



22 mars 2012

Fiche d'information concernant les réseaux de soins intégrés (Managed Care)

Introduction

Le 30 septembre 2011, le Parlement a approuvé une nouvelle révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), connue sous le nom de Managed Care¹. A l'instar du Conseil fédéral, il souhaite ancrer les réseaux de soins intégrés dans la loi, afin de garantir que la qualité du système actuel soit maintenue, de continuer à développer les soins médicaux et de freiner l'évolution des coûts, sans pour autant remettre en question le système d'assurance actuel.

Toute personne résidant en Suisse a l'obligation de s'assurer contre les conséquences de la maladie. Elle peut choisir entre plusieurs assureurs et différents modèles d'assurance. Dans le modèle dit de base, la franchise s'élève à 300 francs par adulte. L'assuré doit également participer à la prise en charge des coûts, sous la forme d'une quote-part de 10 % des frais dépassant la franchise, mais au maximum 700 francs par année.

Toutefois, aujourd'hui déjà, les assurés ont le choix entre divers modèles : ils peuvent opter pour une franchise plus élevée ou décider de limiter le choix de leur médecin. La réforme de la LAMal prévoit de fixer à 15 % et à 1000 francs au maximum la quote-part des assurés ayant choisi ces modèles particuliers ou le modèle de base.

Les assurés peuvent opter pour un réseau de soins intégrés, tel qu'il est désormais défini dans la loi. Dans ce cas, la quote-part ne dépassera pas 10 % par année et 500 francs au maximum ; l'assureur peut même renoncer à prélever tout ou partie de cette quote-part. Quelles sont les autres implications pour l'assuré qui choisit un réseau de soins intégrés ? C'est précisément l'objet de cette fiche d'information que de répondre à ces questions. Si des questions devaient rester ouvertes, la brochure « Foire aux questions » complète le présent document avec des réponses détaillées.

1. Eléments de définition du réseau de soins intégrés

Un réseau de soins intégrés est un rassemblement de fournisseurs de prestations médicales qui offrent à l'assuré un suivi et un traitement coordonné tout au long de la chaîne thérapeutique. Les fournisseurs de prestations, médecins, pharmaciens, hôpitaux, établissements médico-sociaux, physiothérapeutes, chiropraticiens, infirmiers, sages-femmes, etc., sont indépendants des assureurs et libres de définir leur réseau, y compris leur forme juridique, dans le cadre déterminé par la loi. La révision de la LAMal spécifie d'ailleurs qu'après un délai transitoire, les assureurs n'auront pas le droit de gérer de tels réseaux de soins, pas plus qu'ils pourront y avoir de participation financière.

¹ FF 2011 6849

Le réseau de soins intégrés négocie avec un ou plusieurs assureurs pour conclure un contrat. Les partenaires s'y accordent notamment sur la forme de la collaboration, sur les critères de garantie de la qualité et sur la façon de les respecter, sur l'échange de données – dans le cadre des dispositions légales – ou encore sur la manière dont les prestations sont rémunérées.

1.1 Eléments concrets pour l'assuré

1.1.1 Les prestations fournies par le réseau

Lorsqu'un assuré décide d'opter pour un réseau de soins intégrés, la loi lui offre un certain nombre de garanties. Ainsi, le réseau doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Outre les prestations fournies par les médecins, celles-ci comprennent toutes celles prévues par la loi, notamment celles des pharmaciens, des chiropraticiens, des physiothérapeutes, des sages-femmes, des laboratoires, des hôpitaux, des maisons de naissances, des établissements médico-sociaux, etc². En choisissant un tel réseau, l'assuré a donc un interlocuteur qui peut non seulement le conseiller sur le plan médical et le diriger vers tout type de fournisseurs de prestations, mais qui garantit également la coordination et le suivi du traitement entre les différents praticiens. Dans le cadre du traitement défini, des prestations non comprises dans l'assurance obligatoire des soins selon la loi pourront également être prévues.

1.1.2 Financement à la charge de l'assuré

La prime : l'assureur peut réduire les primes des assurés qui optent pour un réseau de soins intégrés. Il peut également prévoir des ristournes.

La participation aux coûts : elle est constituée de la franchise et de la quote-part.

Une fois la franchise atteinte, l'assuré finance 10 % des frais dépassant le montant de la franchise, mais jusqu'à un maximum de 500 francs pour les adultes et de 250 francs pour les enfants.

Lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un réseau de soins intégrés, l'assureur peut en outre renoncer à prélever tout ou partie de la participation aux coûts.

1.1.3 Limitation du choix

En optant pour un réseau de soins intégrés, l'assuré accepte de se fournir en prestations uniquement auprès du réseau choisi. Cela peut signifier, par exemple, qu'il s'engage à toujours prendre contact en premier lieu avec un interlocuteur au sein du réseau, qui fournira ou se chargera de toutes les prestations suivantes, de leur coordination et du recours ou de la délégation, le cas échéant, à des spécialistes extérieurs au réseau.

1.1.4 La durée du contrat d'assurance

Avec la réforme, de nouvelles possibilités sont proposées pour les formes particulières d'assurance (notamment les réseaux de soins intégrés).

L'assureur peut proposer des durées de contrat allant jusqu'à trois ans, à deux conditions :

1. une durée de contrat supérieure à un an n'est possible que si l'assuré bénéficie d'une réduction de prime,
2. l'assureur doit, quoi qu'il en soit, offrir à ses assurés la possibilité d'opter pour un contrat d'une année. Ils doivent avoir le choix.

Si l'assuré a choisi une durée de contrat plus longue, il aura néanmoins la possibilité de le

² Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont décrites en détail dans le document « L'assurance-maladie obligatoire en bref, Vos questions, nos réponses » accessible à l'adresse suivante :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=fr>

résilier avant son terme

1. si ses conditions d'assurance subissent des modifications importantes (p. ex. si le contrat prévoyait le libre choix du pédiatre et que ce libre choix est supprimé), ou
2. si sa prime d'assurance augmente plus que l'augmentation moyenne des primes du canton.

Si l'assuré convient à l'avance une prime de sortie avec son assureur, il aura le droit, à tout moment, de changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance avant la fin de la durée minimale prévue.

2. Le fournisseur de prestations dans le réseau

Lorsqu'un fournisseur décide d'intégrer un réseau de soins, il s'engage à assumer la coresponsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés. Ce principe appelé « coresponsabilité budgétaire » vise à inciter les fournisseurs de prestations à choisir les traitements optimaux, à ne pas prescrire de thérapies ou d'analyses inutiles, à éviter de répéter les examens, en somme, à améliorer la qualité du traitement et des soins tout en se gardant de générer des coûts dispensables.

Si, dans le cadre du traitement thérapeutique, un fournisseur estime qu'un traitement reconnu mais ne figurant pas sur le catalogue des prestations serait adapté, il a désormais la possibilité de facturer la prestation au titre de l'assurance maladie obligatoire. Cette nouvelle mesure permet, dans le cadre de l'assurance obligatoire, d'étendre la liberté thérapeutique du médecin et des autres fournisseurs de prestations, et, partant, d'améliorer la prise en charge des assurés.

3. L'assureur

L'assureur ne peut, au-delà du délai transitoire de cinq ans, gérer ses propres réseaux de soins intégrés ou y avoir une participation financière. En lieu et place, il conclut un contrat avec un ou plusieurs réseaux. Ces contrats définissent notamment la forme de la collaboration, les critères de garantie de la qualité et la façon de les respecter, l'échange de données ou encore la manière dont les prestations sont rémunérées.

Un nouvel affinement de la compensation des risques a été prévu, afin de rendre la chasse des assureurs aux « bons » risques de moins en moins intéressante. Ce mécanisme vise à équilibrer les différences entre les structures des risques des assureurs, entre ceux comptant plus de « bons » risques et ceux totalisant davantage de "mauvais" risques ; autrement dit, entre les assureurs dont les assurés présentent des risques élevés de maladie et les assureurs comptant davantage d'assurés à plus faible risque. La compensation des risques telle qu'en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 est fondée sur le sexe et l'âge des assurés ainsi que sur le séjour de plus de trois jours effectué l'année précédente dans un hôpital ou un établissement médico-social. La révision donne au Conseil fédéral la compétence d'ajouter d'autres critères, afin d'affiner la compensation des risques.

4. Participation aux coûts en cas de maternité

La réforme prévoit également une mesure qui ne relève pas directement de la thématique des soins intégrés : la nouvelle réglementation de la participation aux coûts pour les prestations en cas de maternité. Désormais, toutes les prestations nécessaires durant la grossesse, l'accouchement et une période définie après celui-ci, sont exemptées de la participation aux coûts. Cela signifie que les femmes enceintes n'auront plus à participer à la prise en charge de coûts, également lorsqu'ils résultent du traitement de complications. Cela permet de mettre sur un pied d'égalité toutes les femmes, qu'elles aient ou non besoin d'une aide médicale pendant leur grossesse. Le Tribunal fédéral des assurances avait jusqu'à présent jugé que les coûts portant sur le traitement de complications survenues en cours de

grossesse constituaient des frais de maladie, entraînant l'obligation pour les assurées de participer aux coûts des prestations dont elles bénéficient.

5. Entrée en vigueur de la réforme

Les assureurs et les fournisseurs de prestations ont trois ans pour développer des réseaux de soins intégrés. Durant cette période, la réglementation applicable à la participation aux frais reste inchangée : le pourcentage de la quote-part des assurés s'élève donc à 10% avec un montant maximal annuel de 700 CHF. Le Conseil fédéral peut néanmoins autoriser l'introduction, dans un canton, de la participation aux coûts différenciée avant le terme de ces trois ans, s'il juge suffisante l'offre en réseaux de soins intégrés et que leur accès est garanti aux assurés sur l'ensemble de son territoire.

Dans les régions où l'offre de réseaux est insuffisante à l'issue de ces trois ans, le Conseil fédéral peut contraindre les assureurs à offrir des réseaux de soins intégrés à leurs assurés. Parallèlement, il peut également suspendre pendant deux années supplémentaires l'application de la participation aux coûts différenciée dans ces régions et proposer au Parlement d'autres mesures permettant de développer les réseaux de soins intégrés.

6. Conclusion

Le volet « Réseaux de soins » de la révision de la LAMal définit un cadre légal dont le but est de promouvoir les réseaux de soins intégrés, qui ont fait leurs preuves en matière de qualité et d'efficacité. Les éléments et instruments indispensables au bon fonctionnement et à l'efficacité de ces réseaux – la coresponsabilité budgétaire p. ex. – sont ancrés dans la loi. Ce projet doit permettre aux patients d'accéder, dans toute la Suisse, à des réseaux de soins de qualité. Il fixe le cadre légal permettant aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de développer pour leurs assurés, donc pour les patients, des modèles et des solutions innovants.

Comparaison des formes d'assurance

	Forme d'assurance ordinaire	Formes d'assurance particulières			
		Franchises à option	Bonus	Limitation du choix du fournisseur de prestations	
				Formes actuelles	Réseaux de soins intégrés
Courte description	Assurance dans laquelle l'assuré a le libre choix du fournisseur de prestations. Dans cette forme d'assurance, le montant de la franchise s'élève à 300 CHF	Assurance dans laquelle l'assuré opte pour une franchise plus élevée (500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 CHF) en échange d'une réduction de primes	Assurance dans laquelle le montant de la prime dépend du fait que l'assuré a bénéficié ou non de prestations pendant une certaine période	Assurance dans laquelle l'assuré bénéficie d'une réduction de prime parce qu'il a accepté de limiter son choix aux fournisseurs de prestations désignés par l'assureur en fonction de leurs prestations plus avantageuses	Assurance dans laquelle l'assuré convient de se fournir en prestations uniquement auprès d'un réseau de soins intégrés
Choix du fournisseur de prestations	Libre	Libre	Libre	Limité aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses.	Limité à un réseau de soins intégrés
Prestations	Prestations de l'assurance obligatoire des soins	Prestations de l'assurance obligatoire des soins	Prestations de l'assurance obligatoire des soins	Prestations de l'assurance obligatoire des soins	Prestations de l'assurance obligatoire des soins et, dans le cadre du traitement défini, prestations sortant de ce cadre
Prime	Ordinaire	Réduction de prime	Dépend du fait d'avoir ou non bénéficié de prestations pendant une certaine période	Réduction de prime	Possibilité d'avoir une prime réduite ou des ristournes
Quote-part	15 % des coûts dépassant la franchise	15 % des coûts dépassant la franchise	15 % des coûts dépassant la franchise	15 % des coûts dépassant la franchise	10 % des coûts dépassant la franchise
Montant maximal annuel de la quote-part pour un adulte	1000 CHF	1000 CHF	1000 CHF	1000 CHF	500 CHF
Durée du contrat	Possibilité de résilier	Possibilité de résilier pour la fin d'une année civile, avec un préavis de trois mois, ou d'un mois lorsqu'une			

	<p>pour la fin d'un semestre d'année civile, avec un préavis de trois mois :</p> <p>→ Résiliation au 30.06 (avec annonce le 31.03)</p> <p>→ Résiliation au 31.12 (avec annonce le 30.09).</p> <p>Lorsqu'une nouvelle prime est annoncée, l'assuré peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois :</p> <p>→ Généralement résiliation au 31.12 (avec annonce le 30.11)</p>	<p>nouvelle prime a été annoncée :</p> <p>Résiliation au 31.12</p> <p>→ avec annonce au 30.09</p> <p>→ avec annonce au 30.11, si une nouvelle prime a été annoncée</p> <p>Nouvelles possibilités pour les formes particulières d'assurance</p> <p>L'assureur peut proposer des durées de contrat allant jusqu'à trois ans, mais à deux conditions :</p> <p>→ d'une part, une durée de contrat plus longue n'est possible que si l'assuré bénéficie de réduction de prime.</p> <p>→ d'autre part, l'assureur doit, quoi qu'il en soit, proposer un contrat d'une année à ses assurés.</p> <p>Si l'assuré a choisi une durée de contrat plus longue, il aura des possibilités de modifier le contrat :</p> <p>→ Possibilité de changer d'assureur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si les conditions d'assurance subissent des modifications importantes (p. ex. si le contrat prévoyait le libre choix du pédiatre et que ce libre choix est supprimé), • ou si la prime d'assurance augmente plus que l'augmentation moyenne des primes du canton. <p>→ Possibilité de changer d'assureur et de forme d'assurance en payant une prime convenue d'avance dans le contrat d'assurance.</p>
--	---	--