

La session

Lettre d'information

21 novembre 2024



Votre personne de contact au Groupe Mutuel
Luca Strebel
T. 058 758 81 58
lstrebel@groupemutuel.ch

Sommaire

Conseil national	Recommandation	
22.062 OCF. LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2ème volet)	Recommandations en annexe pour l'élimination des divergences	P. 4
23.039 OCF. Loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques (LSAdr)	Soutenir l'entrée en matière (suivre le Conseil des Etats)	P. 5
24.037 OCF. LAMal (tarifs de la liste des analyses). Modification	Entrer en matière et adopter	P. 6
24.3372 Mo. Ettlín Erich, Le Centre. Les institutions de prévoyance de droit public ne doivent pas être désavantagées	Soutenir la motion modifiée	P. 6
24.3608 Mo. Gutjahr Diana, UDC. Adapter la franchise minimale aux conditions réelles	Adopter	P. 7
23.3920 Mo. Weichelt Manuela, PES. Assurance-maladie. Mettre fin au système antisocial de la prime par tête	Refuser	P. 8
22.497 Iv. pa. Hurni Baptiste, PSS. Pour en finir avec la publicité effectuée sur le dos des assurés !	Ne pas donner suite (suivre la CSSS-N et la CSSS-E)	P. 8
Conseil des Etats	Recommandation	
24.3920 Mo. Crevoisier Crelier Mathilde, PSS. Prendre en compte le travail d'éducation et d'assistance dans le 2e pilier	Refuser	P. 9
24.3921 Mo. Wasserfallen Flavia, PSS. Mieux assurer les personnes cumulant plusieurs emplois et les travailleurs à temps partiel	Refuser	P. 9
24.4047 Mo. Broulis Pascal, PLR. Permettre l'accès au deuxième pilier pour les personnes ayant un revenu modeste ou ayant des contrats de travail multiples	Soutenir	P. 9
22.420 Iv. pa. Dobler Marcel, PLR. Directives anticipées du patient. Mettre les coûts des conseils médicaux à la charge de l'assurance-maladie	Donner suite (suivre la CSSS-E)	P. 10
23.319 Iv. ct. Genève. Pour une caisse-maladie publique cantonale unique à Genève	Ne pas donner suite (suivre la CSSS-E)	P. 10

Conseil des Etats	Recommandation	
<p>24.055 OCF. LSAMal. Modification (Participation des cantons à la procédure d’approbation des primes, compensation des primes encaissées en trop)</p>	Ne pas entrer en matière	P. 11
<p>22.4245 Mo. Humbel Ruth, Le Centre. Halte au gaspillage des médicaments !</p>	Adopter (suivre le Conseil national et la CSSS-E)	P. 12
<p>24.3397 Mo. CSSS-N. Tenir compte du gaspillage causé par des emballages ou dosages inappropriés dans le prix des médicaments</p>	Adopter (suivre le Conseil national et la CSSS-E)	P. 12
<p>24.4077 Mo. Poggia Mauro, MCG. Pour un fonds national des réserves de l'assurance maladie obligatoire. Enfin</p>	Refuser	P. 13
<p>24.4066 Mo. Gapany Johanna, PLR. Elargir l'accès au deuxième pilier sur une base volontaire pour améliorer les retraites</p>	Soutenir	P. 13
<p>24.4198 Mo. Maillard Pierre-Yves, PSS. Lutter contre la perte de pouvoir d'achat des rentiers du 2e pilier</p>	Refuser	P. 14
<p>24.3919 Mo. Poggia Mauro, MCG. Assurance complémentaire d'hospitalisation. Garantir le libre choix des assurés</p>	Refuser	P. 14

Conseil national

22.062 OCF.

LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^{ème} volet)

Conseil national : 9 décembre 2024

Les deux Conseils ont traité ce projet. Le Conseil national débute maintenant la procédure d'élimination des divergences.

Renforcement des soins intégrés (notamment les art. 37a, 38 et 48a P-LAMal) : En ce qui concerne les réseaux de soins coordonnés, le Conseil fédéral a proposé de reconnaître ce nouveau type de prestataires de soins pouvant pratiquer à la charge de l'AOS. Suite au refus de ces dispositions par le Conseil national, le Conseil des Etats a adapté la proposition initiale. Le Groupe Mutuel soutient naturellement le principe des soins intégrés. Toutefois, le concept présenté ici comporte quelques lacunes. Le mauvais incitatif actuel de la tarification, qui favorise la quantité des prestations, devrait être supprimé et une rémunération forfaitaire, idéalement liée à des critères de qualité, encouragée. Le système de facturation unique complique l'examen de l'économicité des factures, puisque les prestataires concernés ne sont plus aisément identifiables. Ainsi, le Groupe Mutuel recommande de maintenir la décision du Conseil national (biffer – soutenir la majorité de la CSSS-N).

Compensation en faveur de l'AOS en cas de gros volume de marché des médicaments (art. 52e P-LAMal) : Le Conseil des Etats propose d'introduire des rabais de quantité pour les médicaments à fort volume de marché, au moyen de modèles d'impact budgétaire. Ainsi l'OFSP doit pouvoir obliger le titulaire de l'autorisation à accorder une compensation lorsqu'un médicament dépasse un certain chiffre d'affaires. Le Groupe Mutuel soutient cette mesure qui permettrait d'économiser jusqu'à 400 millions de francs (soutenir la majorité de la CSSS-N).

Informations aux assurés (art. 56 al. 1bis, 56a et 84 al. 1 let. j P-LAMal) : Le Conseil national entend permettre aux assureurs d'utiliser les données des assurés afin de fournir à ces derniers des informations personnalisées sur les économies possibles ou des modèles de soins plus adaptés. Le Conseil des Etats a précisé la formulation, afin de limiter l'utilisation possible des données. Le Groupe Mutuel préfère la formulation plus large du Conseil national qui permet également une information aux prestataires de soins (soutenir la majorité de la CSSS-N). Toutefois, la formulation du Conseil des Etats présente aussi ses avantages.

Prise en compte des gains d'efficacité découlant des progrès médicaux et technique dans les contrats tarifaires (art. 56 al. 5 P-LAMal) : Le Conseil des Etats demande aussi que les partenaires tarifaires s'assurent que les tarifs tiennent compte en tout temps des gains en efficacité découlant des progrès médicaux et techniques, afin d'assurer la véracité des coûts. Il s'agit d'une mesure concrète en faveur d'une limitation de l'augmentation des coûts. Cette proposition va donc dans la bonne direction. La CSSS-N a décidé de l'intégrer à l'art. 43 al. 7 LAMal. Par ailleurs, une minorité propose également de renforcer la transparence et la comparabilité des mesures de qualité. Cette formulation devrait par conséquent être soutenue (soutenir la minorité I de la CSSS-N).

(suite)

22.062 OCF.

LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^{ème} volet)

Conseil national : 9 décembre 2024

Adaptation de la structure tarifaire ambulatoire nationale

(dispositions transitoires al. 6) : Le Conseil des Etats a intégré une nouvelle disposition, afin que le Conseil fédéral soit chargé de modifier la structure tarifaire ambulatoire nationale de manière à plafonner le volume de points facturable de la part médicale par journée de travail. Cette proposition permet d'éviter les abus et les excès de facturation et devrait être soutenue (soutenir la minorité de la CSSS-N).

Recommandations :

- **Soutien du principe des soins intégrés, mais pas comme proposé**
- **Soutien de rétrocession en faveur de l'AOS en cas de volume important d'un médicament en Suisse**
- **Soutien à une information ciblée des assurés**
- **Soutien de mesures transitoires concernant les structures tarifaires ambulatoires nationales**

23.039 OCF.

Loi fédérale sur le système national de consultation des adresses des personnes physiques (loi sur le service national des adresses, LSAdr)

Conseil national : 9 décembre 2024

La loi sur le service des adresses crée les bases légales requises pour mettre en place et exploiter un service national des adresses. En tant que premier conseil, le Conseil des Etats a traité ce sujet lors de la session d'hiver 2023. Lors de la session de printemps, le Conseil national a toutefois décidé de renvoyer cet objet au Conseil fédéral. Il met en doute la constitutionnalité et des avantages d'un service national des adresses. Comme le 16 septembre 2024, le Conseil des Etats a refusé le renvoi au Conseil fédéral, le Conseil national doit se prononcer à nouveau.

Comme les assureurs-maladie sont habilités à utiliser le numéro AVS de manière systématique, ils bénéficieront d'un droit d'accès.

Recommandation : Soutenir l'entrée en matière (suivre le Conseil des Etats)

- Selon le Conseil fédéral, le service national des adresses ne poursuit pas un but propre, qui nécessiterait une base constitutionnelle expresse ; il est conçu, prévu et organisé comme un outil pour l'exécution du droit fédéral. Lorsque la Constitution attribue à la Confédération une tâche, elle autorise également cette dernière à se procurer les moyens nécessaires à l'accomplissement de cette tâche. La compétence de mettre en place un service national des adresses est donc dérivée de toutes les compétences fédérales pour l'accomplissement desquelles l'administration doit recourir à des adresses.
- Ce registre permet de rechercher dans tout le pays des adresses.
- Il permet de simplifier le travail administratif et donc de réduire les frais y relatifs.

24.037 OCF.

LAMal (tarifs de la liste des analyses). Modification

Conseil national : 9 décembre 2024

Selon le droit en vigueur, il revient au DFI d'édicter la liste des analyses avec tarif. La présente modification transfère aux partenaires tarifaires la compétence de négocier entre eux les tarifs des analyses. Le tarif de la liste des analyses ne serait ainsi plus un tarif officiel, mais un tarif conventionnel. Toutefois, la procédure de désignation des analyses restera de la compétence du DFI.

Entrée en matière : Cette modification renforce le rôle des partenaires tarifaires ainsi que de la concurrence. Il serait en outre souhaitable que les prix soient négociés par les partenaires tarifaires et non plus fixés par l'Etat. Les prix actuellement en vigueur sont en effet trop élevés en comparaison internationale. En outre, si des prix maximaux sont fixés par l'Etat, les laboratoires ne sont pas incités à convenir de prix plus bas avec les assureurs-maladie. Le Groupe Mutuel recommande donc d'entrer en matière et de permettre aux partenaires tarifaires de négocier les tarifs des analyses.

Conditions particulières pour les laboratoires : La CSSS-N a également modifier les conditions des laboratoires pour pouvoir pratiquer à la charge de l'AOS. Ainsi, pour pouvoir pratiquer à la charge de l'AOS, les laboratoires, qui ne procèdent à aucune analyse de soins de base pour leurs propres besoins (laboratoire du cabinet), doivent conclure un contrat de coopération avec un ou plusieurs assureurs. Le système proposé permet de renforcer le partenariat tarifaire et de faire jouer la concurrence. Pour ces raisons, le Groupe Mutuel propose de soutenir cette proposition.

Recommandations :

- **Oui à l'entrée en matière**
- **Soutien aux nouvelles conditions particulières pour les laboratoires**

24.3372 Mo. Ettlín Erich, Le Centre.

Les institutions de prévoyance de droit public ne doivent pas être désavantagées

Conseil national : 19 décembre 2024

L'art. 46 OPP2 définit les conditions pour que les institutions collectives ou communes soumises à la LFLP puissent accorder une amélioration des prestations lorsque leurs réserves de fluctuation de valeur n'ont pas été entièrement constituées. La demande initiale était de compléter cette disposition, afin qu'une exception supplémentaire à cette limitation (pour les institutions de prévoyance de droit public) soit prévue. La commission du Conseil national a toutefois modifié cette motion. A la place d'étendre les exceptions, il est maintenant proposé de supprimer l'art. 46 OPP2.

Recommandation Soutien la motion modifiée

- Cette modification permet d'autoriser toutes les institutions de prévoyance à verser des améliorations des prestations même lorsque leurs réserves de fluctuation de valeur n'ont pas été entièrement constituées.

(suite)

24.3372 Mo. Ettlín Erich, Le Centre.

Les institutions de prévoyance de droit public ne doivent pas être désavantagées

Conseil national : 19 décembre 2024

- Selon la loi, les caisses de pension doivent garantir leur stabilité financière - cela vaut pour toutes les caisses. Mais une réglementation supplémentaire a été introduite en 2012 pour les institutions collectives et communes : l'art. 46 OPP 2. Ce règlement restreint inutilement les caisses concernées et crée une inégalité de traitement. Les trois quarts des assurés du 2^{ème} pilier sont affiliés à des institutions collectives et communes et sont donc concernés par cette réglementation.
- L'art. 46 OPP2 s'applique aux institutions collectives et communes. Il en résulte que les représentants des salariés et des employeurs dans ces Conseils de fondation ne disposent que d'une faible marge de manœuvre pour octroyer de meilleures rémunérations. La suppression de cette disposition est donc judicieuse.

24.3608 Mo. Gutjahr Diana, UDC.

Adapter la franchise minimale aux conditions réelles

Conseil national : Interventions du DFI

Cette motion demande, dans l'AOS, une adaptation de la participation aux coûts, notamment des franchises.

Recommandation Adopter

- La franchise joue un rôle modérateur dans la consommation des soins. Il s'agit de renforcer l'auto-responsabilité des assurés.
- Lors de l'introduction de la LAMal en 1996, la franchise ordinaire se montait à Fr. 150.-. Lors de sa dernière modification en 2004, elle a été augmentée à Fr. 300.-. Depuis, le montant de la franchise ordinaire n'a plus été adapté. Une modification est ainsi indiquée.
- Le rapport entre la franchise ordinaire et les coûts bruts peut être analysé. Lorsque le Conseil fédéral a adapté pour la dernière fois la franchise ordinaire en 2004, il a manifestement considéré que le montant des franchises était approprié par rapport aux coûts moyens par personne assurée dans l'AOS. Ce pourcentage était alors de 11,6% pour la franchise ordinaire. En 2022, il n'était plus que de 7%, soit une réduction de 39%.
- Il conviendrait de maintenir le même rapport entre la franchise ordinaire et les coûts bruts par personne que lors de l'introduction de la LAMal en 1996.

23.3920 Mo. Weichelt Manuela, PES.

Assurance-maladie. Mettre fin au système antisocial de la prime par tête

Conseil national : Interventions du DFI

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement un projet de modification de la LAMal qui prévoit des primes en fonction du revenu et de la fortune.

Recommandation : Refuser

- Le système actuel permet de garantir dans sa globalité la solidarité grâce aux différents flux financiers. Une part importante des coûts de la santé sont déjà aujourd'hui financés par les impôts, qui dépendent des revenus et de la fortune (cofinancement des prestations stationnaires, prestations d'intérêt général, etc.).
- Par ailleurs, le subventionnement des primes assure notamment aussi une solidarité entre personnes aisées et celles dans le besoin.
- Enfin, avec une contribution variant en fonction du revenu et de la fortune, une large partie de la population ne paierait qu'une très faible prime, voire aucune. Ceci risque d'inciter cette population à une consommation accrue de prestations de santé.
- Pour finir, un paiement en fonction du revenu et de la fortune pourrait très probablement engendrer une augmentation du fardeau des primes pour la classe moyenne.

22.497 Iv. pa. Hurni Baptiste, PSS.

Pour en finir avec la publicité effectuée sur le dos des assurés !

Conseil national : Initiatives parlementaires 1^{ère} phase

Selon cette initiative parlementaire, les assureurs-maladie selon la LAMal ne devraient plus pouvoir faire de publicité pour leurs services.

Recommandation : Ne pas donner suite (suivre la CSSS-N et la CSSS-E)

- La LAMal repose sur le système de la concurrence régulée. Pour que ce système puisse fonctionner, il est judicieux et nécessaire que les acteurs puissent promouvoir leurs prestations et se faire connaître.
- Par ailleurs, les montants engagés restent raisonnables. Selon les données de la Confédération, les frais de publicité se sont montés en 2022, dans l'AOS, à près de 73 millions de francs, ce qui correspond à seulement un peu plus de 0,2 % du volume des primes.
- Selon le Conseil fédéral, la prime moyenne se montait en 2024 à Fr. 359.50. Ainsi, 72 centimes ont été dépensés pour les frais de publicité.
- L'OFSP surveille la hauteur des frais administratifs, y compris les coûts de publicité qui doivent, selon les prescriptions de la LSAMal (art. 19), être attestés de manière séparée.

Conseil des Etats

24.3920 Mo. Crevoisier Crelier Mathilde, PSS.

Prendre en compte le travail d'éducation et d'assistance dans le 2e pilier

Conseil des Etats : 4 décembre 2024

Le travail d'éducation et d'assistance (travail de care) non rémunéré devrait être reconnu et assuré dans le cadre de la LPP grâce à l'introduction de bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance. Le financement se fera de manière centralisée par l'intermédiaire du fonds de garantie selon un système pérenne de répartition.

Recommandation : Refuser

- La LPP est basée sur le système de capitalisation. L'épargne individuelle permet de calculer la rente future. Le financement de cette proposition ne correspond pas à ce système.
- La LPP me permet que d'assurer le travail rémunéré.
- Le système des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance existe déjà dans le 1^{er} pilier. Ainsi, ces éléments sont déjà pris en compte dans le calcul de la rente.

24.3921 Mo. Wasserfallen Flavia, PSS.

Mieux assurer les personnes cumulant plusieurs emplois et les travailleurs à temps partiel

Conseil des Etats : 4 décembre 2024

Les salariés cumulant plusieurs emplois dont le salaire annuel total est supérieur à Fr. 22'050.- devraient être assurés auprès de l'institution de prévoyance de l'employeur principal ou auprès de l'institution supplétive. Par ailleurs, la déduction de coordination devrait être nouvellement exprimée en pourcentage.

Recommandation : Refuser

- Actuellement, sur une base volontaire, il est déjà possible de s'assurer auprès de la caisse supplétive.
- L'obligation telle que proposée est administrativement très lourde.
- Par contre, un calcul de la déduction de coordination en pourcentage peut être soutenu. En effet, ceci permet d'éviter l'effet de seuil et de mieux couvrir les personnes travaillant à temps partiel).

24.4047 Mo. Broulis Pascal, PLR.

Permettre l'accès au deuxième pilier pour les personnes ayant un revenu modeste ou ayant des contrats de travail multiples

Conseil des Etats : 4 décembre 2024

Le seuil d'accès à la LPP devrait être abaissé en dessous de Fr. 20'000.-.

Recommandation : Soutenir

- Cette mesure permet d'étendre le nombre d'assurés bénéficiant d'une couverture du 2^{ème} pilier.
- Ainsi, elle permet une meilleure couverture des bas salaires et des travailleurs à temps partiel.
- Par contre, cette réduction doit rester raisonnable, pour éviter un travail administratif pas en adéquation avec la rente future.

22.420 Iv. pa. Dobler Marcel, PLR.

Directives anticipées du patient. Mettre les coûts des conseils médicaux à la charge de l'assurance-maladie

Conseil des Etats : 9 décembre 2024

Il est demandé que les conseils prodigués par un médecin pour l'établissement de directives anticipées fassent partie des prestations prises en charge par l'AOS.

Recommandation : Donner suite (suivre le Conseil national)

- Actuellement, il est recommandé de demander conseil à un médecin pour les compléter. En effet, une formulation précise permet d'éviter les questions, charges et tracas résultant de formulations peu claires. Toutefois, si un patient prend expressément un rendez-vous pour discuter des directives anticipées, le médecin n'a théoriquement pas le droit de le facturer à la charge de l'AOS. Il convient donc de supprimer cette incohérence.
- Étant donné qu'un tel conseil peut également déboucher sur des décisions plus éclairées concernant les directives anticipées, il semble justifié de rémunérer cette prestation médicale.

23.319 Iv. cf. Genève.

Pour une caisse-maladie publique cantonale unique à Genève

Conseil des Etats : 9 décembre 2024

Il est demandé à l'Assemblée fédérale de mettre en place la base légale permettant aux cantons de créer des caisses cantonales uniques et d'expérimenter des modèles alternatifs de pilotage de la politique de la santé.

Recommandation : Ne pas donner suite (suivre la CSSS-EI)

- Les frais administratifs des assureurs-maladie sont actuellement très faibles (moins de 5 % du volume des primes). Cette initiative s'attaque donc à un faux problème.
- Un système exceptionnellement bon, fiable, de haute qualité et sans dette serait détruit ou au moins fortement compromis par l'introduction d'une caisse d'assurance maladie unique (également cantonale).
- En outre, cette proposition conduirait à la mise en place de différents systèmes en parallèle dans toute la Suisse. Certains cantons disposeraient d'une caisse d'assurance-maladie unique. Dans d'autres cantons, la concurrence jouerait et l'assuré pourrait choisir librement parmi les assureurs-maladie opérant sur le territoire cantonal et les différents produits offerts. Cela conduira à une inégalité de traitement de la population suisse.
- Les multiples rôles existants des cantons en tant que planificateurs, propriétaires d'institutions hospitalières, cofinanceurs, tarificateurs et promoteurs économiques des soins de santé seraient encore élargis. Les conflits d'intérêts seraient donc encore exacerbés.

24.055 OCF.

**LSAMal. Modification
(Participation des cantons à la
procédure d'approbation des
primes, compensation des
primes encaissées en trop)**

Conseil des Etats : 11 décembre
2024

Le présent projet vise à renforcer le rôle des cantons dans la procédure d'approbation des primes. Il prévoit également le remboursement aux cantons des primes encaissées en trop dans le cas des assurés dont la prime est entièrement prise en charge par les finances publiques.

Recommandation : Ne pas entrer en matière

- Les cantons peuvent, déjà maintenant, donner leur avis aux assureurs ainsi qu'à l'autorité de surveillance sur l'évaluation des coûts pour leur territoire et obtenir les informations nécessaires. Ainsi, le cadre légal est déjà précisé.
- Par ailleurs, les primes doivent être fixées par les assureurs et approuvées par l'OFSP. Les cantons ne doivent faire ni l'un ni l'autre. Les primes doivent remplir les conditions légales (notamment couvrir les coûts et ne pas engendrer de réserves excessives). La fixation de primes « politiques » serait contraire au système et engendrerait une volatilité dangereuse de ces dernières. Les assureurs sont les porteurs de risque, pas les cantons.
- En outre, les coûts des prestations ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte pour le calcul des primes. L'évolution du portefeuille, les contributions à la compensation des risques, l'évolution boursière, etc. devraient par exemple également être pris en compte.
- L'adaptation concernant la compensation des primes versées en trop entraînera en outre un surcroît de travail administratif important pour les assureurs-maladie et créera une inégalité de traitement entre les assurés. En effet, la limitation du remboursement direct au canton uniquement lorsque le subventionnement est total entraîne une inégalité de traitement entre les assurés. Ceux qui n'ont reçu qu'un subventionnement partiel continueront à être enrichis de manière injustifiée, comme ils bénéficieront toujours d'un remboursement complet.

22.4245 Mo. Humbel Ruth, Le Centre.
Halte au gaspillage des médicaments !

Conseil des Etats : 11 décembre 2024

Cette motion charge le Conseil fédéral de quantifier la nature et l'ampleur du gaspillage des médicaments et de proposer des mesures pour y remédier.

Recommandation : Adopter (suivre le Conseil national et la CSSS-E)

- Selon la statistique des déchets spéciaux tenue par l'Office fédéral de l'environnement, quelque 4'200 tonnes de vieux médicaments et de déchets cytostatiques provenant des domaines ambulatoire et hospitalier ont été éliminés en 2020 dans l'ensemble de la Suisse.
- Des experts estiment leur valeur à de plus de 2 milliards de francs.
- Des mesures sont donc nécessaires, surtout pour limiter les coûts à la charge de l'AOS et donc des payeurs de primes. Il faut éviter de financer des médicaments qui finiront à la poubelle. L'accent devrait davantage être mis sur la compliance de la prise de médicaments.

24.3397 Mo. CSSS-N.
Tenir compte du gaspillage causé par des emballages ou dosages inappropriés dans le prix des médicaments

Conseil des Etats : 11 décembre 2024

Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales de manière à ce que le gaspillage de médicaments, lié à des tailles d'emballages, des dosages ou des formes galéniques inappropriés, puisse être pleinement prise en compte lors de l'évaluation de l'adéquation et en particulier de l'économicité d'un médicament.

Recommandation : Adopter (suivre le Conseil national et la CSSS-E)

- Lors de l'autorisation par Swissmedic, les entreprises pharmaceutiques ne demandent pas toujours les dosages et les tailles d'emballage les plus appropriés, mais se concentrent souvent sur la maximalisation des profits. Le gaspillage de médicaments induit par cette pratique devrait être pris en compte dans la fixation des prix.
- Cette mesure permet d'économiser des coûts à la charge de l'AOS.

24.4077 Mo. Poggia Mauro, MCG.

Pour un fonds national des réserves de l'assurance maladie obligatoire. Enfin

Conseil des Etats : 11 décembre 2024

La LSAMal devrait être modifiée afin de créer, sur le plan national, un fonds regroupant les réserves de tous les assureurs autorisés à pratiquer l'AOS, et géré par une institution indépendante.

Recommandation : Refuser

- Tout d'abord, il faut relever que la LSAMal ne prévoit pas de réserves cantonales. En effet, l'art. 14 al. 1 LSAMal prévoit notamment que « dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les assureurs constituent des réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité ».
- L'objectif de ces dispositions est, en outre, que l'assureur-maladie puisse garantir avec ses réserves sa solvabilité à moyen/long terme et faire face aux fluctuations des frais à rembourser. Le collectif à prendre en compte est donc celui de l'assureur-maladie en entier, pas celui de la Suisse.
- Il faut également relever que les réserves font partie des fonds propres des entreprises d'assurance. Elles sont exclusivement destinées aux assurés de l'assureur en question et ne peuvent dès lors pas être transmises.
- Enfin, avec l'existence d'un fonds de réserve unique pour toute la Suisse, les assureurs-maladie risquent de fixer des primes trop basses et/ou d'accepter des risques d'assurance, de marché et de crédit trop élevés. Ils ne porteraient en effet pas directement les conséquences d'un tel comportement.
- Par ailleurs, le Conseil fédéral a précisé dans sa réponse à la motion de M. Poggia (11.4089) : « Il ne sera pas clair selon quels critères les assureurs-maladie devraient contribuer à ce fonds. Il peut en résulter que la constitution des réserves se fasse au hasard et que l'équité en matière de relation entre primes cantonales et coûts cantonaux sera entravée si leur différence entre dans un seul pool de réserves. L'aspect d'équité visé par la motion ne pourrait justement pas être réalisé ».

24.4066 Mo. Gapanny Johanna, PLR.

Elargir l'accès au deuxième pilier sur une base volontaire pour améliorer les retraites

Conseil des Etats : 11 décembre 2024

Les employeurs devraient être tenus de donner le choix à leurs employés dont le revenu atteint le seuil d'accès d'assurer leur salaire annuel à hauteur d'au moins 80%.

Recommandation : Soutenir

- Une déduction de coordination calculée en pourcentage du salaire connaît plusieurs avantages (plus d'effet de seuil et meilleure couverture des personnes travaillant à temps partiel).
- Avec cette proposition, la personne employée peut elle-même décider si elle préfère un plan légèrement plus coûteux afin de privilégier une meilleure retraite ou, si au contraire elle préfère opter pour un salaire net plus élevé au détriment de sa retraite.

24.4198 Mo. Maillard Pierre-Yves, PSS.

Lutter contre la perte de pouvoir d'achat des rentiers du 2e pilier

Conseil des Etats : 11 décembre 2024

Les rentes LPP devraient être régulièrement adaptées au renchérissement.

Recommandation : Refuser

- Selon les dispositions actuelles (Art. 36 LPP), les rentes de survivants et les rentes d'invalidité en cours depuis plus de trois ans sont adaptées à l'évolution des prix. Par ailleurs, les rentes de vieillesse sont adaptées à l'évolution des prix dans les limites des possibilités financières des institutions de prévoyance.
- Une obligation de compensation du renchérissement engendre un problème de financement. Comment devrait être financée cette adaptation ? Dans son message du 1^{er} mars 2000, le Conseil fédéral précisait à cet effet : « Une compensation intégrale n'est pas possible. Elle présuppose une péréquation des charges au niveau suisse et rend nécessaire un recours aux cotisations des assurés actifs et des employeurs. Les deux mesures ne sont pas compatibles avec le système de capitalisation ».
- Dans le passé, le renchérissement obligatoire a mis en difficulté les caisses de pensions publiques.

24.3919 Mo. Poggia Mauro, MCG.

Assurance complémentaire d'hospitalisation. Garantir le libre choix des assurés

Conseil des Etats : 18 décembre 2024

La LCA devrait être modifiée afin de garantir aux assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation :

1. Une information individuelle de l'assuré par l'assureur lors du retrait de la liste des hôpitaux reconnus, d'un établissement hospitalier admis lors de la conclusion du contrat, et situé dans le canton de domicile de l'assuré.
2. La prise en charge minimale, lors du retrait d'un hôpital de la liste des établissements reconnus, des coûts qui auraient été assumés par l'assureur pour l'hospitalisation et les soins auprès d'un établissement reconnu proche du domicile de l'assuré.

Recommandation : Refuser

- L'assureur doit déjà aujourd'hui, avant la conclusion du contrat d'assurance, renseigner le preneur d'assurance, de manière compréhensible, sur les principaux éléments du contrat d'assurance.
- Comme l'indique le Conseil fédéral dans son avis, l'obligation que l'auteur de la motion propose d'introduire, qui imposerait à l'assureur, en cas de retrait d'un hôpital de la liste des hôpitaux admis, de prendre en charge au moins les coûts qu'il aurait assumés pour l'hospitalisation et le traitement de l'assuré dans un hôpital admis proche de son domicile constituerait de fait une obligation de contracter et limiterait de manière disproportionnée la liberté économique et la liberté contractuelle de l'assureur.