

04.062

**Message  
relatif à la révision partielle de la loi fédérale  
sur l'assurance-maladie (Managed Care)**

du 15 septembre 2004

---

Messieurs les Présidents,  
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'approuver.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

15 septembre 2004

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Joseph Deiss  
La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

---

## Condensé

*La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996 a institué les bases légales des formes particulières d'assurance. Fondées sur ces dispositions, diverses formes particulières d'assurance sont apparues en peu de temps. Les organisations telles que les Health Maintenance Organizations (HMO) et les modèles de médecine de premier recours sont parmi les plus répandues, plus rares sont les modèles basés sur des listes de médecins. Une fois la dynamique initiale passée, les effectifs d'assurés de ces modèles d'assurance particuliers ont eu tendance à se stabiliser. Cette tendance a été mise entre autres en évidence dans l'analyse des effets de la LAMal (Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal: rapport de synthèse, Berne 2001, p. 124).*

*Diverses études ont entre-temps démontré qu'un approvisionnement médical dirigé depuis le diagnostic jusqu'à la dernière thérapie par la même personne devrait être encouragé pour des raisons qualitatives et économiques. Selon la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal qui a été mise en échec, les assureurs auraient été tenus, afin d'encourager les modèles de managed care, d'offrir, seuls, ou en collaboration avec d'autres assureurs, une ou plusieurs formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Parlement avait en plus prescrit que les assureurs soient tenus de proposer des modèles prévoyant que les fournisseurs de prestations doivent exercer leur activité dans le cadre de la responsabilité budgétaire convenue avec les assureurs. Cela revenait pratiquement à contraindre les assureurs à proposer un réseau de soins intégrés, qui était considéré comme une alternative à la liberté de contracter. Le Conseil fédéral estime que ce lien doit être abandonné. Au contraire, les réseaux doivent être clairement définis comme un type de forme particulière d'assurance et ancrés dans la loi indépendamment de la question de la liberté de contracter.*

*Le Conseil fédéral entend donc améliorer les conditions-cadres des modèles précités. Il considère que la liberté de contracter liée à de fortes incitations est le moyen le plus approprié pour promouvoir ces modèles. Les conventions conclues entre les parties ne doivent pas, dans la mesure du possible, être fondées sur des obligations légales mais sur le principe de la libre concurrence. Afin de rendre la systématique plus claire, les dispositions existantes et les nouvelles dispositions relatives aux «Formes particulières d'assurance» ont été réunies dans une même section. La notion de réseau de soins intégrés est désormais définie dans la loi. Dans ces réseaux intégrés, les fournisseurs de prestations doivent exercer leur activité dans les limites de la responsabilité budgétaire convenue avec les assureurs.*

*Le Conseil fédéral propose en outre, dans le cadre de la présente révision, des mesures dans le domaine des médicaments. La liste des spécialités a été complétée par des médicaments importants pour le traitement de maladies rares. Pour assurer une meilleure maîtrise des coûts des médicaments, le fournisseur de prestations sera tenu, aussi bien lors de la prescription d'un médicament particulier que lors de la remise d'un médicament au moyen de la prescription de substances actives, de*

---

*remettre un médicament d'un prix avantageux. Enfin, la réglementation concernant la répercussion d'avantages obtenus notamment sur les achats de médicaments a été complétée.*

# Message

## 1 Partie générale

### 1.1 Historique

En 1989, c'est-à-dire encore sous le régime de l'ancienne loi (loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie, LAMA), le Conseil fédéral a créé les bases pour l'introduction, à titre d'essai, des formes particulières d'assurance par le biais d'une modification de l'ordonnance V du 2 février 1965 (abrogée depuis) sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière (RO 1990 21). Aux termes de cette modification (art. 23 ss de l'ordonnance) les caisses étaient autorisées à gérer, en plus de l'assurance ordinaire de base, des assurances dans lesquelles le traitement des assurés était confié aux seuls médecins désignés par la caisse (assurance avec choix limité du médecin), ainsi que des assurances dans lesquelles une réduction de prime est accordée lorsque l'assuré, durant toute une année civile, n'a bénéficié d'aucune prestation (assurance avec bonus). Ces offres devaient être approuvées et subordonnées à la réalisation de certaines recherches scientifiques. Le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations, ainsi que les effets de ces modèles en termes de coûts, ont fait l'objet d'une vaste étude débouchant sur des rapports très complets (cf. Baur Rita, Hunger Wolfgang, Kämpf Klaus, Stock Klaus – Prognos AG, Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung, rapport de synthèse, Berne 1998).

Dans son message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 77, notamment p. 86), le Conseil fédéral, espérant un effet modérateur sur les coûts, a proposé d'inscrire définitivement les formes particulières d'assurance dans le nouveau droit, ce qui a été fait avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). En vertu de l'art. 41, al. 4, LAMal, l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs. Il est autorisé à réduire les primes des assurés qui optent pour un tel modèle (art. 62, al. 1, LAMal). Par ailleurs, le Conseil fédéral peut supprimer la participation aux coûts pour une telle assurance, lorsque cette participation se révèle inappropriée (art. 64, al. 6, let. c, LAMal).

En peu de temps, les assureurs ont mis sur pied et offert à leurs assurés diverses formes particulières d'assurance basées sur ces dispositions, le plus souvent des «Health Maintenance Organizations» (HMO) et des modèles du médecin de famille, et, plus rarement, des modèles comportant des listes de médecins, dont les plus chers sont exclus. Les HMO sont des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés et perçoivent un salaire fixe; les médecins responsables sont en outre intéressés aux résultats. Dans les modèles du médecin de famille, la personne assurée choisit un médecin de famille dans une liste établie par l'assureur. Dans les deux modèles, il faut toujours consulter en premier (hormis en cas d'urgence) le HMO ou le médecin de famille choisi, qui fonctionne comme «gatekeeper». Dans les modèles d'assurance comportant une liste de médecins (Preferred-Provider-Organization, PPO), les assurés choisissent les fournisseurs de prestations dans une

liste qui est adaptée tous les ans par l'assureur-maladie et qui contient uniquement les noms des médecins dont les coûts se situent dans la moyenne par rapport à ceux des spécialistes du même domaine dans le canton. Dans ce modèle, il n'existe pas de «gatekeeping» et les fournisseurs de prestations n'ont pas la responsabilité financière; ils sont rémunérés à la prestation.

Après un développement rapide au début, dû d'une part à la flambée des primes de l'assurance-maladie et d'autre part à l'accroissement des offres de la part des assureurs, l'effectif des assurés ayant opté pour des formes particulières d'assurance stagne actuellement. En 1999 et en 2000, le nombre de nouveaux contrats conclus pour des modèles du médecin de famille a nettement baissé et quelques HMO ont fermé. Par ailleurs, plusieurs assureurs ne proposent plus que des modèles «allégés» ne contenant que quelques éléments du managed care.

L'analyse des effets de la LAMal (Office fédéral des assurances sociales, Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la LAMal: rapport de synthèse, Berne 2001; p. 125) a par la suite également montré que les formes particulières d'assurance ne rencontrent qu'un faible écho en Suisse. Les assurés en effet sont peu enclins à limiter le choix des fournisseurs de prestations. De même, les assureurs n'ont que peu utilisé la marge de manœuvre très large que la LAMal leur laisse pour créer et promouvoir des modèles originaux de managed care. Il est donc indispensable de renforcer les incitations visant à promouvoir ces modèles.

## **1.2 Demandes de révision**

### **1.2.1 Interventions parlementaires**

*Motion Sommaruga Simonetta «Introduction du modèle du médecin de famille sur l'ensemble du territoire»*

Par la motion déposée le 6 octobre 2000 «Introduction du modèle du médecin de famille sur l'ensemble du territoire» (00.3566), l'auteur de celle-ci demande l'introduction obligatoire et générale dans l'assurance obligatoire des soins du modèle du médecin de famille, ou des modèles apparentés tels que le HMO. Ceci permettrait une meilleure coordination entre les fournisseurs de prestations. En particulier, des coûts inutiles tels que les multiples examens et analyses pourraient être évités. Dans le modèle proposé, les fournisseurs de prestations devaient être chargés de la gestion des budgets et, pour les cas à haut risque, un fonds devait être constitué. Le Conseil fédéral a proposé, le 11 décembre 2000, de rejeter la motion. Elle a été adoptée le 9 mai 2001 par le Conseil national et transmise sous forme de postulat des deux conseils, le 4 octobre 2001.

### **1.2.2 Deuxième révision de la LAMal**

Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal (FF 2001 693, notamment 736 s.), le Conseil fédéral a proposé que les assureurs soient tenus d'offrir au moins une forme particulière d'assurance dans l'ensemble de leur rayon d'activité. Le but était, d'une part, de les inciter à proposer davantage de formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations et, d'autre part, de sensibiliser les assurés à l'augmentation des coûts et de se décider

pour une limitation du choix du fournisseur de prestations. En réalité, comme l'a précisé le Conseil fédéral, les assurés ne peuvent accepter une telle limitation que si les fournisseurs de prestations montrent davantage d'empressement qu'aujourd'hui à conclure des conventions de ce type avec les assureurs. Le Conseil fédéral n'a pas proposé d'autres modifications des conditions-cadres pour promouvoir les modèles de managed care

Au cours des débats parlementaires, cette intention a certes été louée, mais une meilleure promotion des modèles de managed care a été réclamée dans la perspective d'une suppression partielle de l'obligation de contracter. Il a ainsi été proposé d'introduire un modèle dénommé «réseau de soins coordonnés». Les réseaux de ce type sont rattachés au concept de managed care parce qu'ils constituent un système de soins uniforme et global, comprenant toute la chaîne des soins. Le «gatekeeping» y occupe une place particulièrement importante: la personne assurée doit toujours s'adresser en premier lieu au médecin de famille du réseau qui la dirige, au besoin, vers d'autres membres de la chaîne thérapeutique. Dans ces réseaux, les fournisseurs de prestations répondent du coût du traitement des assurés (responsabilité budgétaire) dans la mesure convenue dans le contrat. Cette forme particulière d'assurance se base sur une collaboration dont l'essentiel est réglé par contrat entre un groupe de fournisseurs de prestations et un assureur. Les assureurs-maladie auraient été obligés de proposer des formes d'assurance comportant une coresponsabilité budgétaire et un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral aurait pu autoriser des exceptions, par exemple pour les régions rurales.

Le Conseil des Etats, lors de sa séance du 16 décembre 2003, a accepté les propositions de la Conférence de conciliation relatives à la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, mais le Conseil national les a refusées lors de sa séance du 17 décembre 2003. Ce refus scella l'échec du projet, trois ans après le début des débats au Parlement.

### **1.3 Réformes proposées par les experts**

Lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002 sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a conclu que la LAMal avait donné dans l'ensemble de bons résultats, mais qu'il fallait renforcer les mesures de maîtrise des coûts et réformer par étapes l'assurance-maladie en conséquence. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de lui soumettre des propositions notamment sur la façon d'encourager la diffusion des modèles de managed care par des systèmes incitatifs appropriés. Il s'agissait en particulier de présenter des propositions visant à modifier les conditions-cadres afin que ces modèles soient plus attrayants pour les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés. Ces travaux devaient constituer les bases d'une 3<sup>e</sup> révision partielle de la LAMal.

Le DFI a par la suite constitué un groupe de travail dirigé par un expert indépendant (Dr. iur. M. Markus Moser) et l'a chargé d'élaborer des scénarios correspondants. Ce groupe comprenait des représentants des assureurs-maladie suisses (santésuisse), de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (aujourd'hui Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé), de la Fédération des médecins suisses (FMH), de Medix Management SA, de H<sup>+</sup> Les hôpitaux de Suisse, du cercle de qualité médecins-pharmaciens du canton de Fribourg et de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les experts consultés, tenant

compte des critères formulés, ont résumé les principales réformes à envisager. Ils partent des principes suivants:

- on ne doit plus parler de formes d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais de «modèles de soins intégrés». Cette nouvelle formulation linguistique a pour objectif d'insister sur le mode particulier de fourniture des soins médicaux;
- il faut mettre en place des incitations efficaces et laisser aux acteurs une marge de manœuvre très importante pour l'organisation concrète. Il n'est donc plus prévu d'obligations ni pour les assurés (entrée), ni pour les assureurs et/ou les fournisseurs de prestations (offre).

Afin de promouvoir le managed care, les mesures suivantes sont prévues:

- *Contrat entre les assureurs et un groupe de fournisseurs de prestations*

Les fournisseurs de prestations doivent en principe assumer ensemble la coordination de tous les soins dispensés aux assurés. Pour laisser la plus grande marge de manœuvre possible tant du côté de l'offre que de celui de la demande, il est nécessaire que les assureurs et les fournisseurs de prestations règlent par contrat les points essentiels de leur collaboration, principalement la coresponsabilité économique incombant aux fournisseurs (dans quelle mesure le réseau de soins est responsable du budget) et les dispositions relatives au remboursement et à la qualité des prestations.

Les assureurs et les fournisseurs de prestations participant au modèle de soins peuvent convenir dans le contrat que la rémunération de ces derniers interviendra pour le groupe qu'il forme (rapport externe) et de les laisser régler entre eux la répartition du montant de la rémunération (rapport interne). Pour les prestations qui ne peuvent pas être fournies dans le cadre du réseau de soins, les fournisseurs de prestations qui y participent sont autorisés à conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations extérieurs audit réseau et à régler directement avec eux, par contrat, les modalités de remboursement. Il n'est pas permis d'exclure des prestations prévues par la loi, mais il faut pouvoir admettre des prestations qui sortent du cadre prévu par l'assurance obligatoire des soins.

Si la convention tarifaire prévoit un budget prospectif, les cantons doivent pouvoir participer à la fixation conventionnelle d'un système de rémunération par capitation. Les contributions cantonales aux traitements hospitaliers peuvent être incluses dans ce budget, sous forme de subvention à venir, par un contrat avec le canton.

- *Dispositions touchant les assurés*

Au contraire du droit en vigueur, les modèles de soins intégrés doivent être autorisés à convenir librement avec leurs assurés de leur adhésion et de leur retrait. Le groupe d'experts refuse de leur imposer une durée minimale de participation, sans toutefois exclure totalement cette possibilité. Il sera donc nécessaire, le cas échéant, de régler par un contrat entre les assureurs et les assurés cette durée minimale, ainsi que la façon de récompenser la fidélité de l'assuré.

– *Incentives financières*

Sur de nombreux points, les réformes proposées par les experts privilégient des mesures d'incitation. En ce qui concerne les mesures financières visant à inciter les assurés à opter pour les réseaux de soins intégrés, les experts proposent entre autres:

- d'autoriser les assureurs à accorder aux assurés des réductions de primes et des ristournes en fin d'année;
- d'en accroître l'attrait pour les personnes ayant des coûts de traitement élevés en réduisant la quote-part par rapport à celle en vigueur dans l'assurance obligatoire des soins;
- d'accorder aux assureurs une grande liberté quant au découpage de leurs régions de primes pour les réseaux de soins intégrés (par exemple une prime unique ne tenant pas compte des limites des régions et des cantons);
- de conserver l'incitation financière pour les personnes ayant droit à des réductions de primes en continuant à faire dépendre ces réductions des primes du modèle de base.

Si un assuré enfreint les règles en vigueur dans le modèle de soins intégrés, les experts privilégient, en tant que sanction, la perte des avantages financiers. Refuser des prestations ne serait pas approprié, puisque les assurés ont droit à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.

– *Conditions-cadres*

Les experts ont mis en avant différents éléments qui peuvent exercer une influence positive ou négative sur l'évolution des modèles particuliers d'assurance, mais qui ne font pas directement partie du paquet de réformes visant le managed care:

- l'assouplissement ou la suppression de l'obligation de contracter pourrait inciter davantage de fournisseurs de prestations à participer à des modèles de soins particuliers;
- le système actuel de financement des hôpitaux diminue le potentiel des soins intégrés, car les économies dans le domaine hospitalier ne se font ressentir qu'en rapport avec les tarifs de l'assurance-maladie, mais pas avec l'ensemble des coûts hospitaliers;
- un autre obstacle à l'innovation dans le domaine du managed care, inhérent au système, est le fait que la compensation des risques ne prend en compte que les facteurs de l'âge et du sexe, mais non pas la charge que constitue une maladie pour le collectif d'assurés. En termes de baisse des coûts, les modèles de managed care sont surtout valables pour les assurés ayant des frais de maladie élevés (maladies complexes et/ou chroniques, diagnostics multiples). Or aucun assureur ne voudra développer ou proposer une forme d'assurance particulièrement intéressante pour ce collectif d'assurés.

Les experts jugent par ailleurs nécessaire l'établissement d'un cadre ne s'arrêtant pas aux assureurs et aux modèles, notamment pour les travaux préparatoires, l'évaluation et la recherche.



## 1.4 Objectifs politiques

L'analyse des effets de la LAMal, réalisée de 1996 à 2000, montre que la nouvelle loi a atteint ses objectifs en termes de prestations et de système (catalogue complet de prestations, assurance obligatoire avec pluralité de caisses et prime uniforme), mais qu'elle présente encore des lacunes évidentes en ce qui concerne les instruments de maîtrise des coûts. C'est pourquoi, dans son message relatif à la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, le Conseil fédéral a mis l'accent sur l'optimisation du système: les principes inscrits dans la loi doivent être appliqués de manière plus systématique, mais ne doivent pas être remis en question par un changement de système. Cette stratégie est largement acceptée.

Comme on l'a vu plus haut, les modèles de managed care ne jouent, en Suisse, qu'un rôle limité du point de vue de la politique de santé. Toutefois, avec la pression croissante des coûts et les augmentations de primes, il est fort probable qu'ils susciteront de plus en plus d'intérêt à l'avenir. Il est donc indispensable de promouvoir des formes particulières d'assurance si l'on veut mieux maîtriser les coûts et accroître l'efficacité tout en maintenant dans le même temps la qualité des soins. Pour que ces derniers restent de haute qualité et économiques, les formes d'assurance les plus appropriées sont celles qui prévoient d'une part que les patients seront accompagnés et suivis pendant toute la durée du diagnostic et du traitement et d'autre part, que les assureurs et les fournisseurs de prestations assumeront ensemble la responsabilité financière de la totalité du traitement. A cette fin, le Conseil fédéral a repris les propositions discutées dans le cadre de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal et les a complétées par des éléments tirés des travaux préparatoires de la 3<sup>e</sup> révision.

## 1.5 Procédure de consultation relative à la proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal

La proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal dans le domaine du managed care a été mise en procédure de consultation auprès des cantons, des partis politiques et des milieux intéressés, en mai 2004.

Le projet a été favorablement accueilli par la majorité des organismes consultés. Ils sont d'accord avec le Conseil fédéral en ce qui concerne l'encouragement du managed care en tant que moyen de renforcer le caractère économique et la qualité des soins dans le domaine de la santé et approuvent en principe la création des bases légales pour le développement des réseaux de soins intégrés. Pour la majorité des personnes consultées, la voie choisie par le Conseil fédéral de prévoir une introduction facultative au lieu d'une obligation contraignante, comme cela était envisagé dans la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal, peut être suivie. Il a également été jugé positif que l'importance des formes particulières d'assurance soit grandement renforcée dans la loi en comparaison de la situation antérieure.

Quelques participants à la procédure de consultation se sont cependant montrés sceptiques par rapport à la réglementation sur les modèles de managed care proposée et ont mis en doute le fait que les conditions-cadres légales suffisent pour obtenir un effet modérateur sur l'évolution des coûts. Pour ceux-ci, il est à craindre qu'à l'avenir ce soit surtout les personnes jeunes et en bonne santé qui choisissent de tels





2002) une procédure d'autorisation simplifiée pour les médicaments importants destinés au traitement des maladies rares (message du Conseil fédéral du 1<sup>er</sup> mars 1999; FF 1999 3151). Ces procédures facilitées pour les médicaments orphelins devraient aussi avoir rapidement des répercussions dans l'assurance-maladie sociale. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal de façon à ce que la liste des spécialités contienne également des médicaments importants pour le traitement des maladies rares.

### *Mesures dans le domaine des médicaments*

Dans le domaine des médicaments, deux mesures ont été préconisées ces dernières années afin de maîtriser les coûts: l'obligation de prescrire des principes actifs plutôt qu'un médicament précis et la remise des médicaments meilleur marché. Le Conseil fédéral s'est prononcé à plusieurs reprises pour la promotion des génériques, mais a également toujours affirmé son opposition à l'obligation de substitution.

L'obligation de prescrire des principes actifs a des conséquences pour la liberté thérapeutique des médecins; de plus elle met en danger la sécurité des médicaments, et nuit au suivi du traitement (observance) des patients. Sur la base de sa liberté thérapeutique, le médecin décide, en se fondant sur l'anamnèse du patient et sur le diagnostic, quel traitement – et donc quel médicament – est le plus approprié. Pour ce faire, il a déjà la possibilité, avec le droit de substitution énoncé à l'art. 52a LAMal, de laisser au pharmacien le choix du médicament, si rien ne s'y oppose du point de vue médical. C'est donc toujours le médecin qui assume la responsabilité thérapeutique. Il n'en va pas de même avec l'obligation de prescrire des principes actifs, où c'est le pharmacien qui décide en se basant uniquement sur le nom du principe actif indiqué sur l'ordonnance, sans connaître en détail l'historique de la maladie ainsi que d'autres éléments importants pour la thérapie. S'il remet au patient un médicament inapproprié ou inconnu de lui, il risque de compromettre considérablement la réussite du traitement, voire de le faire échouer. Le changement de médicaments entraîné par la substitution obligatoire risque de compromettre le respect de la prescription (observance), notamment chez les personnes âgées, les personnes atteintes de plusieurs pathologies et les patients chroniques devant suivre des traitements de longue durée. Les médicaments contenant le même principe actif n'ont pas toujours la même composition, ce qui peut influencer sur leur efficacité ou occasionner des complications. La galénique (présentation du médicament) peut aussi varier. Or pour certaines maladies, la précision de la posologie est la clé d'un traitement réussi.

L'obligation de prescrire des principes actifs n'engendre que peu d'économies. Sur 7400 médicaments admis sur le marché, 2500 sont pris en charge par l'assurance obligatoire; 60 % d'entre eux sont protégés par un brevet, 3 % sont déjà des génériques et 37 %, soit 900 médicaments environ, sont tombés dans le domaine public. Mais seulement 10 % des médicaments dont le brevet est échu, soit 250 médicaments, sont réellement concurrencés par des génériques. Même si tous les médicaments tombés dans le domaine public étaient (en théorie) totalement remplacés par des génériques, le potentiel d'économie serait faible. En effet, on sait que les anciens médicaments bon marché, encore conformes aux connaissances actuelles, sont en permanence remplacés par des nouveaux, meilleurs mais généralement plus chers. L'obligation de prescrire des principes actifs n'empêcherait pas ce type de substitution.

Pour des raisons économiques, l'obligation de prescrire le médicament le moins cher poserait des problèmes. Avec les médicaments les moins onéreux, il se crée du côté des producteurs, dans chaque segment du marché, une situation de monopole à court terme, car seul le producteur fabriquant ce médicament peut faire rembourser son produit par l'assurance-maladie sociale; il occupe donc ce segment à lui tout seul et il peut tirer profit de cette situation pour augmenter son prix tant qu'un autre producteur n'a pas réussi à franchir les barrières du marché et à proposer un produit similaire à un prix inférieur. Mais, en fin de compte, l'intérêt qu'ont les producteurs à proposer un produit le moins cher possible provoque entre eux une concurrence ruineuse. On peut se demander s'ils ont la possibilité de planifier à assez long terme quand ils cherchent à diminuer le plus possible les coûts de production et à tirer à court terme le maximum de bénéfices d'une situation de monopole. Il est plus vraisemblable qu'ils diminueront leurs efforts d'innovation et se contenteront de la qualité minimale.

Par conséquent, le Conseil fédéral se limite, dans ce projet, à reprendre les mesures concernant les médicaments proposées dans le cadre de la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal et à proposer en outre de compléter la réglementation en ce qui concerne la répercussion d'avantages qui existent justement en relation avec les médicaments. La question des importations parallèles, qui revient sans cesse dans le débat public, relève en revanche du droit des brevets et de la mise en circulation d'un médicament en Suisse et non de la LAMal. L'art. 14, al. 2, LPT<sup>h</sup> prévoit en outre, à certaines conditions, une procédure facilitée pour la mise en circulation d'un médicament déjà admis en Suisse et également en vente à l'étranger.

### **3** **Partie spéciale:** **commentaire des différentes dispositions**

#### *Art. 19, al. 1 et 2<sup>bis</sup> (nouveau)*

Dans le passé, un petit nombre d'assureurs, soutenus par des groupes de fournisseurs de prestations, ont supporté l'ensemble de l'«effort d'innovation» dans le domaine du managed care. Cela doit en principe demeurer ainsi. Même si les assureurs ne doivent pas être désormais tenus d'offrir à leurs assurés des modèles de managed care, il existe cependant un risque: les craintes de devenir trop attrayants pour les assurés chers pourraient amener les quelques assureurs qui étaient jusqu'ici innovateurs à revoir leur engagement pour l'encouragement de l'approvisionnement intégré. Les projets de développement dépasseraient rapidement les capacités matérielles, financières et en personnel des groupements de médecins de petite taille ou de taille moyenne (à de rares exceptions près, les réseaux de médecins ne sont pas en situation de préfinancer de tels développements). Pour ces raisons, et parce que surviennent certains problèmes qui doivent être abordés, (p. ex. l'évaluation, la recherche et le développement, la formation permanente et le perfectionnement), le Conseil fédéral propose d'étendre le but de l'institution prévue à l'art. 19 LAMal et d'encourager également les soins intégrés. Il convient de préciser ici que le Conseil fédéral a mis, dans son projet de nouveau financement des soins mis en consultation le 23 juin 2004, un accent supplémentaire sur la promotion de la santé, en donnant une importance particulière aux questions de prévention dans le 3<sup>e</sup> âge.

*Art. 20, al. 1*

Les adaptations de l'art. 20 résultent des nouvelles dispositions de l'art. 19. Le montant annuel qui est perçu auprès de chaque assuré pour le financement de l'institution ne sera pas augmenté, malgré la nouvelle tâche. Un changement doit plutôt se faire à l'intérieur de l'institution même. Cela signifie cependant que les moyens à disposition pour la promotion de la santé seraient inférieurs à ce qu'ils sont actuellement. L'importance du transfert de moyens dépendra des projets qui seront initiés.

*Art. 41a, al. 1 et 2 (nouveau)*

Les al. 1 et 2 de cette disposition correspondent à l'actuel art. 41, al. 4, LAMal. Seule la remarque concernant les réseaux intégrés d'approvisionnement a été ajoutée.

*Art. 41a, al. 3 (nouveau)*

L'al. 3 de cette disposition correspond à l'actuel art. 62, al. 2 LAMal. Le Conseil fédéral étant compétent pour édicter les dispositions d'exécution en vertu de l'art. 96 LAMal, une délégation de compétences supplémentaire n'est pas nécessaire ici.

*Art. 41b (nouveau) Durée du rapport d'assurance*

La personne assurée qui opte pour un choix limité des fournisseurs de prestations assume une plus grande responsabilité personnelle. Pour cette raison, l'assureur peut lui proposer des primes réduites ou supprimer la participation aux coûts de manière totale ou partielle, conformément à l'art. 64, al. 6, let. c, LAMal en relation avec l'art. 99, al. 2 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102). Pour éviter que ladite personne, en cas de maladie, renonce à assumer cette plus grande part de responsabilité personnelle en retournant dans l'assurance ordinaire, l'assureur doit aussi avoir la possibilité de la lier à relativement long terme, avec son accord, au choix d'une forme particulière d'assurance. Les mêmes conditions s'appliquent à l'assurance avec franchise à option selon l'art. 41a, al. 3, let. a. L'assureur peut prévoir pour le rapport d'assurance une durée maximale de trois ans. Un changement d'assureur avant l'échéance de la durée convenue n'est possible qu'en cas de changement important des conditions d'assurance, par exemple si l'assureur augmente la participation aux coûts. Par contre une hausse de prime ou une diminution du rabais sur la prime ou de la ristourne ne constitue pas un changement important. Si donc l'assureur augmente les primes ou diminue les rabais avec l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique, la personne assurée ne peut changer d'assureur, bien que sa charge financière augmente. La durée maximale du rapport d'assurance étant limitée à trois ans, le lien que constitue le contrat n'est pas excessif pour la personne assurée. L'assureur fixe les modalités de sortie et peut alors prévoir une possibilité supplémentaire de sortie avant l'échéance de la durée du rapport d'assurance. A l'expiration de la durée maximale de trois ans, les conditions générales de l'art. 7 LAMal relatives au changement d'assureur sont applicables. L'assuré est libre de se lier à nouveau à un assureur pour une durée de trois ans au minimum.

*Art. 41c, al. 1 (nouveau)*

Même si le choix des assurés est libre et la participation des assureurs et des fournisseurs de prestations facultatives, la réglementation des réseaux de soins intégrés doit être inscrite dans la loi. Ces réseaux doivent donc être considérés comme des formes particulières d'assurance reposant sur un contrat conclu entre, d'une part, un ou plusieurs assureurs et, d'autre part, un groupe de fournisseurs de prestations.

La volonté de tous les partenaires de faire partie du réseau sur une base facultative est indispensable. Ce caractère facultatif doit être renforcé par des obligations contractuelles concrètes, fondées sur des règles communes qui fixent la nature de la collaboration. Ces règles comprendront notamment l'admission de chaque partenaire dans le réseau sur la base de ses compétences, l'adoption et la définition des règles communes touchant la prise en charge des coûts pour les assurés, la définition de règles de comportement ou de protocoles de traitement, le regroupement des informations concernant les patients, l'institution d'un organe de coordination et d'un service administratif étroitement lié au fonctionnement quotidien du réseau, des mesures internes de qualité et éventuellement l'acceptation d'évaluations externes périodiques, ainsi qu'une formation continue systématique en vue de conférer à l'ensemble du réseau une qualité optimale s'agissant de la réalisation des objectifs et de l'amélioration des procédures. Il s'agit là de fixer un minimum de valeurs sur lesquelles chacun fondera sa contribution au réseau de soins. Seule la convergence de tous les efforts en vue de réunir ces conditions permettra d'asseoir une collaboration cohérente et durable.

*Art. 41c, al. 2 (nouveau)*

Les modèles de l'approvisionnement intégré prévoient un système d'approvisionnement uniforme et étendu pour l'ensemble de la chaîne de traitement. C'est pourquoi, la coordination doit se rapporter à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Dans cet esprit, les réseaux de soins intégrés doivent aussi proposer toutes les prestations qui peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier, autrement dit toutes les prestations désignées par les art. 25 à 31 LAMal. Il n'est pas possible d'exclure des prestations prévues par la loi; en revanche, il doit être permis de fournir des prestations supplémentaires. On entend par là, notamment, des prestations utiles au choix thérapeutique (liées p. ex. à la gestion des cas, lorsqu'il ne s'agit pas de prestations de l'assurance obligatoire des soins ou qu'elles ne sont pas fournies par des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal), mais aussi de prestations soutenant ce choix, par exemple les conseils en matière de santé. Ces prestations supplémentaires doivent être convenues au préalable par l'assureur et les fournisseurs de prestations dans le contrat qui les lie et peuvent constituer pour les assurés une incitation de plus à opter pour un réseau de soins intégré. Elles doivent cependant être partie intégrante d'un traitement global et approprié, ceci afin d'éviter que les réseaux ne pratiquent la sélection des risques en opérant un tri parmi les prestations.

Il est imaginable que toutes les prestations prévues par la LAMal soient fournies à l'intérieur du réseau de soins, mais aussi que certaines prestations soient externalisées et «achetées» par le réseau. On pense à cet égard en particulier aux prestations hospitalières. Les membres du réseau pourraient «acheter» une prestation externe sans le concours de l'assureur et aussi convenir de la rétribution de cette prestation

avec le fournisseur externe. Une clause d'exclusivité n'est pas exclue, car pour les prestations qu'ils ne peuvent fournir eux-mêmes, les réseaux de soins intégrés préféreront recourir à un fournisseur de prestations donné. Les contrats de ce type pourraient également contenir des clauses relatives à la collaboration, à la garantie de la qualité et à l'échange de données concernant le traitement.

*Art. 41c, al. 3 (nouveau)*

Actuellement, la plupart des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire sont rémunérés à la prestation. Leur revenu dépend donc du volume des prestations fournies. De ce fait, la tentation est grande de fournir plus de prestations que nécessaire. Le projet prévoit par conséquent que les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégré assument, dans les limites fixées par le contrat, la responsabilité financière des soins médicaux prodigués aux assurés dont ils s'occupent (responsabilité budgétaire). Dans les réseaux de ce type, les prestations sont en principe rétribuées par «capitation», mais d'autres formes de rétribution, telles qu'un tarif horaire ou même un tarif à la prestation pour des prestations particulières, ne sont pas exclues. Cette dernière forme est indiquée surtout pour des prestations dont il ne serait pas raisonnable de faire supporter l'ensemble des coûts par le réseau (p. ex. dans le domaine de la transplantation). Si les réseaux de soins intégrés devaient supporter l'intégralité du risque économique, ils joueraient le rôle d'assureurs. Le risque est la base même de l'assurance, sa motivation économique et sa caractéristique juridique. De plus, le risque serait grand que, s'ils participaient financièrement à des coûts qu'ils sont tenus de réduire eux-mêmes, les membres du réseau ne fournissent qu'un minimum de prestations.

La capitation, du latin *per capita* («par tête»), correspond à un forfait préétabli que l'assureur-maladie verse périodiquement (en général annuellement), par personne assurée rattachée au réseau et pour l'ensemble des prestations, au fournisseur de prestations ou à un groupe de prestataires réunis en un réseau de soins intégré. Ce montant est versé, que la personne assurée recoure ou non à des prestations. Cette forme de rétribution vise à freiner la hausse des coûts de la santé. Elle permet aux assureurs de mieux contrôler l'importance du traitement de leurs assurés et surtout les coûts qui en résultent. La proportion dans laquelle le fournisseur de prestations participe aussi au risque financier l'incite de son côté à travailler aussi efficacement que possible et en particulier à éviter les mesures inutiles ou coûteuses. La rétribution par capitation entraîne aussi un changement fondamental de la relation entre fournisseur de prestations et patient. Aujourd'hui, en général, le patient consulte le médecin lorsqu'il est déjà malade. Dans cette situation, le corps médical est confiné dans un rôle réactif. Avec le système de rémunération prévu, le fournisseur de prestations membre d'un réseau de soins intégré acquiert un rôle proactif; il a un intérêt matériel à ce que son patient reste en bonne santé et donc à privilégier la prévention par rapport à la guérison.

La responsabilité budgétaire doit se rapporter à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Les modèles d'approvisionnement intégré prévoient un système d'approvisionnement uniforme et complet pour toute la chaîne de traitement. Le but est de rendre tous les acteurs de cette chaîne de traitement médical responsables financièrement. En cas de séjour hospitalier, les réglementations relatives à la prises en charge des coûts selon les art. 41 et 49 LAMal s'appliquent.



*Art. 52, al. 1, let. b, et al. 4 (nouveau)*

La nécessité de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal, en indiquant que la liste des spécialités doit également comprendre des médicaments importants pour les maladies rares, a déjà été commentée au point 2.2. La mise en œuvre de la disposition y relative impliquera la création d'un chapitre à part dans la liste des spécialités et la renonciation à la perception d'émoluments.

Comme mentionné au point 2.2, il convient en outre de reprendre les dispositions relatives aux médicaments prévues dans la 2<sup>e</sup> révision de la LAMal. Il s'agit d'inscrire explicitement dans la loi qu'un médicament ne sera inclus dans le catalogue des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que si son efficacité en ce qui concerne les buts diagnostiques et thérapeutiques est prouvée. Le principe de l'art. 32 LAMal est ainsi concrétisé pour les médicaments.

*Art. 52a, al. 2 et 3 (nouveaux)*

Il convient également de mentionner explicitement que le fournisseur de prestations est tenu de remettre un médicament avantageux aussi bien en cas de prescription d'un médicament précis que sur prescription d'une substance active. Il faut souligner que, dans tous les cas, le patient doit se voir remettre un produit approprié, et cela, comme on l'a déjà dit, parce que les produits peuvent avoir des effets différents et que le succès du traitement dépend donc essentiellement de l'adéquation du médicament. On ne prescrira ou remettra par conséquent pas forcément le médicament le meilleur marché, mais un médicament approprié plus avantageux que les autres médicaments produisant le même effet. Sur ce point également, il s'agit de concrétiser le principe du caractère économique de la prestation selon les art. 32 et 56 LAMal.

*Art. 56, al. 3<sup>bis</sup> (nouveau)*

En règle générale, il y a un avantage au sens de l'art. 56, al. 3<sup>bis</sup> en cas de transaction ou de gain financier lorsqu'ils ne constituent pas la contrepartie d'une prestation selon la présente loi. Lors de l'achat de médicaments, en particulier, des avantages sont accordés aux fournisseurs de prestations qui ne peuvent pas être individualisés et repercutés tels quels sur le débiteur de la rémunération (assureur ou assuré). Il s'agit, par exemple, de médicaments gratuits (bonus marchandise), de participations financières des fournisseurs de prestations au chiffre d'affaire annuel atteint en relation avec le volume de commande (bonus annuel) ou du financement d'autres attentions offertes aux fournisseurs de prestations (p. ex. participation à un cours de formation continue ou à un congrès). Cependant lorsque ces avantages sont accordés à des hôpitaux, les frais d'exploitation devraient être d'autant réduits et repercutés sur la tarification. Les réseaux de soins intégrés selon l'art. 41c seront également exemptés de l'obligation de repercuter de tels avantages. Les réductions réalisées grâce à des contrats forfaitaires réduisent également les coûts d'exploitation des réseaux intégrés et sont donc comprises dans la responsabilité budgétaire convenue. Lorsqu'un fournisseur de prestations est prêt à assumer sa responsabilité budgétaire, la possibilité d'obtenir des avantages, comme de meilleures conditions d'achat, et de transférer ceux-ci aux assurés par les frais généraux d'exploitation doit lui être accordée. La répercussion d'avantages ne sera cependant pas toujours possible ou seulement au prix de dépenses considérables (p. ex. individualisation ultérieure du bonus annuel). Il est par conséquent prévu que l'avantage accordé profite au moins à

la communauté des assurés tout entière et soit transmis à l'institution commune selon l'art. 18 LAMal et serve ainsi à la couverture des coûts résultant de la pratique de l'assurance-maladie. La gestion de cet argent est confiée à l'institution commune. Le Conseil fédéral en règle l'utilisation.

*Art. 57, al. 9 (nouveau)*

Le médecin-conseil donnera son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examinera en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Pour les médicaments ou les prestations particulièrement coûteux, l'assureur n'est tenu de prendre en charge les coûts que s'il a donné préalablement son accord et que l'autorisation expresse du médecin-conseil a été accordée. Les membres des réseaux de soins intégrés étant déjà chargés de la coordination du processus de traitement, ils assumeront les tâches confiées aux médecins-conseils dans le modèle de base de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, les assureurs pourront déléguer aux fournisseurs de prestations membres d'un réseau de soins intégrés les tâches dévolues au médecin-conseil.

*Art. 62, al. 1*

S'agissant des formes particulières d'assurance prévoyant un choix limité des fournisseurs de prestations, et en particulier des réseaux de soins intégrés, les assureurs doivent avoir la possibilité d'accorder des rabais sur les primes non pas à l'avance, mais seulement après coup, en fonction des économies réalisées. La réduction des coûts obtenue servira de base pour déterminer la participation aux résultats des parties associées au système. La personne assurée ne profitera pas d'emblée d'un rabais sur sa prime, mais participera aux effets d'économie du système par une ristourne; celle-ci agira comme une incitation supplémentaire à adopter un comportement soucieux de la maîtrise des coûts. Le montant de cette ristourne pourra être déterminé par les économies réalisées, la durée du rapport d'assurance et le montant de la participation aux coûts.

Ces formes d'assurance ne constituent pas des communautés de risques particulières pour un même assureur. En fixant les rabais sur les primes, l'assureur veillera à ce que les assurés de cette forme particulière d'assurance contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de prime. Le Conseil fédéral fixera les besoins de l'assurance selon l'al. 3.

*Art. 62, al. 2*

Cet article est abrogé car son contenu a été déplacé en raison de la nouvelle disposition de l'art. 41a, al. 3.

*Art. 62, al. 2<sup>bis</sup> et 3*

En raison de la nouvelle systématique des articles, les renvois ont été adaptés et la relation a été établie avec le nouvel art. 41a. De plus, il a été précisé que le Conseil fédéral pourra régler les réductions de primes et les remboursements de prestations selon l'al. 1.

*Art. 64, al. 6, let. c*

Les nouvelles dispositions de l'art. 41a requièrent une adaptation du renvoi de l'art. 64. Il convient de mentionner une fois encore à ce sujet que le Conseil fédéral pourra supprimer la participation aux coûts pour les formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence à l'art. 99, al. 2, OAMal et a autorisé les assureurs à renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.

#### **4 Concomitance de la proposition avec les autres modifications de loi en discussion**

Les autres modifications de loi discutées dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie touchent des domaines sur lesquels le présent projet aura des effets. Ainsi, l'introduction de la liberté de contracter devrait augmenter l'attrait des modèles de managed care pour les fournisseurs de prestations, car ceux-ci n'auront plus automatiquement droit à entrer dans le système de l'assurance-maladie sociale. On ne peut exclure non plus que les assureurs préfèrent négocier la conclusion d'un contrat avec un groupe de fournisseurs de prestations plutôt que des contrats séparés avec chaque fournisseur de prestations.

L'augmentation de la participation aux coûts dans la forme ordinaire de l'assurance-maladie obligatoire et la possibilité, qui existe aujourd'hui déjà, de réduire cette participation dans des formes particulières d'assurance, inciteront davantage encore les assurés à opter pour des modèles de ce type. Les malades chroniques, en particulier, peuvent ainsi profiter d'une quote-part réduite, de même que d'un traitement coordonné et, partant, de meilleure qualité. Il est donc hautement souhaitable que les assurés qui génèrent des frais élevés choisissent ce type de modèle, car c'est là que la coordination de la chaîne des soins produit le plus fort effet d'économie. La prolongation de la compensation des risques garantit que les conditions-cadres pour l'offre de formes particulières d'assurance ne seront pas moins avantageuses: le but de la compensation des risques consiste à rendre inopérantes des stratégies de sélection de risques des assureurs. Par ailleurs, la compensation des risques est censée compenser judicieusement les différences au sein des collectivités de risque des assureurs. Il est donc nécessaire de la prolonger pour que les assureurs proposent aussi des modèles pour les malades chroniques et non seulement des modèles de primes réduites pour les bons risques.

#### **5 Conséquences**

##### **5.1 Conséquences financières**

##### **5.1.1 Conséquences financières pour la Confédération**

Vu que la Confédération ne se voit pas confier de nouvelles tâches, les dépenses supplémentaires en personnel pourront être amorties grâce aux capacités demandées dans le message du 21 septembre 1998 (FF 1999 725).

Il existe une possibilité, purement théorique toutefois, que les finances fédérales subissent des conséquences indirectes. De telles conséquences seraient possibles si les primes diminuaient massivement du fait de la révision de la loi et si les cantons, devant accorder des allègements moins importants aux assurés de condition économique modeste, demandaient moins de subsides fédéraux destinés à la réduction des primes.

### **5.1.2 Conséquences financières pour les cantons et les communes**

Le projet pourrait avoir des conséquences pour les cantons si l'extension des modèles de Managed Care freinait la croissance des coûts et si, en conséquence, le besoin en moyens financiers destinés à la réduction des primes augmentait dans une mesure moindre.

### **5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie**

La révision législative proposée n'entraînera pas de tâches fondamentalement nouvelles pour les assureurs. Les conséquences devraient être comparables à celles habituellement provoquées par des adaptations dans le domaine des fournisseurs de prestations ou dans le secteur tarifaire.

Dans son message sur la 1<sup>re</sup> révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (FF 1999 725), le Conseil fédéral a déjà dit qu'il considérerait l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais aussi l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise à option, comme des instruments efficaces, propres à contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie. De son point de vue, la promotion de formes particulières d'assurance comme le modèle du médecin de famille, les HMO ou les réseaux de soins intégrés constitue un instrument de maîtrise des coûts. Les premières expériences faites avec le modèle du médecin de famille indiquent un potentiel d'économies de 10 à 20 % (G. Mathis, F. Herren: Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen, Managed Care 1/1998, Neuhausen, p. 8 ss.).

Les HMO rétribués par capitation reposent aujourd'hui déjà sur le principe de la responsabilité du budget. Une comparaison de leurs coûts avec ceux des formes ordinaires d'assurance permet d'estimer les répercussions financières de l'extension de tels modèles. La principale difficulté d'une comparaison fondée sur des données propres à la Suisse réside dans la proportion minimale des assurés affiliés à un HMO fonctionnant par capitation. La part des assurés affiliés à ce type d'assurance représente pour l'ensemble de la Suisse à peine 2 % et les adultes jeunes et vraisemblablement en bonne santé y sont surreprésentés.

Certains indices, de même que les expériences faites jusqu'ici, invitent à conclure que les économies permises par les modèles HMO sont sensiblement plus importantes que celles réalisées grâce au modèle du médecin de famille. Hansjörg Lehmann parvient à la même conclusion dans sa thèse (Managed Care, Kosten senken mit alternativen Krankenversicherungsformen?, Zurich/Coire 2003, p. 145), les économies se chiffrant selon lui – après déduction des effets de sélection des risques – à 40 % pour les modèles HMO et à 10 % pour le modèle du médecin de famille. En

comparant, d'une part, les coûts bruts moyens par tête de l'assurance obligatoire des soins selon l'âge des assurés dans les diverses formes d'assurance en 2002 et, d'autre part, les coûts des HMO rétribués par capitation, ceux du modèle du médecin de famille sans capitation et les coûts engendrés par les assurés ordinaires, on constate que les HMO avec capitation fonctionnent de manière nettement plus avantageuse que le modèle du médecin de famille (cf. annexe). Plus l'âge des patients est avancé et les coûts de santé élevés, plus la différence augmente. A l'échelle de la Suisse, pour les assurés jeunes, les coûts des HMO sont à peu près les mêmes que ceux des assurés ayant une franchise élevée. Ils augmentent à mesure que les assurés prennent de l'âge, mais dans une proportion nettement moindre dans les HMO. L'on peut donc en déduire que le managed care permet de faire des économies particulièrement dans les cas coûteux.

Il n'est pourtant pas sûr que, si l'on généralisait un tel modèle, des économies pourraient être réalisées dans les mêmes proportions que celles qui figurent ci-dessus. Premièrement, le potentiel d'économies a été estimé durant une courte période d'essai, ce qui rend délicate l'extrapolation sur le long terme. En second lieu, cet essai s'est tenu dans des circonstances particulières: d'une part, les médecins qui participent à l'expérience du modèle du médecin de famille représentent une sélection de généralistes motivés et qui assument aussi une part des responsabilités économiques; d'autre part, sous l'angle du risque, le profil des assurés correspondrait plutôt à une sélection négative. Si l'on appliquait le modèle du médecin de famille à l'ensemble du système d'assurance, tant les médecins que les patients devraient modifier leur comportement pour que le potentiel de diminution des coûts puisse devenir réalité.

Les efforts exigés par la transposition du modèle sont en outre considérables aussi bien du point de vue juridique que du point de vue organisationnel. On ne peut donc pas nécessairement partir de l'idée qu'en matière d'efficacité et de qualité du traitement, les résultats obtenus par les modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations seraient aussi bons financièrement si les modèles de managed care étaient étendus à une large échelle: les caractéristiques des patients auxquels les médecins auraient affaire ne seraient pas les mêmes.

En conclusion, on peut retenir qu'en termes de coûts, les avantages établis jusqu'ici des formes de managed care par rapport aux formes ordinaires d'assurance des soins sont considérables. Bien qu'une certaine partie des économies réalisées résulte d'une sélection des risques, des avantages importants demeurent, en particulier avec les modèles HMO; ils sont le fruit du caractère innovateur de ces modèles et des incitations économiques modifiées.

### **5.3 Conséquences économiques**

Les données disponibles aujourd'hui confirment le potentiel d'économie des modèles de managed care. Ces derniers incitent les fournisseurs de soins et les assurés à faire un usage raisonnable des prestations médicales, c'est-à-dire à coordonner les traitements et à ne pas inciter à la fourniture ou à la consommation de prestations médicales superflues.

Si cet instrument s'avère efficace, l'extension des modèles de managed care conduira à un gain d'efficacité favorable à l'ensemble de la collectivité. En renonçant à des prestations superflues et en utilisant de manière accrue les synergies, avec un résultat identique pour l'état de santé, des ressources financières pourraient être ainsi utilisées dans un autre but.

L'extension des modèles de managed care laisse entrevoir une modification du marché de l'emploi, aussi bien du point de vue quantitatif que qualitatif. De nouvelles exigences seront imposées à l'activité médicale, notamment en ce qui concerne la capacité à travailler en équipe ou à collaborer. Par ailleurs, l'augmentation d'efficacité visée devrait conduire à une réduction du nombre de médecins nécessaires pour atteindre un résultat donné. Ces développements seraient encouragés par la suppression de l'obligation de contracter.

L'effet des incitations liées aux modèles de managed care dépendra de la propagation de ces modèles ainsi que de leur mise en vigueur. Un point central sera la manière dont sera réglée la responsabilité budgétaire.

## **6 Programme de la législature**

Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législature 2003–2007, où il figure en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

## **7 Relation avec le droit européen**

### **7.1 Le droit de la Communauté européenne**

Aux termes de l'art. 2 du Traité instituant la Communauté européenne (traité CE), la Communauté a pour mission de promouvoir un niveau de protection sociale élevé. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté est consacrée à l'art. 39 du traité CE. Elle requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 42 du traité CE. Le droit communautaire ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en oeuvre par le règlement du Conseil n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et par son règlement d'application n° 574/72 (Règlements codifiés par le règlement du Conseil n° 118/97, JOCE n° L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifiés en dernier lieu par le règlement du Parlement européen et du Conseil n° 631/2004, JOUE n° L 100 du 6.4.2004, p. 1). Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres, la Suisse participe à ce système de coordination multilatérale. Ce système ne peut fonctionner que lorsque toutes les Parties appliquent les mêmes règles.

La recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (JOCE n° L 245 du 26.8.1992, p. 49) invite les Etats membres à assurer notamment aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies.

## 7.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale: les Etats parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus élevé et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats parties. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne de 1961 qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code européen de sécurité sociale est complété par un Protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié le Protocole au Code.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) élève les normes du Code européen de sécurité sociale, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations et par l'augmentation du montant des prestations en espèces. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en ce sens que les conditions de ratification ont été assouplies et que les normes sont formulées d'une manière suffisamment souple pour tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore en vigueur.

Parmi les instruments du Conseil de l'Europe, il faut encore mentionner les recommandations suivantes du Comité des Ministres aux Etats membres:

- Recommandation n° R (80) 15 du 14 novembre 1980 concernant une meilleure distribution des soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux;

- Recommandation n° R (86) 5 du 17 février 1986 sur la généralisation des soins médicaux.

### **7.3                           Compatibilité du projet avec le droit européen**

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

## **8                               Bases juridiques**

### **8.1                            Constitutionnalité**

Le présent projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution.

### **8.2                            Délégation de compétences législatives**

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans le domaine suivant:

Réglementation des réductions de primes et remboursements de prestations (art. 62, al. 3).

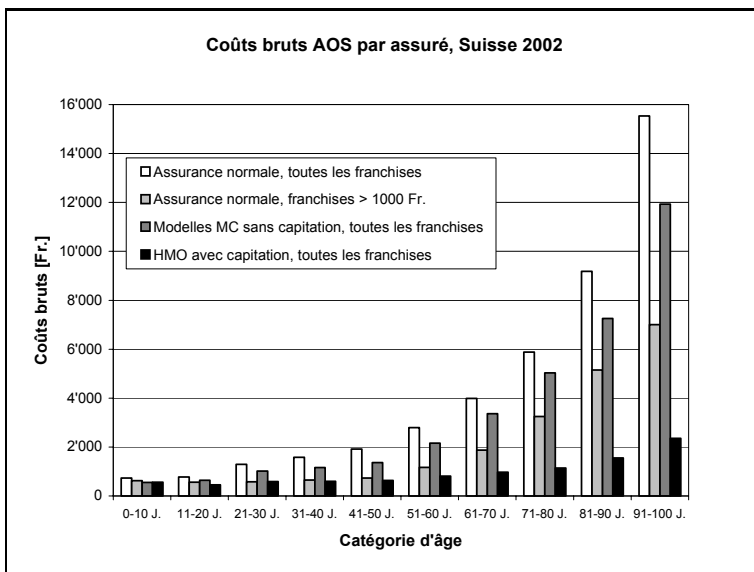
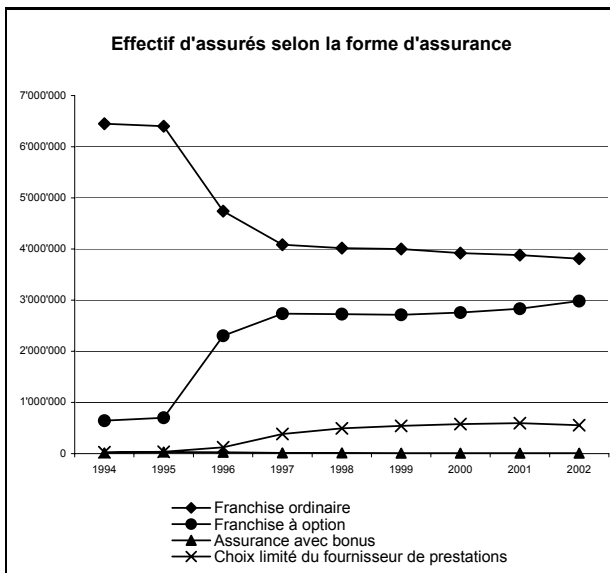


## T 1.05 Effectifs d'assurés au 31.12. selon la forme d'assurance depuis 1994

Année	Franchise annuelle ordinaire	Part du total	Franchise annuelle a option	Part du total	Assurance avec bonus	Part du total	Choix limité (p.ex. HMO)	Part du total	croissance	Total	Modif. p. rapport à l'année préc.
1994	6 447 562	90,41 %	643 991	9,03 %	15 298	0,21%	24 802	0,35 %	100,0 %	7 131 653	1,1 %
1995	6 399 482	89,30 %	698 747	9,75 %	32 705	0,46%	35 383	0,49 %	42,7 %	7 166 317	0,5 %
1996	4 739 640	65,88 %	2 305 688	32,05 %	27 828	0,39%	121 598	1,69 %	243,7 %	7 194 754	0,4 %
1997	4 083 854	56,60 %	2 736 364	37,93 %	11 494	0,16%	383 093	5,31 %	215,0 %	7 214 805	0,3 %
1998	4 016 267	55,41 %	2 726 468	37,61 %	11 828	0,16%	494 040	6,82 %	29,0 %	7 248 603	0,5 %
1999	3 998 744	55,03 %	2 715 642	37,37 %	10 258	0,14%	541 890	7,46 %	9,7 %	7 266 534	0,2 %
2000	3 921 920	53,96 %	2 758 539	37,95 %	9 811	0,13%	577 841	7,95 %	6,6 %	7 268 111	0,0 %
2001	3 882 191	53,03 %	2 833 816	38,71 %	9 341	0,13%	595 939	8,14 %	3,1 %	7 321 287	0,7 %
2002	3 812 675	51,81 %	2 980 820	40,50 %	8 835	0,12%	557 035	7,57 %	-6,5 %	7 359 365	0,5 %

Etat: 20.10.03

Source: T 1.06



Coûts bruts AOS par assuré selon la catégorie d'âge dans les formes d'assurance pour toute la Suisse en 2002. La part des assurés dans les HMO avec capitation s'élève à 1,9 %.