, car les cartes non valides sont immédiatement détectées. L'intérêt pour cette nouvelle solution de branche est d'autant plus grand.

SHIP est opérationnel !

L'échange numérique de données SHIP permet le traitement automatisé, sans erreur et efficace des processus administratifs entre les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts. Les transferts de données entre un hôpital et un assureur-maladie ou une administration cantonale, qui nécessitaient jusqu'ici très souvent des opérations fastidieuses et faisaient encore appel au papier, au téléphone, au fax ou au courrier postal, s'effectuent dorénavant par échange numérique. Après une phase pilote intensive avec les premiers partenaires, SHIP est entré dans sa phase opérationnelle en octobre 2019.

Le standard de communication uniforme SHIP est au cœur de cet échange numérique de données. Grâce à des processus électroniques standardisés, SHIP permet d'ouvrir des cas de prestations, d'échanger des informations sur le traitement et de clarifier toutes les questions de prise en charge des coûts. Le transfert de données sécurisé d'un point à un autre ne se limite pas seulement aux applications entre hôpitaux, assureurs-maladie et autorités cantonales. SHIP crée les conditions optimales pour une numérisation effective et durable du système de santé – favorisant ainsi des gains d'efficacité considérables, et par là-même des économies de coûts de même ampleur.

La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) offre, dans divers domaines, des prestations complètes et spécialisées pour des traitements ambulatoires et stationnaires. 35 assureurs ou institutions sont clients de la SVK qui se charge du traitement des demandes de garantie de prise en charge des coûts ainsi que du contrôle de la couverture et des factures pour la Suva/l'assurance militaire, l'Institution commune LAMal et l'assurance-invalidité/OFAS.



35

collaborateurs

35

clients – assureurs /
groupements
d'assureurs et clients
institutionnels

52 500

dossiers de
patients traités

300 000

factures contrôlées

UNE RÉORIENTATION RÉUSSIE

La réorientation systématique de la SVK dans le but de se concentrer sur la fourniture de prestations pour les assurances a eu un effet positif sur les activités et leur développement. Les clients ont bénéficié de prix plus bas et d'une rémunération transparente des prestations en appliquant le principe de l'origine des coûts. Les procédures de traitement ont également été considérablement optimisées dans de nombreux domaines. Les clients de la SVK ont décidé de lui renouveler leur confiance et de poursuivre la coopération sur plusieurs années à partir de 2020. La SVK développe en permanence de nouvelles prestations. Elle se concentre sur des domaines qui répondent aux besoins avérés des clients, présentent généralement un faible nombre de cas, des coûts moyens élevés et qui requièrent des connaissances pointues.

Traitement électronique des factures

Depuis octobre 2018, la SVK est certifiée en tant que service de réception de données (SRD). En août 2019, le préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) a confirmé officiellement que la SVK respecte les dispositions légales sur la protection des données en tant que SRD pour des prestations spécifiques dans le cadre de la facturation des prestations hospitalières stationnaires. Cela signifie que la connexion électronique et le traitement des factures de la SVK sont reconnus par les autorités et répondent aux exigences requises en matière de protection des données pour tous les participants. La majeure partie des clients de la SVK l'ont annoncée au PFPDT comme SRD supplémentaire en 2019. Au cours de cette même année, sur les 300 000 factures examinées, environ 100 000 ont été traitées et transmises aux clients par voie électronique.

Des prestations spécialisées

La SVK procède à des évaluations et traite des dossiers dans le domaine des médicaments, des transplantations, des dialyses, de l'alimentation artificielle à domicile ainsi que de la ventilation mécanique à domicile pour le compte des assureurs-maladie affiliés et d'institutions. En particulier dans les secteurs à forte croissance de l'alimentation artificielle et de la ventilation à domicile, l'objectif est qu'en 2020, environ 90 % des contrôles de la couverture et des factures puissent être réalisés automatiquement grâce au traitement électronique des factures et à la transmission des données par voie électronique.

Progression du nombre de patients bénéficiant d'une alimentation artificielle

Dans le domaine de l'alimentation artificielle, le nombre de patients actifs a pratiquement doublé depuis 2016 pour s'établir

à 27 000. Cette forte progression est due, d'une part, au vieillissement de la population et, d'autre part, à la mise en place d'équipes spécialisées dans l'alimentation dans les hôpitaux. La ventilation mécanique à domicile affiche une multiplication par deux du nombre de cas avec plus de 5000 dossiers de patients traités.

Les dialyses à domicile continuent de progresser

Depuis 1963, la SVK assure le traitement de toutes les procédures en lien avec les différentes méthodes de traitement par dialyse. Conjointement avec H+ Les Hôpitaux de Suisse et les partenaires industriels, elle est également coresponsable du contenu et de la mise en œuvre des conventions nationales ainsi que de leur approbation par le Conseil fédéral. La proportion des dialyses réalisées par les patients eux-mêmes à domicile est en hausse continue depuis quelques années. Les dialyses à domicile doivent toutefois être encore davantage développées.

Recul des transplantations

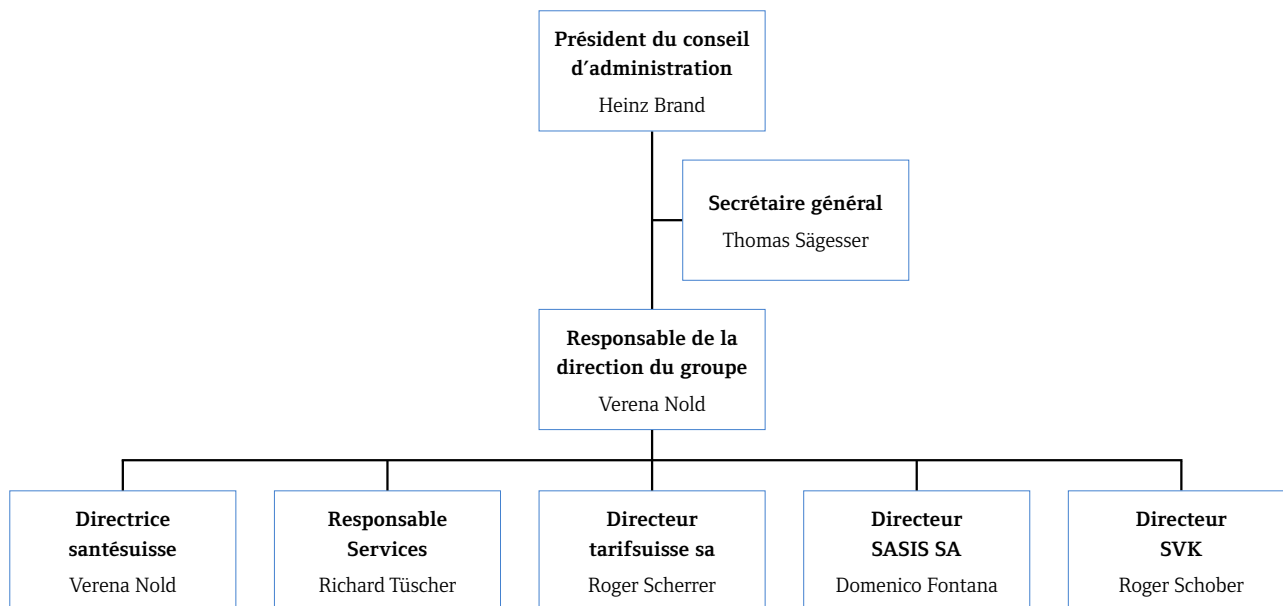
Depuis les années 1970, la SVK prend en charge les dossiers administratifs et autres processus associés aux transplantations. Avec H+, elle est coresponsable des contenus et de la mise en œuvre des conventions nationales ainsi que de leur approbation par le Conseil fédéral, aussi bien dans le domaine des « organes solides » pour les donneurs et les receveurs que dans celui des cellules souches. Après une hausse continue du nombre de donneurs au cours des dernières années, un recul a été enregistré en 2019.

RÉGLEMENTATION DE LA PERTE DE GAIN POUR LES DONNEURS VIVANTS (REINS, FOIE, CELLULES SOUCHES)

Dans le cas de don d'organes par des personnes vivantes, le donneur d'organes est temporairement dans l'incapacité de travailler. La loi sur la transplantation prévoit une indemnisation pour perte de gain et le remboursement des dépenses pour « indemniser le donneur vivant ». Les donneurs, les assurances et les autres parties concernées ont été confrontés de manière répétée à des questions non résolues lors de la mise en œuvre. En 2019, la SVK a pu élaborer, avec tous les acteurs concernés, un ensemble complet de règles permettant de déterminer et d'adapter de manière uniforme la perte de gain et le remboursement des dépenses. Ces règles ont été soumises à l'OFSP et la validation est prévue pour 2020. C'est une bonne nouvelle pour les donneurs vivants et tous les partenaires concernés par le don d'organes par des donneurs vivants.

Organisation

au 1^{er} mars 2020



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président, Heinz Brand, ancien conseiller national
Römerstrasse 20, 4502 Soleure

Vice-président, Dieter Boesch,
RVK, Aquilana Assurances, case postale, 5401 Baden

Vice-président, Dr Thomas J. Grichting,
Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny

Dr Ruedi Bodenmann, Assura-Basis SA,
Avenue C.-F. Ramuz 70, case postale 532, 1009 Pully

Dr Reto Dahinden, SWICA Organisation de santé,
Römerstrasse 38, 8401 Winterthour

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

Dr Reto Flury, EGK-Caisse de Santé, Brislacherstrasse 2,
4242 Laufon

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

Stefan Schena, ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG,
Bahnhofstrasse 13, 7302 Landquart

Dr Michael Willer, Sympany, Peter-Merian-Weg 4,
4002 Bâle

Christof Zürcher, Atupri Assurance de la santé,
Zieglerstrasse 29, 3000 Berne 65

DIRECTION DU GROUPE

Verena Nold, directrice de santésuisse,
responsable de la direction du groupe

Richard Tüscher, responsable Services

Roger Scherrer, directeur de tarifsuisse sa

Domenico Fontana, directeur de SASIS SA

Roger Schober, directeur de la SVK

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Dr Thomas Sägesser

Sièges

santésuisse –**Les assureurs-maladie suisses**

Römerstrasse 20, case postale 1561,
4502 Soleure

Tél. + 41 32 625 41 41

mail@santesuisse.ch

www.santesuisse.ch

tarifsuisse sa

Römerstrasse 20, case postale 1561,
4502 Soleure

Tél. +41 32 625 47 00

info@tarifsuisse.ch

www.tarifsuisse.ch

SASIS SA

Römerstrasse 20, 4502 Soleure

Tél. + 41 32 625 42 00

info@sasis.ch

www.sasis.ch

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

Muttenstrasse 3, 4502 Soleure

Tél. +41 32 626 57 47

info@svk.org

www.svk.org

MENTIONS LÉGALES

Édition, rédaction et production

santésuisse –
Les assureurs-maladie suisses
Ressort Communication
Römerstrasse 20
Case postale 1561
4502 Soleure
Téléphone + 41 32 625 41 41
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Concept/design/production

Linkgroup AG, Zurich
www.linkgroup.ch

Impression

Druckerei Herzog AG
Gewerbstrasse 3
4513 Langendorf

santésuisse –
Les assureurs-maladie suisses