

# Eidg. Departement des Innern (EDI)

---

12.05.2004 - 10:55 Uhr

## Assurance-maladie: 2e série de mesures mises en consultation Financement des hôpitaux et promotion du managed care

(ots) - Le Conseil fédéral a mis en consultation la deuxième série de révisions de la LAMal. Cette série contient deux projets de messages, l'un sur le financement des hôpitaux et l'autre sur le managed care, y compris des mesures portant sur les médicaments. Le premier concerne le passage du financement par établissement au financement des prestations, ainsi que la répartition des coûts pour moitié entre les cantons et les assureurs-maladie; le second porte sur le " managed care ", expression désignant des modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés, qui doivent être inscrits dans la loi et définis. Le Conseil fédéral souhaite ainsi améliorer la qualité et le caractère économique des traitements médicaux en élargissant les possibilités, et notamment en encourageant ces modèles. La procédure de consultation s'achèvera le 12 juillet 2004.

Ce second paquet législatif fera l'objet d'une procédure de consultation ordinaire assortie d'un délai de deux mois. Il sera présenté au Parlement encore avant la session d'automne, puis débattu selon une procédure accélérée afin que les modifications de la LAMal proposées puissent entrer en vigueur le 1er janvier 2006.

Ces propositions sur le financement des hôpitaux et le managed care ont pour la plupart déjà fait l'objet de débats au Parlement dans le cadre de la 2e révision - interrompue - de la LAMal ; elles sont complétées par de nouveaux éléments issus des travaux préparatoires qui avaient été lancés en vue de la 3e révision déjà planifiée.

Message 2A: passage au financement dual fixe des hôpitaux Le Conseil fédéral propose de passer du financement actuel par établissement à un financement des prestations. En d'autres termes, ce ne seraient plus les coûts imputables d'un hôpital en tant qu'entreprise, mais les prestations effectivement fournies qui seraient financées, avec pour conséquence une amélioration de la transparence. De plus, toutes les prestations, aussi bien celles fournies par les hôpitaux publics que celles fournies par les hôpitaux privés figurant dans la planification cantonale, seraient prises en charge (déduction faite des investissements) pour moitié par le canton et pour l'autre moitié par les assureurs-maladie (financement dual fixe). Ce nouveau système accroît l'égalité de traitement entre les divers fournisseurs de prestations hospitaliers et, par conséquent, la concurrence; il était susceptible de rallier une majorité dans le débat politique. Hormis le fait que le financement n'est pas le même pour les prestations ambulatoires et pour les hospitalisations, c'est un modèle concurrentiel bâti sur le rapport prix-prestation et sur la transparence du marché nécessaire. En même temps, le Conseil fédéral s'engage à présenter dans les trois ans une proposition relative à un système de financement " moniste " qui, avec un seul agent payeur au lieu de deux, constituerait l'étape suivante dans la transparence du financement. Avec ces propositions relatives au financement des hôpitaux, le Conseil fédéral reprend pour l'essentiel les résultats de la 2e révision de la LAMal interrompue par le Parlement.

Message 2B: promotion du 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, 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 (modèles dénommés " 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. A cette mesure était liée de fait l'obligation de proposer un réseau de soins intégré, qui était considérée comme une alternative à la liberté de contracter. Cette obligation complémentaire est maintenant supprimée: le Conseil fédéral part de l'hypothèse que la liberté de contracter et, plus tard éventuellement, le financement moniste des hôpitaux pourraient constituer d'autres incitations à multiplier les offres de managed care.

L'objectif de la présente proposition est de créer un environnement susceptible de favoriser la diffusion des modèles de managed care, sans toutefois les imposer explicitement aux assureurs. Il s'agit plutôt de définir dans la loi le réseau de soins intégré comme une nouvelle forme, plus poussée, d'assurance particulière. Ce modèle est associé à un autre objectif - garantir aux assurés des soins de bonne qualité - que l'on peut atteindre, à l'intérieur de la chaîne de traitement, en complétant les prestations comprises dans l'assurance de base par des prestations supplémentaires.

Les mesures relatives aux médicaments proposées dans le cadre de la 2e révision sont reprises; il s'agit notamment d'inscrire explicitement dans la loi que lorsqu'une substance active est prescrite à la place d'un produit précis, il faut remettre aux assurés un médicament bon marché. Cette mesure renforce, à l'intérieur du triangle médecin-patient-pharmacien, l'incitation à faire un usage économique des médicaments. De manière générale, si plusieurs produits conviennent tout aussi bien dans un cas donné, c'est le moins cher qui doit être prescrit et remis.

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

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

Les projets mis en consultation peuvent être consultés sur le site Internet de l'OFSP ([www.bag.admin.ch/kv/f](http://www.bag.admin.ch/kv/f))

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000042/100474772> abgerufen werden.