

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 11 janvier 2024 à l'intention de la CSSS-E

« Clarification des notions de réseaux de soins coordonnés et de réseaux de soins intégrés »

1 Introduction

Le nombre de personnes âgées et atteintes de maladies chroniques multiples augmentera à l'avenir. Il importe de coordonner correctement les soins destinés à ces patients, car ils impliquent généralement plusieurs médecins ainsi que d'autres professionnels de la santé, des hôpitaux et des institutions. En effet, une coordination imparfaite entraîne une baisse de la qualité, une multiplication des prestations inutiles et des coûts superflus.

Le Conseil fédéral a reconnu la nécessité d'agir en la matière. Dans sa stratégie nationale « Santé2030 », il s'est fixé pour but de renforcer les soins coordonnés (objectif 5, axe 5.1). Le rapport du groupe d'experts sur les « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins », élaboré sur mandat du DFI, souligne également que le fait de renforcer les soins coordonnés (M10) constitue une mesure efficace et efficiente pour réduire les coûts¹.

2 Réseaux de soins coordonnés

Il importe de mettre en place un regroupement ou une collaboration obligatoire de professionnels de la santé de différentes disciplines pour fournir des soins médicaux et infirmiers interprofessionnels, coordonnés et adaptés aux besoins des patients tout au long de la chaîne de soins. Au cours des dernières années, une multitude d'initiatives et de projets concrets ont été lancés en vue d'améliorer la coordination des soins. Toutefois, il s'agit la plupart du temps plutôt d'actions ponctuelles ou limitées à l'échelon régional². Il importe donc de déterminer les mesures à prendre pour mieux coordonner les soins de manière généralisée. Il convient ensuite d'établir comment améliorer la collaboration non seulement à l'interface entre les soins stationnaires et ambulatoires, mais aussi au sein des soins ambulatoires.

La plupart du temps, les cabinets des médecins de famille constituent le principal point d'accès de la population âgée au système de santé. En Suisse, 97,3 % des habitants de plus de 65 ans disposent d'un médecin de famille qu'ils consultent normalement pour obtenir des soins médicaux³. Dans ce groupe de personnes, 44,5 % ont consulté deux à trois médecins et 18,4 % quatre médecins ou plus en l'espace d'un an. Ces chiffres illustrent l'importance d'un service de coordination central, fonction qu'exercent souvent en Suisse les cabinets des médecins de famille⁴. Parmi la population résidente de plus de 65 ans interrogés, 17,7 % ont

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

² [Soins intégrés en Suisse, Obsan Dossier 57, 2017](#)

³ Pahud, O. (2021). Expériences de la population résidente de 65 ans et plus avec le système de santé - Situation en Suisse et en comparaison internationale. Enquête internationale sur les politiques de la santé (IHP) 2021 menée par la fondation américaine *Commonwealth Fund* (CWF) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 07/2021, en allemand avec résumé en français), p. 31 [Enquête IHP: population âgée résidant en Suisse \(admin.ch\)](#)

⁴ *ibid.*

indiqué avoir rencontré au moins un problème de coordination entre le cabinet de leur médecin de famille et celui d'un spécialiste.⁵

Les services d'aide et de soins à domicile exercent également un rôle charnière de premier ordre entre le médecin prescripteur et le patient. Une étude nationale sur la coordination et la qualité de l'aide et des soins à domicile montre qu'il existe des lacunes, en particulier lorsque les soins relèvent de différents fournisseurs de prestations, par exemple lorsqu'un patient entre à l'hôpital ou retourne chez lui après un séjour hospitalier.⁶

Afin de renforcer la coordination notamment de l'approvisionnement en soins ambulatoires de base, le Conseil fédéral a élaboré dans le cadre des mesures de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (2^e volet), la mesure « Réseaux de soins coordonnés (RSC) ». Il est prévu que les professionnels de la santé se regroupent pour constituer une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire qui coordonne des prestations médicales, thérapeutiques et de soins fournis « d'un seul tenant ». Les réseaux de soins coordonnés et les assureurs peuvent conclure des conventions afin de couvrir les coûts supplémentaires liés à la coordination de cas complexes. Mettre en œuvre cette mesure, il faut créer les bases légales nécessaires dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

2.1 Clarification des notions

Il n'existe pas de définition unique des expressions « soins coordonnés », « soins intégrés » et « soins en réseau ». La plupart du temps, elles sont utilisées comme des synonymes. Depuis 2015, l'OFSP utilise le terme soins coordonnés dans le contexte du projet *Managed Care* (réseau de soins intégrés) de 2012, par le biais duquel le Conseil fédéral souhaitait inscrire dans la LAMal les exigences relatives à un *modèle d'assurance associé à un réseau de soins intégrés*. Par soins coordonnés, on entend des modèles de soins caractérisés par une collaboration structurée et obligatoire de différents fournisseurs de prestations et professionnels couvrant de bout en bout le parcours thérapeutique. Une personne désignée sert de coordinatrice et de première interlocutrice aux patients. Un dossier médical électronique auquel tous les professionnels concernés ont accès, ainsi que des protocoles et des chemins cliniques standardisés représentent d'autres éléments cardinaux permettant d'aboutir à des décisions structurées.⁷

2.2 Délibérations parlementaires

Les 10 et 11 novembre 2022, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a entamé l'examen du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts ([22.062](#)). La solution proposée par le Conseil fédéral pour promouvoir les « réseaux de soins coordonnés » ayant été rejetée par de nombreux acteurs, la CSSS-N a confié à l'administration le mandat consistant à élaborer une solution pérenne lors des tables rondes avec les acteurs concernés et les cantons. Ces débats ont eu lieu le 20 janvier, le 17 février et le 17 mars 2023⁸.

⁵ ibid., p. 34

⁶ Martins, T., Möckli, N., Zúñiga, F. et al. (2023). SPOTnat, Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile – une étude nationale. Rapport national. Université de Bâle. <https://spotnat.nursing.unibas.ch/wp-content/uploads/SPOTnat-rapport-national.pdf>

⁷ Cf. aussi [CDS 2019 « Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide »](#)

⁸ Cf. [Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 11 avril 2023 à l'attention de la CSSS-N « Réseaux de soins coordonnés »](#)

Sur la base des discussions menées et des retours formulés par les participants, l'OFSP a élaboré une proposition de version fortement simplifiée de l'art. 37a P-LAMal (cf. annexe 1, proposition de l'administration). Ce nouveau libellé, en vertu duquel les réseaux de soins ne doivent pas impérativement être dirigés par un médecin et ne sont pas non plus tenus de disposer d'un mandat de prestations cantonal, doit favoriser – comme demandé par la commission – une flexibilité maximum concernant les fournisseurs de prestations qui composent le réseau et la direction du réseau. La proposition n'est toutefois pas parvenue à réunir une majorité, car la plupart des organisations ayant participé aux tables rondes étaient fondamentalement opposées à l'inscription d'un nouveau fournisseur de prestations dans la loi.

Le 28 avril 2023, la CSSS-N a entamé l'examen détaillé du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts ([22.062](#)). Elle a rejeté, par 16 voix contre 9, la création d'un nouveau fournisseur de prestations « Réseaux de soins coordonnés ». Elle a également refusé un compromis (proposition de minorité Maillard), qui reprenait la proposition de l'administration. En vue d'améliorer la coordination, la CSSS-N a proposé plutôt d'adapter les réglementations actuelles relatives aux formes particulières d'assurance et à l'utilisation des données par les assureurs.

Le 28 septembre 2023, le Conseil national a débattu du deuxième volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts et a approuvé la proposition de la majorité par 117 voix contre 67.

2.3 État des discussions

Dans l'ensemble, les participants aux tables rondes et le Conseil national sont convenus qu'il y a lieu de dépasser la fragmentation actuelle de la fourniture de prestations en fonction de la catégorie professionnelle et de promouvoir la coordination des soins, en particulier dans le domaine ambulatoire. Il existe également un consensus sur le fait que les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques ou de comorbidités sont les premières à bénéficier de soins interprofessionnels coordonnés. Mais les opinions divergent en ce qui concerne les mesures requises dans ce domaine.

1^{re} critique : Les réglementations actuelles étant suffisantes, il n'y a pas lieu de créer un nouveau fournisseur de prestations.

Pour l'heure, dans le domaine ambulatoire, il n'existe *aucune possibilité* de collaborer au sein d'une équipe interprofessionnelle dotée de responsabilités clairement définies en agissant comme un fournisseur de prestations unique envers l'AOS : chaque groupe de professionnels du domaine de la santé ou l'organisation qui les représente dispose de conditions d'admission spécifiques. Il en résulte une séparation organisationnelle claire entre les professions de la santé : par conséquent, il n'est pas possible actuellement de considérer une équipe interprofessionnelle comme un seul et unique fournisseur de prestations.

En outre, dans le domaine ambulatoire, il ne peut pas y avoir de relations employeur-employés entre les différentes professions pouvant servir à la facturation à la charge de l'AOS. Par exemple, un médecin ne peut pas embaucher de physiothérapeute ni du personnel soignant et facturer les prestations associées. Ainsi, les personnes qui appartiennent à une catégorie professionnelle indiquée à l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal et qui sont autorisées à fournir des prestations à la charge de l'AOS sur prescription médicale, ne relèvent pas des catégories professionnelles regroupées par le tribunal fédéral sous le terme de « personnel paramédical [que le médecin] emploie »⁹. Leurs prestations ne peuvent donc pas être imputées à un médecin en tant que prestations médicales et facturées à l'AOS au nom de ce dernier.

⁹ [Arrêt du tribunal administratif fédéral C-7498/2008 du 31 août 2012, consid. 7.7.1.](#)

Conclusion : À défaut d'un nouveau fournisseur de prestations, la collaboration obligatoire entre les différentes professions de la santé dans le domaine ambulatoire doit être réglée contractuellement entre les organisations concernées.

2^e critique : La création d'un nouveau fournisseur de prestations ne fait qu'engendrer une charge administrative et constitue une atteinte à la liberté d'organisation.

Les dispositions légales proposées pour les réseaux de soins coordonnés (projet du Conseil fédéral et en particulier celui de l'OFSP) ne contiennent que très peu de prescriptions sur la manière dont un tel réseau doit s'organiser. Il peut être conçu comme une institution œuvrant « sous un même toit » ou un réseau régional. Il permet aux différents professionnels de la santé de s'organiser de manière flexible au sein du réseau en fonction des spécialités et des compétences disponibles et de se répartir le travail.

Conclusion : La charge administrative ne dépasse pas celle occasionnée par une réglementation contractuelle entre les fournisseurs de prestations, surtout pas avec la proposition de l'OFSP, et la liberté d'organisation est préservée.

3^e critique : Il n'est pas indispensable que les réseaux soient dirigés par un médecin.

Cette critique est désamorcée par la proposition de l'OFSP. Il n'en demeure pas moins que la responsabilité sur le plan médical doit impérativement être assumée par un médecin, comme c'est le cas aujourd'hui dans les hôpitaux. En outre, il est pertinent dans la LAMal que l'art. 37a, al. 1, let. a renvoie à l'art. 37, al. 1, dans la mesure où les conditions particulières d'admission des médecins s'appliquent également aux médecins travaillant dans les réseaux de soins coordonnés.

Conclusion : Cette critique devient caduque suite à la proposition de l'administration.

4^e critique : Une augmentation du volume des prestations ne saurait être exclue.

Les conditions préalables à la prise en charge des coûts, à l'étendue des prestations et aux catégories professionnelles reconnues comme fournisseurs de prestations dans la LAMal s'appliquent telles quelles aux réseaux de soins coordonnés. Le remboursement des prestations repose sur les critères EAE ainsi que sur les tarifs déjà en vigueur, ou sur les dernières conventions tarifaires conclues. Les dispositions légales proposées (tant par le Conseil fédéral que par l'administration) ne prévoient pas de prestations supplémentaires de la part des réseaux. Seul le travail découlant de la coordination de cas très complexes doit pouvoir être rémunéré sur la base d'une convention contractuelle conclue avec les assureurs. La rémunération de la coordination se justifie lorsque le travail qui en découle va au-delà de ce que l'on peut normalement attendre des fournisseurs de prestations. La forme de la rémunération est laissée au libre choix des parties contractantes. Les conventions au sens de l'art. 48a P-LAMal ne sont pas des conventions tarifaires au sens propre. Dans le cadre du contrôle des factures, les assureurs sont chargés de veiller à ce que le volume des prestations n'augmente pas. Ils sont néanmoins libres de conclure avec un réseau de soins coordonnés une convention tarifaire incluant une forme de responsabilité budgétaire. Par ailleurs, le nouvel art. 47c LAMal relatif à la surveillance des coûts¹⁰ s'appliquerait également à ces conventions.

Conclusion : Les fournisseurs de prestations et les assureurs ont le pouvoir d'éviter une augmentation injustifiée du volume des prestations.

¹⁰ La modification du 30 septembre 2022 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) relative aux mesures visant à freiner la hausse des coûts – volet 1b (FF 2022 24905) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

5^e critique : Les assureurs sont opposés à une obligation de contracter avec les réseaux de soins coordonnés.

Un réseau de soins coordonnés regroupe des professionnels de la santé de différents métiers, qui remplissent déjà des conditions d'admission spécifiques à titre individuel. L'obligation de contracter est une condition préalable pour améliorer la coordination des soins dans le secteur ambulatoire à l'échelle nationale. Sans cette obligation, la création d'un nouveau fournisseur de prestations, et donc d'une nouvelle forme de prise en charge, n'offre pas de plus-value par apport aux modèles d'assurances alternatifs (MAA). Le fait que les assurés doivent déclarer qu'ils acceptent de limiter leurs choix constitue un obstacle plus important que la restriction effective qui découle de leur adhésion à un réseau de soins.

Conclusion : Sans obligation de contracter à respecter par tous les fournisseurs de prestations, l'amélioration de la coordination des soins est compromise.

6^e critique : Les réformes mises en œuvre et celles à venir améliorent déjà grandement la coordination.

La mise en place d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires incite les assureurs à instaurer des tarifs encourageant les comportements susceptibles de réduire les coûts, et ce dans tous les domaines. La bonne coordination des traitements en fait partie car elle permet d'éviter des doublons, des soins inadéquats ou des hospitalisations. L'introduction d'un financement uniforme ne change cependant rien au fait qu'il n'existe aujourd'hui *aucune possibilité*, dans le secteur ambulatoire, de collaborer au sein d'une équipe interprofessionnelle dans laquelle les responsabilités sont clairement définies et d'agir comme un fournisseur de prestations indépendant face à l'AOS. Les deux mesures se complèteraient donc bien. Les réseaux de soins coordonnés profiteraient d'un financement uniforme, car ils auraient un très grand impact sur les primes, notamment en permettant d'éviter des hospitalisations.

Quant aux nouvelles structures tarifaires récemment soumises au Conseil fédéral (TARDOC et forfaits), elles ne contribueront pas non plus à améliorer la coordination dans le secteur ambulatoire, car elles ne concernent que les prestations des médecins.

Conclusion : Les révisions en cours peuvent contribuer à soutenir la création de réseaux de soins coordonnés, sans changer pour autant les règles d'admission des prestataires du secteur ambulatoire.

7^e critique : Les modèles d'assurances alternatifs (MAA) suffisent à encourager la coordination des soins.

En 2022, 77 % des assurés ont opté pour un MAA¹¹. Toutefois, plus de 160 MAA, très variés, sont actuellement disponibles sur le marché. Ils vont de la définition d'un ou de plusieurs interlocuteurs de référence jusqu'à des formules très restrictives (p. ex. médecins ou réseaux de médecins prédéfinis avec ou sans convention, parcours de soins contraignant, etc.), en passant par des modèles de télémédecine ou, plus récemment, par des applications qui pré-déterminent le parcours de soins mais laissent ouvert le choix du médecin.

Comme le souligne une analyse nuancée, c'est justement chez les personnes dont l'état de santé peut générer des coûts élevés et un grand besoin de coordination entre les fournisseurs de prestations que les MAA sont les moins répandus ou tendent à se heurter à certaines limites en matière d'acceptation, les raisons précises de ces réticences n'ayant jusqu'ici jamais été étudiées. Les analyses des données de surveillance¹² le montrent : plus une personne est âgée, moins elle est encline à conclure un MAA (environ 60 % des plus de 65 ans

¹¹ Statistique LAMal 2022, tableau 7.07, EFIND

¹² EFIND

contre 77 % dans l'ensemble des assurés). Lors d'une enquête réalisée en 2021, 3,5 % de la population résidente de 65 ans et plus ont déclaré être assurés dans un modèle HMO. 47,1 % avaient opté pour un modèle de médecin de famille, 42,1 % pour modèle standard et 4,6 % pour un modèle « télémédecine »¹³. Plus les assurés sont âgés, moins ils ont adhéré à un MAA. Ces données coïncident avec les résultats d'une enquête menée auprès de 1258 clients des organisations d'aide et de soins à domicile. Parmi les personnes interrogées, 0,9 % ont indiqué être assurées dans un modèle HMO, 58,4 % avaient opté pour un modèle standard et 36,2 % pour un modèle de médecin de famille¹⁴. Les faits suivants ressortent également des données de surveillance : les assurés qui génèrent des coûts élevés sont moins nombreux à opter pour un MAA. Les assurés qui achètent certains médicaments (avec un indicateur PCG) sont environ deux fois moins nombreux à opter pour un MAA (indépendamment des coûts). Et les assurés ayant effectué un séjour à l'hôpital au cours de l'année précédente sont environ deux fois moins nombreux à choisir un MAA que le groupe témoin.

Conclusion : De nombreux MAA sont des modèles dits de « *gatekeeping* » définissant le premier interlocuteur auquel le patient doit toujours s'adresser sauf en cas d'urgence ou pour des examens spécifiques et limitant ainsi l'accès aux spécialistes. Ces modèles d'assurances ont rarement pour objet une coordination améliorée en cas de maladie chronique. En outre, les MAA sont justement moins répandus chez les personnes dont l'état de santé peut générer des coûts élevés et un grand besoin de coordination.

2.4 Conséquences financières

L'OFSP a chargé le bureau d'étude et de conseil INFRAS d'évaluer les effets des mesures visant à freiner la hausse des coûts¹⁵ : le potentiel d'économies réalisables grâce aux modèles de soins coordonnés dépend du nombre d'équipes mises en place ainsi que du nombre de patients qui seront à l'avenir traités dans un tel cadre. En l'absence de données empiriques, il est difficile d'évaluer tant le coût de la mise en place d'un réseau de soins coordonnés que son potentiel d'économies. En se fondant sur une simple estimation, Infrass chiffre le potentiel d'économies à hauteur de 250 millions de francs par an pour le groupe des personnes à partir de 65 ans atteintes de multimorbidités.

2.5 Conclusions

La LAMal crée des conditions favorables pour les réseaux de médecins, mais elle est trop rigide pour intégrer des offres interprofessionnelles et une coordination entre les différents fournisseurs de prestations. En effet, les règles d'admission actuellement en vigueur pour le domaine ambulatoire ne permettent pas aux différentes catégories professionnelles de se regrouper au sein d'une équipe interprofessionnelle afin de développer ensemble des processus thérapeutiques efficaces, appropriés et économiques et de les proposer « d'un seul tenant ».

¹³ Pahud, O. (2021). Expériences de la population résidente de 65 ans et plus avec le système de santé - Situation en Suisse et en comparaison internationale. Enquête internationale sur les politiques de la santé (IHP) 2021 menée par la fondation américaine *Commonwealth Fund* (CWF) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 07/2021, en allemand avec résumé en français)

¹⁴ Martins, T., Möckli, N., Zúñiga, F. et al. (2023). SPOTnat, Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile – une étude nationale. Rapport national. Université de Bâle, p. 126.
<https://spotnat.nursing.unibas.ch/wp-content/uploads/SPOTnat-rapport-national.pdf>

¹⁵ Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 11 avril 2023 à l'intention de la CSSS-N concernant l'étude d'Infrass du 11 avril 2023 « Effets du 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts »

L'administration a proposé une version simplifiée du projet initial du Conseil fédéral, qui permet un maximum de flexibilité concernant les fournisseurs de prestations qui composent les réseaux et leur direction opérationnelle.

Par ailleurs, elle supprime la compétence du Conseil fédéral définie jusque-là à l'art. 37a, al. 2, qui consiste à fixer les exigences minimales concernant les conventions conclues entre les réseaux de soins coordonnés et d'autres fournisseurs de prestations. Il est aussi prévu de renoncer à ce qu'un mandat de prestations cantonal constitue une condition d'admission (suppression des al. 1, let. h, et 3).

La solution alternative proposée par le Conseil national et, dans l'intervalle, par la CSSS-E, qui consiste à améliorer l'utilisation des données par les assureurs, est certes judicieuse, mais elle ne contribue pas à améliorer la coordination des prestations fournies dans le domaine ambulatoire, car elle ne met pas fin au cloisonnement organisationnel qui prévaut actuellement entre les différentes professions de la santé.

Enfin, pour des raisons de contenu, le Conseil fédéral se montre très réticent à l'égard des alternatives proposées par le Conseil national qui visent à adapter les formes particulières d'assurance (cf. à ce sujet ch. 3 du présent rapport). Par ailleurs, il est convaincu qu'elles ne contribuent pas à améliorer la coordination.

3 Remarques concernant les motions 23.3502 et 23.3504

3.1 Motion 23.3502 CSSS-N Renforcer les soins coordonnés grâce à la prise en compte des prix réels des modèles d'assurance dans la LAMal

La méthodologie du calcul des rabais accordés pour les modèles reste judicieuse

L'OFSP n'a jamais constaté d'inconsistance systématique dans le calcul des rabais, pas non plus de la part des assureurs. En outre, pour calculer les rabais accordés pour les modèles, le collectif des assurés pris en compte à titre de référence ne comprend pas seulement les personnes ayant choisi l'assurance ordinaire, mais aussi celles qui ont opté pour une franchise à option ou exclu la couverture des accidents. Ce collectif de titulaires d'une assurance de base englobe aujourd'hui encore près de deux millions d'assurés.

Toutefois, pour avoir davantage de certitude en la matière, l'OFSP a chargé en 2023 l'entreprise PricewaterhouseCoopers (PwC) de réaliser une étude¹⁶. PwC a conclu que la méthodologie actuelle du calcul est judicieuse. Selon l'entreprise, il est possible, si nécessaire, d'affiner la méthode, de sorte qu'elle fournisse des résultats encore stables même pour un nombre bien plus réduit de personnes assurées selon le modèle de base. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à changement de système fondamental.

Forte augmentation du nombre de petits collectifs

Il est demandé dans la motion que chaque modèle d'assurance constitue un collectif distinct. Or, le principe de la couverture cantonale des coûts exige que l'OFSP examine globalement la prime fixée par l'assureur à l'échelle du canton. Selon les termes de la motion, chaque modèle d'assurance devrait former un collectif par canton, ce qui déboucherait sur une forte augmentation du nombre de (très) petits collectifs, composés de 300 membres au plus (leur nombre passerait de 200 à plus de 1600). Ces collectifs constitueraient environ la moitié du nombre total de modèles et de l'assurance de base par canton et par assureur, contre un quart actuellement. Pour plus de détails, voir l'annexe 2 (nombre de collectifs).

¹⁶ Cf. [Rapport final](#) sur la page Internet de l'OFSP sous Rapports de recherche assurance-maladie et accidents (en allemand avec une introduction en français)

En considérant le nombre d'assurés dans les petits collectifs cantonaux plutôt que le nombre de petits collectifs par canton, il s'avère que le nombre de clients de petits collectifs passerait de 17 000 (soit la population du canton d'AI) à 120 000 (population d'UR, OW et NW). Dans certains cantons (AI, AR, GL, JU, NW, OW, SH, UR), plus de 5 % de la population serait assurée auprès d'un très petit collectif dont la couverture des coûts ne pourrait pas être vérifiée, faute de pertinence. Les fluctuations de prime indésirables seraient beaucoup plus fréquentes.

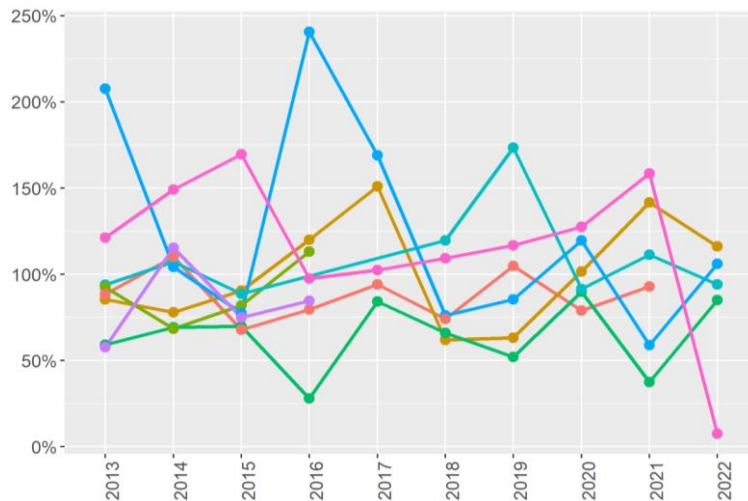


Illustration : évolution du ratio combiné pour les collectifs de moins de 300 assurés, à l'exemple de huit collectifs dans le canton du Valais

Regrouper des modèles ne constitue pas une solution

Le regroupement de modèles ne permet pas de relever le défi que représentent les petits effectifs des modèles à l'échelle cantonale. Il supposerait une standardisation des formes particulières d'assurance sur la base d'une définition légale, ce qui limiterait de manière drastique la liberté des assureurs dans la conception des modèles et irait à l'encontre de la tendance actuelle à l'innovation et à la diversification.

Abandon de la prise en compte des chiffres empiriques établis durant les cinq derniers exercices comptables pour calculer les rabais

Le processus d'approbation des primes tient compte de la couverture des coûts par canton durant l'année considérée. Le calcul des rabais maximaux autorisés se fonde sur les valeurs empiriques établies durant les cinq derniers exercices (chiffres effectifs), ce qui renforce la solidité des résultats. La mise en œuvre de la motion mettrait fin à ce mode de calcul. La couverture des coûts pour l'année considérée devrait être garantie non seulement au sein du canton, mais aussi au sein de chaque modèle. Il en résulterait une forte hausse des fluctuations de primes par rapport à aujourd'hui.

Restriction de la liberté des assureurs en matière de fixation des primes

Les assureurs disposent d'une importante marge de manœuvre pour calculer les rabais liés aux modèles. Ils peuvent différencier la réduction en fonction de caractéristiques telles que les groupes d'âge (enfants, jeunes adultes, adultes), le canton, la région de primes, la franchise, à condition que le rabais maximal soit respecté en moyenne sur l'ensemble de la Suisse (avec une pondération des effectifs). Ainsi, le rabais accordé peut être beaucoup plus élevé dans un canton que dans un autre, sans porter atteinte au principe selon lequel la couverture des coûts est assurée par l'ensemble des primes dans chaque canton. Cette marge de manœuvre disparaîtrait avec la mise en œuvre de la motion, car chaque modèle individuel devrait couvrir les coûts.

Pas de baisse des primes prévue pour les modèles

Souvent, le rabais maximal autorisé selon les calculs de l'OFSP pour un modèle est loin d'être totalement exploité à l'échelle suisse. C'est notamment dû au fait que, conformément aux exigences légales, les formes d'assurance (comme les modèles) doivent fournir une contribution proportionnelle aux réserves, calculées selon les principes actuariels (art. 101 c. OA-Mal). À cette fin, elles doivent tenir compte non seulement des risques, mais encore de la compensation des risques et d'autres facteurs. En outre, les assureurs souhaitent maintenir à un niveau stable les rabais accordés d'une année à l'autre, pour éviter de fortes fluctuations de primes. C'est une des raisons pour lesquelles, souvent, le rabais maximal possible n'est pas exploité.

En outre, la modification de la méthode de calcul demandée par la motion n'entraîne en soi aucune économie, car elle n'a pas d'incidence sur les prestations. Si, contre toute attente, les rabais accordés pour certains modèles augmentaient, il faudrait prévoir une compensation à la charge des primes de l'assurance de base. Comme cette dernière assure de plus en plus de personnes vulnérables, ce seraient avant tout les personnes âgées et celles atteintes de maladies chroniques qui seraient concernées.

Augmentation des frais de réglementation et d'administration

Une couverture des coûts par modèle et par canton nécessiterait une vérification de la couverture des coûts de quelque 3300 collectifs d'assurés au lieu de 730 communautés de risques. Il en résulterait une surcharge administrative substantielle et donc une augmentation des ressources nécessaires chez les assureurs et au sein de l'autorité de surveillance. La méthode de calcul actuelle est bien vérifiable pour les assureurs. Les étapes de calcul sont les mêmes pour tous les modèles. L'évolution des coûts serait plus volatile avec des collectifs de taille réduite. Le nombre de fluctuations notables d'une année à l'autre augmenterait. Cela pourrait inciter un nombre accru d'assurés de changer d'assureur, ce qui risquerait d'amplifier les fluctuations dans les recettes de primes.

Position des assureurs

Le 12 octobre 2023, les assureurs ont fait part de leurs doutes concernant la motion lors de l'audition devant la CSSS-E. Ils craignent qu'il devienne encore plus difficile de calculer la prime correcte et d'éviter les fluctuations de primes. Selon eux, la mise en œuvre de la motion entraînerait une surcharge administrative sans apporter de plus-value.

3.2 Motion 23.3504 CSSS-N Renforcer les soins coordonnés par des contrats pluriannuels dans la LAMal

Diminution des recettes sans réduction des coûts

Pour garantir l'attractivité des contrats pluriannuels, le rabais qui leur est attaché devra être plus important que celui qui est accordé pour les contrats annuels. Les assurés qui n'ont pas de coûts à assumer – ou seulement très peu – feront certainement partie des personnes intéressées à conclure un contrat pluriannuel pour diminuer leur prime. Or, avec ces assurés, il n'est presque pas possible de réaliser des économies. La mise en œuvre de la motion entraînerait donc la diminution des recettes de primes sans réduire les coûts. Le déficit devrait être compensé par les autres assurés, notamment ceux qui ont choisi la franchise ordinaire, à savoir principalement les personnes âgées et les malades chroniques.

Fixation des primes

Ni le texte de la motion, ni les débats au CN n'indiquent la manière dont les primes des contrats pluriannuels devront être calculées. L'assureur doit-il fixer une prime à l'avance pour toute la durée du contrat ou bien devra-t-il fixer chaque année une nouvelle prime ?

Pour les assureurs, fixer une prime pour l'année suivante n'est pas un exercice aisé. Pour ce faire, ils se fondent non seulement sur les coûts avérés du début de l'année en cours (A), mais également sur les projections pour le reste de l'année A et sur les prévisions pour l'année suivante A+1, ces deux derniers éléments étant par définition incertains. Attendre des assureurs qu'ils anticipent l'évolution des coûts pour plusieurs années (A+1, A+2, A+3...) augmente considérablement le risque que les primes des années A+2 et A+3 ne correspondent pas aux coûts de ces mêmes années. Par ailleurs, comment un assureur qui se trouve en difficultés financières pourra-t-il améliorer sa situation si les primes sont fixées d'avance et pour plusieurs années ? Si, au contraire, l'assureur fixe chaque année une nouvelle prime, l'assuré est censé s'engager pour plusieurs années alors qu'un élément essentiel du contrat (la prime) n'est pas connu pour les années futures. L'assureur pourrait fixer pour la première année une prime avantageuse pour attirer les assurés et augmenter la prime les années suivantes.

Résiliation anticipée du contrat ou changement d'assureur

Si l'assureur fixe chaque année une nouvelle prime ou s'il modifie unilatéralement ses conditions générales, il est nécessaire de prévoir la possibilité pour l'assuré de résilier le contrat de manière anticipée pour qu'il ne soit pas captif d'un contrat dont les conditions sont devenues telles qu'on ne puisse pas exiger le maintien du contrat. Quelle augmentation de la prime ou quelles modifications des conditions générales justifient une résiliation anticipée ? Il ne sera pas facile de répondre à ces questions.

Il est possible de maintenir le modèle d'assurance tout en autorisant le changement d'assureur. Cette variante suppose toutefois de définir les modèles réputés comparables, et donc une standardisation des formes d'assurance. Cela restreint de manière drastique la liberté des assureurs et va à l'encontre de la tendance actuelle à l'innovation et à la diversification des modèles.

Multiplication des modèles d'assurance

Comme l'offre de contrats pluriannuels est facultative, les contrats annuels subsisteront à côté des contrats pluriannuels. Cela entraîne une multiplication des modèles. Les assurés pourront choisir entre encore davantage de modèles ; cerner la différence entre tous les modèles à disposition s'avérera plus compliqué pour eux.

Position de la CSSS-N sur les contrats pluriannuels liés aux formes particulières dans le cadre de l'initiative parlementaire 15.468

La CSSS-N a déjà étudié la possibilité de prévoir des contrats pluriannuels pour les formes particulières d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations. Elle a rejeté cette solution (voir le rapport de la CSSS-N du 19 avril 2018 FF **2018** 3571)

Annexe 1: Proposition de l'OFSP du 11 avril 2023 pour un nouveau libellé des art. 37a et 48a P-LAMal

Art. 37a Réseaux de soins coordonnés: conditions particulières

¹ Les réseaux de soins coordonnés doivent remplir les conditions suivantes:

- a. ~~Ils sont dirigés par un médecin qui remplit les conditions de l'art. 37, al. 1. ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;~~
- b. ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;
- ~~b.-c.~~ c. ils fournissent sous forme ambulatoire et de façon coordonnée des prestations visées aux art. 25 à 31;
- ~~e.-d.~~ d. ils ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire ainsi qu'aux ressources matérielles et personnelles; ~~quant aux prestations qu'ils fournissent et quant aux patients auxquels ils fournissent leurs prestations~~
- ~~d.~~ ~~ils disposent d'un nombre suffisant de médecins qui remplissent les conditions de l'art. 37, al. 1;~~
- ~~e.~~ ~~ils disposent du personnel spécialisé nécessaire;~~
- ~~f.-e.~~ e. ils assurent la coordination avec d'autres fournisseurs de prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins;
- ~~g.-f.~~ f. ils sont affiliés à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.
- ~~h.~~ ~~Ils disposent d'un mandat de prestations cantonal.~~

² Ils concluent des conventions avec d'autres fournisseurs de prestations sur la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la coordination. ~~Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles ces conventions doivent satisfaire.~~

³ ~~Le canton fixe notamment dans le mandat de prestations visé à l'al 1, let. h, les prestations que le réseau doit fournir ainsi que son champ d'activité quant au lieu et à l'horaire. Si le champ d'activité du réseau s'étend sur plus d'un canton, les cantons concernés se coordonnent et définissent un mandat de prestations commun.~~

Art. 48a Conventions réglant le financement des coûts supplémentaires dans les réseaux de soins coordonnés

¹ Les réseaux de soins coordonnés concluent avec les assureurs ou leurs fédérations des conventions qui règlent le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination des cas complexes.

² ~~Les conventions doivent tenir compte de l'étendue des mandats de prestations cantonaux.~~

³² L'art. 46, al. 4, ne s'applique pas à ces conventions.

⁴³ Le Conseil fédéral peut définir les exigences minimales auxquelles ces conventions doivent satisfaire.

Annexe 2 : Nombre de collectifs (source : données de surveillance, état des données 2023)

	Situation actuelle					Situation en cas de mise en œuvre de la motion					Nombre d'assurés dans le canton
	Nombre de collectifs	Nombre de petits collectifs	Part de petits collectifs	Nombre d'assurés dans de petits collectifs	Part des assurés dans de petits collectifs	Nombre de collectifs	Nombre de petits collectifs	Part de petits collectifs	Nombre d'assurés dans de petits collectifs	Part des assurés dans de petits collectifs	
AG	31	3	10%	271	0.04%	138	30	22%	2'913	0.40%	725'537
AI	27	20	74%	1'409	8.45%	124	109	88%	2'834	16.99%	16'680
AR	27	10	37%	823	1.45%	126	90	71%	5'309	9.34%	56'866
BE	30	3	10%	121	0.01%	139	27	19%	2'610	0.25%	1'061'042
BL	26	3	12%	459	0.15%	128	46	36%	3'532	1.19%	297'795
BS	26	8	31%	545	0.28%	127	60	47%	2'357	1.21%	195'436
FR	26	7	27%	963	0.28%	122	51	42%	4'669	1.37%	339'559
GE	24	6	25%	343	0.07%	113	46	41%	3'608	0.75%	480'880
GL	30	14	47%	1'459	3.44%	123	93	76%	4'631	10.93%	42'374
GR	29	6	21%	971	0.47%	127	67	53%	6'134	2.94%	208'585
JU	24	8	33%	587	0.79%	105	70	67%	4'001	5.36%	74'621
LU	29	5	17%	585	0.14%	134	45	34%	3'944	0.91%	431'654
NE	24	5	21%	137	0.08%	109	63	58%	5'622	3.13%	179'573
NW	29	12	41%	1'115	2.49%	128	104	81%	6'748	15.08%	44'758
OW	29	12	41%	803	2.04%	125	103	82%	5'576	14.17%	39'360
SG	29	4	14%	323	0.06%	133	42	32%	5'399	1.01%	533'260
SH	26	7	27%	644	0.75%	124	77	62%	5'972	6.91%	86'414
SO	28	4	14%	586	0.20%	135	58	43%	6'416	2.23%	287'295
SZ	32	7	22%	625	0.37%	138	75	54%	5'699	3.41%	167'298
TG	27	5	19%	478	0.16%	128	47	37%	4'195	1.42%	294'535
TI	24	3	13%	202	0.06%	109	39	36%	3'472	0.98%	355'271
UR	29	17	59%	1'279	3.37%	130	112	86%	6'611	17.44%	37'914
VD	24	4	17%	313	0.04%	113	34	30%	3'669	0.44%	829'543
VS	31	6	19%	320	0.09%	138	58	42%	3'631	0.98%	370'040
ZG	30	12	40%	1'303	0.98%	134	79	59%	5'511	4.15%	132'660
ZH	31	2	6%	91	0.01%	138	25	18%	3'219	0.20%	1'592'714
CH	731	196	27%	16'794	0.19%	3297	1653	50%	118'323	1.33%	8'903'818

Petit collectif = effectif ne comptant pas plus de 300 assurés