

Eidg. Département des Intern (EDI)

25.02.2004 - 12:29 Uhr

Assurance-maladie : le Conseil fédéral présente un plan de réformes

(ots) - Après discussion, le Conseil fédéral a décidé des points sur lesquels devaient porter les réformes nécessaires de la LAMal, ainsi que du calendrier. Cette nouvelle stratégie, devenue indispensable après le rejet de la 2e révision de la LAMal par le Parlement, s'appuie sur la consultation des principaux partenaires du système de santé menée durant ce dernier mois par le chef du Département fédéral de l'intérieur, M. Pascal Couchepin. Le Conseil fédéral veut présenter au Parlement, dans des messages indépendants, deux trains de réformes qui devraient rapidement être mis en œuvre. Il reprend des propositions qui figuraient dans la 2e révision, complétées par des éléments nouveaux provenant des travaux préparatoires destinés à ce qui devait être la 3e révision.

Après l'échec de la 2e révision de la LAMal durant la dernière session d'hiver, le Conseil fédéral a discuté de la façon d'aborder la réforme l'assurance-maladie. Il a décidé du contenu et du calendrier de ces réformes, dont la nécessité est incontestée. Le Parlement, durant l'examen de la 2e révision, avait ajouté au projet initial les thèmes les plus divers ; les résistances de certaines majorités contre des points particuliers se sont additionnées les unes aux autres, ce qui a finalement abouti au rejet de l'ensemble du projet.

Le Conseil fédéral, au vu de ce qui s'est passé, souhaite maintenant réunir les points non controversés de la révision dans une stratégie globale. Il les présentera toutefois au Parlement en deux paquets législatifs, contenus dans des messages indépendants l'un de l'autre, auxquels se rajoutera un projet sur le financement des soins, qui sera traité à part.

Dans le choix de cette façon de procéder, le Conseil fédéral s'est basé aussi sur les consultations menées par M. Couchepin entre le 12 janvier et le 12 février 2004 auprès des principaux partenaires (cantons, partis, associations de fournisseurs de prestations, partenaires sociaux, associations d'assureurs et de patients, Commission de la concurrence et Surveillance des prix). Cette série d'auditions a montré que les acteurs sont unanimes à approuver la nécessité d'optimiser le système de la LAMal et de renforcer les éléments visant la maîtrise des coûts.

Premier train de mesures / réformes urgentes : entrée en vigueur partielle dès le 1er janvier 2005 Le premier message doit pouvoir être présenté au Parlement avant la session d'été 2004 ; à cet effet, le Conseil fédéral a autorisé le DFI à mener une consultation sous forme de conférence. Les Chambres pourront ainsi examiner le projet dans le cadre d'une procédure accélérée durant la session d'automne 2004. L'entrée en vigueur au 1er janvier 2005 d'au moins une partie de ce train de mesures paraît donc réaliste. Il s'agit notamment des réformes destinées à remplacer les réglementations actuellement en vigueur mais qui arrivent prochainement à échéance : la compensation des risques (délai prévu : fin 2005), le financement des hôpitaux (régulé jusqu'à fin 2004 par une loi fédérale urgente limitée dans le temps) et la liberté de contracter (gel des admissions expirant en juillet 2005). La réduction de primes (allègements en faveur des ménages avec enfants) et la participation aux coûts (renforcement de la responsabilité individuelle) seront traitées dans des messages à part.

Second train de mesures : entrée en vigueur au 1er janvier 2006 Le second paquet législatif doit pouvoir être présenté au Parlement avant la session d'automne 2004. Là aussi une procédure accélérée sera demandée, de façon que les modifications puissent entrer en

vigueur au 1er janvier 2006. Il s'agira dans l'un des messages du financement des hôpitaux (financement dual fixe) et dans l'autre du managed care (promotion de modèles d'assurance particuliers).

Message relatif au financement des soins Le Conseil fédéral souhaite que le message relatif à la réorganisation du financement des soins (répartition équitable des charges entre toutes les assurances sociales) soit approuvé au plus tard en décembre 2004. Ce message sera traité indépendamment des deux trains de mesures.

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

Renseignements :
031 322 95 05
Fritz Britt, vice-directeur
Office fédéral de la santé publique

Annexe: " Commentaire sur les trains de réformes " Annexe : "
Commentaire sur les trains de réformes " PREMIER TRAIN DE RÉFORMES
Message 1A Compensation des risques : Le système de la compensation des risques s'oppose à la sélection des risques par les assureurs. Les assureurs dont l'effectif compte un assez grand nombre d'assurés âgés et de femmes sont déchargés sur les concurrents qui en comptent relativement moins. Ce système étant un élément efficace de la concurrence entre assureurs, le Conseil fédéral propose de le prolonger une première fois de cinq ans. Financement des hôpitaux (réglementation jusqu'à l'entrée en vigueur du financement dual fixe) : Selon un arrêt rendu en 2001 par le Tribunal fédéral des assurances (TFA), le canton doit également apporter sa contribution quand une personne bénéficiant d'une assurance complémentaire est hospitalisée dans un hôpital situé sur son territoire. L'application immédiate et totale de cet arrêt aurait placé les cantons face à de grosses difficultés financières. Pour atténuer le problème, le Parlement a élaboré une loi fédérale urgente valable jusqu'à fin 2004, qui prévoyait d'appliquer l'arrêt du TFA par étapes. Cette loi devait constituer une solution de transition jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2e révision de la LAMal. Elle doit maintenant être prolongée jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation (selon le message 2A). Tarifs des soins / financement des soins : L'assurance-maladie obligatoire prend en charge la totalité des coûts des soins qui doivent être prodigués à la suite d'une maladie, y compris dans un EMS ou à domicile (Spitex). En pratique, il n'est pas possible de faire une distinction nette entre les soins rendus nécessaires par une maladie et ceux rendus nécessaires par l'âge ; l'assurance-maladie a donc eu tendance à prendre en charge de plus en plus de coûts liés à des besoins en soins. Pour mieux maîtriser cette évolution, des tarifs-cadre ont été introduits en 1998 pour les prestations de soins ; ils seront valables jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient satisfait aux prescriptions légales relatives à la transparence des coûts. C'est là l'objectif de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie. Dès que ces prescriptions seront satisfaites, les fournisseurs de prestations pourront demander le plein remboursement des prestations dont le coût est supérieur à ceux prévus par les tarifs-cadre. Afin de freiner l'augmentation des coûts qui accompagne cette évolution, le Parlement, dans le cadre de la 2e révision de la LAMal, avait prévu de reconduire les tarifs-cadre jusqu'à l'entrée en vigueur d'une révision de loi visant à réaménager la répartition du financement des soins entre les assurances sociales, puis, après une adaptation des deux niveaux supérieurs de soins requis, à les geler. Le Conseil fédéral propose de s'en tenir à cette option. Une motion déposée durant la session d'hiver 2003, qui n'a pas encore été approuvée du point de vue formel, oblige le Conseil fédéral à présenter au plus tard fin 2004 un message relatif à la réorganisation du financement des soins. Message 1B Liberté de contracter : Aujourd'hui, les assureurs-maladie sont contraints d'accepter la totalité des

fournisseurs de prestations autorisés dans le système AMal (obligation de contracter). La limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est entrée en vigueur le 4 juillet 2002 (et reste valable jusqu'au 3 juillet 2005). Dans le cadre de la 2e révision de la LAMal, le Parlement a discuté pour savoir si à la fin du gel des admissions, il ne faudrait pas remplacer l'obligation de contracter par un contrat individuel avec chacun des assureurs (liberté de contracter, éventuellement associée à un certain nombre de réserves). Le Conseil fédéral reprend cette idée dans le message. Message 1C Réduction de primes : Le financement en vigueur, par des primes individuelles, doit être conservé. Mais avec ce système, les charges sont lourdes pour les ménages comptant plusieurs personnes. Il avait été proposé dans le cadre de la 2e révision de la LAMal d'organiser le système de réduction de primes de façon à alléger de manière ciblée les charges des familles. Les cantons devaient prévoir au moins quatre catégories de revenus pour les ménages avec enfants et pour les autres assurés et, de plus, fixer un revenu maximal pour le droit à une réduction de primes. En fonction, d'une part, de leur revenu et de leur fortune et, d'autre part, de la présence ou de l'absence d'enfants, les assurés devaient dans ce modèle supporter eux-mêmes un pourcentage plus ou moins grand des primes de l'assurance-maladie (participation). Les cantons auraient pu toutefois aussi verser des contributions couvrant l'intégralité du montant des primes d'assurance-maladie. Ce modèle, susceptible de rallier une majorité, doit être poursuivi et associé à une augmentation des subsides fédéraux de 200 millions de francs pour la réduction de primes. Message 1D : Participation aux coûts : A l'heure actuelle, les assurés doivent assumer une participation minimale obligatoire aux coûts, qui comprend une franchise (300 francs par année pour les adultes) et une quote-part (10 % des coûts au-delà de la franchise, avec un maximum de 700 francs par an). Une participation aux coûts différenciée a été discutée dans le cadre de la 2e révision de la LAMal. Selon ce modèle, la quote-part devrait passer à 20 % pour une personne ne faisant pas partie d'un réseau de soins avec coresponsabilité budgétaire. Pour finir, le Parlement a renoncé à cette réglementation, préférant accorder au Conseil fédéral uniquement la compétence d'augmenter la quote-part et de la fixer à 20 % au maximum. Le Conseil fédéral a repris cette idée d'augmentation, mais en gardant le plafonnement actuel des charges. Dans le cadre de la consultation, il souhaite en outre proposer un nouveau modèle de franchise à option qui donne aux assureurs davantage de liberté d'organisation.

SECOND TRAIN DE RÉFORMES Message 2A Financement des hôpitaux (introduction d'un financement dual fixe) Voir Message 1A " Financement des hôpitaux ". La 2e révision de la LAMal, que le Conseil fédéral avait déjà entamée avant l'arrêt du TFA de 2001, avait prévu un nouveau système de financement des hôpitaux. Les coûts des prestations et les investissements des hôpitaux publics et privés pris en compte dans la planification cantonale devaient être assumés pour moitié par les cantons et pour l'autre moitié par les assureurs-maladie (financement dual fixe). Ce changement de système favorisait la concurrence entre les différents fournisseurs de prestations hospitaliers ; il était susceptible de rallier une majorité dans le débat politique. Le Conseil fédéral souhaite reprendre cette proposition. Le Parlement a aussi considéré le système moniste (un seul agent payeur) comme intéressant, mais a jugé qu'il n'était pas encore prêt pour une décision et qu'il fallait d'abord l'approfondir afin de l'introduire plus tard le cas échéant. Message 2B Managed care : Ces dernières années, on a pris conscience au niveau international que si l'on veut des soins médicaux de grande qualité et économiques, il faut proposer des offres intégrées impliquant aussi bien le patient, qui est accompagné et suivi pendant tout le processus diagnostique et thérapeutique, que l'assureur et le fournisseur de prestations financièrement responsables de l'ensemble du traitement (offres dénommées " managed care "). Avec la 2e révision de la LAMal, les assureurs auraient été obligés de proposer, seuls ou à plusieurs,

des " formes particulières d'assurance " dans lesquelles les fournisseurs de prestations auraient été coresponsables du budget, ce qui les aurait incités à promouvoir ces modèles. Le Conseil fédéral a l'intention de créer un environnement susceptible de favoriser la diffusion des modèles de managed care, sans toutefois les imposer aux assureurs. Il part de l'hypothèse que la liberté de contracter - et éventuellement plus tard le financement moniste des hôpitaux - constitueront des incitations supplémentaires pour multiplier les offres de managed care.

Message relatif à la réorganisation du financement des soins
Voir le Message 1A " Tarifs des soins / financement des soins "

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000042/100472221> abgerufen werden.