

Eidg. Departement des Innern (EDI)

21.08.2002 - 15:18 Uhr

Le Conseil fédéral approuve des réformes de l'assurance-maladie dans le contexte de l'actuelle 2e révision partielle de la LAMal

Berne (ots) -

Le Conseil fédéral a mené une discussion sur les propositions du DFI concernant différentes réformes à moyen terme de l'assurance-maladie. Il avait chargé le DFI d'élaborer ces projets lors de sa séance spéciale en mai dernier. Il a décidé d'intégrer dans l'actuelle 2e révision partielle de la LAMal deux nouvelles mesures portant sur : une carte d'assuré standardisée obligatoire, et un dispositif d'allégement renforcé et ciblé des primes des ménages avec enfants. Il a également pris connaissance des informations fournies par le DFI sur les étapes de révision déjà réalisées à court terme et sur la suite des travaux relatifs à la limitation des admissions de fournisseurs de prestations indépendants. Il a en outre approuvé le projet du DFI, ainsi que l'organisation de ce projet, en vue de la préparation de la 3e révision partielle de la LAMal. Il s'agit de soumettre quatre objets à un examen approfondi : la modification de la participation aux coûts, le financement moniste des hôpitaux, le renforcement des assurances de type managed care et la suppression de l'obligation de contracter.

A l'occasion de sa séance spéciale du 22 mai 2002 consacrée à l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral avait approuvé la réforme de cette dernière par étapes, réalisées à court, à moyen et à long terme. Lors d'une discussion, le DFI a informé le Conseil fédéral de l'état des mesures déjà prises ou préparées et lui a soumis différentes propositions.

Etapes de réforme à court terme Le Conseil fédéral a pris connaissance de la mise en œuvre par le DFI des étapes de réforme à court terme. La liste des prestations médicales dont le remboursement dans l'assurance-maladie sociale est soumis à l'accord préalable du médecin-conseil de la caisse-maladie a été complétée. Elle comprend désormais aussi certaines interventions chirurgicales pour le traitement de l'épilepsie ou l'irradiation thérapeutique au moyen de protons. Ces mesures visent une meilleure maîtrise du volume des prestations et de l'adéquation de ces dernières. Elles sont entrées en vigueur le 1er juillet 2002. Il en ira de même, au 1er janvier 2003, pour certains moyens et appareils nécessaires aux traitements (pompes à insuline, oxygénothérapie de longue durée). L'examen des prestations, moyens et appareils justifiant l'accord préalable du médecin-conseil se poursuivra. En outre le projet "adéquation" a été lancé : il vise à créer un ensemble d'instruments fondés sur le diagnostic permettant aux praticiens de recourir aux interventions réellement nécessaires, efficaces et appropriées dans l'optique d'une gestion efficace des traitements ("disease management").

Le DFI a également mis le Conseil fédéral au courant du suivi des travaux liés à la limitation des admissions de fournisseurs de prestations indépendants. Les cantons sont en train de mettre en œuvre le gel des admissions entré en vigueur le 4 juillet. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) procédera ces prochaines semaines à une enquête auprès des cantons pour savoir comment ils appliquent cette mesure. Il est apparu que l'ajustement souhaité par les cantons des chiffres de référence figurant dans l'annexe à l'ordonnance nécessite plus de temps que prévu. L'OFAS et le DFI, à la demande de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, différeront donc l'éventuelle modification de ces chiffres, afin de permettre aux cantons d'élaborer les bases

nécessaires.

Etapes de réforme à moyen terme S'agissant des étapes de réforme prévues à moyen terme, le DFI a soumis au Conseil fédéral des propositions concrètes. Le Conseil fédéral a chargé le DFI d'intégrer les projets correspondants, par l'intermédiaire de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, à l'actuelle 2e révision partielle de la LAMal. Ces propositions concernent l'introduction d'une carte d'assuré et des mesures d'allègement ciblé des primes des familles.

Introduction d'une carte d'assuré Il s'agira d'attribuer au Conseil fédéral, en modifiant la LAMal, la compétence d'introduire une carte d'assuré. Le Conseil fédéral fixera le cadre et les normes de la carte, la réalisation concrète reviendra conjointement aux partenaires du domaine de la santé. Dans un premier temps, cette carte vise à simplifier les relations administratives entre les assurés, les fournisseurs de prestations et les assureurs. Cette mesure promet une certaine rationalisation des processus administratifs, une amélioration de l'information des assurés et d'autres simplifications. Le calendrier prévoit que les assureurs-maladie seront tenus de délivrer une carte d'assuré standardisée dès le 1er janvier 2004 et que son utilisation sera généralisée dès 2005 ou 2006.

Dans un deuxième temps, ce système de cartes pourrait déboucher sur une véritable carte-santé. Celle-ci aurait une fonction de clé électronique permettant aux patients, aux fournisseurs de prestations et aux assureurs d'avoir accès à certaines données relatives à la santé et aux traitements. Cette carte devrait accroître la qualité des traitements et pourrait également avoir des effets positifs sur les coûts notamment parce qu'elle permettrait d'éviter la répétition des examens. Il faudrait toutefois veiller particulièrement à la protection des données personnelles sensibles.

Allègement de la charge des ménages avec enfants Sur mandat du Conseil fédéral, l'OFAS, l'Administration fédérale des finances, l'Administration fédérale des contributions, la Conférence des directeurs cantonaux des finances et la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires ont élaboré, dans un groupe de travail, des modèles d'allègement ciblé des primes des ménages avec enfants. Il s'agissait explicitement d'exclure tout modèle à " caractère d'arrosoir ".

Le Conseil fédéral propose maintenant une nouvelle conception de la réduction de primes dans le cadre de la 2e révision partielle de la LAMal. Selon le nouveau système, les cantons prévoient au moins quatre catégories de revenus pour les familles avec enfants et autant pour les autres assurés. En fonction du revenu net soumis à l'impôt fédéral, corrigé d'un facteur de 10 % du revenu imposable selon le droit cantonal, les assurés assument en règle générale eux-mêmes une partie de leurs primes d'assurance-maladie (part individuelle). Mais les cantons peuvent aussi d'utiliser toute leur marge de manœuvre pour réduire les primes d'assurance-maladie.

Pour tous les ayants droit, la part individuelle maximale est échelonnée selon le revenu net soumis à l'impôt fédéral. Les cantons prévoient des limites plus basses pour la part individuelle des familles avec enfants : une part individuelle maximale de 2 % du revenu net soumis à l'impôt fédéral pour les familles dont le revenu se situe dans la tranche des revenus les plus bas, et de 10 % pour la tranche des revenus les plus élevés donnant droit à une réduction. Pour les autres ayants droit, les cantons prévoient une part individuelle maximale de 4 % pour la tranche des revenus les plus bas et de 12 % pour la tranche des revenus les plus élevés.

En vue d'une harmonisation au plan suisse du droit à une réduction de prime, la proposition de loi prévoit désormais une compétence fédérale en matière de fixation de la prime de référence cantonale déterminante pour la réduction. La réforme est compatible avec la "

quote-part " modulée par canton telle qu'elle est proposée dans la péréquation financière. Toutes les familles avec enfants ayant droit à une réduction bénéficient d'un allègement jusqu'à une limite de revenu selon des principes uniformes et les différences cantonales de niveaux de primes sont prises en compte. Les dépenses s'allègent pour les cantons qui ont jusqu'ici toujours utilisé toute leur marge de manœuvre pour réduire les primes. L'application de la réduction de primes continue d'être de la compétence des cantons.

3e révision partielle de la LAMal : préparation des étapes de réforme à long terme Le Conseil fédéral a approuvé le projet consistant à examiner de manière approfondie les étapes de réforme à long terme et l'organisation de ce projet, qui s'articule en quatre projets partiels. Il s'agira d'examiner et d'élaborer des modèles et les bases nécessaires à leur mise en œuvre concernant la modification de la participation aux coûts, le financement moniste des hôpitaux, la promotion des assurances de type " managed care " et la suppression de l'obligation de contracter. Les groupes de projets partiels, auxquels participent des représentants des associations professionnelles concernées et de différents offices fédéraux, sont dirigés par des experts externes du domaine suisse de la santé. Un rapport final doit être présenté au Conseil fédéral à la mi-juin 2003.

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR
Service de presse et d'information

Renseignements : Tél. 031 / 322 90 04
Fritz Britt, vice-directeur
Chef du domaine Maladie et accident
Office fédéral des assurances sociales

Vous trouverez les communiqués de presse de l'OFAS et diverses informations à l'adresse suivante: www.ofas.admin.ch

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000042/100019391> abgerufen werden.