

## Éditorial

Mesdames et Messieurs du Conseil national et du Conseil des États,

Avec la session d'hiver, vous clôturez une année riche en matière de politique de la santé. Je profite de l'occasion pour vous remercier de la qualité de nos échanges. Nous continuerons à les entretenir durant l'année électorale et la prochaine législature. Le point de vue des médecins spécialistes est essentiel, car nous discutons entre autres de ce qui est nécessaire sur le plan médical et de ce qui est de bonne qualité.

Lors de la dernière session d'automne, vous avez traité au Parlement de nombreux dossiers importants en matière de politique de la santé. Le Conseil des États a débattu du paquet de mesures de maîtrise des coûts 1b dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences et a entamé les délibérations sur l'initiative sur le frein aux coûts, son contre-projet indirect ainsi que sur l'initiative sur l'allègement des primes et son contre-projet indirect. Nous avons pu contribuer à trouver des compromis. Je vous en remercie.

La FMCH s'engage en faveur d'un système de santé finançable de manière durable, qui permette à tous les habitants de la Suisse d'accéder à des soins médicaux de haute qualité. Pour maîtriser les coûts, il faut investir dans la qualité.

Je vous souhaite une bonne lecture et me réjouis d'échanger avec vous sur des sujets importants pour la politique de la santé.

Joyeux Noël !

Meilleures salutations

**Prof Dr méd Michele Genoni**  
**Président de la FMCH**

## Mise à jour du paquet de mesures de maîtrise des coûts 1b

Lors de la session d'automne, les dernières divergences concernant l'art. 47c ont été éliminées.

Le Parlement a maintenant décidé de renoncer aux possibilités de mise en œuvre par l'Etat sous forme de mesures d'économie. Avec l'art. 47c LAMaI, la Confédération et les cantons auraient pu intervenir en cas de dépassement des coûts et des quantités, ce qui revenait à introduire une forme de budget global. La FMCH s'y est résolument opposée. Le Conseil national a suivi le Conseil des Etats dans la procédure d'élimination des divergences et a rejeté ces compétences d'intervention. Néanmoins, en cas d'évolution inexplicable des quantités et des coûts dans le système de santé, les fournisseurs de prestations devront à l'avenir prévoir eux-mêmes des mesures correctives, la responsabilité incombant donc désormais aux partenaires tarifaires.

Nous tenons à préciser que la FMCH s'engage pour la qualité et l'économicité. Dans le domaine de la santé, les objectifs de coûts qui ne sont pas basés sur des critères médicaux rendent l'accès aux prestations médicales plus difficile et ont un effet négatif sur la qualité. Les concepts de budget global ne conviennent pas à la Suisse. La FMCH continuera à s'y opposer.

## Pour des primes plus basses dans le secteur de la santé ? Pas de mesures entraînant un rationnement

Le Conseil fédéral a présenté un contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la Confédération et les cantons. L'initiative souhaite que le Conseil fédéral prenne, en collaboration avec les cantons, des mesures pour réduire les coûts si, deux ans après l'acceptation de l'initiative, la croissance par personne assurée est supérieure de 20 % à l'évolution des salaires nominaux. Les initiateurs veulent ainsi garantir des "primes d'assurance maladie abordables".

Le contre-projet indirect prévoit des objectifs de coûts et de qualité pour les prestations dans le domaine de la santé, que le Conseil fédéral pourrait fixer pour les quatre années suivantes. Les cantons pourraient également décider de tels objectifs.

La CSSS-E a proposé de prolonger le délai de traitement de l'initiative populaire d'un an, soit jusqu'en 2023.

Cette initiative pourrait également rationner des prestations qui sont nécessaires sur le plan médical. La FMCH continue de se positionner clairement contre des règles de dépenses imposées par l'Etat et aussi lourdes de conséquences. Il est absolument nécessaire de remplacer rapidement le Tarmed par le Tardoc modernisé.

## Affaires importantes Session d'hiver 2022

### Conseil des États

30 novembre

- 21.063 10% au maximum du revenu pour les primes d'assurance-maladie (Initiative pour l'allègement des primes). Initiative populaire et contre-projet indirect

01 décembre

- 09.528 Financement des prestations de santé par un seul organisme. Introduction du monisme
- 22.3372 Introduction du financement uniforme des prestations selon la LAMaI. Vérifier la neutralité des coûts
- 13.3213 Financement identique des prestations hospitalières stationnaires et ambulatoires

### Conseil national

28 novembre

- 20.3209 Ordonnances électroniques pour les produits thérapeutiques. Meilleure qualité et sécurité accrue pour les patients.
- 20.3211 Pour une plus grande marge de manœuvre dans l'acquisition de dispositifs médicaux destinés à l'approvisionnement de la population suisse

L'initiative et le contre-projet doivent donc être rejetés.

## Initiative pour l'allègement des primes - Mesures en faveur des personnes dans le besoin

La CSSS-E est entrée en matière sur le contre-projet indirect à l'initiative sur l'allègement des primes par 10 voix contre 1 (1 abstention). L'objectif est de rendre la hausse des coûts supportable pour les ménages à bas et moyens revenus.

Selon la CSSS-E, les cantons doivent consacrer une contribution minimale de 5 à 7,5 % des coûts cantonaux de l'assurance-maladie aux réductions de primes. Ce faisant, ils devraient déterminer quelle part des primes peut représenter le revenu des assurés.

La CSSS-E chiffre le surcoût de cette obligation à environ 493 millions de francs.

La FMCH continue de souligner un point très fondamental: le montant qui résulte finalement de la réduction supplémentaire des primes doit être défini sur la base d'un catalogue de critères appropriés. Ce qui est important c'est qu'un allègement supplémentaire profite aux assurés dans le besoin.

## Maîtriser les coûts avec le même financement

L'initiative parlementaire demande un financement uniforme des coûts hospitaliers et ambulatoires par les caisses maladie et les cantons. Actuellement, les prestations stationnaires sont prises en charge au moins à 55 % par les cantons et seulement à 45 % au maximum par les assureurs. En revanche, les prestations ambulatoires sont prises en charge à 100 % par les assureurs. Pour éviter des incitations erronées dans le système de santé, il faut un financement uniforme. C'est pourquoi la FMCH continue à lancer un appel pour faire avancer ce système.

La CSSS-E propose maintenant : "[...] que les cantons financent désormais au moins 26,9 % et les assureurs-maladie au plus 73,1 % des prestations, indépendamment du lieu où elles sont fournies et de leur auteur." Cette uniformisation doit contribuer à stabiliser les parts financées par les impôts et les primes, à éliminer les incitations erronées et à faciliter les soins médicaux coordonnés. La commission s'écarte ainsi sur certains points de la décision du Conseil national: les cantons doivent notamment disposer d'une plus grande marge de manœuvre. Si les coûts augmentent plus que la moyenne dans un canton, l'admission d'autres fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire doit pouvoir être limitée - en plus de la limitation actuelle de l'admission des médecins (art. 55b). En outre, le financement uniforme doit entrer en vigueur trois ans après le délai référendaire.

La FMCH continue de souligner: Nous sommes favorables à l'introduction de ce nouveau système de financement depuis des années. Il est important de noter que la décision concernant le type de traitement (hospitalier ou ambulatoire) doit être purement médicale. Elle ne doit pas être influencée par des questions de financement.

## Paquet de mesures de maîtrise des coûts 2 - une table ronde est nécessaire de toute urgence

Le deuxième paquet de mesures vise également à freiner les coûts de la santé. Les économies financières prévues par le deuxième paquet de mesures de maîtrise des coûts n'ont pas été clairement exposées dans le message du Conseil fédéral. Aucune analyse d'impact de la réglementation n'a été réalisée pour illustrer les économies du paquet. L'effet de réduction des coûts visé par le paquet n'est donc pas du tout démontré.

Le message prévoit notamment que l'Etat ordonne la mise en place de réseaux de soins coordonnés et que le Conseil fédéral soit habilité à définir lui-même comment et quand le contrôle périodique des prestations doit être effectué selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). La CSSS-N a eu raison de réagir très clairement à ce sujet: elle a décidé, après les auditions, que l'administration devait, en organisant une table ronde sur le thème des soins coordonnés, fournir le travail préparatoire que le Conseil fédéral avait omis lors de l'élaboration du message. Il s'agit ainsi de garantir que tous les acteurs concernés puissent participer: Les assureurs, les organisations de patients, les cantons, le corps médical et surtout les réseaux déjà existants. La CSSS-N poursuivra ses délibérations au cours du deuxième trimestre 2023.

La FMCH salue l'organisation d'une telle table ronde et affirme en outre qu'une plus grande délégation de compétences à la Confédération et aux cantons n'est pas conforme au but recherché. Les réseaux décrits dans le message entraînent une augmentation de la charge administrative du côté des fournisseurs de prestations et de l'Etat. De même, la nouvelle compétence prévue pour le Conseil fédéral d'examiner les prestations selon des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) n'augmente ni l'efficacité ni la qualité des prestations médicales et doit donc être rejetée.

Berne, le 25 novembre 2022